

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО**(12) Описание изобретения**
К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 2502078

(22) 28.03.2025

(46) Бюл. 220, 2025

(71) (72) (73) Шамсидинов Б.Н. (TJ); Шерматов З.Т.
(TJ); Олимов Т.Х. (TJ); Шайдоев С.С. (TJ); Касиров
И.М. (TJ)**(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**
ХРОНИЧЕСКИХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ
СИНУСИТОВ

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к оториноларингологии, и может быть использовано для хирургического лечения пациентов с хроническим верхнечелюстным синуситом.

Цель изобретения – разработка способа хирургического лечения хронических верхнечелюстных синуситов, которые исключает недостатки прототипа.

Поставленная цель достигается способом хирургического лечения хронических верхнечелюстных синуситов через естественное соустье путем эндоназального эндоскопического хирургического вмешательства под эндотрахеальным наркозом, осуществления дренажа верхнечелюстной пазухи посредством полиэтиленовой трубки, причем хирургическое вмешательство осуществляют под эндотрахеальным наркозом после проведения местной анестезии области остеомаксиллярного комплекса, проводят медиализацию нижней носовой

2

раковины распатором, установив клапан Гаснера, путём надавливания на внутренний угол глаза, проводят Г-образный разрез слизистой оболочки латеральной стенки нижнего носового хода, отступая 1,0 см от клапана Гаснера и вылущивают измененную слизистую оболочку до костного остова, вскрывают верхнечелюстную пазуху остроконечной ложечкой, осуществляют ее санацию и ревизию, после медиализируют среднюю носовую раковину распатором, определив расположение крючковидного отростка вначале надламывают его при помощи пуговчатого зонда, а затем удаляют по частям, причем сначала вертикальную порцию обратным откусывателем и щипцами Керрисона, а после горизонтальную порцию обратным откусывателем, визуализировав тем самым естественное отверстие верхнечелюстной пазухи, которое путем удаления задней фонтанеллы и решетчатой воронки расширяют, через расширенное естественное соустье под контролем эндоскопа в полость пазухи до упора вводят дистальный конец полиэтиленовой трубки и выводят через искусственно созданное инфротурбинальное отверстие в нижнем носовом ходу наружу, располагая часть трубки с многочисленными отверстиями в полости пазухи.

Изобретение относится к области медицины, а именно к оториноларингологии, и может быть использовано для хирургического лечения пациентов с хроническим верхнечелюстным синуситом.

Техническим решением выбранным за прототип является способ хирургического лечения хронических верхнечелюстных синуситов, включающий дренирование верхнечелюстной пазухи специальной изогнутой полиэтиленовой трубкой, насаженной на металлический проводник под контролем эндоскопа путем разблокировки естественного соустья методом эндоскопической инфундибулотомии, после которой удаляется металлический проводник и удерживается трубка в полости пазухи для промывания через её изогнутую часть внутри пазухи [Покровская Е.М. с соавт. Инновации в диагностике и лечении хронических гнойных гайморитов: Журнальная статья: Практическая медицина, 2014. С. 188-190].

Недостатками прототипа является то, что введенная трубка при дренировании верхнечелюстной пазухи имеет только входной конец и при обратном отсасывании через него не удастся полностью вывести промывную жидкость, которая тем самым скапливается на дне пазухи, а сама же трубка не всегда удерживается в полости пазух, и может в любой момент выйти из нее.

Цель изобретения – разработка способа хирургического лечения хронических верхнечелюстных синуситов, который исключает недостатки прототипа.

Поставленная цель достигается способом хирургического лечения хронических верхнечелюстных синуситов через естественное соустье путем эндоназального эндоскопического хирургического вмешательства под эндотрахеальным наркозом, осуществления дренажа верхнечелюстной пазухи посредством полиэтиленовой трубки, причем хирургическое вмешательство осуществляют под эндотрахеальным наркозом после проведения местной анестезии области остеомаксиллярного комплекса, проводят медиализацию нижней носовой раковины распатором, установив клапан Гаснера, путём надавливания на внутренний угол глаза, проводят Г-образный разрез слизистой оболочки латеральной стенки нижнего носового хода, отступая 1,0 см от клапана Гаснера и вылушивают измененную слизистую оболочку до костного остова, вскрывают верхнечелюстную пазуху остроконечной ложечкой, осуществляют ее санацию и ревизию, после медиализируют среднюю носовую раковину распатором, определив расположение крючковидного отростка вначале надламывают его при помощи пуговчатого зонда, а затем удаляют по частям, причем сначала вертикальную порцию обратным откусывателем и щипцами Керрисона, а после горизонтальную порцию обратным откусывателем, визуализировав тем самым естественное отверстие верхнечелюстной пазухи, которое путем удаления задней фонтанеллы и решетчатой воронки расширяют, через расширенное естественное соустье под контролем эндоскопа в полость пазухи до упора вводят дистальный конец

полиэтиленовой трубки и выводят через искусственно созданное инфратурбинальное отверстие в нижнем носовом ходу наружу, располагая часть трубки с многочисленными отверстиями в полости пазухи.

