



**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ**

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21)(22) Заявка: 2015141329/14, 29.09.2015

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
29.09.2015

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 29.09.2015

(45) Опубликовано: 10.10.2016 Бюл. № 28

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: RU 2325126 C1, 27.05.2008; RU 2423939 C1, 20.07.2011. RU 2506913 C2, 20.02.2014. US 2008161834 A1, 03.07.2008. US 20100203473 A1, 12.08.2010.

Адрес для переписки:

129110, Москва, ул. Щепкина, 61/2, корп. 8,
МОНИКИ, патентная группа

(72) Автор(ы):

**Никитин Александр Александрович (RU),
Сипкин Александр Михайлович (RU),
Ремизова Екатерина Анатольевна (RU)**

(73) Патентообладатель(и):

**Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Московской области
"Московский областной научно-
исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского" (RU)**

(54) СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНОГО ЛОСКУТА ПРИ ПЛАСТИКЕ ОРО-АНТРАЛЬНОГО СОУСТЬЯ

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической стоматологии, отоларингологии, челюстно-лицевой хирургии, и предназначено для использования при лечении больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом с оро-антральным соустьем. Осуществляют разрез по зубодесневым бороздам зубов, смежных с оро-антральным соустьем, при этом перед соустьем проводят разрез на уровне двух зубов, а за соустьем - на уровне одного зуба. Затем разрез продолжают вертикально вверх до линии переходной складки, причем отсепаровывание в разные стороны проводят по всей длине разреза и вглубь до линии переходной складки без

отделения подслизистого слоя. Из подслизисто-надкостничного слоя в области соустья выкраивают трапециевидный лоскут с основанием на переходной складке. Лоскут отслаивают от альвеолярного отростка, мобилизуют, укладывают на область соустья и затем фиксируют к небной стороне слизистой альвеолы. Слизистый лоскут фиксируют в свое первоначальное положение. Способ за счет сохранения необходимого объема мягких тканей полости рта и их анатомо-топографического отношения позволяет снизить травматичность оперативного вмешательства и сократить сроки реабилитации. 4 ил., 2 пр.



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**(21)(22) Application: **2015141329/14, 29.09.2015**(24) Effective date for property rights:
29.09.2015

Priority:

(22) Date of filing: **29.09.2015**(45) Date of publication: **10.10.2016** Bull. № 28

Mail address:

**129110, Moskva, ul. SHCHepkina, 61/2, korp. 8,
MONIKI, patentnaja gruppa**

(72) Inventor(s):

**Nikitin Aleksandr Aleksandrovich (RU),
Sipkin Aleksandr Mikhajlovich (RU),
Remizova Ekaterina Anatolevna (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Gosudarstvennoe byudzhethnoe uchrezhdenie
zdravookhraneniya Moskovskoj oblasti
"Moskovskij oblastnoj nauchno-issledovatel'skij
klinicheskij institut im. M.F. Vladimirovskogo"
(RU)**(54) **METHOD FOR FORMING A MUCOPERIOSTEAL FLAP DURING A SURGERY PERFORMED ON OROANTRAL FISTULA**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention relates to medicine, namely to surgical dentistry, otolaryngology, maxillo-facial surgery, and is intended for use in treating odontogenic maxillitis with oro-antral fistula. A cut is made on the gingival crevices, adjacent with the oro-antral fistula, wherein an incision is made in front of the fistula and at the level of two teeth, and an incision is made behind the fistula and at the level of one tooth. Then the incision is extended vertically upwards to a transitory fold line, wherein undermining in different directions is carried out along the whole length of the incision and deeper down to the transitory fold line

without separating submucous membrane. Trapezoid flap with its base on the transitory fold is cut from the submucous-periosteal layer within the fistula. Flap is detached from the alveolar process, raised, placed on the area of fistula and then fix to the palatal side of the mucous alveolar. Mucous flap is fixed in its initial position.

EFFECT: method due to preserving the required volume of oral soft tissues and their anatomic-topographic ratio allows to reduce surgical injuries and reduce the length of rehabilitation.

1 cl, 4 dwg, 2 ex

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической стоматологии, отоларингологии, челюстно-лицевой хирургии, и может быть использовано для лечения и реабилитации больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом с оро-антральным соустьем.

5 Основными факторами развития перфораций дна верхнечелюстной пазухи являются: наличие патологических воспалительных процессов в периапикальных тканях зубов верхней челюсти, приводящих к их удалению, а также топографо-анатомические особенности строения верхней челюсти. Перфорации, возникающие при удалении зубов, в короткие сроки эпителизируются, становясь стойким оро-антральным соустьем.

