



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **49926** (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) u201000827

(22) 28.01.2010

(24) 11.05.2010

(46) 11.05.2010, Бюл.№ 9, 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) 1. Спосіб хірургічного лікування одонтогенного
гаймориту з ороантральним сполученням, що
включає виконання гайморотомії та закриття спо-

лучення слизово-окісним клаптом, який **відрізня-**
ється тим, що після трепанації передньої стінки
гайморової пазухи висічений трансплантат кістки
овальної форми з двома отворами використову-
ють як аутотрансплантат для закриття ороантра-
льного сполучення з боку гайморової пазухи, при
цьому аутотрансплантат з цього ж боку додатково
покривають біомембраною, що розсмоктується.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що од-
номоментно дефект альвеолярної кістки в ділянці
раніше видаленого зуба заповнюють заздалегідь
приготовленою тромбоцитарною масою.

Корисна модель належить до медицини, а са-
ме до хірургічної стоматології та щелепно-лицевої
хірургії, і призначена для лікування одонтогенного
гаймориту з ороантральним сполученням та плас-
тичним закриттям ороантрального сполучення зі
сторони гайморової пазухи.

Однією з актуальних проблем хірургічної сто-
матології та щелепно-лицевої хірургії є лікування
одонтогенного гаймориту з ороантральним спо-
лученням та визначення тактики пластичного закрит-
тя сполученням.

Найбільш поширеним способом лікування є
радикальна гайморотомія, що включає закриття
сполучення слизово-окісним клаптом. [1].

Так, найближчим по своїй суті аналогом (про-
тотипом) способу, що заявляється, є гайморотомія
по Нейману-Заславському, з одномоментним усу-
ненням перфораційного отвору [2]. Але цей спосіб
має ряд недоліків: слизово-окістний клапоть в піс-
ляопераційному періоді піддається дії тиску повіт-
ря з боку пазухи, що може привести до рецидиву
захворювання, післяопераційне відокремлюване
пазухи, потрапляючи з пазухи в лунку видаленого
зуба подовжує процес загоєння лунки і заміщення
його кістковою тканиною.

Корисна модель, що заявляється, вирішує за-
дачу запобігання рецидиву захворювання та прис-
корення процесу заміщення лунки кістковою тка-
ниною за рахунок закриття ороантрального

сполучення зі сторони гайморової пазухи та відо-
кремлення пазухи від лунки раніше видаленого
зуба.

Технічний результат, що досягається, полягає
у створенні топографо-анатомічних умов для оп-
тимального закриття сполучення кістковою ткани-
ною та профілактиці рецидиву захворювання та
прискоренні процесу остеогенезу.

Поставлена задача вирішується тим, що у ві-
домому способі, який включає виконання гайморо-
томії та закриття сполучення слизово-окісним кла-
птом, згідно корисної моделі, після трепанації
передньої стінки гайморової пазухи кістковий фра-
гмент трепанаційного отвору використовують для
закриття ороантрального сполучення зі сторони
гайморової пазухи, а норицевий хід заповнюють і
приготовленою раніше тромбоцитарною масою.

Таким чином, запропонований нами спосіб до-
зволяє створити анатомо-і топографічні та фізіо-
логічні умови для оптимального закриття спо-
лучення і заміщення дефекту альвеолярного
відростка кістковою тканиною. За даними літера-
тури такий спосіб є невідомим.

Сутність корисної моделі графічно пояснюєть-
ся на Фіг.1 та 2, на яких представлена схема опе-
ративного лікування одонтогенного перфоративно-
го гаймориту з пластичним закриттям
ороантрального сполучення зі сторони гайморової
пазухи. Де на Фіг.1:

(13) **U**
(11) **49926**
(19) **UA**

1. Верхньощелепний синус
2. Порожнина рота
3. Передня стінка верхньощелепного синуса
4. Слизово-окісний клапоть
5. Ороантральне співустя
6. Слизова оболонка піднебіння
7. Отвір трепанації передньої стінки гайморової пазухи
- а на Фіг.2:
8. Кістковий трансплантат з передньої стінки гайморової пазухи
9. Тромбоцитарна маса
10. Зуби
11. Отвори в трансплантаті
12. Біомембрана

