



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **60802** (13) **U**
(51) МПК
A61B 17/24 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЕНДОСКОПІЧНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТУ ПРИ НАВНОСТІ ОРОАНТРАЛЬНОЇ ФІСТУЛИ

1

2

(21) u201015466

(22) 21.12.2010

(24) 25.06.2011

(46) 25.06.2011, Бюл.№ 12, 2011 р.

(72) БОЄНКО ДМИТРО СЕРГІЙОВИЧ, ГЛАДКОВА
НАТАЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА, АЛЕКСЄЄВ СЕРГІЙ
БОРИСОВИЧ

(73) БОЄНКО ДМИТРО СЕРГІЙОВИЧ, ГЛАДКОВА
НАТАЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА, АЛЕКСЄЄВ СЕРГІЙ
БОРИСОВИЧ

(57) Спосіб ендоскопічного хірургічного лікування хронічного одонтогенного гаймориту при наявності ороантальної фістули, який полягає в хірургічній санації верхньощелепної пазухи під контролем ендориноскопа, який **відрізняється** тим, що, при утворенні ороантальної фістули під час видалення причинного зуба, ревізію верхньощелепної пазухи проводять без допоміжних втручань.

Корисна модель належить до медицини, а саме до оториноларингології і стоматології, і може бути використана при хірургічному ендоскопічному лікуванні хворих на одонтогенний гайморит при наявності ороантальної фістули. З розвитком ендоскопічної техніки, співдружності оториноларингологів і щелепно-лицевих хірургів, стало можливим одночасне виконання операцій з боку щелепно-лицевої ділянки та ЛОР органів. Однак єдиного визнаного алгоритму лікувальних дій на цей час немає. Тактика лікування ОГ при виникненні ороантальної фістули (ОАФ) сполучення між порожниною рота і верхньощелепною пазухою - зовсім залишається не з'ясованою.

Найбільш близьким по технічному виконанню і вирішуваній задачі є вибраний за прототип спосіб хірургічного лікування ОГ - мікрогайморотомія [1]. Спосіб полягає в тому, що під місцевою анестезією в типовому місці через передню стінку верхньощелепної пазухи (ВЩП) до того, як трепан увійшов до пазухи, його забирають, а ліжку залишають у костному отворі, підключають до неї світловод. Потім в порожнину синуса вводять риноскоп, оглядають пазуху і виконують її санацію. Хірургічним відсмоктувачем евакуюють з ВЩП гній або слиз, кров і її згустки, а конхотомом видаляють патологічні утворення (кісти, міцетомы, сторонні тіла). Потім ідентифікують природне співустя, оцінюють його розмір та місце знаходження, а при необхідності - його розширюють.

Основним недоліком способу є те, що він являє собою додаткове хірургічне втручання, якого у

разі виникнення ОАФ, можна запобігти. За основу способу ендоскопічного хірургічного лікування хронічного одонтогенного гаймориту при наявності ороантальної фістули поставлено задачу максимально щадного одночасного виконання оториноларингологічних та стоматологічних хірургічних втручань без допоміжних заходів, тим самим зменшуючи хірургічну травму, що наносять пацієнту.

Поставлену задачу вирішують тим, що, при утворенні ОАФ під час видалення причинного зуба, ревізію ВЩП проводять без допоміжних втручань. Єдиною умовою в цьому випадку є розміри ОАФ: вона повинна бути не меншою за діаметр риноскопа Хопкінса, а саме 4 мм.

Новизна корисної моделі, що заявляється, полягає, перш за все, у тому що санацію ВЩП виконують не через її передню стінку, а через отвір ОАФ.

Спосіб здійснюють таким чином.

Операцію виконують під нейролептаналгезією з керованою гіпотонією, та місцевою анестезією. Після видалення "причинного" зуба, лунку оглядають за допомогою ендоскопа Хопкінса. Якщо виявляють, що виникла ОАФ, видаляють розм'якшену кістку з її отвору, і канал ОАФ у цей час розширюється. Через ОАФ в порожнину ВЩП вводять риноскоп, оглядають пазуху, і виконують її санацію. Хірургічним відсмоктувачем та інструментами щіпцевої групи видаляють патологічні утворення (кісту, міцетомы, сторонні тіла). Завершують пластикою ОАФ.

(13) **U**

(11) **60802**

(19) **UA**

Приклад конкретного виконання способу. Хвора К, 42 років була прийнята із скаргами на утруднення носового дихання більше зліва, гнійні виділення з лівої половини носу із неприємним запахом, відчуття тиску на 26 зуб. Хворіє декілька років. Багато разів з цього приводу проходила курси консервативної терапії. Риноскопія: слизова оболонка незначно набрякла, гіперемована. Патологічного вмісту в порожнині носу не має. Носове дихання помірно затруднене зліва. Фарингоскопія: слизова оболонка навколо зіву блідо-рожева. На верхній щелепі зліва є періодонтитний лікований 26 зуб. Інші ЛОР органи без патології. Виконана пункція ВЩП, вимито смердючий рідкий гній. Встановлено діагноз: Хронічний лівобічний одонтогенний гайморит (від 26 зуба).

Наступного дня під нейролептаналгезією з керованою гіпотонією, та місцевою анестезією проведено видалення 26 періодонтитного зуба. Через зубні альвеоли утворилася ороантральна фістула.

Під контролем ендоскопа Хопкінса кістковою ложечкою проведено ревізію лунки з видаленням усіх патологічно змінених тканин, ділянки альвеолярного відростка навколо лунки зуба. В порожнину ВЩП вводять ендориноскоп Хопкінса, пазуху оглядають та санують. Наприкінці виконують пластику ОАФ слизувато-надкосничним лоскутом зі щоки.

Таким чином, спосіб ендоскопічного хірургічного лікування хворих на ОГ, у разі виникнення ОАФ, дає можливість виконати хірургічне втручання не через передню стінку, а збоку порожнини рота. Позитивний ефект способу полягає також у економічній доцільності і усуненні повторних стресів від хірургічних втручань.

Джерела інформації:

1. Боенко Д. С. Пристрій для трепанопункції верхньощелепної пазухи // Журнал вушних носових і горлових хвороб. - 2001. - № 1. - С. 68-69.