



УКРАЇНА

(19) UA (11) 33559 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДРЕНАЖУ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ

(21) 99031304
(22) 10.03.1999
(24) 15.02.2001
(33) UA
(46) 15.02.2001, Бюл. № 1, 2001 р.
(72) Гребенченко Ольга Іванівна
(73) Гребенченко Ольга Іванівна
(57) СПОСІБ дренажу верхньощелепної пазухи шляхом уведення до пазухи дренажної трубки з її

наступною фіксацією, який **відрізняється** тим, що дренажну трубку запроваджують у пазуху з боку вестибулярної поверхні альвеолярного відростка в області дистальніше кореня ікла, причому кінець цієї трубки виводять крізь м'які тканини переддвер'я рота та фіксують його у зоні нижньої носової раковини на рівні, що розташований нижче дна гайморової пазухи.

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме, до щелепно-лицевої хірургії і може бути використаний при оперативному лікуванні гайморитів, зокрема гайморитів стоматогенного походження.

До стоматогенних гайморитів відносяться усі гайморити, обумовлені факторами, створюючими передумови для проникнення інфекції до верхньощелепної (гайморової) пазухи з боку її дна, тобто альвеолярної бухти та альвеолярного відростка. До числа таких факторів відносять періодонтитні та ретензовані зуби, кісти щелеп, проштовхування до гайморової пазухи сторонніх тіл при лікуванні зубів та прободіння гайморової пазухи при видаленні зуба. Таким чином, на відміну від класичних риногенних гайморитів, гайморити, що виникли на ґрунті прободіння дна гайморової пазухи відносять до стоматогенних, причому в одних випадках їх класифікують як одонтогенні, а в інших - як перфоративні.

Відомі різні традиційні способи дренажу верхньощелепної пазухи при оперативному втручанні з приводу гаймориту. Здійснюють дренаж гайморової пазухи через пункційний отвір із використанням підключичних катетерів. Спосіб полягає у наступному: гайморова пазуха пунктується голкою Куликовського, потім через просвіт голки проводиться волосін-провідник, голка видаляється, а по волосіні-провіднику до гайморової пазухи вводиться фторопластовий підключичний катетер, який фіксується до щокі лейкопластирем. Діаметр катетера відповідає діаметру голки Куликовського (див. журн. "Здравоохранение" № 3 - 84 р. - С. 55, стаття-"Модификация метода дренирования гайморовых пазух").

Головним недоліком є травматичність способу дренажу, тому що пункцію проводять через медіальну стінку гайморової пазухи з частковим або

повним видаленням слизової оболонки, внаслідок чого хворий преречений на довічне балансування між "хворобою" та "здоров'ям", бо гайморова пазуха, позбавлена слизової оболонки, перетворюється у джерело хронічної інтоксикації організму.

Відомий також спосіб дренажу верхньощелепної пазухи шляхом введення до неї дренажної трубки та фіксації її у стінці пазухи (див. А.С. СРСР № 990196, М. кл. А 61 В 17/00, 1983 р. та "Журнал вушних, носових та горлових хвороб" № 1 - 87 р. с. 71. стаття: "Дренирование верхнечелюстной пазухи), у якому перед введенням дренажної трубки діаметром 2,5 мм проробляють для неї отвір за допомогою свердла діаметром 3,5 мм та довжиною 80 мм, укладеного до направляючої трубки-кожуха та з'єднаного з накінецьником від бормашини. Після прободіння свердлом з трубкою проштовхують у пазуху на 10-12 мм, після чого свердло видаляють. Дренажну трубку вводять крізь захисну і останню швидко видаляють з одночасним утриманням дренажної трубки у пазусі в заданому положенні за рахунок різниці діаметрів отвору та дренажної трубки. До недоліків цього способу слід віднести:

- високу травматичність м'яких тканин внаслідок можливих зміщень свердла навіть при сприятливому анатомічному варіанті розташування зовнішньої стінки нижнього носового ходу;
- утворення отвору неправильної форми;
- можливість травмування близько розташованої глазничної стінки верхньощелепної пазухи;
- травмування слизової оболонки нижньої носової раковини, де знаходиться мерехтливий епітелій, виконуючий захисну функцію;
- цей спосіб дренажу призначений в основному для лікування гайморитів не стоматогенного походження, а саме риногенних.

(19) UA (11) 33559 (13) A

Найбільш близьким по суті до заявленого способу маємо спосіб хірургічного лікування гайморитів за методикою Калдвелла-Люка, згідно з якою розкриття гайморової пазухи можливо як через нижній носовий хід, так і внутрішньоротовим доступом (див. М.В. Мухін. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. – Л.: Медицина, 1974р. – С. 190-191, мал. 149).

При операції радикальної гайморотомії за Калдвелл-Люком виконують горизонтальний розтин слизової оболонки по перехідній складці при переході її на ясна альвеолярного відростка. Дренаж за традиційним способом виконують шляхом вирубання ділянки кістки медіальної стінки пазухи ближче наперед від середньої частини нижнього носового ходу, причому основа "кісткового вікна" повинна бути розташована на рівні дна гайморової пазухи, після чого роблять отвір у слизовій оболонці носа. "Вікно" - це достатньо великий чотирикутний отвір, через який можна легко розглядіти усі бухти верхньощелепної пазухи.

