



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 56011

(13) A

(51) 7 A61B17/24

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДВидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЕНДОСКОПІЧНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТУ

1

2

(21) 2002086827

(22) 19 08 2002

(24) 15 04 2003

(46) 15 04 2003, Бюл. № 4, 2003 р.

(72) Боєнко Дмитро Сергійович, Гавриш Олена  
Валеріївна, Внукова Марина Алексеевна

(73) Боєнко Дмитро Сергійович

(57) Спосіб ендоскопічного хірургічного лікування  
одонтогенного гаймориту шляхом мікрогайморо-

томії, який відрізняється тим, що під час мікро-  
гайморотомії виконують розширення максиллярного  
співустя назад з боку верхньощелепної пазухи,  
для чого видаляють ділянку внутрішньої стінки  
пазухи розмірами 0,6х0,8 см, починаючи від зад-  
ньої межі максиллярного співустя, і при цьому по-  
вністю зберігаючи гачкоподібний відросток

Винахід належить до медицини, а саме до  
отоларингології і може бути застосований в ендоско-  
пічному хірургії для лікування гаймориту

Відомий спосіб хірургічного лікування одонто-  
генного гаймориту за допомогою операції Колдуелла-Люка. За даним способом після розрізу сли-  
зової оболонки та тканин переддвир'я рота від  
другого до шостого зубів верхньої щелепи (довжи-  
ною до 2,5 - 3,0 см) распатором відсепаровують  
уверх м'які тканини та надкисницю, оголюючи таким  
чином кістку передньої стінки верхньощелепної  
пазухи (ВЩП). Потім, використовуючи долото та  
молоток, трепанують пазуху ВЩП санують, вида-  
ляючи з неї щипцями стороннє тіло (якщо воно є),  
некротизовані ділянки слизової оболонки, поліпи  
та ін. Операції закінчують накладанням штучного  
співустя з нижнім носовим ходом. Недоліки спосо-  
бу очевидні

він травматичний,

не враховує спрямованість мукоциліар-  
ного транспорту у пазусі (з дна по стінках і потолку  
до природного анастомозу у передньо-верхньому  
відділі внутрішньої стінки пазухи),

у зоні трепанаційного отвору у передній стінці  
пазухи, як правило, формується груба рубцева  
тканина

Найбільш зберігаючим є спосіб Козлова [Коз-  
лов В.С. Новый метод и инструмент для хирургиче-  
ского вмешательства на верхнечелюстной пазу-  
хе как альтернатива операции Колдуелла-Люка // Вестник оториноларингологии - 1997, №4 - С. 8 - 12], обра-  
ний за прототип

Суть способу-прототипу полягає у тому, що  
троакаром пунктують передню стінку ВЩП у зоні

"собачої" ямки. Ліжку троакара встановлюють у  
трепанаційному отворі, стилет виймають, у ліжку  
вводять риноскоп і оглядають пазуху, запам'ято-  
вуючи локалізацію патологічних утворень. Потім  
виводять риноскоп, вводять у пазуху через ліжку  
щипці і "по пам'яті" видаляють патологічне утво-  
рення. Знову вводять риноскоп, контролюючи  
якість проведеної маніпуляції. І так неодноразово,  
до повної санації пазухи. Спосіб-прототип менш  
травматичний, у порівнянні із способом-аналогом,  
але конструктивні особливості троакара Козлова,  
який при цьому використовується, не дозволяють  
розширити співустя з боку ВЩП, що дуже важливо  
під час хірургічного лікування гаймориту (за сучас-  
ними поняттями гайморит розвивається лише при  
звуженні або блокаді природного максиллярного  
співустя)

Винахід розв'язує задачу забезпечення санації  
пазухи одночасно з розширенням максиллярного  
співустя з боку ВЩП. Поставлена задача вирішу-  
ється тим, що під час мікрогайморотомії виконують  
розширення максиллярного співустя дозад з боку  
верхньощелепної пазухи, для чого видаляють  
ділянку внутрішньої стінки пазухи розмірами 0,6 х  
0,8 см, починаючи від задньої межі максиллярного  
співустя. При цьому повністю зберігають гачкопо-  
дібний відросток, який розташований спереду і  
знизу від співустя

