



МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA**

(11) **134254**

(13) **U**

(51) МПК

A61B 17/24 (2006.01)

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2018 11947**

(22) Дата подання заявки: **03.12.2018**

(24) Дата, з якої є чинними
права на корисну
модель: **10.05.2019**

(46) Публікація відомостей
про видачу патенту: **10.05.2019, Бюл.№ 9**

(72) Винахідник(и):

**Кобяков Олександр Володимирович
(UA),**

Шувалов Сергій Михайлович (UA)

(73) Власник(и):

**ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.**

ПИРОГОВА,

вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)

(54) СПОСІБ СУБАНТРАЛЬНОЇ АУГМЕНТАЦІЇ АЛЬВЕОЛЯРНИХ ВІДРОСТКІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

(57) Реферат:

Спосіб субантальної аугментації альвеолярних відростків верхньої щелепи, при якому субантальну аугментацію щелеп виконують одночасно з ендоскопічним утворенням антростомічного вікна в ділянці звуженого природного співустя верхньощелепового синуса (до 4-7 мм).

UA 134254 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургічної стоматології, і може бути використана в щелепно-лицевій хірургії та хірургічній стоматології під час субантральної аугментації альвеолярних відростків верхньої щелепи (синус-ліфт).

Відомо, що метод субантральної аугментації альвеолярних відростків застосовуються для створення достатнього об'єму кісткової тканини альвеолярних відростків дистальних відділів верхньої щелепи при їх значній атрофії та неможливості встановлення дентальних імплантатів. Метод загальновідомий, має численні модифікації і відзначається як відносно безпечний і високоефективний. Але в умовах хронічного запалення слизової оболонки верхньощелепового синуса або за деяких анатомічних особливостей його природного співустя і остіомеатального комплексу (наявність додаткових співусть, клітин Галлера, звуження природного співустя, блокування співустя інородними тілами або поліпами, тощо) можливий розвиток гострого запалення верхньощелепового і прилягаючих синусів в найближчі терміни після субантральної аугментації. Внаслідок таких ускладнень можливий варіант втрати кістковопластичного матеріалу з розвитком хронічного гаймориту, гемісинуситу, а в окремих випадках внутрішньочерепних ускладнень у вигляді абсцеса мозку (Manor Y, Garfunkel A.A., 2018). Отже, у разі проведення субантральної аугментації на скомпрометованих ППН виникає необхідність в додатковому створенні сприятливих умов перебігу післяопераційного періоду шляхом ендоскопічного розширення природного співустя верхньощелепового синуса і його санації, що потребує окремого хірургічного втручання та додаткового часу для відновлення функції верхньощелепового синуса (близько 3-6 місяців).

Субантральна аугментація дистальних відділів верхньої щелепи запропонована Tatum в 1986 р. та полягає в утворенні слизовоокісного кармана між слизовою оболонкою верхньощелепового синуса та кістковою поверхнею його альвеолярної бухти, який заповнюється кістковопластичним матеріалом. В подальшому відбувається осифікація матеріалу. Метод не передбачає оцінку і контроль дренажної функції верхньощелепового синуса в післяопераційному періоді (Tatum H., Jr Maxillary and sinus implant reconstructions. Dent Clin North Am. 1986 Apr; 30(2):207-229.)

Методика функціональної ендоскопічної хірургії додаткових пазух носа запропонована Messerklinger в 60-70 роках і наразі є загальноприйнятим "золотим" стандартом лікування хронічних запальних процесів додаткових пазух носа (ППН). Метод полягає в розширенні блокованих природних співусть ППН з подальшим відновленням їх дренажної функції та вентиляції (Kennedy DW, Zinreich SJ, Rosenbaum AE, Johns ME. Functional endoscopic sinus surgery. Theory and diagnostic evaluation. Arch Otolaryngol 1985; 111:576-82.). Цей метод застосовується у разі вже наявного або перенесеного запального процесу в біляносових синусах і не передбачає одночасного виконання з субантральною аугментацією альвеолярних відростків.