У методі Калдвелла-Люка функцію дренажної трубки виконує тампонада за допомогою йодоформного тампону, що вкладають шарами у гайморову пазуху. а вільний кінець тампона виводять через утворений отвір та ніздрю зовні, який потім видаляється із пазухи звичайним протягуванням. До недоліків методу Калдвелла-Люка слід віднести:

- порушення цілісності медіальної стінки верхньощелепної пазухи внаслідок видовблення значного вікна;
- порушення функції епітелію слизової оболонки нижньої носової раковини;
- створення некрозу пульпи зубів у зв'язку з розривом їх судинно-нервових пучків внаслідок трепанації вестибулярної (передньої) стінки гайморової пазухи на рівні фронтальної ділянки;
- недостатній відтік внаслідок розташування дренажу на рівні дна гайморової пазухи;
- порушення функції носової порожнини.

В основу винаходу поставлено завдання за рахунок зміни способу дренажу верхньощелепної пазухи зберегти цілісність її медіальної стінки, а також цілісність її слизової оболонки і, як наслідок, зберегти повністю функції носової порожнини; окрім того, зберегти судинно-нервові пучки і, як наслідок життєздатність пульпи зубів; забезпечити хороший відтік, тобто використовувати дренаж одночасно для санації у післяопераційному періоді.

Поставлене завдання досягається тим, що у способі дренажу верхньощелепної пазухи шляхом введення до неї дренажної трубки з наступною її фіксацією згідно винаходу дренажу трубку вводять у пазуху з боку всестимулярної поверхні альвеолярного відростка в області дистальніше кореня ікла, при чому вільний кінець цієї трубки виводять через м'які тканини переддвер'я рота та фіксують його у зоні нижньої носової раковини на рівні, розташованому нижче дна гайморової пазухи.

Винахідницький рівень забезпечується тим, що дренажна трубка (одноразовий підключний катетер) вводиться не через медіальну стінку гайморової пазухи, а через її передню стінку, тобто, вестибулярну поверхню альвеолярного відростка, запропонований спосіб істотно відрізняється від усіх інших відомих способів та дозволяє відійти від

традиційного дренажу при гайморотомії по Калдвеллу-Люку.

Сукупність відмінних ознак призводить до досягнення наступних результатів:

- зберігається цілісність медіальної стінки гайморової пазухи;
- не травмується слизова оболонка нижньої носової раковини, де знаходиться мерехтливий епітелій, виконуючий захисну функцію. Це досягається завдяки тому, що дренажну трубку вводять до пазухи з боку передньої стінки, тобто вестибулярної поверхні альвеолярного відростка;
- зберігається життєздатність пульпи зубів;
- виключається ушкодження їх судинно-нервових пучків. Це досягається завдяки тому, що при трепанації передньої стінки отвір виконують з боку вестибулярної поверхні в області дистальніше кореня ікла, тобто ближче до молярів, за рахунок чого досягають збереження судинних пучків 3, 4, 5 зубів, чого не можна зробити при операції по Калдвеллу-Люку;
- дренаж відрізняється ефективністю та служить одночасно для санації гайморової пазухи у післяопераційному періоді. Це досягається завдяки тому, що вільний кінець фіксується у зоні нижньої носової раковини на рівні, розташованому нижче дна гайморової пазухи на відстані від операції по Калдвеллу-Люку, де "вікно" вирубують на рівні дна гайморової пазухи.

Заявлений спосіб виконують таким чином.

Запропонована у даному винаході методика "вестибулярного" дренажу верхньощелепної пазухи може бути використана у складі операції гайморотомії в основному стоматогенного походження, і найбільш доцільна у випадку лікування перфоративного гаймориту.

Операція полягає у наступному:

Під місцевим знеболюванням освіжаються краї перфоративного отвору. На вестибулярній поверхні і викроюється трапецієподібний слизово-окістний клапоть, ширина якого дорівнює відстані між осями зубів, суміжних з перфорацією. Проводиться мобілізація слизово-окістного клаптя шляхом розтину окісті. Гайморова пазуха промивається 0,5% розчином диоксидину до появи чистої промивної рідини. Промивні води піддаються цитологічному, цитохімічному та мікробіологічному дослідженню з метою вибору антибіотика для післяопераційної санації гайморової пазухи та для виявлення стану місцевого імунітету. "Вестибулярний" дренаж проводиться поліетиленовим катетером, котрий вводиться таким чином: з боку перфоративного отвору за допомогою кровоспинного зігнутого затискача створюється канал від краю перфоративного отвору до нижньобочкового краю грушоподібного отвору між передньою (вестибулярною) поверхнею основи альвеолярного відростка та покриваючими його м'якими тканинами переддвер'я рота. До цього каналу з боку краю перфоративного отвору вводиться катетер і виводиться через вистилтку носа у зоні нижньої носової раковини. Задній кінець катетера черед перфоративний отвір заводиться до гайморової пазухи. Мобілізований слизово-окістний клапоть опускається донизу та пришивається П-подібними швами до нерухомої слизової оболонки. Вільний кінець катетера, виведений у ніздрю, розвертається зовні

та фіксується лейкопластирем до шкіри на рівні нижнього відділу собачої ямки. Метод дренажу відрізняється від раніше відомих тим, що щадиться слизова оболонка медіальної стінки гайморової пазухи, а так як "дренаж" проходить через найнижчий відділ гайморової пазухи, щадиться передня стінка пазухи, чим зберігається кровопостачання фронтальної групи зубів.

