



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **89512** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 12947	(72) Винахідник(и): Шукліна Юлія Володимирівна (UA), Сарнацький Костянтин Сергійович (UA), Стороженко Павло Миколайович (UA)
(22) Дата подання заявки: 07.11.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.04.2014	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ІМ. ПРОФ. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ", вул. Зоологічна, 3, м. Київ, 03068 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.04.2014, Бюл.№ 8	

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТУ З ОРОАНТРАЛЬНИМ СПОЛУЧЕННЯМ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування одонтогенного гаймориту з ороантральним сполученням включає доступ до верхньощелепної пазухи з подальшим видаленням патологічних утворень та закриттям дефекту слизовоокісним клаптем, який відрізняється тим, що доступ до верхньощелепної пазухи та її ревізія здійснюються безпосередньо через ороантральне сполучення ("кісткове вікно"), що утворилось після екстракції зуба.

UA 89512 U

Корисна модель належить до медицини, а саме стоматології та оториноларингології, і може бути використана при хірургічному лікуванні хворих на одонтогенний гайморит з ороантральним сполученням.

Тактика ведення та методика хірургічного лікування хворих на одонтогенний гайморит лишається актуальною та досі невирішеною проблемою як стоматології, так і оториноларингології. Найбільш поширеним способом оперативного лікування залишається радикальна операція на верхньощелепній пазусі за Колдуелл-Люком, яка була розроблена понад 100 років тому. Згідно з методикою радикальної гайморотомії доступ до верхньощелепної пазухи виконують через її передню стінку: слизову оболонку і окістя розрізають до кістки, відшаровують м'які тканини, трепанацію здійснюють в ділянці іклової ямки, видаляють причинний зуб (за умови його наявності), слизову оболонку пазухи видаляють повністю або частково, накладають співустя із нижнім носовим ходом, пазуху тампують, а операційну рану у ротовій порожнині зашивають наглухо.

Проте, цей спосіб має певні недоліки: оперативний доступ через передню стінку пазухи супроводжується значним травмуванням м'яких тканин, порушенням іннервації слизової оболонки альвеолярного відростка, ясен, зубів, верхньої губи, щоки та носа внаслідок пересічення гілок підочного нерва та утворенням великого дефекту кістки на передній та медіальній стінках пазухи загальною площею до 500 мм². В післяопераційний період пазуха вистилається грануляційною тканиною з поступовим рубцюванням та частковою облітерацією порожнини. На місці залишків слизової оболонки утворюються скупчення кист-мукоцеле, що сприяє розвитку хронічного запального процесу у верхньощелепній пазусі.

Найближчим аналогом способу, що заявляється, є патент "Спосіб хірургічного лікування хронічного одонтогенного верхньощелепного синуситу" (UA 13361; автори Федірко І.В., Маланчук В.О., Бюл. № 3, 2006 р.), який передбачає доступ через передню стінку верхньощелепного синусу на 2 мм нижче верхньої складки в ділянці причинного зуба, через який вводять робочі інструменти. При такому способі хірургічного втручання дефект передньої стінки пазухи обмежується 5-7 мм. Проте, для виконання такої операції необхідно знаходження пацієнта в стаціонарі кілька днів; застосування анестезіологічної служби для проведення загального наркозу або нейролептанальгезії; при проведенні доступу відбувається травмування тканин в цій ділянці, що подовжує період одужання.

В основу корисної моделі поставлена задача розробки такого способу лікування одонтогенного гаймориту, який забезпечує найменш травматичний доступ до ураженої пазухи, що, в свою чергу, підвищить ефективність та економічність лікування даного контингенту хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування одонтогенного гаймориту з ороантральним сполученням, що включає доступ до верхньощелепної пазухи з подальшим видаленням патологічних утворень та закриттям дефекту слизовою оболонкою, згідно з корисною моделлю, доступ до верхньощелепної пазухи та її ревізія здійснюються безпосередньо через ороантральне сполучення ("кісткове вікно"), що утворилось після екстракції зуба. Спосіб дозволяє здійснити доступ до верхньощелепної пазухи без додаткової перфорації її передньої стінки, що забезпечує зменшення травматичності, можливість застосування даного методу в амбулаторних умовах, скорочення післяопераційного періоду, збереження працездатності пацієнта та скорочує витрати держави на утримання хворого.