10 Выбор способа закрытия соустья зависит от многих факторов: состояния окружающих тканей, размеров и положения дефекта, наличия инфекции, длительности течения заболевания. Послеоперационная реабилитация пациентов с перфоративными формами верхнечелюстного синусита помимо восстановления функций эпителия пазухи, нормализации носового дыхания включает также замещение имеющегося дефекта

15 зубного ряда, поэтому одной из задач хирургического лечения является сохранение анатомии переходной складки, твердого неба, объема прикрепленной десны, пародонта в области зубов, включающих дефект, создание оптимальных условий для имплантации и протезирования.

Существует метод пластики оро-антрального соустья трапециевидным слизисто-надкостничным лоскутом из области преддверия полости рта (Робустова Т.Г. и соавт. - Хирургическая стоматология. - М., Медицина, 2000 г. - С. 282-283). При этом производят разрез слизистой оболочки преддверия полости рта с выкраиванием трапециевидного лоскута вершиной к соустью. Отслаивают слизисто-надкостничный лоскут, мобилизуют его путем горизонтального рассечения надкостницы у основания,

25 укладывают на область соустья и фиксируют узловыми швами.

Недостатком данного способа является то, что при перемещении трапециевидного лоскута смещается линия прикрепленной десны в сторону твердого неба, уменьшается глубина преддверия полости рта и подтягивается переходная складка. В таком случае у пациентов невозможно провести качественное протезирование с использованием

30 съемной или несъемной техники без использования дополнительных операций, направленных на восстановление объема мягких тканей полости рта.

Известен способ лечения оро-антральных соустьев с использованием перемещенного лоскута слизистой оболочки твердого неба (Патент РФ №2370220, МПК А61В 17/00, 2009). При этом производят Г-образный разрез слизистой оболочки твердого неба,

35 отслаивают и расщепляют небный лоскут на субэпителиальный васкуляризованный и эпителиальный лоскуты. Перфорацию закрывают перемещенным субэпителиальным васкуляризованным небным лоскутом и подшивают под вестибулярный край десны со щечной стороны П-образным швом по типу матрачного, а дефект на небе закрывают эпителиальным небным лоскутом.

40 Недостатком данного метода является высокий риск развития некроза эпителиального лоскута и нарушение чувствительности слизистой оболочки твердого неба в позднем послеоперационном периоде. Кроме этого, при использовании данной оперативной техники образуется обширная раневая поверхность, что обуславливает длительный период реабилитации.

45 Наиболее близким является способ пластики альвеолярного свища с формированием слизисто-надкостничного лоскута (Патент РФ №2325126 МПК А61В 17/24, 2008). При этом формируют вестибулярный лоскут, проводят его поперечное рассечение до подслизистого слоя и отсепааровывают в разные стороны, осуществляют фиксацию

лоскута к небной стороне слизистой альвеолы. При этом вестибулярный лоскут формируют с переходом на слизистую оболочку щеки с питающей ножкой в области зуба, находящегося кзади от свища. Отступив 0,5-1 см, лоскут поперечно рассекают до подслизистого слоя и отсепааровывают в разные стороны на 0,3-0,5 см. Затем лоскут

5 проводят через альвеолярный ход в полость пазухи таким образом, чтобы дистальная эпителиальная площадка прикрывала внутреннее отверстие хода изнутри, промежуточная дезэпителизованная часть выполняла полость хода, а проксимальная эпителиальная площадка прикрывала наружное отверстие альвеолярного хода.

Недостатком данного метода является уменьшение глубины преддверия полости рта, риск появления рубцовых изменений слизистой в данной области, что неблагоприятно сказывается на возможности дальнейшего ортопедического лечения пациента.

Задача, поставленная авторами, - устранить указанные недостатки, повысить эффективность хирургического лечения за счет сохранения необходимого объема

15 мягких тканей полости рта и их анатомо-топографического отношения, снизить травматичность оперативного вмешательства и сократить сроки реабилитации.

