



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **658**

(51) **МПК(2014)**
A 61 B 17/24

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 1400858
(22) 06.06.2014
(46) Бюл. 101, 2014
(71) Таиров У.Т.(ТJ); Кудратов А.Р. (ТJ);
Таиров М.У.(ТJ).
(72) Таиров У.Т.(ТJ); Кудратов А.Р. (ТJ);
Таиров М.У.(ТJ).
(73) Таиров У.Т.(ТJ); Кудратов А.Р. (ТJ);
Таиров М.У.(ТJ).
(54) **СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ОРОАНТРАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ.**
(56) 1. Патент РФ № 2506913
(57) Изобретение относится к медицине, к частности к хирургической стоматологии, и может быть использована для увеличения альвеолярного отростка верхней челюсти с поднятием дна верхнечелюстной пазухи.

Способ включает выкраивание трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута с вестибу-

2

лярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти в области ороантрального соустья, трепанирование передней стенки верхне-челюстной пазухи, проведение гайморотомии, создание соустья с нижним носовым ходом, тампонады пазухи йодоформной турунды, мобилирование и ушивание слизисто-надкостничного лоскута. Устье лунки покрывают мембраной Пародонкол, которую с двух сторон прошивают лигатурой, вводят под десну и накладывают таким образом, чтобы она перекрывала дефект со всех сторон на 3-5 мм. Затем соустье заполняют комбинацией плазмы с обогащенной тромбоцитами и биосинтетическим материалом (КоллапАн-Л+Genesis-BCP). Поверх них накладывают мембрану, приготовленную из плазмы обогащенной тромбоцитами, выкроенный слизисто-надкостничный лоскут частично мобилизуют за счет рассеченной надкостницы, фиксируют к мягким тканям соустья.

Изобретение относится к медицине и может быть использовано для закрытия ороантрального сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта.

Прототипом является способ устранения ороантрального сообщения [http://www.freepatentru/patents/2506913], проводимое под инфраорбитальной и инфилтративной анестезией 4% раствором артикаина в количестве 3-5 мл выкраивают трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут с вестибулярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти в области ороантрального сообщения основанием к переходной складке, разрез продолжают по переходной складке в обе стороны. Лоскут с помощью распатора смещают вверх. Обнажают и трепанируют переднюю стенку верхнечелюстной пазухи. Проводят щадящую гайморотомию, удаляют инородное тело. Накладывают соустье с нижним носовым ходом. Пазуху рыхло тампонируют йодоформной турундой, конец которой выводят в нижний носовой ход. Для увеличения подвижности лоскута рассекают надкостницу у его основания. Производят ревизию и антисептическую обработку лунки удаленного зуба, иссекают имеющийся свищ, освежают края дефекта, отслаивают десну с небной стороны на 3-5 мм. Устье лунки покрывают мембраной ТахоКомб. Мембрану вводят под десну с небной стороны и накладывают таким образом, что она перекрывает дефект со всех сторон на 3-5 мм, затем плотно прижимают к кости в течение 3-5 мин. Мобилизируют и ушивают слизисто-надкостничный лоскут.

Недостатком известного способа является то, что при этом способе затруднительно герметичное закрытие перфорационного отверстия по всей высоте альвеолярного отростка, это приводит к частым рецидивам и необходимости повторной госпитализации и оперативного лечения, также образовавшаяся при этом тонкая костная пластинка в будущем не позволяет провести операцию внутрикостными дентальными имплантатами.

Целью является разработка более эффективного способа закрытия соустья верхнечелюстной пазухи с полости рта.

Заявляемый способ осуществляется следующим образом: перед операцией у пациента из локтевой вены производят забор крови из локтевой вены в количестве 20 мл. для получения плазмы обогащенной тромбоцитами, кровь центрифугируют в один этап в течении 10 мин. при 3800 об/мин. Под инфилтративной анестезией 4% раствором артикаина в количестве 3-5 мл выкраивают трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут с вестибулярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти в области ороантрального сообщения основанием к переходной складке, разрез продолжают по переходной складке в обе стороны. Для увеличения подвижности лоскута рассекают надкостницу у его основания. Лоскут с

