



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **87229** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61C 11/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 10736	(72) Винахідник(и): Маланчук Владислав Олександрович (UA), Жуковцева Олена Ігорівна (UA), Чепурний Юрій Володимирович (UA)
(22) Дата подання заявки: 06.09.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 27.01.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 27.01.2014, Бюл.№ 2	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)

(54) СПОСІБ УСУНЕННЯ ДЕФЕКТІВ ВИЛИЦЕ-АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБЕНЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ ВИЛИЦЕВОГО КОМПЛЕКСУ

(57) Реферат:

Спосіб усунення дефектів вилице-альвеолярного гребеня при лікуванні переломів вилицевого комплексу включає радикальну гайморотомію під загальним знеболюванням з використанням горизонтального розрізу за Калдуелом-Люком, відшарування слизово-окісного клаптя з оголенням за допомогою распатора передньо-зовнішньої поверхні верхньої щелепи. Після санації верхньощелепного синуса, репозиції та фіксації вилицевого комплексу дефект кісткової тканини вилице-альвеолярного гребеня усувається попередньо змодельованим та інтраопераційно підігнаним до розмірів дефекту перфорованим імплантатом з біоморфного карбіду кремнію, який в стані репозиції виличного комплексу фіксується до країв дефекту накісною пластиною.

UA 87229 U

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використана при оперативному лікуванні переломів виличного комплексу, які супроводжуються дефектами кісткової тканини, зокрема в ділянці вилице-альвеолярного гребеня.

Травматизм щелепно-лицевої ділянки продовжує залишатися одною з актуальних хірургічних проблем в зв'язку зі збільшенням кількості хворих з переломами кісток лицевого та мозкового черепа, зокрема виличного комплексу. Переломи виличного комплексу, займають по частоті друге місце серед переломів кісток обличчя та складають до 24 % від їх числа, при цьому пацієнти у віці від 20 до 50 років складають до 91,8 %, що підкреслює високе медико-соціальне значення проблеми [1].

Порушення цілісності кісткових структур виличного комплексу супроводжується руйнуванням стінок верхньощелепного синуса, контрфорсів обличчя. Виникнення дефектів кісткової тканини можливе як в результаті первинної травми, так і в наслідок санаційних етапів операцій (видалення вільно лежачих, нежиттєздатних фрагментів). Це призводить до утворення рубцевої сполучної тканини, вторинних зміщень виличної кістки після репозиції навіть за умови остеосинтезу, зниження амортизаційної здатності контрфорсів середньої зони обличчя.

Так, відомий спосіб усунення дефектів вилице-альвеолярного гребеня при лікуванні переломів виличного комплексу, який включає радикальну гайморотомію під загальним знеболенням з використанням горизонтального розрізу за Калдуелом-Люком, відшарування слизово-окісного клаптя з оголенням за допомогою распатора передньо-зовнішньої поверхні верхньої щелепи. Після виявлення дефекту кісткової тканини виличного комплексу, зокрема вилице-альвеолярного гребеня, після санації верхньощелепного синуса та репозиції виличного комплексу проводять його заміщення попередньо змодельованим кістковим аутоотрансплантатом, що фіксується накісною титановою пластиною [2, 3].

Недоліком способу є низька клінічна ефективність пов'язана з низьким регенераторним потенціалом кісткової тканини в ділянці вилице-альвеолярного гребеня як частини виличного комплексу, можливістю оголення трансплантату та його інфікування зі сторони верхньощелепного синуса, підвищена травматичність операції, пов'язана з необхідністю забору трансплантата.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраний як прототип, є спосіб усунення дефектів вилице-альвеолярного гребеня при лікуванні переломів виличного комплексу, який включає радикальну гайморотомію під загальним знеболюванням з використанням горизонтального розрізу за Калдуелом-Люком, відшарування слизово-окісного клаптя з оголенням за допомогою распатора передньо-зовнішньої поверхні верхньої щелепи [4]. Після виявлення дефекту кісткової тканини виличного комплексу, зокрема вилице-альвеолярного гребеня, після санації верхньощелепного синуса та репозиції виличного комплексу проводять його заміщення попередньо змодельованим сітчастим титановим імплантатом, що фіксується гвинтами.

Недоліком способу є низька клінічна ефективність, пов'язана з фізико-хімічною невідповідністю титану тканинам живого організму, можливістю дифузії іонів титану в оточуючі тканини, недостатньою механічною жорсткістю для передачі та розподілення жувального навантаження.

Задача, яку вирішує корисна модель, що заявляється, полягає в підвищенні ефективності хірургічного лікування переломів виличного комплексу, що супроводжуються дефектом вилице-альвеолярного гребеня, за рахунок заміщення кісткового дефекту імплантатом з біоморфного карбіду кремнію.

