



УКРАЇНА

(19) UA (11) 39525 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОМІЄЛІТ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

1

2

(21) u200812891

(22) 05.11.2008

(24) 25.02.2009

(46) 25.02.2009, Бюл.№ 4, 2009 р.

(72) МАЛАНЧУК ВЛАДИСЛАВ ОЛЕКСАНДРОВИЧ,
UA, БРОДЕЦЬКИЙ ІГОР СЕРГІЙОВИЧ, UA, ОС-
ТАПОВСЬКИЙ ВІКТОР ІВАНОВИЧ, UA

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(57) Спосіб хірургічного лікування хворих на ос-
теомієліт нижньої щелепи, що включає резекцію
нижньої щелепи з наступною екзартикуляцією, а
в кінці операції прошивання язика лігатурою та
фіксацію її до пов'язки, який **відрізняється** тим,
що резекцію нижньої щелепи виконують внутріш-
ньоротовим доступом, для цього проводять розтин

слизової оболонки порожнини рота навколо шийок
зубів вздовж тіла нижньої щелепи до кута щелепи і
далі до висоти вінцевого виростка, відсепаровую-
чи слизово-окісний клапоть, далі відсепаровують
м'язово-окісний клапоть із зовнішньої та внутрі-
шньої сторін тіла і гілки нижньої щелепи, при не-
обхідності - до суглобової голівки, виконують ос-
теотомію нижньої щелепи послідовно за
допомогою фрези, наконечника портативної бор-
маши, долота та молотка в межах здорової кіст-
ки, вичленовують з футляру м'язово-окісної ткани-
ни фрагмент кістки, що видаляється,
екзартикуляцію проводять за допомогою спеціа-
льного реберного распатора, після чого утворену
порожнину тампують.

Корисна модель, що заявляється, відноситься
до медицини, точніше до хірургічної стоматології, і
призначена для хірургічного лікування хворих на
остеомієліт нижньої щелепи, особливо тих, що
мають наркотичну залежність.

Остеомієліт - це гнійно-некротичний та інфек-
ційно-алергічний процес, що виникає під впливом
екзогенних (фізичних, хімічних, біологічних,) та
ендогенних (нейрогуморальних, автоінтоксикація)
факторів на тлі попередньої сенсibilізації органі-
зму. Термін виконання операції визначається на-
явністю сформованої демаркаційної зони. При
цьому, як правило, використовується такий метод
хірургічного втручання як секвестректомія ураже-
ної ділянки щелепи [1]. Крім того, широко викорис-
товуються деякі інші види оперативних втручань, а
саме: некротомія, блоковидна резекція, сектораль-
на резекція щелепи. Ці методики широко викорис-
товуються при операціях з приводу остеорадіоне-
крозів, біфосфонатних некрозів та доброякісних і
злоякісних пухлин нижньої щелепи [2]. Згідно літе-
ратурних даних, секторальна резекція виконується
лише зовнішнім доступом та передбачає цільове
пошкодження кістки та інших прошарків м'яких
тканин, особливо коли мова йдеться про резекцію
половини і більше нижньої щелепи з екзартику-
ляцією, тобто з виведенням голівки виростку ниж-

ньої щелепи зі скронево-нижньощелепного сугло-
бу. Це пояснюється складністю оперативного
втручання, а саме можливість кровотечі з магіст-
ральної судини та кращою візуалізацією ураженої
щелепи, особливо при злоякісних пухлинах ниж-
ньої щелепи, коли потрібно видалити значний ма-
сив м'яких тканин (м'язи, слинні залози, лімфатич-
ні вузли і т.п.). Також потрібно враховувати, що
зовнішній доступ, як правило, дозволяє одразу
проводити трансплантацію в утворене протезне
ложе видаленої щелепи, що досить широко вико-
ристовують при операціях з приводу пухлин ниж-
ньої щелепи. Таким чином запобігають виникнен-
ню післяопераційної деформації обличчя. При
операціях з приводу остеомієлітів та некрозів ще-
леп одночасну трансплантацію не проводять у
зв'язку з тим, що трансплантована ділянка буде
невідворотно відторгнута. Основною причиною
цього є наявність гнійно-некротичного процесу в
оточуючих м'яких тканинах і запальна реакція в
кістковій тканині, що залишилась. Враховуючи
ураження та некроз привідних кісткових судин, які
кровопостачають щелепу у цієї категорії хворих, та
погане загоювання післяопераційних ран, а саме
розходження швів, неможливість іноді накладання
вторинних швів, значні дефекти шкіри внаслідок
некрозу тканин в місці оперативного втручання, а