Запропонований спосіб оперативного втручання з вестибулярним дренажем верхньощелепної пазухи застосований у 25 хворих у клініці щелепно-лицевої хірургії Запорізького обласного центру екстремальної медицини та швидкої допомоги (ЗОЦЕМ та ШД). В усіх хворих результати сприятливі.

Приклад 1. Хвора С., 22 роки, історія хвороби № 2542, знаходилася на стаціонарному лікуванні у клініці щелепно-лицевої хірургії ЗОЦЕМ та ШД з 15.02.98 по 27.02.98 з діагнозом: хронічний правосторонній одонтогенний перфоративний гайморит;

свищ через лунку ⁶¹ зуба. 25.02.98 була проведена гайморотомія з вестибулярним дренажем. Після розтину окісті від краю трепанаційного отвору зігнутим затискачем утворений тунель між основою передньої (вестибулярної) поверхні альвеолярною відростка та м'якими тканинами до нижнього краю грушоподібного отвору. Кінцем цього затискача трохи піднята вистилка носа під основою його крила і у цьому місці зроблена надсічка шкіри скальпелем. Кінець затискача виведений у ніздрю, ним захвачений кінець поліетиленового катетеру, потім катетер протягнутий через утворений канал і його кінець виведений до перфоративного отвору та занурений в альвеолярну бухту. Зовнішній кінець катетера розвернутий латерально і догори та зафіксований лейкопластирем до шкіри верхньої губи. Операція пройшла без ускладнень. 27.02.98 хвора була виписана із задовільним результатом.

Приклад 2. Хвора С., 64 роки, історія хвороби № 2560, знаходилася на стаціонарному лікуванні в клініці щелепно-лицевої хірургії ЗОЦЕМ та ШД з 16.02.98 по 27.02.98 з діагнозом: хронічний одонтогенний гайморит зліва: свищ через лунку ¹² зуба; стороннє тіло у гайморовій пазусі після видалення ¹² зуба 24.02.98 була проведена лівостороння гайморотомія з вестибулярним дренажем за вищеприписаною методикою.

Після анестезії проведений подвійний трапецієподібний розтин від кінця альвеолярного відростка верхньої щелепи до ¹³ зуба. Тупо відшарований слизово-окістний клапоть. Передня стінка гайморової пазухи, товщиною з цигарковий папір, легко видалена затискачем. З альвеолярної бухти гайморової пазухи видалений корінь зуба. Гайморова пазуха промита. Через перфоративний отвір проглядається набрякла слизова оболонка гайморової пазухи. Слизово-окістний клапоть мобілізований шляхом розтину окісті. Від краю перфоративного отвору зігнутим кровоспинним затискачем утворений тунель між основою передньої вестибулярної поверхні альвеолярного відростка та м'якими тканинами до нижньобокового краю грушоподібного отвору. Кінцем цього затискача трохи піднята вистилка носа під основою його крила й у цьому місці скальпелем зроблена насічка. Кінець затискача виведений у ніздрю і ним захвачений кінець поліетиленового катетера. Потім катетер протягнутий через створений канал і його кінець виведений до перфоративного отвору. Сплюснутий кінець катетера відсічений і катетер через перфоративний отвір занурений у альвеолярну бухту гайморової пазухи. Мобілізований слизово-окістний клапоть укладений на кістку та її дефект і зафіксований П-подібними лігатурами до неповної слизової оболонки. Зовнішній кінець катетера розвернутий латерально й догори та зафіксований лейкопластирем до шкіри верхньої губи. Операція пройшла без ускладнень. Рана чиста, зажила первинним натягом. Хвора виписана 27.02.98 у задовільному стані.

Головною відмінною ознакою запропонованого способу дренажу верхньощелепної пазухи є збереження слизової оболонки у зоні найважливішого захисного тракту, тобто на її медіальній стінці, за рахунок виведення дренажної трубки між вестибулярною поверхнею основи альвеолярного відростка та покриваючими її м'якими тканинами переддвер'я рота. Спосіб "вестибулярного" дренажу дозволяє попередити травматизацію стінок гайморової пазухи, запобігти таким ускладненням, як некроз пульпи зубів у зв'язку з розривом їх судинно-нервових пучків, повністю зберегти функцію носової порожнини. Спосіб рекомендований для практичного використання.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
