



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **18987** (13) **U**  
(51) **МПК (2006)**  
**A61B 17/24**  
**A61B 17/22**  
**A61P 31/02 (2006.01)**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТУ

1

(21) u200607475  
(22) 05.07.2006  
(24) 15.11.2006  
(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.  
(72) Маланчук Владислав Олександрович, Ізак-  
хах Фаршад  
(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ  
(57) Спосіб лікування хронічного одонтогенного  
гаймориту, що включає видалення причинного  
зуба, радикальну гайморотомію під туберальною,  
інфраорбітальною, піднебінною та різцевою інфі-  
льтраційною анестезією з використанням горизон-  
тального розрізу за Калдвелом-Люком або трапе-  
ціподібного розрізу в присінку рота за Нейманом-  
Вассмандом-Заславським від бокового різця до  
другого моляра, відвертання слизово-окісного кла-  
птя, оголення за допомогою распатора передньо-  
зовнішньої стінки верхньої щелепи і трепанацію  
гайморової пазухи на ділянці іклової ямки, для  
чого на передній стінці пазухи виконують низку  
перфорацій (за А.І.Євдокимовим), які потім з'єд-  
нують між собою за допомогою фісурного бора і  
кісткових кусачок, формуючи кісткове вікно, через  
яке входять в гайморову пазуху і виконують її са-

2

націю, після чого виконують кюретаж верхньоще-  
лепної пазухи з видаленням патологічно зміненої  
слизової оболонки і поліпів (здорову і мало зміне-  
ну слизову оболонку залишають), а в разі наявно-  
сті свищового каналу (на місці видаленого зуба)  
його ретельно вискоблюють з метою ліквідації  
епітеліальних стінок, потім за допомогою трепану  
створюють співусть між верхньощелепною пазу-  
хою та нижнім носовим ходом, через яке пазуху  
промивають розчином антисептика, після чого в  
пазуху вводять тампон, кінець якого виводять на-  
зовні через співусть і відповідну ніздрю; раніше  
сформований клапоть мобілізують, рану ушивають  
поліамідом (шви знімають на 5-6 день); з першого  
дня лікування призначають антибіотик, анальгетик,  
десенсибілізуючий засіб, судиннозвужуючий засіб,  
а гайморову пазуху щоденно промивають розчи-  
ном антисептика, який **відрізняється** тим, що як  
антисептик для промивання гайморової пазухи і  
просочування тампона застосовують 0,1 % розчин  
мірамістину і додатково призначають всередину  
ентеросгель по 15 г 2-3 рази на добу в проміжках  
між прийомами їжі курсом 2-3 тижні та декарис по  
150 мг в день 3 дні поспіль, а в наступному - з 2-  
тижневими інтервалами в міру потреби.

Корисна модель, що заявляється, стосується  
медицини, точніше стоматології, і призначена для  
лікування хронічного одонтогенного гаймориту.

Одонтогенний гайморит - це запалення слизо-  
вої оболонки, що вистилає верхньощелепну (гайм-  
орову) пазуху, пов'язане з розповсюдженням  
запально-інфекційного процесу із запаленого пері-  
одонту (звичайно - верхніх малих чи великих ко-  
рінних зубів, рідше - іклів), тобто є наслідком гост-  
рого чи хронічного періодонтиту верхньої щелепи.  
Інший шлях інфікування гайморової пазухи - через  
перфораційний отвір, який з'являється після вида-  
лення зуба. Хронічний одонтогенний гайморит є  
наслідком гострого, або виникає як первинне під-  
гострий чи хронічний процес.

Лікування хронічного одонтогенного гаймориту

має за мету припинення подальшого інфікування  
гайморової пазухи і видалення її зміненої слизової  
оболонки. Одночасно вирішується задача припи-  
нення надходження в організм продуктів запале-  
ння і продуктів життєдіяльності мікроорганізмів,  
тобто ліквідації вогнища сенсibiliзації всього ор-  
ганізму хворого, на тлі якого більш тяжко перебі-  
гають захворювання інших органів і систем.