UA (19) 39525 (13) U

також потребу подальшого протезування з трансплантацією щелепи, потрібно шукати нові методи хірургічного втручання, які б нівелювали усі негативні сторони класичних доступів в лікуванні остеомієліту нижньої щелепи у хворих на тлі наркотичної залежності.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування остеомієліту нижньої щелепи, який полягає в резекції ураженої щелепи з екзартикуляцією шляхом зовнішнього доступу. Виконується він наступним чином: нижню губу та м'які тканини підборіддя скальпелем розтинають по середній лінії до кістки. Далі розтин ведуть по краю тіла нижньої щелепи і по задньому краю її гілки, на 3-5 см вище кута. Зі сторони присінку порожнини рота проводять розтин вздовж ясенного краю слизової оболонки до кістки. Те ж саме роблять зі сторони порожнини рота. М'які тканини відсепаровують від щелепи, починаючи від підборідної ділянки. На рівні майбутньої остеотомії видаляють зуб або використовують ділянку щелепи без зубу. З внутрішньої сторони щелепи вводять пилку Джиглі, проводять остеотомію по середній лінії та відводять назовні, після чого скальпелем розсікають м'які тканини з внутрішньої сторони тіла нижньої щелепи до вінцевого відростка. Ножицями пересікають медіальний криловидний м'яз та судинно-нервовий пучок. Виконують гемостаз та перев'язку нижньої альвеолярної артерії. Кусачками Лістона відділяють вінцевий відросток. Сухожильний апарат скронево-нижньощелепного суглобу розсікають, відтягують донизу та повертають усередину ділянки щелепи, що видаляється. Далі перев'язують та пересікають щелепну артерію латерального криловидного м'язу, яка знаходиться біля голівки суглобового відростка. Проводять екзартикуляцію щелепи. При цьому відділення м'язово-окістного клаптя та екзартикуляцію щелепи виконують прямим распатором. Рану пошарово ушивають кетгутом, шкіру - поліамідом. Для запобігання западання язика прошивають лігатурою та фіксують її до пов'язки.

Задача, яка вирішується корисною моделлю, що заявляється, полягає в підвищенні ефективності лікування остеомієліту нижньої щелепи, переважно у хворих з наркотичною залежністю, за рахунок забезпечення кращих умов для післяопераційного загоєння рани та оптимального протезного ложа для майбутньої трансплантації.

Технічний результат від корисної моделі буде полягати в більш швидкому загоєнні післяопераційної рани та забезпеченні умов для майбутньої трансплантації щелепи.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування хворих на остеомієліт нижньої щелепи, який включає резекцію нижньої щелепи з наступною екзартикуляцією, а в кінці операції прошивання язика лігатурою та фіксацію її до пов'язки, згідно корисної моделі, резекцію нижньої щелепи виконують внутрішньоротовим доступом, для чого проводять розтин слизової оболонки порожнини рота навколо шийок зубів вздовж тіла нижньої щелепи до кута щелепи і далі до висоти вінцевого відростка, відсепаровуючи слизово-окістний клапоть, далі відсепаровують

м'язово-окістний клапоть із зовнішньої та внутрішньої сторін тіла і гілки нижньої щелепи, при необхідності - до суглобової голівки, виконують остеотомію нижньої щелепи послідовно за допомогою фрези, наконечника портативної бормашини, долота та молотка в межах здорової кістки, вищелюють з футляру м'язово-окістної тканини фрагмент кістки, що видаляється, екзартикуляцію проводять за допомогою спеціального реберного распатора, після чого утворену порожнину тампують.

Відмінною особливістю способу хірургічного лікування хворих на остеомієліт нижньої щелепи є застосування внутрішньоротового доступу. Це усуває потребу у гемостазі основних привідних кісткових судин і накладенні швів у порожнині роти, оскільки утворене протезне ложе в більшості випадків заповнюється кровоспинною антисептичною губкою та йодформним або вініформним тампоном. До того ж, фрагментацію нижньої щелепи проводять за допомогою послідовного використання фрези, наконечника, бормашини, долота та молотка, що значно пришвидшує остеотомію. Екзартикуляцію та відділення м'язово-окістного футляру від нижньої щелепи проводять спеціальним реберним распатором. Використання цієї методики, з одного боку, поліпшує загоєння післяопераційної рани, завдячуючи відсутності зовнішніх розтинів та цільового розсічення окіста, а з іншого боку, створює сприятливі умови для майбутнього протезного ложа трансплантованої щелепи, внаслідок зменшення рубцево змінених тканин.

За доступними літературними даними такий спосіб хірургічного лікування остеомієліту нижньої щелепи у хворих, переважно на тлі наркотичної залежності, невідомий.