До числа суттєвих ознак способу, які забезпе-  
чують вирішення поставленої задачі, належить  
насамперед розширення максиллярного співустя, а  
також напрямок його розширення. При цьому спо-  
соби зберігають нижню межу співустя, що дуже  
важливо для повноцінного функціонування муко-

(13) A

(11) 56011

(19) UA

цилярного транспорту і самоочищення пазухи

Крім того, зберігають гачкоподібний відросток, який розташований спереду і знизу від максиллярного співустья і який є своєрідним карнизом, що захищає співустья від повптряного струму з частками пилу, які містяться у ньому, мікроорганізмами, алергенами та ін

Перевага заявленого способу стає зрозумілою при розгляді взаємовідношення анатомічних структур зовнішньої стінки порожнини носа, зображених на кресленні, де схематично показані 1 - відвернута наверх середня носова раковина, 2 - лобна пазуха, 3 - передній відділ середньої носової раковини, 4 - горбик носа, 5 - півмісяцева щілина, 6 - гачкоподібний відросток, 7 - решітчастий міхур, 8 - нижня носова раковина, 9 - додатковий отвір верхньощелепової пазухи (непостійне утворення), 10 - носоглотка, 11 - перетинка клиновидної пазухи, 12 - клиновидна пазуха

Розширення максиллярного здійснити можна виконати з боку порожнини носа, при цьому необхідно виконати резекцію гачкоподібного відростку 6, тому що інакше не можна оглянути розташоване у нижніх відділах півмісяцевої щілини 5 максиллярне співустья. Після виконання резекції гачкоподібного відростку цей анастомоз розширюють вперед. Таким чином, при ендоназальному розширенні максиллярного анастомозу частково або повністю знищується гачкоподібний відросток - природний захист співустья. Заявлений спосіб цей основний недолік ендоназального доступу усуває

Спосіб виконують таким чином. Оригінальним троакаром (Патент України №560 від 15 09 2000, МПК А61В17/34) пунктують передню стінку ВЩП у зоні "собачої" ямки. Лійку троакара встановлюють у трепанаційному отворі, стилет виймають. Лійку з'єднують з блоком освітлення (світловід з освітлювачем), що робить можливим подальше виконання операції під постійним контролем зору. Щипцями Блекслі видаляють некротизовані ділянки слизової оболонки, поліпи, пломбіровочний матеріал та інші патологічні утворення. При наявності стороннього тіла, його виймають петлею. Після закінчення сануючої частини операції виконують розширення максиллярного співустья. Для цього з боку ВЩП щипцями Блекслі знімають ділянку внутрішньої стінки пазухи, починаючи від задньої межі максиллярного анастомозу до розмірів 0,6 x 0,8 см

Приклади конкретного виконання способу

1. Хворий Г., 61 року, поступив у ринологічний центр 11 02 02 із скаргами на наявність сполучення між порожниною рота і лівою верхньощелеповою пазухою, гнійне відділяюче з лівої половини носа. Вважає себе хворим близько 6 міс, початок захворювання пов'язує з екстракцією 6-го зуба верхньої щелепи зліва. Після екстракції зуба у хворого виникло сполучення між порожниною рота і лівою верхньощелеповою пазухою. Не лікувався. Два тижні тому з'явилися головні болі, гнійне відділяюче з носа. Амбулаторне прийняв курс лікування з приводу загострення хронічного гнійного гаймориту, пазуха санована.

Слизова оболонка носа рожева, волога, дихання через ніс вільне. Зліва у проекції 6-го зуба

верхньої щелепи відзначається нориця до 0,2 см у діаметрі між верхньощелеповою пазухою і порожниною рота. Інші ЛОР-органи - у нормі. Аналізи крові і сечі без особливостей.