Отже, загалом, лікування хронічного одонто-  
генного гаймориту передбачає видалення джере-  
ла одонтогенної інфекції: причинного зуба, кісти,  
за показаннями - гранульомектомію з резекцією  
верхівки корінця зуба, видалення імплантату. По-  
тім проводять радикальну гайморотомію, видаля-  
ють змінені тканини, виконують промивання роз-  
чином антисептика та тампонаду

(19) **UA** (11) **18987** (13) **U**

верхньощелепної пазухи [1]. Додатково лікування включає антибіотики, закапування в ніс судиннозвужуючих засобів (ефедрину) для анемізації слизової оболонки і забезпечення відтоку з пазухи через природний отвір в носі та інші заходи, спрямовані на прискорення видужування (УВЧ, флюктуоризацію, діатермію, лазерне опромінення і т.п.). Однак існуючі способи лікування хронічного одонтогенного гаймориту дають високий відсоток побічних ефектів.

Так, відомий спосіб лікування хронічного одонтогенного гаймориту (прототип), який включає радикальну гайморотомію під туберальною, інфраорбітальною, піднебінною та різцевою інфільтраційною анестезією з використанням горизонтального розрізу за Калдвелом-Люком або трапецієподібного розрізу в присінку рота за Нейманом-Вассмандом-Заславським від бокового різця до другого моляра [2]. Після цього відвертають слизисто-окісний клапоть, за допомогою распатора оголюють передню-зовнішню стінку верхньої щелепи і трепанують гайморову пазуху на ділянці іклової ямки. Для цього на передній стінці пазухи виконують низку перфорацій (за А.І. Євдокимовим), які потім з'єднують між собою за допомогою фісурного бора і кісткових кусачок, формуючи кісткове вікно. Це вікно дозволяє увійти в гайморову пазуху і виконати її санацію. Далі виконують кюретаж верхньощелепної пазухи з видаленням патологічне зміненої слизової оболонки і поліпів (здорову і мало змінену оболонку залишають). В разі наявності свищового каналу (на місці видаленого зуба) його ретельно вискоблюють з метою ліквідації епітеліальних стінок. Потім за допомогою трепану створюють співустя між верхньощелепною пазухою та нижнім носовим ходом, через яке пазуху промивають розчином антисептика (0,05% хлоргексидина біглюконат), після чого в пазуху вводять йодоформний тампон (змочений у вазеліновій олії), кінець якого виводять назовні через співустя і відповідну ніздрю. Раніше сформований клапоть мобілізують, рану ушивають поліамідом (шви знімають на 5-6 день).

Призначають антибіотик (амоксиклав, по одній 375-мг таблетці тричі на день), анальгетик (анальгін), амідопірин, фенацетин, ацетилсаліцилову кислоту (0,25-0,5г 2-3 рази на день), десенсибілізуючий засіб (димедрол, 0,03-0,05г тричі на день). Гайморову пазуху щоденно промивають 0,05% розчином хлоргексидина біглюконату через лунку видаленого зуба до досягнення чистої промивки. Через 9-10 днів після операції пацієнта виписують під амбулаторний нагляд.

Додатково лікування включає закапування в ніс судиннозвужуючих засобів (ефедрину) для анемізації слизової оболонки і забезпечення відтоку з пазухи через природний отвір в носі та інші заходи, спрямовані на прискорення видужування.

Однак хлоргексидин, який використовується в якості антисептика, викликає місцеві, і не тільки, побічні ефекти, такі як чорно-коричневе забарвлення зубів, plomb і спинки язика, відкладення зубного каменя, порушення чутливості і смаку, запалення привушних залоз. Крім цього, цей препарат може мати подразнюючу і алергічну дію та інколи викликає ушкодження слизової оболонки

рота і підвищення чутливості до барвників і ароматичних компонентів, а при тривалому застосуванні може впливати на співвідношення мікроорганізмів в ротовій порожнині. До того ж, спосіб-прототип не передбачає ні детоксикації організму хворого, ні корекції його імунного статусу, що негативно відбивається на ефективності лікування.