Спосіб виконують наступним чином. Під провідниковою анестезією виконують екстракцію причинного зуба. Через ороантральне сполучення ("кісткове вікно"), що утворилось після видалення зуба, виконується ревізія верхньощелепної пазухи з видаленням патологічних утворень (міцетомних мас, кіст, поліпів, сторонніх тіл тощо). Задля відновлення аерації пазухи проводили розширення природного співустя та санацію порожнини розчином антисептика. Заключний етап операції полягав у пластиці лунки із заповненням кісткового дефекту губчатим матеріалом, що містить йод та здатний до поступового розсмоктування. Ороантральне сполучення з боку ротової порожнини закривали слизовою оболонкою. В післяопераційному періоді проводили огляд пацієнтів на другу, сьому та чотирнадцяту добу; призначали курс протизапальної терапії.

Приклад

Хворий Г., 42 років, звернувся зі скаргами на періодичні слизово-гнійні виділення із лівої половини носа, відчуття тиску у лівій верхньощелепній пазусі, відчуття дискомфорту при вживанні твердої їжі в лівій половині верхньої щелепи. При огляді ротової порожнини виявлений карієсно-змінений 25 зуб. На ортопантограмі спостерігається часткове розташування коренів 25 зуба у верхньощелепній пазусі; потовщення слизової оболонки цієї пазухи з рівнем рідини та патологічними включеннями (пломбувальні маси, міцетомы). При проведенні ендоскопічного

обстеження порожнини носа візуалізується поліпознозмінена слизова оболонка в ділянці остиомеатального комплексу. Під провідниковою анестезією виконана екстракція причинного зуба. Через ороантральне сполучення ("кісткове вікно"), що утворилось після видалення зуба, проведена ревізія верхньощелепної пазухи з видаленням патологічних утворень: стороннього тіла (пломбувальний матеріал), поліпознозміненої слизової оболонки, гною. За для відновлення аерації пазухи здійснено розширення природного співустя та промивання порожнини розчином антисептика (діоксидин). Кістковий дефект заповнений губчатим матеріалом, що містить йод та здатний до поступового розсмоктування. З боку ротової порожнини виконана пластика лунки слизовоокісним клаптем. Хворий знаходився під спостереженням протягом години, після чого був відпущений додому з рекомендаціями обмежити фізичне навантаження, вживати дієтичні продукти. Був призначений курс протизапальної терапії: нестероїдний протизапальний препарат (німесил) по 1 табл. тричі на добу 3 дні; полоскання порожнини рота антисептичним розчином після вживання їжі; антибіотик широкого спектра дії (5 дн.). В післяопераційному періоді проводили огляд пацієнта на другу, сьому та чотирнадцяту добу. Весь цей час стан хворого Г. був задовільний, працездатність відновилась на другу добу після операційного втручання. У віддаленому періоді огляд проводили через три, шість та десять місяців. Післяопераційна рана загоїлась через тиждень, відновлення кісткової тканини в ділянці ороантрального сполучення за даними рентгенографії відбулось через 10 місяців.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування одонтогенного гаймориту з ороантральним сполученням, що включає доступ до верхньощелепної пазухи з подальшим видаленням патологічних утворень та закриттям дефекту слизовоокісним клаптем, який **відрізняється** тим, що доступ до верхньощелепної пазухи та її ревізія здійснюються безпосередньо через ороантральне сполучення ("кісткове вікно"), що утворилось після екстракції зуба.

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601