Технічний результат, що досягається, буде полягати в усуненні кісткових дефектів виличного комплексу з відновленням механічної стійкості контрфорсів та попередженням вторинних зміщень виличного комплексу.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає радикальну гайморотомію під загальним знеболюванням з використанням горизонтального розрізу за Калдуелом-Люком, відшарування слизово-окісного клаптя з оголенням за допомогою распатора передньо-зовнішньої поверхні верхньої щелепи, згідно корисної моделі, після санації верхньощелепного синуса, репозиції та фіксації виличного комплексу дефект кісткової тканини вилице-альвеолярного гребеня усувається попередньо змодельованим та інтраопераційно підігнаним до розмірів дефекту перфорованим імплантатом з біоморфного карбіду кремнію, який в стані репозиції виличного комплексу фіксується до країв дефекту накісною пластиною.

Відмінною особливістю запропонованого способу є те, що після санації верхньощелепного синуса, репозиції та фіксації кісткових фрагментів дефект кісткової тканини усувають попередньо змодельованим та інтраопераційно підігнаним до розмірів дефекту перфорованим

імплантатом з біоморфного карбїду кремнію, який в стані репозиції виличного комплексу фіксується до країв дефекту накісною пластиною. Описана методика усуває кісткові дефекти та попереджує виникнення вторинних зміщень виличного комплексу.

За відомими літературними даними такий спосіб усунення кісткових дефектів вилице-альвеолярного гребеня при хірургічному лікуванні переломів виличного комплексу невідомий.

Запропонований спосіб здійснюється наступним чином:

Під загальним знеболюванням в присінку рота від бокового різця до другого моляра проводять горизонтальний розріз за Калдуелом-Люком. Після цього відшаровують слизово-окісний клапоть, за допомогою распатора оголюють передньо-зовнішню поверхню верхньої щелепи. За наявності фрагментації передньої стінки верхньощелепного синуса та вилице-альвеолярного гребеня видаляють нежиттєздатні вільні від живлення уламки та при необхідності розширюють отвір до розмірів, достатніх для огляду синуса, що дозволить ввійти в гайморову пазуху і виконати її санацію. Після санації синуса проводять репозицію та фіксацію виличної кістки за допомогою накісних пластин (паралельно можливе використання інших хірургічних доступів). У випадку наявності дефекту кісткової тканини вилице-альвеолярного гребеня в стані репозиції інтраопераційно вимірюють лінійні параметри дефекту (перед усім висоту та товщину). Рану ушивають вікрилом (шви знімають на 7-10 день). Післяопераційний період проводять по класичній схемі, з призначенням медичних препаратів, спрямованих на профілактику запального процесу та підвищення захисних функцій організму.

Запропонований спосіб усунення дефектів вилице-альвеолярного гребеня при лікуванні переломів виличного комплексу апробовано в щелепно-лицевому відділенні № 2 КМКЛ № 12 (м. Київ) з позитивним результатом.

Спосіб забезпечує усунення кісткових дефектів вилице-альвеолярного гребеня при переломах виличного комплексу, створює кращі умови для перебігу репаративного остеогенезу, а відповідно виникнення передумов для вторинного зміщення виличного комплексу та відновлення міцності вилице-альвеолярного контрфорсу.

Джерела інформації:

1. Повертовски Г. Лобно-лицевые травмы. Варшава: - 1968. - 161 с.
2. Гюсан А.О., Хохлачев С.М. Повреждение околоносовых пазух при черепно-мозговой травме // Рос. риол. 2007. - № 2. - С. 88.
3. Травмы мягких тканей и костей лица (А.Г. Шаргородский Москва "ГЭОТАР-МЕД" 2004 (стр. 159-174).
4. Маланчук В.О. Хірургічна стоматологія - 2011 - Т. 2.

35 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб усунення дефектів вилице-альвеолярного гребеня при лікуванні переломів вилицевого комплексу, який включає радикальну гайморотомію під загальним знеболюванням з використанням горизонтального розрізу за Калдуелом-Люком, відшарування слизово-окісного клаптя з оголенням за допомогою распатора передньо-зовнішньої поверхні верхньої щелепи, який **відрізняється** тим, що після санації верхньощелепного синуса, репозиції та фіксації вилицевого комплексу дефект кісткової тканини вилице-альвеолярного гребеня усувається попередньо змодельованим та інтраопераційно підігнаним до розмірів дефекту перфорованим імплантатом з біоморфного карбїду кремнію, який в стані репозиції виличного комплексу фіксується до країв дефекту накісною пластиною.

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601