Задача, яку вирішує корисна модель, що заявляється, полягає в підвищенні ефективності лікування хронічного одонтогенного гаймориту шляхом стимуляції місцевої імунної реакції, прискорення регенеративних процесів і створення сприятливого фону для лікування гаймориту за рахунок ефективної загальної детоксикації організму.

Технічний результат від застосування запропонованого способу буде полягати в зменшенні частоти побічних ефектів від лікування і скороченні терміну лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування хронічного одонтогенного гаймориту, який включає видалення причинного зуба, радикальну гайморотомію під туберальною, інфраорбітальною, піднебінною та різцевою інфільтраційною анестезією з використанням горизонтального розрізу за Калдвелом-Люком або трапецієподібного розрізу в присінку рота за Нейманом-Вассмандом-Заславським від бокового різця до другого моляра, відвертання слизово-окісного клаптя, оголення за допомогою распатора передню-зовнішньої стінки верхньої щелепи і трепанацію гайморової пазухи на ділянці іклової ямки, для чого на передній стінці пазухи виконують низку перфорацій (за А.І. Євдокимовим), які потім з'єднують між собою за допомогою фісурного бора і кісткових кусачок, формуючи кісткове вікно, через яке входять в гайморову пазуху і виконують її санацію, після чого виконують кюретаж верхньощелепної пазухи з видаленням патологічне зміненої слизової оболонки і поліпів (здорову і мало змінену слизову оболонку залишають), а в разі наявності свищового каналу (на місці видаленого зуба) його ретельно вискоблюють з метою ліквідації епітеліальних стінок, потім за допомогою трепану створюють співустя між верхньощелепною пазухою та нижнім носовим ходом, через яке пазуху промивають розчином антисептика, після чого в пазуху вводять тампон, кінець якого виводять назовні через співустя і відповідну ніздрю; раніше сформований клапоть мобілізують, рану ушивають поліамідом (шви знімають на 5-6 день); з першого дня лікування призначають антибіотик, анальгетик, десенсибілізуючий засіб, судиннозвужуючий засіб, а гайморову пазуху щоденно промивають розчином антисептика, згідно корисної моделі, в якості антисептика для промивання гайморової пазухи і просочування тампона застосовують 0,1% розчин мірамістину і додатково призначають всередину ентеросгель по 15г 2-3 рази на добу в проміжках між прийомами їжі курсом 2-3 тижні та декарис по 150мг в день 3 дні поспіль, а в наступному - з 2-тижневими інтервалами в міру потреби.

Відмінною особливістю запропонованого способу лікування хронічного одонтогенного гаймориту є використання в якості антисептика 0,1% розчину мірамістину і додаткове призначення

всередину ентросгелю та декарису. Це дозволяє стимулювати місцеву імунну реакцію, прискорити регенеративні процеси та зняти чи зменшити дисбаланс компонентів імунної системи, що створює сприятливий фон для лікування хронічного одонтогенного гаймориту і значно знижує частоту побічних ефектів лікування.

Запропонований спосіб лікування хронічного одонтогенного гаймориту здійснюється наступним чином. Після відповідної премедикації та обробки операційного поля, під туберальною, інфраорбітальною, піднебінною та різцевою інфільтративною анестезією виконують радикальну гайморотомию з використанням горизонтального розрізу за Калдвелом-Люком або трапецієподібного розрізу в присінку рота за Нейманом-Вассмандом-Заславським від бокового різця до другого моляра. Після цього відвертають слизово-окісний клапоть, за допомогою распатора оголюють передню-зовнішню стінку верхньої щелепи і трепанують гайморову пазуху на ділянці іклової ямки. Для цього на передній стінці пазухи виконують низку перфорацій (за А.І. Євдокимовим), які потім з'єднують між собою за допомогою фісурного бора і кісткових кусачок, формуючи кісткове вікно. Це вікно дозволяє увійти в гайморову пазуху і виконати її санацію. Далі виконують кюретаж верхньощелепної пазухи з видаленням патологічне зміненої слизової оболонки і поліпів (здорову і мало змінену оболонку залишають). В разі наявності свищового каналу (на місці видаленого зуба) його ретельно вискоблюють з метою ліквідації епітеліальних стінок. Потім за допомогою трепану створюють співустя між верхньощелепною пазухою та нижнім носовим ходом, через яке пазуху промивають розчином антисептика - 0,1% мірамистину, після чого в пазуху вводять тампон змочений розчином 0,1% мірамистину, кінець якого виводять назовні через співустя і відповідну ніздрю. Раніше сформований клапоть мобілізують, рану ушивають поліамідом (шви знімають на 5-6 день).