Для этого при формировании слизисто-надкостничного лоскута при пластике оро-антрального соустья, включающем формирование вестибулярного лоскута, его поперечное рассечение до подслизистого слоя и отсепааровывание в разные стороны,

20 фиксацию лоскута к небной стороне слизистой альвеолы, предложено сначала осуществлять разрез по зубодесневым бороздам зубов, смежных с оро-антральным соустьем. При этом перед соустьем проводят разрез на уровне двух зубов, а за соустьем - на уровне одного зуба, затем его продолжают вертикально вверх до линии переходной складки, причем отсепааровывание в разные стороны проводят по всей длине разреза

25 и вглубь до линии переходной складки без отделения подслизистого слоя. Из подслизисто-надкостничного слоя в области соустья выкраивают трапециевидный лоскут с основанием на переходной складке, затем лоскут отслаивают от альвеолярного отростка, мобилизуют, укладывают на область соустья и затем фиксируют к небной стороне слизистой альвеолы, а слизистый лоскут фиксируют в свое первоначальное

30 положение.

Предлагаемое изобретение позволяет сохранить глубину преддверия полости рта и объем прикрепленной десны в области дефекта зубного ряда, что делает возможным проведение качественного ортопедического лечения пациентов без дополнительных хирургических манипуляций, направленных на восстановление объема мягких тканей

35 полости рта.

На фиг. 1 представлена схема разреза по зубодесневым бороздам; на фиг. 2 - отсепааровывание слизистого лоскута и выкраивание подслизисто-надкостничного трапециевидного лоскута; на фиг. 3 - отслаивание и мобилизация трапециевидного лоскута; на фиг. 4 - фиксация слизистого и подслизисто-надкостничного трапециевидного

40 лоскута.

Осуществление способа показано на конкретных клинических примерах.

Пример 1

Пациентка Л., 1975 г.р., поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом Оро-антральное соустье в области удаленного зуба 2.6. Из анамнеза: за 4

45 месяца до госпитализации был удален зуб 2.6. Вскоре после удаления отмечено появление оро-антрального соустья. После клинико-лабораторного обследования пациентке проведено оперативное лечение - диагностическая гаймороскопия (по общепринятой методике) и пластика оро-антрального соустья. Под местной анестезией

верхнечелюстная пазуха осмотрена жестким эндоскопом - патологических изменений не выявлено.

По предлагаемому способу произведен разрез 1 по зубодесневым бороздам зубов 2.4, 2.5, 2.7, переходящий вертикально вверх до линии переходной складки.

5 Сформированный вестибулярный лоскут поперечно рассечен и отсепарован в разные стороны по всей длине разреза и вглубь до линии переходной складки без отделения подслизистого слоя. Полученный слизистый лоскут 2 откинут, а из подслизисто-надкостничного слоя в области оро-антрального соустья 3 выкроен трапецевидный лоскут 4 с основанием на переходной складке, последний отслоен от альвеолярного

10 отростка, мобилизован, уложен на область соустья, фиксирован к небной стороне альвеолы. Слизистый лоскут 2 фиксирован в свое первоначальное положение. Швы сняты на 7 сутки после операции. Лоскут жизнеспособен, расхождения краев нет.

Через 1 месяц - полная адаптация лоскута к окружающей слизистой, его эпителизация. Пациентка готова для проведения рационального протезирования.

15 Пример 2

Пациент М., 1960 г.р., поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Оро-антральное соустье в области удаленного 1.6 зуба. Из анамнеза: зуб был удален за 2 месяца до госпитализации, за это время сформировалось стойкое оро-антральное соустье. Пациенту в плане

20 предоперационного обследования выполнена компьютерная томография придаточных пазух носа, на серии томограмм - тотальное затемнение правой верхнечелюстной пазухи. Пациенту показано эндоскопической гайморотомии с пластикой оро-антрального соустья.

Под местной анестезией, инфильтрационной и проводниковой, проведена

25 эндоскопическая гайморотомия по общепринятой методике - пазуха осмотрена жестким эндоскопом, обнаружены полипы слизистой оболочки, последние удалены через соустье. С целью гемостаза пазуха тампонируется йодоформным тампоном, конец которого выведен в полость носа.

Произведен разрез слизистой оболочки, проходящий по зубодесневым бороздам

30 зубов 1.4, 1.5, через соустье по гребню альвеолярного отростка на уровне отсутствующего зуба 1.7, переходящий вверх до линии переходной складки. Аналогично описанному в примере 1 предложенному способу произведено формирование вестибулярного лоскута и его фиксация к небной стороне альвеолы. Тампон из пазухи удален на 2 сутки после операции, швы сняты на 7 сутки после операции, лоскут

35 жизнеспособен, расхождения краев нет.

Через 1 месяц после операции полная адаптация лоскута с окружающей слизистой оболочкой. Пациент готов для дальнейшего ортопедического лечения.

По предложенной методике прооперировано 12 больных, рецидивов заболевания нет, рубцовых изменений слизистой оболочки преддверия полости рта нет, всем

40 пациентам успешно проведено ортопедическое лечение.

