



(19) KG (11) 1282 (13) C1 (46) 30.09.2010

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(51) A61B 17/00 (2010.01)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя

(21) 20090057.1

(22) 20.05.2009

(46) 30.09.2010, Бюл. №9

(71)(73) Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева (КГМА) (KG)

(72) Исламов И.М., Бакиев Б.А., Насыров В.А., Лесагоров С.Ф. (KG)

(56) Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. Руководство для врачей. 2006. С. 354-358

(54) Способ хирургического лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов с применением функциональных эндосякопических технологий

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии, и может быть применено для лечения воспаления верхнечелюстной пазухи одонтогенного генеза. Задача изобретения состоит в разработке способа, обеспечивающего повышение эффективности лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов с применением функциональных эндосякопических технологий. Поставленная задача решается в способе хирургического лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов с применением функциональных эндосякопических технологий, в ходе которого производится выкраивание трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута на лицевой стенке, отступая от центра клыковой ямки на 0,5-1,0 см латерально, слизистую оболочку отсепаровывают на протяжении альвеолярного отростка и клыковой ямки, затем в области проекции последней с помощью троакара Красножена трепанируют переднюю стенку верхнечелюстной пазухи, после удаления стилета из просвета троакара в него вводят эндосякоп диаметром 4 мм с углом зрения 0° или 30°, проводят эндосякопическую диагностику состояния соустья верхнечелюстной пазухи со стороны ее просвета, патологически измененную слизистую оболочку удаляют с применением щадящей шейверной системы и/или хирургического инструментария щипковой группы, производят кюретаж имеющегося свищевого хода, в просвет лунки зуба вводят пломбировочный материал «Костный материал Bio-oss». Затем сформированный трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут укладывается на свищевое отверстие и по его периметру и фиксируется швами из шелка. 1 н. п. ф-лы.

(21) 20090057.1

(22) 20.05.2009

(46) 30.09.2010, Bull. №9

(71) (73) Kyrgyz State Medical Academy, named after I.K. Ahunbaev (KSMA) (KG)

(72) Islamov I.M., Bakiev B.A., Nasyrov V.A., Lesagorov S.F. (KG)

(56) Piskunov G.Z., Piskunov S.Z., Clinical rhinology. Guide for physicians. 2006. Pages 354-358

(19) KG (11) 1326 (13) C1 (46) 31.01.2011

(54) Method of surgical treatment of odontogenic maxillary sinusitis with use of functional endoscopic technologies

(57) The invention relates to medicine, namely to the otorhinolaryngology and maxillofacial surgery, and may be applied for inflammation treatment of the maxillary sinusitis of odontogenous genesis. The problem of the invention is to develop a method that provides the increase of treatment effectiveness of the odontogenic maxillary sinusitis with functional endoscopic technology. The posed problem is solved by the method of surgical treatment of odontogenic maxillary sinusitis with use of functional endoscopic technologies, during which the cutting out of trapeziform mucous-periosteal graft on facial wall, stepping 0,5-1,0 cm back from the center of canine fossa laterally; mucous membrane is separated along the alveolar process of maxilla and canine fossa, then in the region of canine fossa projection the anterior wall of maxillary sinus is trepanized by means of Krasnozhen trocar, after removal of the stylet from the trocar lumen the endoscope is inserted into it with 4 mm in diameter and visual angle of 0° or 30°; the endoscopic diagnostics of maxillary sinus anastomosis condition is conducted from the side of its (sinus) lumen; pathologically transformed mucous membrane is removed, applying the sparing shaver system and/or surgical instruments of plucked groups, then made the curettage of the existing sinus tract; filling material, named "Osteal material Bio-oss", is injected into the alveolar socket lumen. Then, shaped trapeziform mucous-periosteal graft is placed upon the fistulous opening around its perimeter and is fixed by silk sutures. 1 independ. claim.

Изобретение относится к медицине, а именно к оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии, и может быть применено для лечения воспаления верхнечелюстной пазухи одонтогенного генеза.

При хирургическом лечении одонтогенных верхнечелюстных синуситов традиционно выкраивается, окаймляющий свищевой ход лунки зуба трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут, начиная от твердого неба и обращенный основанием к скуловой дуге. Слизистая оболочка вместе с подлежащими мягкими тканями и надкостницей отсепаровывается на протяжении альвеолярного отростка и клыковой ямки. Производится трепанация передней стенки верхнечелюстной пазухи с помощью долота и молота для вскрытия ее полости. Патологически измененные ткани в полости верхнечелюстной пазухи и свищевого хода (полипы, грануляции, кисты, инородные тела) удаляются через сформированное трепанационное отверстие. Затем на уровне нижнего носового хода создается отверстие с выкраиванием П-образного костно-пластического лоскута для укладывания на дно полости верхнечелюстной пазухи. Обязательным является кюретирование имеющегося свищевого хода для удаления из него патологических измененных тканей. Затем сформированный трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут укладывается на свищевое отверстие и по его периметру фиксируется швами из шелка. (Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. Клиническая ринология. Руководство для врачей. 2006. С. 354-358.).