Встановлений діагноз: лівосторонній хронічний гнійний одонтогенний гайморит, ороантральна нориця.

12 02 02 виконані операції лівостороння мікрогайморотомія, пластика ороантральної нориці. Ліва верхньощелепова пазуха пунктована через передню стінку оригінальним троакаром. В пазусі - невелика кількість слизово-гнійного відділяючого, грануляції у зоні дна пазухи у проекції 6-го зуба верхньої щелепи. Усе патологічне видалене.

Виконане розширення максиллярного співустья з боку пазухи за заявленою методикою щипцями Блекслі видалена ділянка внутрішньої стінки пазухи розмірами 0,6 x 0,8 см, починаючи від задньої межі максиллярного співустья. Операція завершена пластиком ороантральної нориці місцевими тканинами. Післяопераційний перебіг рівний. Одуження.

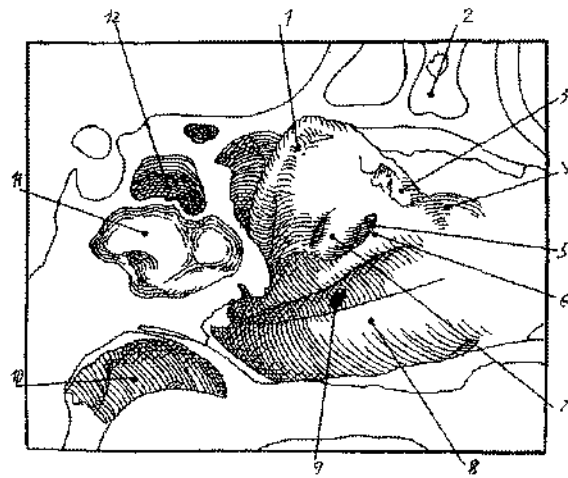
2. Хворий Б., 44 роки, поступив у ринологічний центр 28 03 02р із скаргою на головний біль, слизово-гнійне відділяюче із правої половини носа, утруднення носового дихання. Вважає себе хворим протягом тижня, коли з'явився головний біль, гнійна нежить. Не лікувався.

Слизова оболонка правої половини носа гіперимована, набрякла. У носових ходах справа гнійне відділяюче. Дихання крізь ніс утруднене. При рентгенографії навколونосових пазух виявлене затемнення правої верхньощелепової пазухи. Аналізи крові та сечі без особливостей.

Проведена пункція правої верхньощелепової пазухи, отримано велика кількість темно-коричневої опалісцюючої рідини.

Встановлений діагноз: правосторонній хронічний кистозний гайморит. 04 04 02р виконане оперативне лікування правостороння мікрогайморотомія. Права верхньощелепова пазуха пунктована через передню стінку оригінальним троакаром. У пазусі - кистозна рідина, оболонка кисти видалена. У нижніх відділах пазухи виявлений ретинований 6-й зуб без ознак каріозного ураження. Зуб виділений за допомогою долота, захоплений петлею, розвернутий коренями у лійку троакара і вийнятий разом з лійкою з пазухи. Після повторного введення лійки виконане розширення максиллярного співустья з боку пазухи, за заявленою методикою видалена ділянка внутрішньої стінки пазухи розмірами 0,6 x 0,8 см, починаючи від задньої межі максиллярного анастомозу. Післяопераційний перебіг рівний. Одуження.

Таким чином, метод передбачає попередню санацію пазухи, під час якої з неї можна виділити стороннє тіло, ретинований зуб, поліпи та ін. Завдяки такому доступу при розширенні максиллярного співустья дозаду з боку ВЩП опиняються повністю збереженими такі важливі анатомічні структури, як нижня межа максиллярного співустья і гачковидний відросток. Спосіб малоінвазивний. Післяопераційний період перебігає легко, набряку м'яких тканин обличчя не спостерігається. Парестезії відсутні або короточасні.



Фиг.