помощью распатора смещают вверх, при помощи трепана Марченко трепанируют переднюю стенку верхнечелюстной пазухи с учетом распространения воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе. Проводят щадящую либо радикальную гайморотомию, создают искусственное соустье с нижним носовым ходом. Производят ревизию и антисептическую обработку, освежают края дефекта, отслаивают десну с небной стороны на 3-5 мм. Пазуху рыхло тампонируют йодоформной турундой, конец которой выводят в нижний носовой ход. Устье лунки покрывают мембраной Пародонкол. Мембрану с двух сторон прошивают лигатурой и вводят под десну и накладывают таким образом, чтобы она перекрывала дефект со всех сторон на 3-5 мм, затем соустье заполняют комбинацией плазмы с обогащенной тромбоцитами и биосинтетическим материалом (КоллапАн-Л+Genesis-BCP), поверх них накладывается мембрана приготовленная из плазмы обогащенной тромбоцитами. Затем выкроенный слизисто-надкостничный лоскут частично мобилизируют за счет рассеченной надкостницы и фиксируют к мягким тканям соустья. Рану в области альвеолярного отростка с вестибулярной стороны и переходной складки ушивают узловыми швами. Удаление турунды из пазухи осуществляют через 3-5 суток после вмешательства. Снятие швов осуществляют на 7-10 сутки.

Клинический пример 1. Больная М., 28 лет, направлена для оперативного лечения по поводу хронического одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита слева с ороантральным сообщением в области отсутствующего зуба 26. Диагноз подтвержден рентгенологически. В анамнезе - неудачная попытка устранения сообщения пластикой лоскутом со щеки. Непосредственно перед операцией произведен нативной крови у пациента для приготовления плазмы обогащенной тромбоцитами. Под инфилтративной анестезией Solutionis articaini 4%-3 ml выкроен слизисто-надкостничный лоскут в области ороантрального сообщения основанием к переходной складке, трепанировано трепаном Марченко передняя стенка гайморовой пазухи, произведено щадящая гайморотомия. Создано искусственное соустье с нижним носовым ходом, произведено антисептическая обработка раствором 0,005% хлоргексидина, устье лунки покрыта мембраной Пародонкол. Мембрана с двух сторон ушита лигатурой, соустье заполнено комбинацией плазмы обогащенной тромбоцитами и биосинтетическим материалом КоллапАн-Л + Genesis-BCP, поверх наложена мембрана приготовленная из обогащенной тромбоцитами плазмы, выкроенный слизисто-надкостничный лоскут мобилизован, ушита узловыми швами. Турунда удалена из пазухи на 7 суток, снятие швов произведено на 10 суток.

Клинический пример 2. Больная Б., 47 лет, поступила с Дз: «Ороантральное сообщение в области лунки зуба 2.7» через несколько часов после удаления зуба. Операция. Под инфильтрационным обезболиванием раствором Ultracaini 4% с адреналином 1:100000 произведена операция по заявляемой методике.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. Высокая эффективность.
2. Сокращение риска воспалительных осложнений.
3. Избежание рецидивов.
4. Использование комбинации плазмы обогащенной тромбоцитами с биосинтетическим материалом КоллапАн+Genesis-BCP, оказываю-

щим многофакторное влияние на процессы активизации репаративного остеогенеза.

5. Формирование кости в короткие сроки.

Заявляемый способ позволяет путем применения резорбируемой мембраны Пародонкол и комбинации плазмы обогащенной тромбоцитами с биологическим (КоллапАн) и синтетическим (Genesis-BCP) остеопластических материалов при устранении соустья верхнечелюстной пазухи позволяет снизить процесс осложнений в послеоперационный период, способствует образованию костной ткани с целью последующей дентальной имплантации, избежать повторных оперативных вмешательств и затрат на повторное стационарное лечение.

Формула изобретения

Способ устранения ороантрального сообщения, включающий выкраивание трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти в области ороантрального соустья, трепанирование передней стенки верхне-челюстной пазухи, проведение гайморотомии, создание соустья с нижним носовым ходом, тампонады пазухи йодоформной турунды, мобилирование и ушивание слизисто-надкостничного лоскута, **отличающийся тем, что** устье лунки покрывают мембраной Пародонкол,