В основу корисної моделі поставлена задача знизити кількість післяопераційних ускладнень та зменшити терміни одужання пацієнтів під час проведення субантральної аугментації верхньої щелепи.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно з корисною моделлю, субантральну аугментацію щелеп виконують одночасно з ендоскопічним утворенням антростомічного вікна в ділянці звуженого природного співустя верхньощелепового синуса (до 4-7 мм).

Спосіб виконується наступним чином: Під загальним знеболенням, після досягнення вазоконструкції слизової оболонки носової порожнини на відповідній стороні, виконують ендоскопічний огляд всіх відділів носової порожнини, визначається гачкоподібний відросток, решітчастий пупир та півмісяцева щілина, зворотним викусувачем видаляється частина гачкоподібного відростка на рівні нижнього краю коміркового пупира, зондується природне співустя верхньощелепового синуса, співустя розширюється до 4-7 мм, визначається вміст та стан слизової оболонки верхньощелепового синуса, сторонні тіла, поліпи видаляються, в середній носовий хід вводиться колагенова гемо статична губка для гемостазу. У випадку збереження цілісності мембрани Шнейдера, одночасно з цим виконують операцію субантральної аугментації верхньої щелепи одним із відомих методів: "Lateral window approach" чи "Crestal approach".

Застосування запропонованого методу в 4-х пацієнтів дозволило створити надійний дренаж вмісту верхньощелепового синуса, таким чином попереджаючи виникнення скупчення рідини в синусі з виникненням гострого гаймориту. Також, одномоментне виконання ендоскопічної санації верхньощелепового синуса та субантральної аугментації дозволило скоротити терміни лікування пацієнтів на 3-6 місяців. Застосування мініінвазивної ендоскопічної техніки можливе в амбулаторних умовах і не потребує госпіталізації пацієнта, а також дозволяє контролювати процес загоєння антростомічного вікна під контролем ока.

Приклад конкретного застосування: пацієнту Ш., 42 р. (медична карта стаціонарного хворого № 10361 від 24.05.18), з діагнозом: "Вторинна часткова адентія верхньої щелепи справа" сплановано відновлення зубного ряду з використанням дентальних імплантів в позиції 26, 27 зубів. Після проведення КЛКТ визначається атрофія альвеолярного відростка в ділянці відсутніх 5 зубів до 4 мм, слизова оболонка верхньощелепового синуса потовщена до 4-5 мм, просвіт співустя верхньощелепового синуса не візуалізується, гачкоподібний відросток щільно прилягає до паперової пластинки комірчастої кістки. З анамнезу відомо, що пацієнт періодично хворіє гайморитами, проводилась пункція лівого верхньощелепового синуса. Встановлений клінічний 10 діагноз: "Вторинна часткова адентія верхньої щелепи. Хронічний однобічний катаральний гайморит". Під загальним знеболенням, після обробки операційного поля Бетадином та нанесення на слизову оболонку носа р-ну Адреналіну 1:000000, проведено резекцію лівого гачкоподібного відростка, шляхом зондування знайдено природне співустя верхньощелепового синуса та розширено до 7 мм. Катаральний вміст синуса видалено аспіратором, в середній носовий хід встановлено колагенову гемостатичну губку. В ділянці відсутніх 26, 27 зубів 15 проведено субантральну аугментацію за методом "Lateral window approach" та встановлено два імпланти. На наступну добу після оперативного втручання, проведено ендоскопічний огляд антростомічного вікна, колагенову губку і вільні згустки крові видалено. Пацієнт оглянутий на 3-7-10 добу. Через 2 місяці після операції проведена КЛКТ додаткових пазух носа: товщина слизової оболонки верхньощелепового синуса на всьому протязі не перевищує 3 мм, 20 імпланти і кістковозамінний матеріал збережені. При ендоскопічному огляді через 2 місяці будь-яких запальних змін в ділянці антростомічного вікна і лівого верхньощелепового синуса не визначається. Через 4 місяці на інтегровані імпланти встановлено ортопедичну конструкцію з гвинтовою фіксацією.

25

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб субантральної аугментації альвеолярних відростків верхньої щелепи, який **відрізняється** тим, що субантральну аугментацію щелеп виконують одночасно з ендоскопічним утворенням антростомічного вікна в ділянці звуженого природного співустя верхньощелепового 30 синуса (до 4-7 мм).

Комп'ютерна верстка В. Мацело

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

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