Міромістин має виражену протимікробну, протигрибкову і противірусну активність і володіє протизапальним і імуноад'ювантним ефектами, посилює місцеві захисні реакції, прискорює регенераторні процеси та репаративну активність в рані, активує механізми неспецифічного захисту внаслідок модуляції клітинного та місцевого гуморального імунітету, а також підсилює дію антибіотиків, що важливо для лікування і профілактики ранових інфекцій. Мірамістин володіє сильним протизапальним ефектом і активує процеси фібринолізу у вогнищі запалення. В порожнину пазухи вводять тампон, змочений 0,1% розчином міромістину, кінець якого виводять назовні через раніше сформоване співустя і відповідну ніздрю.

Призначають антибіотик Цифран по одній 500-мг таблетці двічі на день впродовж 7-14 днів в залежності від тяжкості патології. Цифран - це високоактивний антибактеріальний препарат з групи фторхінолонів, механізм дії якого пов'язаний з пригніченням ферменту ДНК-гіраза і порушенням синтезу бактеріальної ДНК. Спектр дії Цифрану охоплює найбільш поширених збудників післяопераційних інфекцій.

Додатково призначають ентросгель (кремні-

йорганічна сполука) всередину по 15г 2-3 рази на добу, в проміжках між прийомами їжі та медикаментів (за 1,5-2 години до і не раніше, ніж через 2 години, після їжі) впродовж 7-14 днів в залежності від тяжкості патології. Ентросгель є єдиним ентросорбентом, що володіє здатністю вибірково виводити з організму тільки токсичні речовини за їх молекулярною масою, гідрофобністю (не виводить воду з організму і не налипає на слизову оболонку) та має високу біосумісність (як органічна сполука). При прийомі всередину ентросгель здійснює загальну детоксикацію: адсорбує з кишковоро вмісту та крові токсичні речовини, попередує їх всмоктуванню зі шлунку та кишечника, поліпшує функцію кишечника, печінки і нирок. Перед прийомом столову ложку препарату (15г) ретельно розтирають по стінках ємності, що містить 30мл води, до отримання однорідної суспензії, після чого загальний об'єм доводять до 150-200мл. Тривалість курсу лікування 7-14 днів.

В якості імуномодулятора призначають Декарис (його імуномодуюча дія обумовлена здатністю посилювати функцію Т-лімфоцитів і клітин системи фагоцитуючих мононуклеарів) - по 150мг в день впродовж 3 днів поспіль з наступними 2-тижневими інтервалами.

Можуть призначатись також гіпосенсибілізуючі засоби (димедрол по 0,03-0,05г 3 рази на день впродовж 10-15 днів. В разі, коли пацієнт відчуває біль, призначають династат (парекоксиб натрію) в дозі 40мг в/м (для забезпечення швидкого безболісного ефекту при гострому больовому синдромі, в тому числі післяопераційному, необхідним є саме парентеральне введення). Династат - це специфічний інгібітор ЦОГ-2 у формі для парентерального застосування.