Запропонований спосіб хірургічного лікування хворих на остеомієліт нижньої щелепи здійснюється наступним чином. Резекцію нижньої щелепи виконують внутрішньоротовим доступом, для чого проводять розтин слизової оболонки порожнини рота навколо шийок зубів вздовж тіла нижньої щелепи до кута щелепи і далі до висоти вінцевого відростка, відсепаровуючи слизово-окістний клапоть, далі відсепаровують м'язово-окістний клапоть із зовнішньої та внутрішньої сторін тіла і гілки нижньої щелепи, при необхідності - до суглобової голівки. Далі виконують остеотомію нижньої щелепи, послідовно використовуючи фрезу, наконечник портативної бормашини, долото та молоток в межах здорової кістки (кровоточивої). Наступним кроком фрагмент кістки, що видаляється, вищелюють з футляру м'язово-окістної тканини та проводять екзартикуляцію спеціальним реберним распатором. Для видалення з утвореної порожнини дрібних секвестрів та осифікованих періостальних нашарувань за допомогою ложки Фолькмана виконують її кюретаж. Утворену порожнину тампують кровоспинним матеріалом (гемостатична антисептична губка) або йодформним чи вініформним тампоном. При необхідності рану частково або повністю ушивають. Після закінчення операції язик за для запобігання западання прошивають лігатурою та фіксують її до пов'язки.

Конкретний приклад втілення

Хворий О., 28 років, історія хвороби №8847, поступив до КМКЛ №12 ЩЛВ №2 06.06.08 з приводу хронічного токсичного остеомієліту нижньої щелепи. В анамнезі хворого вказано, що з приводу даного захворювання його госпіталізували тричі. Також в анамнезі у хворого була така супутня патологія, як гепатит В, С, тривалий прийом наркотичного препарату первітину («вінт») на протязі 2 років. За цей період (півроку) йому декілька разів проводили операції по типу некротомії та санацію порожнини рота. За даними КТ уражений фрагмент нижньої щелепи займав об'єм від центральних різців до суглобової голівки включно.

Проведене лікування: хворого було прооперовано за новою методикою із використанням внутрішньоротового доступу. Для резекції ураженого фрагменту нижньої щелепи виконали розтин слизової оболонки порожнини рота навколо шийок зубів до центральних різців вздовж тіла нижньої щелепи до кута щелепи і далі до висоти вінцевого виростка, відсепаровуючи слизово-окістний клапоть, далі відсепарували м'язово-окістний клапоть із зовнішньої та внутрішньої сторін тіла і гілки нижньої щелепи до суглобової голівки. Далі виконали остеотомію нижньої щелепи на рівні центральних різців, послідовно використовуючи фрезу, наконечник портативної бормашини, долото та молоток в межах кровотоливої кістки із застосуванням постійного охолодження. Наступним кроком фрагмент кістки, що видалається, вичленили з футляру м'язово-окістної тканини та провели екзартикуляцію спеціальним реберним распатором. Для видалення з утвореної порожнини дрібних секвестрів та осифікованих періостальних нашарувань за допомогою ложки Фолькмана виконали її кюретаж.

Утворену порожнину було тампоновано гемостатичною антисептичною губкою та вініформним тампоном. Рану не ушивали. Після закінчення операції язик задля запобігання западання прошили лігатурою, яку зафіксували до тим'яно-підборідної пов'язки. Рани в порожнині рота загоїлись вторинним натягом впродовж 12 днів. Ззовні нориці відсутні. Хворого виписано на амбулаторне лікування в поліклініці за місцем проживання.

За період з грудня 2007 по вересень 2008 року на базі кафедри хірургічної стоматології, щелепно-лицевої пластичної хірургії та імплантології НМУ імені О.О.Богомольця в КМКЛ №12 було проліковано 30 хворих з остеомієлітом щелеп на тлі наркотичної залежності з використанням запропонованого способу. У всіх 30 хворих (100%) спостерігали повноцінне загоювання ран без будь-яких ускладнень. Таким чином запропонований внутрішньоротовий доступ при хірургічному лікуванні остеомієліту нижньої щелепи у хворих на тлі наркотичної залежності є більш ефективним, ніж класичний зовнішній доступ.

Додатковими перевагами запропонованого способу є скорочення тривалості операції за рахунок відсутності швів та косметичний ефект внаслідок відсутності зовнішніх розтинів, а отже зменшення тривалості наркозу, що безперечно зменшує інтоксикацію тканини мозку та печінки.

Джерела інформації:

1. Т.Г.Робустова, И.С.Карпетян. «Хирургическая стоматология». - Москва. - 1996. - с.200-207.
2. I.Dimitrakopoulos, C.Magopoulos, D.Karakasis. Bisphosphonate-induced avascular osteonecrosis of the jaws: a clinical report of 11 cases. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. Volume 35, Issue 7, 2006, Pages 588-593.