Недостатки:

1. Сформированное отверстие в области нижнего носового хода является менее физиологичным;

2. Незакрытый костный свищевой ход может явиться местом развития грануляций, полипозно-измененной слизистой оболочки и, следовательно, частой причиной рецидива одонтогенного верхнечелюстного синусита;

3. Радикальные вмешательства в полости верхнечелюстной пазухи ведут в послеоперационном периоде к формированию рубцовых изменений слизистой оболочки, следовательно, к поддержанию хронического воспалительного процесса и его усугублению;

4. Лишний травматизм.

Задача изобретения состоит в разработке способа, обеспечивающего повышение эффективности лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов с применением функциональных эндоскопических технологий.

Поставленная задача решается в способе хирургического лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов с применением функциональных эндоскопических технологий, в ходе которого производится выкраивание трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута на лицевой стенке, отступя от центра клыковой ямки на 0,5-1,0 см латерально, слизистую оболочку отсепаровывают на протяжении альвеолярного отростка и клыковой ямки, затем в области проекции последней с помощью троакара Красножена трепанируют переднюю стенку верхнечелюстной пазухи, после удаления стилета из просвета троакара в него вводят эндоскоп диаметром 4 мм с углом зрения 0° или 30°, проводят эндоскопическую диагностику состояния соустья верхнечелюстной

пазухи со стороны ее просвета, патологически измененную слизистую оболочку удаляют с применением щадящей шейверной системы и/или хирургического инструментария щипковой группы, производят кюретаж имеющегося свищевого хода, в просвет лунки зуба вводят пломбировочный материал «Костный материал Bio-oss». Затем сформированный трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут укладывается на свищевое отверстие и по его периметру фиксируется швами из шелка.

Способ осуществляют следующим образом. Производят выкраивание трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута на лицевой стенке, отступя от центра клыковой ямки на 0,5-1,0 см латерально. Слизистую оболочку вместе с подлежащими мягкими тканями и надкостницей отсепаровывают на протяжении альвеолярного отростка и клыковой ямки. Затем в области проекции последней с помощью троакара Красножена трепанируется передняя стенка верхнечелюстной пазухи. После удаления стилета из просвета троакара в него вводится эндоскоп диаметром 4 мм с углом зрения 0° или 30° для визуализации полости верхнечелюстной пазухи. Проводится эндоскопическая диагностика состояния соустья верхнечелюстной пазухи со стороны ее просвета. Патологически измененная слизистая оболочка в области альвеолярной бухты, соустья верхнечелюстной пазухи в виде полипов, грануляций, кист и инородных тел (пломбировочный материал, грибковое тело) удаляется с применением щадящей шейверной системы и/или хирургического инструментария щипковой группы. Производится кюретаж имеющегося свищевого хода для удаления из него патологически измененных тканей (полипов, грануляций). В просвет очищенного от патологически измененных тканей лунки зуба для его облитерации вводится пломбировочный материал «Костный материал Bio-oss». Последний представляет собой мелкие гранулы (0,25-1 мм) и при смешивании с кровью превращается в однородную гомогенную массу. Дополнительно в эту смесь добавлялся антибактериальный препарат линкомицина гидрохлорид 30 %-1,0. При осуществлении пломбирования костного канала указанной смесью происходит быстрое затвердевание. Затем сформированный трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут укладывается на свищевое отверстие и по его периметру фиксируется швами из шелка.

Преимущества:

1. При данном способе лечения слизистая оболочка не повреждается при прокалывании троакаром стенки верхнечелюстной пазухи. После окончания операции неповрежденная слизистая оболочка укладывается на свое место.
2. Применение эндоскопических методов диагностики в хирургическом лечении одонтогенных верхнечелюстных синуситов позволяет хирургам провести более детальную визуальную оценку патологических изменений в слизистой оболочке полости верхнечелюстной пазухи;
3. Использование шейверных систем при удалении патологически измененных тканей в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи, в особенности в области ее соустья (полипы, грануляции, кисты и др.), при одонтогенном их происхождении является более щадящим и функциональным;
4. Дополнительное введение в свищевой канал для его полной облитерации пломбировочного материала «Костный материал Bio-oss» препятствует образованию патологических тканей (полипов, грануляций) и, следовательно, рецидиву заболевания;
5. Нет необходимости формирования дополнительного соустья в области нижнего носового хода;
6. Малая травматичность, больные значительно легче переносят данное вмешательство, а реактивные явления после операции менее выражены.
7. Данная методика отличается высокой эффективностью наряду с очень низкой частотой осложнений.

Формула изобретения

Способ хирургического лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов с применением функциональных эндоскопических технологий, включающий хирургическую санацию верхнечелюстной пазухи при ее воспалении одонтогенного генеза, о т л и ч а ю щ и й с я тем, что при проведении микрогайморотомии слизистую оболочку не повреждают троакаром, а выкраивают в виде трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута и после проведения операции укладывают на свое место, в просвет очищенного от патологически измененных тканей лунки зуба вводят пломбировочный материал «Костный материал Bio-oss».

Государственная служба ИС КР, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03