



УКРАЇНА

(19) UA (11) 50268 (13) A

(51) B6 A61B10/00, A61N1/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НАГНОЄНИХ РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ

1

2

(21) 2001128498

(22) 10 12 2001

(24) 15 10 2002

(46) 15 10 2002, Бюл. № 10, 2002р

(72) Ничипорчук Григорій Петрович, Пюрик Василь Петрович

(73) Ничипорчук Григорій Петрович, Пюрик Василь Петрович

(57) Спосіб лікування нагноєних радикулярних кіст, який полягає у виконанні розрізу, дренажу рани та проведенні цистектомії, який відрізняється

тим, що розріз виконують вертикальним, відступаючи від рентгенологічних контурів порожнини кісти, назовні в напрямку від перехідної складки до ясенного краю зубів з щічної сторони, відсепаровують слизову оболонку і окістя від кістки, встановлюють дренаж в напрямку від однієї лінії розтину до іншої до зникнення запальних явищ, після чого проводять видалення дренажу і цистектомію, використовуючи створений попередньо оперативний доступ

Винахід відноситься до медицини зокрема, до стоматології і може бути використаний при лікуванні хворих з нагноєними радикулярними кістами.

Відомий спосіб лікування нагноєних радикулярних кіст складається з двох етапів.

I етап полягає у проведенні лінійного розрізу в місці найбільшого вибухання м'яких тканин по перехідній складці, тобто в місці найбільшого стоншення кісткової стінки кісти. Після проведення розрізу слизової оболонки порожнини рота, окістя, стоншеної кортикальної кістки і оболонки кісти рана дрениється гумовим випускником.

II етап - операція цистектомії. Проводиться після зняття явищ запалення радикулярної кісти і загоснення операційної рани, через яку проводилося дренивання нагноєної кісти ("Основи хірургічної стоматології" Ю.І. Бернадський. Київ "Вища школа" 1983р.)

Недоліком методу є тривалість лікування, необхідність, після зняття гострих явищ запалення і переходу кісти в хронічну фазу запалення, чекати поки повністю загоїться післяопераційна рана.

Найближчою по технічній сутності є вищевказана методика лікування нагноєних радикулярних кіст.

Недоліки прототипу є зазначені вище.

Технічне завдання - створити спосіб лікування нагноєних радикулярних кіст, що забезпечують найшвидший ефективний кінцевий результат лікування - видалення радикулярної кісти (цистектомія). Що забезпечується шляхом проведення нових оперативних доступів до нагноєних

радикулярних кіст.

Поставлене технічне завдання вирішується способом лікування нагноєних радикулярних кіст, який передбачає лікування нагноєної кісти шляхом хірургічного втручання на альвеолярному паростку верхньої, або нижньої щелепи.

Спосіб здійснюється таким чином.

Лікування нагноєної радикулярної кісти починають з проведення рентгенодіагностики з метою підтвердження, визначення локалізації та розмірів радикулярної кісти, що нагноїлася і правильного вибору тактики щодо "причинного" зуба та інтактних зубів, розміщених в зоні кісти. Оперативне втручання проводять під місцевим проводниковим та інфільтративним знеболенням. Застосовують внутрішньоротовий оперативний доступ. Проводять два вертикальних розтини слизової оболонки і окістя альвеолярного паростка з щічної сторони, відступаючи від рентгенологічних границь кісти назовні. Це проводиться для того щоб у майбутньому (через 2 - 4 дні), коли будемо проводити цистектомію, утворений слизово-окістний лоскут вільно перекривав край майбутнього кісткового дефекту і лінія швів не співпадала з ним. Величина обох розрізів - розрізаємо слизову оболонку і окістя в напрямку від краю ясен до перехідної складки. За допомогою розпатора відсепаровуємо слизову оболонку і окістя від кістки в напрямку від однієї лінії розрізу до іншої, утворюючи своєрідний "тунель", і створюючи таким чином доступ до порожнини нагноєної кісти. Кровоспинним затискачем проводимо декомпресію порожнини кісти, ви-

(13) A

(11) 50268

(19) UA

пускаючи гнійний екссудат. Далі проводимо медичну обробку рани 0,05% розчином хлоргексидину, дрениємо рану гумовим випускником, так, щоб кінці випускника виходили з двох проведених розрізів, в післяопераційному періоді хворому проводиться щоденна медична обробка рани 0,05% розчином хлоргексидину, призначається стандартна протизапальна терапія. Даний метод лікування нагноєних радикальних кіст дає можливість скоротити терміни лікування радикальної кістки до 2-4-х днів від часу проведення послаблюючих розрізів при нагноєнні радикальної кістки.

Створюються сприятливі умови для раннього та ефективного застосування остеогенних трансплантатів.

Скорочення термінів лікування нагноєних радикальних кіст відбувається за рахунок того, що місце проведення послаблюючих розрізів (два розрізи), є місцем формування слизово-окісного клаптя при проведенні послідовної цистектомії. Тобто, до двох проведених розрізів, додається третій, горизонтальний. Горизонтальний розріз проводиться біля ясенного краю, або по ясенному краю повторюючи архітектоніку ясен. Цей розріз сполучає перші два розрізи, утворюючи клапоть трапецеоподібної форми.

Місце проведення послаблюючих розрізів співпадає з місцем проведення розрізів для формування слизово-окісного клаптя. Це дозволяє проводити операцію цистектомії одразу після зняття гострих явищ запалення і видалення гумового випускника. Таким чином немає потреби чекати на заживлення місця, де проводився послаблюючий розріз (класично - лінійний розріз по перехідній складці дожиною 2 - 3см з послідовним дрениванням рани на 1 - 2 доби).