Предложенный метод формирования слизисто-надкостничного лоскута для пластики оро-антрального соустья позволяет сохранить объем глубины преддверия полости рта, линию прикрепленной десны, избежать разрезов, обширных раневых поверхностей и послеоперационных рубцовых изменений слизистой оболочки твердого неба. Таким

45 образом, сокращается период послеоперационной реабилитации и становится возможным проведение пациенту качественного ортопедического лечения в более короткие сроки.

Формула изобретения

Способ формирования слизисто-надкостничного лоскута при пластике ор-
антрального соустья, включающий формирование вестибулярного лоскута, его
5 поперечное рассечение до подслизистого слоя и отсепаровывание в разные стороны,
фиксацию лоскута к небной стороне слизистой альвеолы, отличающийся тем, что
сначала осуществляют разрез по зубодесневым бороздам зубов, смежных с ор-
антральным соустьем, при этом перед соустьем проводят разрез на уровне двух зубов,
а за соустьем - на уровне одного зуба, затем его продолжают вертикально вверх до
10 линии переходной складки, причем отсепаровывание в разные стороны проводят по
всей длине разреза и вглубь до линии переходной складки без отделения подслизистого
слоя, из подслизисто-надкостничного слоя в области соустья выкраивают
трапециевидный лоскут с основанием на переходной складке, затем лоскут отслаивают
от альвеолярного отростка, мобилизуют, укладывают на область соустья и затем
15 фиксируют к небной стороне слизистой альвеолы, а слизистый лоскут фиксируют в
свое первоначальное положение.

20

25

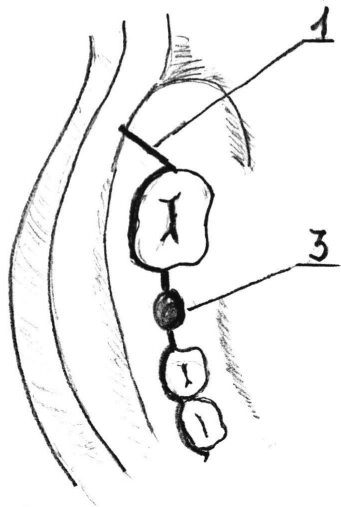
30

35

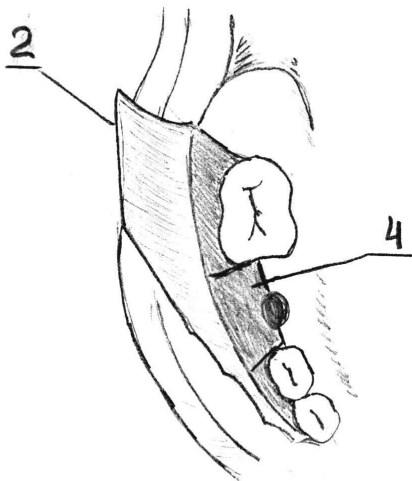
40

45

1

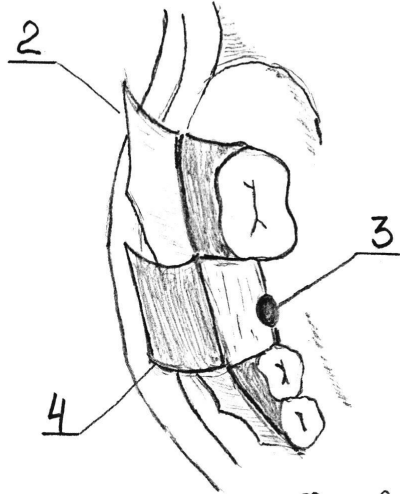


Фиг. 1

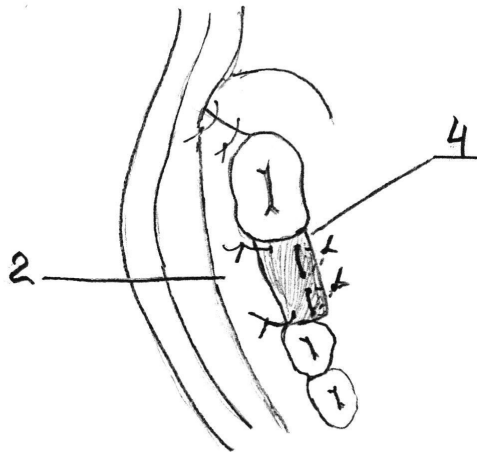


Фиг. 2

2



Фиг. 3



Фиг. 4