



УКРАЇНА

(19) UA (11) 49927 (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) u201000828

(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) 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 ділять на дві частини і використо-  
вують як аутотрансплантат для закриття ороан-  
трального сполучення з боку гайморової пазухи та  
порожнини рота, причому, укладаючи менший  
трансплантат з боку верхньощелепної пазухи на  
ороантральне сполучення з боку дна верхньоще-  
лепного синуса, його додатково покривають біо-  
мембраною, що розсмоктується, а дефект кістки в  
ділянці раніше видаленого зуба з боку порожнини  
рота заповнюють заздалегідь приготовленою тро-  
мбоцитарною масою і закривають більшим кістко-  
вим трансплантатом та слизово-окісним клаптом 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 спо-  
лученням, та визначення тактики пластичного за-  
криття сполучення.

Найбільш поширеним способом лікування є  
радикальна гайморотомія з закриттям сполучення  
слизово-окісним клаптом [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 кісткової  
тканини приводить надалі до атрофії альвеоляр-  
ного відростка верхньої щелепи, післяопераційне  
відокремлюване пазухи, потрапляючи з пазухи в  
лунку видаленого зуба продовжує процес загоєння  
лунки і заміщення його кістковою тканиною, а сли-  
зово-окісний клапоть в післяопераційному періоді  
піддається дії тиску повітря з боку пазухи, що мо-  
же привести до рецидиву захворювання.

Корисна модель, що заявляється, вирішує за-  
дачу прискорення процесу заміщення лунки кіст-  
ковою тканиною, оптимізації процесу утворення  
кістки в норицевому ході з одномоментним віднов-  
ленням або збільшенням висоти альвеолярного  
відростка верхньої щелепи за рахунок герметично-  
го закриття ороантрального сполучення, відокре-  
млення пазухи від лунки раніше видаленого зуба.

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

Поставлена задача вирішується тим, що у ві-  
домому способу, який включає виконання гаймо-  
ротомії та закриття сполучення слизово-окісним  
клаптом, згідно корисної моделі, після трепанації  
передньої стінки гайморової пазухи висічений тран-  
сплантат кістки овальної форми ділять на дві  
частини і використовують як аутотрансплантат для  
закриття ороантрального сполучення зі сторони  
гайморової пазухи та порожнини рота, причому,  
укладаючи менший трансплантат з боку верхньо-  
щелепної пазухи на ороантральне сполучення з  
боку дна верхньощелепного синуса, його додатко-  
во покривають біомембраною, що розсмоктується,  
а дефект кістки в ділянці раніше видаленого зуба з  
боку порожнини рота заповнюють заздалегідь при-

UA (11) 49927 (13) U

готовленою тромбоцитарною масою, закриваючи 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
13. 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/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 з викроюванням трапецевидного 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 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 бора роблять два отвори (12) на відстані 2-4мм один від одного. До меншого трансплантату фіксують біомембрану (13), розміром 1,5см в діаметрі. 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), так щоб біомембрана (13) була над меншим трансплантатом, а краї нитки виводять в порожнину рота (2). В порожнину 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'явилося 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.

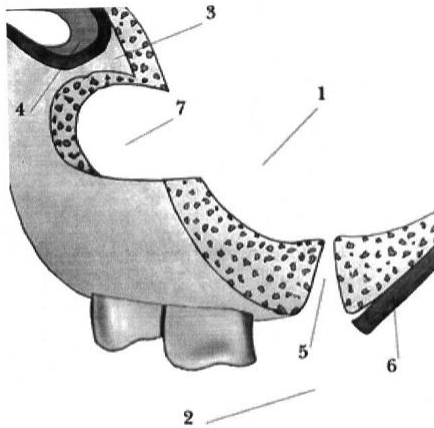
Під торусальною, інфраорбітальною, різцевою, піднебінною і інфільтраційною анестезією Sol.Ultracaini 4%-6ml проведено розріз слизової оболонки і окістя верхньої щелепи по перехідній складці від 12 до 17 зуба з відшаровуванням трапецевидного слизово-окісного клаптя в області ороантрального сполучення. За допомогою бормащини 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 3мм один від одного, далі через два отвори в меншому трансплантаті проведений шовний матеріал - вікріл. Трансплантати помістили в лоток зі стерильним фізіологічним розчином натрію хлориду. З пазухи видалена поліпозно змінена слизова оболонка, гаймороріностома. Далі до меншого трансплантату зафіксована біомембрана розміром 1,5см в діаметрі і менший трансплантат через отвір трепанації введено в гайморову пазуху і встановлено на дно пазухи в ділянці ороантрального сполучення так, щоб біомембрана була над меншим трансплантатом, а краї нитки виведені в порожнину рота. В порожнину дефекту альвеолярної кістки введена приготована 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) підтягнуті один до одного за допомогою вузлового шва. Слизово-окісний клапоть мобілізований, 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.

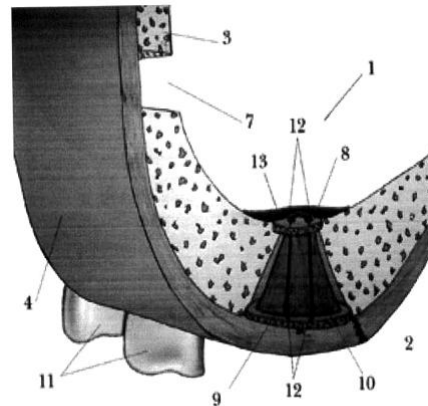
Література.

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.



Фиг. 1



Фиг. 2