Приклади конкретного виконання

Приклад 1. Хворий М., 40р., діагноз нагноєна радикальна кіста верхньої щелепи справа від 12. Діагноз встановлено на основі

1. Клініко-анамнестичних даних - скарги на біль, припухлість в ділянці верхньої щелепи справа. В минулому у хворого болів 12, біль відмічався постійного характеру, що посилювався при накусанні на 12. З приводу нагноєння в ділянці верхньої щелепи справа рік тому назад було проведено розріз. Подальше лікування не проводилось.

2. Даних об'єктивного обстеження - лице асиметричне за рахунок набряку м'яких тканин підочної, передньо-верхнього відділу щічної ділянок. Шкіра в ділянці припухлості в кольорі не змінена, при пальпації збирається в складку, м'якоеластична. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, рухомі та болючі при пальпації. Рот відкривається вільно. Коронка 12 зруйнована на 1/3, рухомість I-ст., перкусія 12 від'ємна. Перехідна складка в ділянці 11 - 13, згладжена, вибухає. Слизова оболонка ясен, альвеолярного паростка та перехідної складки, в ділянці 11 - 13, пперемійована, набрякла, болюча при пальпації.

3. Даних рентгенологічного і лабораторного обстеження - на внутрішньоротовій контактній рентгенограмі верхньої щелепи справа спостерігається вогнище деструкції кісткової тканини округлої форми, розміром 1,2см x 1,0см, в ділянці верхівок коренів 12, 13. Границі дефекту нечіткі,

розмиті.

Проведено операцію розкриття нагноєної радикальної кістки новим оперативним доступом (2-а вертикальні розрізи слизової оболонки і кістки). Проведено мед. обробку розчином хлоргексидину 0,05%, дренивання рани гумовим випускником. На 1-й день після операції спостерігається незначна болючість в ділянці верхньої щелепи справа, набряк м'яких тканин обличчя. Повторно проведено мед. обробку рани розчином 0,05% хлоргексидину. На 2-й день запальні явища в ділянці нагноєної радикальної кістки були практично відсутні, набряку м'яких тканин обличчя не було. Повторно проведено мед. обробку рани. На 3-й день, після медичної обробки рани розчином хлоргексидину 0,05% забрано гумові випускники. Проведено терапевтичну підготовку 12, 13. Проведено операцію цистектомії. В післяопераційному періоді ускладнень не було.

Приклад 2. Хворий В., 38р., діагноз нагноєна радикальна кіста нижньої щелепи зліва від 31. Діагноз виставлено на основі

1. Клініко-анамнестичних даних - скарги на біль в ділянці нижньої щелепи зліва, постійного нудного характеру, асиметрію обличчя. П'ять років тому назад 33 лікований з приводу ускладнення карієсу. За цей час 33 хворого не турбував. Тиждень тому хворий перехворів на грип.

2. Даних об'єктивного обстеження - асиметрію обличчя за рахунок набряку м'яких тканин нижнього відділу щічної та підщелепової ділянок зліва, шкіра в ділянці припухлості в кольорі не змінена, при пальпації збирається в складку, м'якоеластичної консистенції, болюча, рот відкривається вільно. Коронка 33 заплomboвана, рухомість 1-го ступеня, перкусія 33 слабо позитивна. Перехідна складка в ділянці 32 - 34 згладжена, вибухає, слизова оболонка ясен, альвеолярного паростка та перехідної складки в ділянці 32 - 34 пперемована, набрякла, болюча при пальпації.

3. Даних рентгенологічного і лабораторного обстеження - на внутрішньоротовій контактній рентгенограмі нижньої щелепи зліва спостерігається вогнище деструкції кісткової тканини овальної форми, розміром 1,1см x 1,3см в ділянці верхівок коренів 32, 34. Границі дефекту розмиті, нечіткі, канал 33 вивопнений пломбувальною масою, за виключенням нижньої третини каналу. Рентгенообстеження займає південне місце в діагностиці нагноєних радикальних кіст, так як клінічні прояви при нагноєнні кістки є подібними до таких, які проявляються при гострому гнійному одонтогенному пероститі.

Проведено операцію розкриття нагноєної радикальної кістки новим оперативним доступом (2-а вертикальні розрізи слизової оболонки і кістки), рану промито розчином хлоргексидину 0,05%, дренировано гумовим випускником. В перший день після операції спостерігається незначний біль, набряк м'яких тканин обличчя зазначених вище ділянок. Повторно проводимо медобробку ран 0,05% р-ном хлоргексидину. На 2-й день запальні явища в ділянці нагноєної кістки були відсутні, набряку в щічній та підщелеповій ділянках зліва не було. Рану промито 0,05% розчином хлоргексидину. На 3 день, після мед. обробки 0,05% розчином

хлоргекседину, забрано гумові випускники. Запломбовано кореневі канали 32, 34, після чого проведено операцію цистектомії. В післяопераційному періоді ускладнень не було.

Технічний результат - створено спосіб лікування нагноєних радикалярних кіст, який, завдяки

використанню нових оперативних доступів, дозволяє зменшити травматичність оперативного лікування за рахунок зменшення кількості оперативних доступів, та значно скорочує терміни лікування хворих на нагноєні радикалярні кісти.

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 – 20 – 90

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»

вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна

(044) 216 – 32 – 71