которую с двух сторон прошивают лигатурой, вводят под десну и накладывают таким образом, чтобы она перекрывала дефект со всех сторон на 3-5 мм, затем соустье заполняют комбинацией плазмы с обогащенной тромбоцитами и биосинтетическим материалом (КоллапАн-Л+Genesis-BCP), поверх них накладывают мембрану, приготовленную из плазмы обогащенной тромбоцитами, выкроенный слизисто-надкостничный лоскут частично мобилизуют за счет рассеченной надкостницы, фиксируют к мягким тканям соустья.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

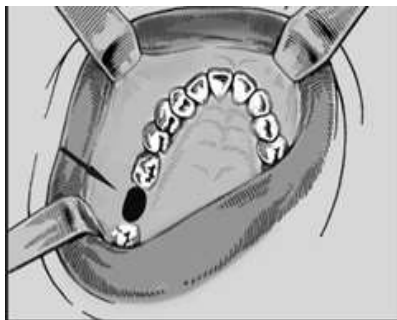
Заказ

Тираж

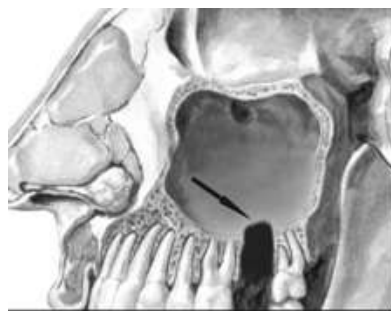
Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.

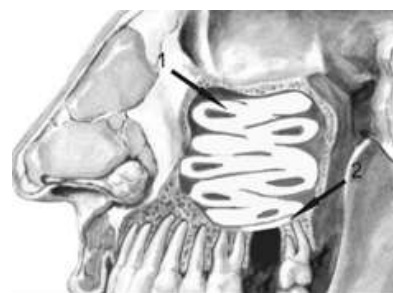
СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ОРОАНТРАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ



Фиг. 1



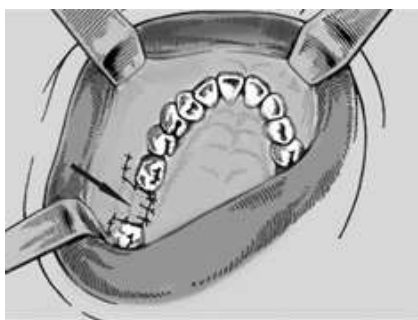
Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6

Способ устранения ороантрального сообщения

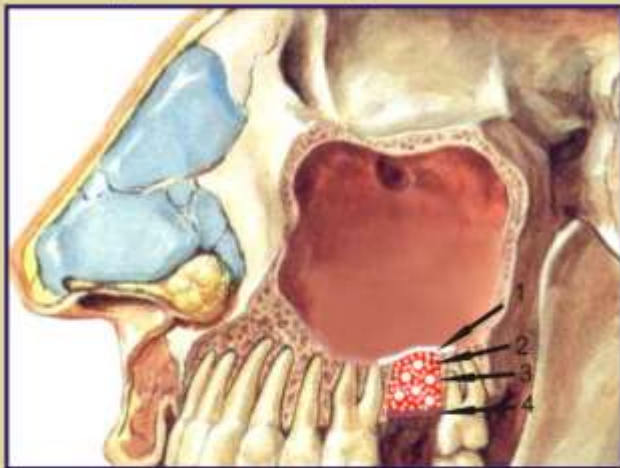


Рисунок 4

Заполнение ороантрального сообщения на всю высоту альвеолярного отростка.

1. Мембрана Пародонкол
2. Гранулы Genesis-BCP
3. Гранулы КоллапАн - Л
4. Мембрана из плазмы обогащенной тромбоцитами

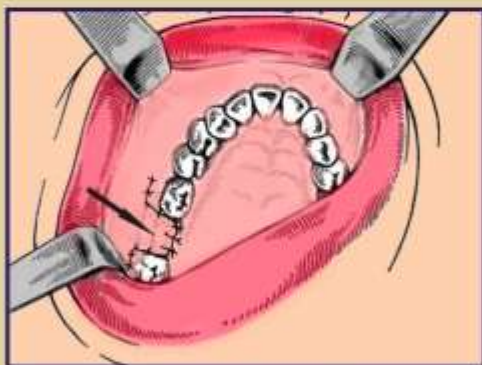


Рисунок 5

Закрытие ороантрального сообщения слизисто-надкостничным лоскутом



Рисунок 6

Схема замещения дефекта альвеолярного отростка новообразованной костной тканью