



УКРАЇНА

(19) UA (11) 49522 (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 ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТУ З ОРОАНТРАЛЬНИМ СПОЛУЧЕННЯМ

1

2

(21) u201000837

(22) 28.01.2010

(24) 26.04.2010

(46) 26.04.2010, Бюл.№ 8, 2010 р.

(72) МАЛАНЧУК ВЛАДИСЛАВ ОЛЕКСАНДРОВИЧ,
ГАРЛЯУСКАЙТЕ ІРЕНА ЮСТИНАСІВНА, КЕЯН
ДАВІД МИКОЛАЙОВИЧ, ЯЦЕНКО ДАР'Я ВОЛО-
ДИМИРІВНА

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб хірургічного лікування одонтогенного
гаймориту з ороантральним сполученням, що
включає закриття сполучення слизово-окісним
кляптеи, який відрізняється тим, що після трепан-

нації передньої стінки гайморової пазухи висічений
трансплантат кістки овальної форми ділять на дві
частини (більшу і меншу) з двома отворами в кож-
ній і використовують як аутотрансплантат для за-
криття ороантрального сполучення з боку гаймо-
рової пазухи та порожнини рота, при цьому
менший трансплантат укладають з боку верхньо-
щелепної (гайморової) пазухи на ороантральне
сполучення, дефект кістки в ділянці раніше вида-
леного зуба заповнюють заздалегідь приготове-
ною тромбоцитарною масою та закривають де-
фект більшим кістковим трансплантатом та
слизово-окісним кляптеи з боку порожнини рота.

Корисна модель належить до медицини, а са-
ме до хірургічної стоматології та щелепно-лицевої
хірургії, і призначена для лікування одонтогенного
гаймориту з ороантральним сполученням, з відно-
вленням висоти альвеолярного відростка верхньої
щелепи.

Однією з актуальних проблем хірургічної сто-
матології та щелепно-лицевої хірургії є лікування
одонтогенного гаймориту з ороантральним сполу-
ченням та визначення тактики пластичного закрит-
тя сполучення.

Найбільш поширеним способом лікування є
радикальна гайморотомія з закриттям сполучення
слизово-окісним кляптеи. [1].

Так, найближчим по своїй суті прототипом
способу, що заявляється, є гайморотомія по Не-
йману-Заславському, з одномоментним усуненням
перфораційного отвору. [2]. Але цей спосіб має
ряд недоліків: відсутність в норицевому ході кіст-
кової тканини приводить надалі до атрофії альве-
олярного відростка верхньої щелепи, післяопера-
ційне відокремлюване пазухи, потрапляючи з
пазухи в лунку видаленого зуба подовжує процес
загоєння лунки і заміщення його кістковою тка-
ниною, а слизово-окісний кляпоть в післяоперацій-
ному періоді піддається дії тиску повітря з боку
пазухи, що може привести до рецидиву захворю-
вання.

Корисна модель, що заявляється, вирішує за-
дачу герметичного закриття ороантрального спо-
лучення, відокремлення пазухи від лунки раніше
видаленого зуба, що прискорює процес заміщення
лунки кістковою тканиною, оптимізує процес утво-
рення кістки в норицевому ході з одномоментним
відновленням або збільшенням висоти альвеоляр-
ного відростка верхньої щелепи.

Технічний результат, що досягається, полягає
у створенні топографо-анатомічних умов для оп-
тимального закриття і заміщення ороантрального
сполучення кістковою тканиною без втрати висоти
альвеолярного відростка та подальшого протезу-
вання.

Поставлена задача вирішується тим, що у ві-
домому способі, що включає виконання гайморо-
томії та закриття сполучення слизово-окісним кля-
птеи, згідно корисної моделі, після трепанації
передньої стінки гайморової пазухи висічений тра-
нсплантат кістки овальної форми ділять на дві
частини (більшу і меншу) з двома отворами в кож-
ній і використовують як аутотрансплантат для за-
криття ороантрального сполучення зі сторони гай-
морової пазухи та порожнини рота, при цьому
менший трансплантат укладають з боку верхньо-
щелепної (гайморової) пазухи на ороантральне
сполучення, дефект кістки в ділянці раніше вида-
леного зуба заповнюють заздалегідь приготове-

(13) U
(11) 49522
(19) UA

ною тромбоцитарною масою та закривають все це більшим трансплантатом та слизово-окісним клаптем з боку порожнини рота.

