



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **102592** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61B 17/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2015 03966</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>24.04.2015</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.11.2015</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.11.2015, Бюл.№ 21</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Шувалов Сергій Михайлович (UA), Попик Ганна Ігорівна (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</b></p>
--	--

**(54) СПОСІБ ВИДАЛЕННЯ КІСТ ПРОТОКИ РІЗЦЕВОГО КАНАЛУ З ПЛАСТИЧНИМ ЗАМІЩЕННЯМ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДЕФЕКТУ**

**(57) Реферат:**

Спосіб видалення кіст протоки різцевого каналу з пластичним заміщенням післяопераційного дефекту полягає у цистектомії кіст даної локалізації зі сторони піднебіння за допомогою двох суміжних трапецієвидних розрізів з урахуванням локалізації різцевого сосочка з відшаруванням слизово-окісного клаптя та видаленні кісти з наступним заміщенням дефекту мобілізованим слизово-окісним клаптем шляхом його ввертання всередину утвореної післяопераційної порожнини, що фіксується підшитою йодоформною турундою.

**UA 102592 U**



Корисна модель належить до медицини, зокрема до стоматології, і може бути використана в щелепно-лицевій хірургії при лікуванні хворих з кістами протоки носопіднебінного каналу.

Тема особливостей хірургічного лікування кіст протоки різцевого каналу характеризується незначною кількістю публікацій у фаховій літературі та, незважаючи на це, між авторами запропонованих методик існують протиріччя.

Так, за Пеккером Р.Я. (1950) та Біbermanом Я. М. (1983) методика хірургічного лікування кіст протоки різцевого каналу полягає у наступному: доступ до кісти створюється зі сторони піднебіння. Під місцевою анестезією розсікають слизову оболонку та окістя дугоподібним розрізом, що огинає передній та середній відділи твердого піднебіння. Потім необхідно відділити слизово-окісний клапоть. У кінці операції слизово-окісний клапоть уклали на своє місце і одягали захисну піднебінну пластинку. Шви не накладали. [Прототип. Биберман Я.М. Клинико-морфологическая характеристика и хирургическое лечение кист резцового канала / Я.М. Биберман // Стоматология. - 1983. - № 2. - С. 48-50].

Bethmann (1967) рекомендує висікати всі шари тканин над кістою зі сторони піднебіння (слизову оболонку, окістя, піднебінну частину оболонки кісти), після чого проводити екстирпацію оболонки з наступною тампонадою кісткової порожнини йодоформною марлею.

Танфильев Д.Е.(1969) застосовує енуклеацію оболонки кісти доступом зі сторони присінку ротової порожнини з резекцією верхівок коренів передніх зубів з ретроградним пломбуванням їх фосфат-цементом.

Та, незважаючи на різноманіття методик хірургічного лікування кіст протоки різцевого каналу, рівень ризику виникнення рецидивів залишається високим. Так, за даними Escoda Francoli J. (2008) та власними спостереженнями частота рецидивів патології складає 30 %, що спонукало нас до створення оптимальної методики цистектомії з пластичним заміщенням післяопераційного дефекту.

В основу корисної моделі "Спосіб видалення кіст протоки різцевого каналу з пластичним заміщенням післяопераційного дефекту" поставлено задачу уникнути ускладнень та рецидивів при хірургічному лікуванні кіст різцевого каналу.

Поставлена задача вирішується способом, що полягає у пластичному закритті післяопераційного дефекту, сформованого після видалення кіст різцевого каналу.

Спосіб виконується наступним чином: під місцевою анестезією (різцевою та піднебінною) проводиться два суміжних трапецієвидних розрізи, що огинають різцевий сосочок. Розріз проведено по середній лінії, враховуючи локалізацію кісти. Після попередніх етапів проводимо відшарування слизово-окісного клаптя за допомогою распатора. При створенні оптимального доступу видаляємо кісту. Після енуклеації кісти проводимо ревізію та промивання утвореної порожнини. Потім ввертаємо всередину відшаровані слизово-окісні клапті. Після формування країв рани фіксуємо йодоформну турунду та підшиваємо її до слизової оболонки. Зберігаємо турунду протягом 3-4 діб.

Дана методика була застосована у 6 пацієнтів, що дозволило уникнути рецидивів захворювання, що було встановлено при динамічному спостереженні протягом 6 місяців.

Приклад конкретного застосування: пацієнт С., 24 роки, звернувся у відділення щелепно-лицевої хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні зі скаргами на набрякність та біль у ділянці різцевого сосочка між центральними різцями верхньої щелепи. З анамнезу з'ясовано, що два місяці тому з цими ж скаргами пацієнту було встановлено діагноз: "Кіста різцевого каналу" та проведено операцію цистектомії за місцем проживання.

Після повторного виникнення ознак захворювання пацієнт звернувся у щелепно-лицеве відділення ВОКЛ ім. М.І. Пирогова. Пацієнт був направлений на проведення комп'ютерної томографії. На основі скарг, анамнезу та томограм було встановлено діагноз: "Нагноєна кіста протоки різцевого каналу. Рецидив". Пацієнту був запропонований оперативний метод лікування - цистектомія із пластичним закриттям післяопераційного дефекту.

За вище описаною методикою була проведена операція цистектомії. Над вилученим матеріалом із різцевого каналу було проведено гістологічне дослідження, на основі якого було підтверджено діагноз: "Кіста протоки різцевого каналу". У післяопераційний період пацієнт перебував на динамічному спостереженні. Протягом шестимісячного терміну рецидивів захворювання у даного пацієнта не спостерігалось, що підтверджує ефективність застосованої методики лікування.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб видалення кіст протоки різцевого каналу з пластичним заміщенням післяопераційного дефекту, що полягає у цистектомії кіст даної локалізації зі сторони піднебіння за допомогою

двох суміжних трапецієвидних розрізів з урахуванням локалізації різцевого сосочка з відшаруванням слизово-окісного клаптя та видаленні кісти з наступним заміщенням дефекту мобілізованим слизово-окісним клаптем шляхом його ввертання всередину утвореної післяопераційної порожнини, що фіксується підшитою йодоформною турундою.

5

---

Комп'ютерна верстка М. Мацело

---

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

---

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