



(19) KG (11) 740 (13) C1 (46) 31.01.2005

(51)<sup>7</sup> A61B 17/58

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНСТВО ПО НАУКЕ И  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ  
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

## (12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

---

---

(21) 20030138.1

(22) 12.11.2003

(46) 31.01.2005, Бюл. №1

(76) Ешиев А.М., Шейнман В.Ю. (KG)

(56) Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. - Ленинград.: Медицина, 1985.-С. 391-392

### (54) Способ лечения переломов нижней челюсти

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической стоматологии, и предназначено для лечения переломов нижней челюсти. Задачей изобретения является, разработка хирургического способа лечения нижней челюсти с обеспечением профилактики послеоперационных осложнений путем проведения активного диализа, предотвращения повреждения ветви тройничного нерва и использование более доступных материалов. Задача решается путем послойного разреза мягких тканей, обнажения костных фрагментов в области перелома, репозиции отломков, введения металлической спицы в сформированный канал с входным и выходным отверстиями, причем в качестве металлической спицы используют инъекционную иглу с отсеченной канюлей с двумя-тремя отверстиями диаметром 2-3 мм, на один из концов иглы надевают полиэтиленовый катетер, к концу которого присоединяют шприц, для орошения раны лекарственными препаратами в течение трех-пяти дней. Через два месяца фиксирующая конструкция полностью удаляется. 1 пр.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической стоматологии, и предназначено для лечения переломов нижней челюсти.

Известен способ лечения нижней челюсти путем послойного разреза мягких тканей и отсепаровки костных фрагментов в области перелома. Отломки сопоставляют в правильном положении, вводят с помощью бормашины металлическую спицу длиной 5-7 см, выводят на наружную поверхность отломков до 0.5 см и дополнительно накладывают на оба конца спицы экстраосальную проволочную петлю с последующим удалением конструкции через два месяца (Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. - Ленинград: Медицина, 1985.-С. 391-392).

Недостатком данного способа является то, что спица или проволока находятся в области открытого перелома, кроме того, спица проходит через костный канал, что ведет

к возможности травматизации ветви тройничного нерва, а также невозможность проводить активный диализ в месте перелома. Поэтому приведенный способ не только не обеспечивает профилактику воспалительных осложнений, но и усугубляет ситуацию, т.к. фиксирующий материал (спицы и проволока) находится непосредственно в области перелома.

Задачей изобретения является разработка хирургического способа лечения нижней челюсти с обеспечением профилактики послеоперационных осложнений путем проведения активного диализа, предотвращения повреждения ветви тройничного нерва и использование более доступных материалов.

Задача решается путем послойного разреза мягких тканей, обнажения костных фрагментов в области перелома, репозиции отломков, введения металлической спицы в сформированный канал с входным и выходным отверстиями, причем в качестве металлической спицы используют инъекционную иглу с отсеченной канюлей с 2-3 отверстиями диаметром 2-3 мм, на один из концов иглы надевают полиэтиленовый катетер, к концу которого присоединяют шприц для орошения раны лекарственными препаратами в течение трех-пяти дней. Через два месяца фиксирующая конструкция полностью удаляется.

Способ осуществляется следующим способом. Больному при переломе нижней челюсти производят послойный разрез мягких тканей, отсепаровывают костные фрагменты в области перелома, далее с помощью дрели формируют костный канал с входным и выходными отверстиями на наружную поверхность костных фрагментов, отломки сопоставляют в правильном положении. На боковой поверхности инъекционной иглы заранее заготавливают два-три отверстия диаметром 2-3 мм с отсеченной канюлей, и инъекционную иглу вводят в костный канал с входными и выходными отверстиями на наружную поверхность костных фрагментов до 0.5 см. Далее на выступающие части инъекционной иглы дополнительно накладывают экстраосальную проволочную петлю, затем петля фиксируется. На один из концов инъекционной иглы надевают полиэтиленовый катетер, к которому присоединяется шприц для орошения раны антибиотиками и антисептиками в течение трех-пяти дней. Через пять дней после заживления раны больной выписывается из стационара. Затем через два месяца, на контрольный осмотр приходит больной, и фиксирующая конструкция полностью удаляется, после наступления полной консолидации костных отломков.

Пример. Больной Н., 1987 г.р., поступил с диагнозом: открытый перелом угла нижней челюсти слева со смещением костных фрагментов. Была произведена операция костно-надкостный остеосинтез с одновременным диализом костной раны, описанным выше способом. Под местной проводниковой анестезией производилось послойное рассечение мягких тканей, отсепаровывали костные фрагменты в области перелома, и далее с помощью дрели формировали костный канал с входными и выходными отверстиями на наружную поверхность костных фрагментов. Сопоставляли отломки в правильном положении. В сформированный канал с входными и выходными отверстиями вводили подготовленную инъекционную иглу с тремя отверстиями диаметром 3 мм с отсеченной канюлей и на выступающие части иглы в области наружной поверхности отломков, до 0.5 см, дополнительно накладывали экстраосальную проволочную петлю, которую тут же фиксировали. Далее к одному из концов инъекционной иглы подсоединяли полиэтиленовый катетер. К полиэтиленовому катетеру, для орошения раны лекарственными препаратами (антибиотиками и антисептиками), присоединяли шприц для активной санации в течение четырех дней. Больной был выписан с выздоровлением на пятые сутки из стационара. Через два месяца на контрольном осмотре фиксирующая конструкция была полностью удалена, отмечена полная консолидация костных отломков, движение нижней челюсти сохранено в полном объеме.

Таким образом, предлагаемый способ лечения перелома нижней челюсти обеспечивает профилактику послеоперационных осложнений путем проведения

активного диализа, т.е. орошения линии перелома антисептическими препаратами и антибиотиками, что обеспечивает профилактику воспалительных осложнений и предотвращает повреждение ветви тройничного нерва, т.к. инъекционная игла не проходит непосредственно через костный канал. Способ более экономичен по сравнению с существующими способами, т. к. используется более доступный материал.

### **Формула изобретения**

Способ лечения переломов нижней челюсти, включающий послойный разрез мягких тканей, обнажения костных фрагментов в области перелома, репозиции отломков, введения металлической спицы в сформированный канал с входным и выходным отверстиями, отличающейся тем, что в качестве металлической спицы используют инъекционную иглу с отсеченной канюлей с двумя-тремя отверстиями диаметром 2-3 мм, на один из концов инъекционной иглы надевают полиэтиленовый катетер, причем к нему периодически присоединяют шприц для орошения раны лекарственными препаратами в течение трех-пяти дней.

Составитель описания  
Ответственный за выпуск

Грунина И.Ф.  
Арипов С.К.

---

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