Таким чином, запропонований нами спосіб дозволяє створити анатомо-топографічні та фізіологічні умови для оптимального закриття сполучення і заміщення дефекту альвеолярного відростка кістковою тканиною без втрати його висоти. За даними літератури такий спосіб є невідомим.

Сутність корисної моделі графічно пояснюється на Фіг.1 та 2, на яких представлена схема оперативного лікування одонтогенного перфоративного гаймориту з пластичним закриттям ороантрального сполучення. Де на Фіг.1:

1. Верхньощелепний синус
2. Порожнина рота
3. Передня стінка верхньощелепного синуса
4. Слизово-окісний клапоть
5. Ороантральне сполучення
6. Слизова оболонка піднебіння
7. Отвір трепанації передньої стінки гайморової пазухи,

а на Фіг.2:

8. Менший кістковий трансплантат
9. Більший кістковий трансплантат
10. Тромбоцитарна маса
11. Зуби
12. Отвори в трансплантатах

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином: заздалегідь (за 20 хвилин до операції) у хворого за допомогою венопункції беруть 45-60мл крові, яку центрифугують при швидкості 3000 об/мін. В результаті кров розділяється на 3 фракції: еритроцити, плазму з високим вмістом тромбоцитів і плазму з низьким вмістом тромбоцитів. Тромбоцитарна маса (10) буде використовуватися для заміщення ороантрального сполучення. Далі, під торусальною, інфраорбітальною, різцевою, піднебінною і інфільтраційною анестезією Sol.Ultracaini 4%-6ml, роблять розріз слизової оболонки і окістя верхньої щелепи по перехідній складці викруюванням трапецевидного клаптя в ділянці ороантрального сполучення (5). Відшаровують слизово-окісний клапоть (4). За допомогою бормашини передню стінку гайморової пазухи (3) трепанують (7), з випилюванням кісткового трансплантата розміром 2,5 на 1,5см, який в подальшому розділяють на 2 частини, більший (9) та менший (8), діаметрами 1,0 і 0,7см відповідно, в центрі трансплантатів за допомогою бору роблять два отвори (12) на відстані 2-4мм один від одного. Далі через два отвори у меншому трансплантаті проводять нитку шовного матеріалу (вікріл), трансплантат через отвір трепанації (7) вводять в гайморову пазуху і встановлюють на дно пазухи в області ороантрального сполучення (5), а краї нитки виводять в порожнину рота (2). В порожнині ороантрального сполучення вводять приготовлену раніше тромбоцитарну масу (10). Потім з боку порожнини рота два кінці нитки проводять через отвори в більшому трансплантаті (9) і його укладають на ороантральне сполучення з боку порожнини рота, тим самим закриваючи його. Трансплантати (менший (8) з боку гайморової пазухи (1) і більший (9) з боку порожнини рота (2)) підтягують

один до одного за допомогою вузлового шва. Слизово-окісний клапоть (4) мобілізують, укладають на місце і фіксують поліамідними вузловими швами. В післяопераційний період пацієнту призначають курс протизапальної терапії.

Приклад конкретного застосування способу хірургічного лікування одонтогенного гаймориту з ороантральним сполученням.

Хворий М. (21 рік історія хвороби №17537) поступив в ЩЛВ №2 КМКЛ №12 з діагнозом хронічний одонтогенний перфоративний гайморит справа.

В анамнезі: біля 2-х місяців назад у хворого з'явився біль в ділянці верхньої щелепи справа, при обстеженні був поставлений діагноз загострення хронічного одонтогенного гаймориту і було прийнято рішення про видалення причинного 16-го зуба, при видаленні якого з'явилася сполучення з гайморовою пазухою, через яке отримали гнійний екссудат. Об'єктивно: обличчя симетричне, відкривання рота вільне, в порожнині рота слизова оболонка без особливостей, в області видаленого 16-го зуба норицевий хід, з серозно-слизовим виділенням. Носоротова проба позитивна. На рентгенографії навколоносових пазух носа - тотальне затемнення правої гайморової пазухи.

Протокол операції.