Через 3 дні після операції тампон, введений під час операції, видаляють через співустя в нижньому носовому ході. На 5-6 день знімають шви. За наявності ороантрального сполучення пазуху щоденно промивають 0,1% розчином мірамистину. Щоденне промивання верхньощелепної пазухи продовжують доти, доки промивна вода не буде чистою. Через 7-10 днів після операції хворого виписують під амбулаторний нагляд.

Додатково лікування включає також закапування в ніс судиннозвужуючих засобів (санорину) для анемізації слизової оболонки і забезпечення відтоку з пазухи через природний отвір в носі та інші заходи, спрямовані на прискорення видужування.

Приклад втілення

Пацієнт А., 62 років, історія хвороби №9545, поступив в КМКЛ №12 22.06.2006 зі скаргами на біль в ділянці видаленого 16 зуба, запах з роти і витікання гною з правої ніздри носа. На оглядовій рентгенограмі додаткових пазух носа визначається затемнення гайморової пазухи з правого боку. Встановлено діагноз - "Хронічний правосторонній одонтогенний гайморит".

Проведено операцію правосторонньої радикальної гайморотомії під туберальною, інфраорбітальною, піднебінною інфільтраційною анестезією sol. ultracaini 1,7x4; викроєно і відшаровано слизово-окісний клапоть за Калдвелом-Люком від бокового різця до другого моляра. Після цього відвер-

нуто слизово-окісний клапоть, за допомогою распатора оголено передньо-зовнішню стінку верхньої щелепи і трепановано гайморову пазуху на ділянці іклової ямки. Для цього на передній стінці пазухи виконали вісім перфорацій (за А.І. Євдокимовим), які потім з'єднали між собою за допомогою фісурного бора і кісткових кусачок, сформувавши кісткове вікно. Це вікно дозволило увійти в гайморову пазуху і виконати її санацію. Далі було виконано кюретаж верхньощелепної пазухи з видаленням патологічне зміненої слизової оболонки і поліпів (здорову і мало змінену оболонку залишено). Потім за допомогою трепану було створено співусть між верхньощелепною пазухою та нижнім носовим ходом, через яке пазуху промили 0,1% розчином мірамістину, після чого в пазуху ввели тампон, змочений розчином 0,1% мірамістину, кінець якого вивели назовні через співусть і відповідну ніздрю. Раніше сформований клапоть мобілізували, рану ушили поліамідом (шви зняли на 5 день).

Хворому було призначено антибіотик Цифран по одній 500-мг таблетці двічі на день впродовж 7 днів. Додатково було призначено ентеросгель всередину по 15г 2 рази на добу впродовж 7 днів, Декарис по 150мг в день впродовж 3 днів поспіль, димедрол по 0,05г 3 рази на день впродовж 10 днів та династат в дозі 40мг в/м 1 раз на день впродовж 3 днів.

Через 3 дні після операції тампон, введений в

гайморову пазуху під час операції, було видалено через співусть з нижнім носовим ходом. На 5 день було знято шви. Через 7 днів після операції хворого було виписано під амбулаторний нагляд. В післяопераційному періоді головний біль припинився, на 4-тий день покращилось носове дихання через праву ніздрю, виділення з порожнини носа припинились, зник неприємний запах, слизова оболонка порожнини носа з правого боку набула рожевого кольору, носові ходи звільнились. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Через 14 днів після операції хворий був у задовільному стані.

Запропонований спосіб лікування хронічного одонтогенного гаймориту апробовано в стоматологічній клініці КМЦЛ №12 з позитивними результатами. Спосіб виявився більш ефективним з точки зору відсутності алергізації, місцевої подразнюючої дії, зменшення набряку слизової оболонки верхньощелепної пазухи. Крім того, він забезпечує більш швидку ліквідацію хронічного одонтогенного запального процесу та епітелізацію рани, зменшує кількість і тяжкість побічних ефектів, що значно скорочує тривалість лікування.

#### Література

1. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии (Ю.И. Вернадский) Москва "Медицина" 2000 (стр. 152-163).
2. Хирургическая стоматология (Т.Г. Робустовой - Москва "Медицина" 2003) (стр. 215(218)-221).