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином: заздалегідь (за 20 хвилин до операції) у хворого за допомогою венепункції беруть 45-60мл крові, яку центрифугують при швидкості 3000об/хв. В результаті кров розділяють на 3 фракції: еритроцити, плазму з високим вмістом тромбоцитів і плазму з низьким вмістом тромбоцитів. Тромбоцитарна маса (9) 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 викроюванням трапецієподібного клаптя в ділянці ороантрального сполучення (5). Відшаровують слизово-окісний клапоть (4). За допомогою бормащини передню стінку гайморової пазухи (3) трепанують (7), з випилюванням кісткового трансплантата (8) розміром 1,0см в діаметрі, в центрі трансплантата за допомогою бора роблять два отвори (11) на відстані 2-4мм один від одного. До трансплантату фіксують біомембрану (12), далі через два отвори у трансплантаті проводять нитку шовного матеріалу (вікріл), трансплантат через отвір трепанації (7) вводять в гайморову пазуху і встановлюють на дно пазухи в області перфораційного отвору (5) так, щоб біомембрана (12) була над трансплантатом, а краї нитки виводять в порожнину рота (2). В порожнині ороантрального сполучення вводять приготовлену раніше тромбоцитарну масу (9). Потім з боку порожнини рота за допомогою бормащини роблять 2 отвори альвеолярного відростка верхньої щелепи в ділянці піднебіння й зовнішньої кортикальної пластини так, щоб вони йшли зовні в лунку вилученого зуба. Два кінці нитки проводять через ці отвори та зав'язують. Таким чином кістковий трансплантат (8) підтягують до дна гайморової пазухи, щільно закриваючи перфоративний отвір. Слизово-окісний клапоть (4) мобілізується, укладається на місце і фіксується 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 з правого

боку. В анамнезі: біля 2-х місяців назад у хворого з'явився біль в ділянці верхньої щелепи з правого боку. 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, відкриття рота вільне, в порожнині рота слизова оболонка без особливостей, в області видаленого 16-го зуба норицевий хід, з серозно-слизовим виділенням. Носорогова 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 викроюванням трапецієподібного клаптя в області ороантрального сполучення. Відшаровується слизово-окісний клапоть. За допомогою бормащини проведена трепанація передньої стінки гайморової пазухи з випилюванням кісткового трансплантата розміром 1,0см в діаметрі. В центрі трансплантата за допомогою бора зроблені два отвори на відстані 3мм один від одного. До трансплантата зафіксована біомембрана, далі через два отвори в трансплантаті проведений шовний матеріал - вікріл. Трансплантати з біомембраною помістили в лоток з стерильним фізіологічним розчином натрію хлориду. З пазухи видалена поліпозно змінена слизова оболонка, гаймороріностома. Далі трансплантат з біомембраною через отвір трепанації введено в гайморову пазуху і встановлено на дно пазухи в ділянці перфораційного отвору так, щоб біомембрана була над трансплантатом, а краї нитки виведені в порожнину рота. Потім з боку порожнини рота за допомогою бормащини зроблені 2 отвори альвеолярного відростка верхньої щелепи в ділянці неба й зовнішньої кортикальної пластини так, щоб вони йшли зовні в лунку вилученого зуба. Два кінці нитки проведені через ці отвори та зав'язані. В порожнину дефекту альвеолярної кістки введено приготована раніше тромбоцитарна маса. 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.

Література.

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

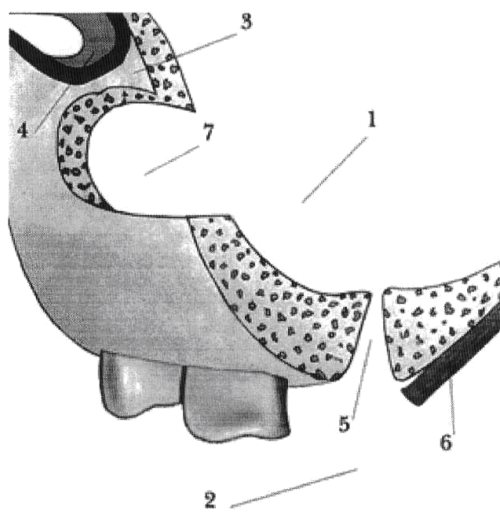


Fig. 1

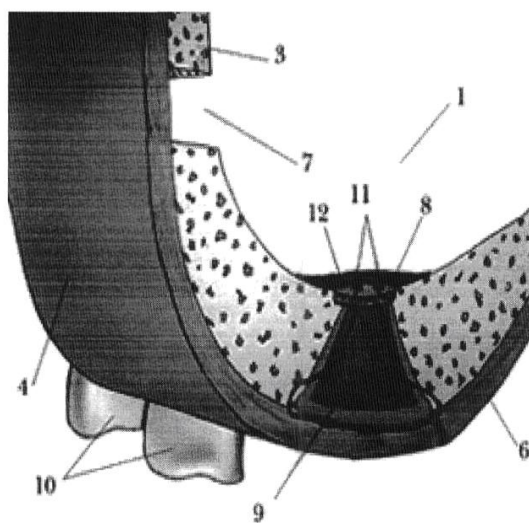


Fig. 2