



(19) **KG** (11) **2063** (13) **C1**  
(51) **A61B 17/00** (2017.01)  
**A61B 17/24** (2017.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И  
ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)**

(21) 20170047.1

(22) 25.04.2017

(46) 29.06.2018, Бюл. № 6

(76) Тажибаев А. Ю. (KG)

(56) Патент SU № 1813411, кл. A61B 17/00, 1993

**(54) Способ длительного дренирования верхнечелюстной пазухи внутриротовым доступом**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической стоматологии, и может быть использовано для диагностики и лечения воспалительных процессов в верхнечелюстной пазухе.

Задачей изобретения является разработка способа, обеспечивающего безопасное длительное дренирование верхнечелюстной пазухи внутриротовым доступом.

Поставленная задача достигается в способе длительного дренирования верхнечелюстной пазухи внутриротовым доступом, путем прокола верхнечелюстной пазухи под анестезией, дренирования, введения в полость пазухи лекарственных препаратов, характеризующегося тем, что прокол передней стенки верхнечелюстной пазухи проводят по переходной складке выше уровня корней между первым и вторым премолярами бором, затем в образованное отверстие вводят головную часть стерильного катетера и другой конец фиксируют к зубам верхней челюсти на 2-4 дня.

1 н. п. ф., 1 пр.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической стоматологии, и может быть использовано для диагностики и лечения воспалительных процессов в верхнечелюстной пазухе.

Воспалительные процессы верхнечелюстной пазухи сопровождаются накоплением в полости экссудата, которые клинически проявляются сильными головными болями, ознобом, высокой температурой и ощущением переливания жидкости в подглазничной области при наклоне головы.

Для диагностики и лечения воспаления пазухи применяют пункцию и прокол стенки пазухи специальными иглами. Иглы должны быть толстостенными, диаметром не менее 2 мм.

Известен способ проведения пункции верхнечелюстной пазухи иглой профессора Куликовского Г. Г. и Розенблата Н. С., имеющей массивную полую ручку, через которую производится промывание (Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1936. - С. 632).

Прокол пазухи осуществляется через нижний носовой ход после предварительного местного обезболивания, процедура проводится врачом и требует определенных навыков, так как чревато появлением местных и общих осложнений.

Однако при введении в полость пазухи лекарств появляются жалобы на чувство распирания в голове, у больных учащается пульс и частота дыхания, а иногда повышается артериальное давление.

Пункцию верхнечелюстной пазухи обычно проводят только один раз, учитывая его отрицательные стороны, но известно, что при воспалении экссудативные процессы продолжаются несколько дней и требуют постоянной эвакуации.

Известен способ дренирования гайморовой пазухи (Патент SU № 1813411, кл. A61B 17/00, 1993) путем введения дренажной трубки в пазуху и фиксации ее к стенке пазухи с целью обеспечения полного оттока содержимого, дренажную трубку вводят через фрезевое отверстие в передней и медиальной стенках пазухи. Отверстие в передней и медиальной стенках проводится

при помощи фрезы. Это оперативное вмешательство проводится врачом после предварительного местного обезболивания и требует определенных навыков, так как чревато появлением местных осложнений. При длительном нахождении в полости носа дренажной трубки появляются пролежни и десквамации кожи вокруг носового хода из-за выделений из полости пазухи.

Задачей изобретения является разработка способа, обеспечивающего безопасное длительное дренирование верхнечелюстной пазухи внутриротовым доступом.

Поставленная задача достигается в способе длительного дренирования верхнечелюстной пазухи внутриротовым доступом, путем прокола верхнечелюстной пазухи под анестезией, дренирования, введения в полость пазухи лекарственных препаратов, характеризующегося тем, что прокол передней стенки верхнечелюстной пазухи проводят по переходной складке выше уровня корней между первым и вторым премолярами бором, затем в образованное отверстие вводят головную часть стерильного катетера и другой конец фиксируют к зубам верхней челюсти на 2-4 дня.

Способ осуществляют следующим образом.

Проводится местная анестезия по общепринятой методике. Прокол передней стенки пазухи проводят через рот троакаром или бором по переходной складке выше уровня верхушек корней премоляров и в образованное отверстие вводят катетер для дренажа, конец которого фиксируют к зубам верхней челюсти на 3-4 дня.

Дренирование полости пазухи данным способом проведено для диагностики и лечения у 12 больных с одонтогенным гайморитом и у 5 пациентов с инородными телами верхнечелюстной пазухи. Результаты проведенных клинко-рентгенологических исследований показали доступность и эффективность данного способа.

Пример.

Больная Мустапаева Б., 1971 года рождения, обратилась в ГСП № 4 города Бишкек 14.11.2016 г. с жалобами на боли в зубе верхней челюсти слева при надкусывании. В анамнезе: больная с 2006 года страдает левосторонним гайморитом и лечится амбулаторно по месту жительства. Боли в зубе появились 9 марта 2006 года. Зуб был пломбирован, но периодически стал беспокоить. В апреле 2006 года у больной был диагностирован острый гайморит и с этого времени получает амбулаторное лечение у ЛОР врача. Сопутствующих заболеваний нет.

Локальный статус: при внешнем осмотре патологии не выявлено, прикус ортогнатический, слизистая оболочка десны в области 26 зуба гиперемирована. Коронка 26 зуба разрушена на 2/3, перкуссия резко болезненна. Прицельная рентгенография 26 зуба показала деструкцию костной ткани в области верхушки корней округлой формы размером 0,7х0,4. На обзорной рентгенографии в полуаксиальной проекции черепа отмечается снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи пристеночной области слева. Диагноз: Обострившийся хронический периодонтит 26 зуба. Хронический одонтогенный гайморит слева.

Больному под местной инфильтрационной анестезией проведена операция удаления 26 зуба и пластика образовавшегося перфорационного соустья после экстракции зуба. Троакаром проведен прокол пазухи по переходной складке верхней челюсти слева выше корней премоляров для образования искусственного отверстия. В полость пазухи ввели катетер через образованное отверстие и его концы фиксировали к зубам верхней челюсти тонкой проволокой. Полость верхнечелюстной пазухи промывали катетером теплыми растворами фурацилина один раз в день в течение четырех суток. Катетер удален на четвертые сутки и на рану наложен кетгутом один узловый шов.

Результаты клинических и рентгенологических исследований больных, проведенных в течение трех месяцев, показали отсутствие местных и общих осложнений.

### **Формула изобретения**

Способ длительного дренирования верхнечелюстной пазухи внутриротовым доступом путем прокола верхнечелюстной пазухи под анестезией, дренирования, введения в полость пазухи лекарственных препаратов, отличающийся тем, что прокол передней стенки верхнечелюстной пазухи проводят по переходной складке выше уровня корней между первым и вторым премолярами бором, затем в образованное отверстие вводят головную часть стерильного катетера и другой конец фиксируют к зубам верхней челюсти на 2-4 дня.

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,  
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03