Під торусальною, інфраорбітальною, різцевою, піднебінною і інфільтраційною анестезією Sol.Ultracaini 4%-6ml проведено розріз слизової оболонки і окістя верхньої щелепи по перехідній складці від 12 до 17 зуба з викруюванням трапецевидного клаптя в області ороантрального сполучення. Відшаровується слизово-окісний клапоть. За допомогою бормашини проведена трепанація передньої стінки гайморової пазухи, з випилюванням кісткового трансплантата розміром 2,5 на 1,5см, який в подальшому розділили на 2 частини діаметрами 1,0 і 0,7см. В центрі трансплантатів за допомогою бору зроблені два отвори на відстані 3 мм один від одного, далі через два отвори в меншому трансплантаті проведений шовний матеріал - вікріл. Трансплантати помістили в лоток з стерильним фізіологічним розчином натрію хлориду. З пазухи видалена поліпозно змінена слизова оболонка, гаймороріностома. Далі менший трансплантат через отвір трепанації введено в гайморову пазуху і встановлено на дно пазухи в ділянці ороантрального сполучення, а краї нитки виведені в порожнину рота. В порожнину дефекту альвеолярної кістки введена приготовлена раніше тромбоцитарна маса. Потім з боку порожнини рота два кінці нитки проведені через отвори в більшому трансплантаті і він укладений на ороантральне сполучення з боку порожнини рота, тим самим закриваючи його. Трансплантати (менший з боку гайморової пазухи і більший з боку порожнини рота) підтягнули один до одного за допомогою вузлового шва. Слизово-окісний клапоть укладений на місце і фіксований поліамідними вузловими швами.

За період з серпня по вересень 2009 року в ЩЛВ №2 КМКЛ №12 з діагнозом хронічний одонтогенний перфоративний гайморит, прооперовано 7 хворих за запропонованим нами способом. У всіх

випадках отримано добрі функціональні та анатомічні результати, що підтверджувалися клінічними та рентгенологічними методами дослідження.

Джерела інформації:

1. Шаргородский А. Г., Одонтогенные синуситы верхней челюсти // Клиника, диагностика, ле-

чение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи. - ГЭОТАР-МЕД, 2002. - с. 359-389.

2. Е. Сабо, Сообщение между полостью рта и гайморовой полостью // Амбулаторная хирургия зубов и полости рта - Будапешт, 1977. - с. 250-259.

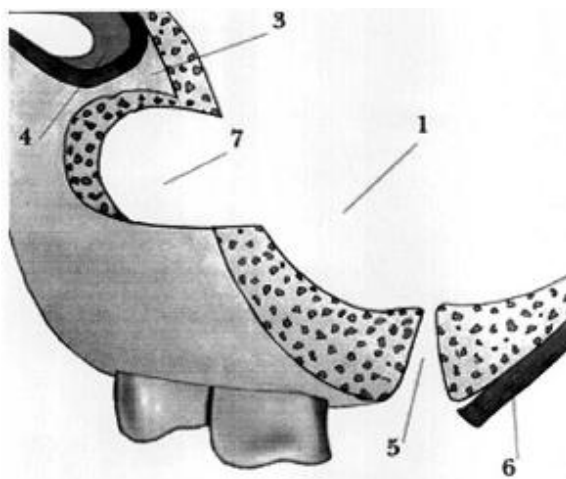


Fig. 1

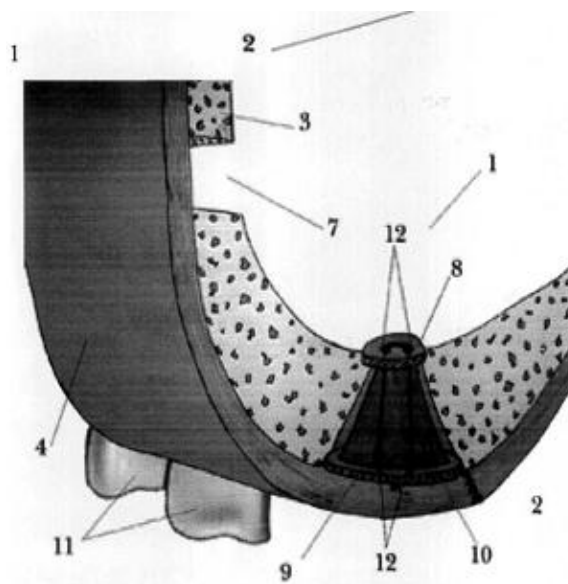


Fig. 2