Способ осуществляют следующим образом.

В условиях общей анестезии после предварительной анемизации слизистой полости носа и медиализации нижней носовой раковины распатором, затем путём применения симптома Захида надавливают на внутренний угол глаза и находят место расположения выводного отверстия носослезного канала и, отступая на 1 см вглубь его, на боковой стенке нижнего носового хода проводят Г-образный разрез и распатором вылушивают до кости. В последующем с применением специальной остроконечной ложечки вскрывают верхнечелюстную пазуху (рис. 1), патологическое содержимое отсасывают электроотсосом и проводят ревизию полости пазухи эндоскопом под углом 45°.

После медиализации средней носовой раковины, находят место расположения крючковидного отростка, надламывают его при помощи пуговчатого зонда, затем с целью предупреждения надрыва места прикрепления крючковидного отростка, по частям удаляют вертикальную его порцию по направлению снизу вверх обратным откусывателем и щипцами Керрисона, затем удаляют горизонтальную порцию крючковидного отростка обратным откусывателем по направлению сзади вперёд, в результате чего визуализируют естественное отверстие верхнечелюстной пазухи и удаляют заднюю фонтанеллу, решетчатую воронку, после чего расширяют естественное отверстие и эндоскопом с углом 45° заходят в полость пазухи и осматривают ее (рис.2).

Предварительно дистальный конец предварительно подготовленной полиэтиленовой трубки, надетой на тонкий мягкий металлический проводник под контролем эндоскопа проводят в полость пазухи до упора. Под контролем эндоскопа заходят в полость пазухи через инфратурбинальное отверстие, захватив дистальный конец трубки щипцами выводят его наружу и снимают проводник. Конец трубки тем самым в этом положении становится проксимальным. Часть трубки с многочисленными отверстиями оказывается в полости пазухи (рис. 3). Промывают полость пазухи через дистальный конец трубки, который вводят через естественное отверстие, при этом полость пазухи легко промывают и отсасывают через проксимальное отверстие трубки. Полость носа рыхло тампонируют. Операцию на этом этапе считают завершённой.

Заявленный способ хирургического лечения хронических верхнечелюстных синуситов поясняется рисунками, где:

рис. 1 - линия Г-образного разреза слизистой оболочки латеральной стенки нижнего носового хода, его отсепаровка и вскрытие костной стенки специальной остроконечной ложечкой;

рис.2 – вид расширенного естественного хода верхнечелюстной пазухи и введенная в нее полиэтиленовая трубка;

рис.3 - выведение трубки через искусственное инфратурбинальное отверстие;

рис. 4 - рабочее положение трубки при промывании пазухи.

Пример 1.

Больная Т., 48 лет, госпитализирована с жалобами на головные боли с рецидивирующим гнойным гайморитом справа. Рецидив заболевания отмечается после каждой перенесенной простуды, в течение 3 лет 3 раза госпитализирована в стационар, проведена пункции гайморовой пазухи с последующим дренированием пазухи традиционным методом, эффект не убедительный. После предварительной амбулаторной подготовки и плановой госпитализации по предложенной методике провели вскрытие верхнечелюстной пазухи инфратурбинальным путём под контролем эндоскопа, удалили патологическое содержимое, с последующей ревизией и расширением естественного отверстия пазухи, провели через нее полиэтиленовую трубку с многочисленными отверстиями, которые располагаются в полости пазухи, проксимальный конец трубки вывел через отверстие в инфратурбинальной области наружу. Через дистальный конец трубки вводили лекарство в пазуху, а через проксимальный конец отсасывали промывное содержимое.

После проведения комплексных консервативных мероприятий и нормализации параметров гемодинамики и других лабораторных анализов на 5-е сутки трубку удалили, а пациентку в удовлетворительном состоянии выписали из стационара. В период наблюдения, больная чувствовала себя удовлетворительно.

Клиническая апробация данного способа, вскрытие и дренирование верхнечелюстной пазухи при хроническом рецидивирующем гнойном гайморите была проведена у 10 пациентов и показала хороший клинический эффект.

Таким образом, предлагаемый нами способ хирургического лечения хронических верхнечелюстных синуситов является эффективным, простым, физиологичным и малотравматичным при его использовании, обеспечивает ликвидацию гнойного процесса верхнечелюстной пазухи, предотвращает возникновение осложнений, восстановление вентиляционной и дренажной функций, имеет хороший экономический эффект, что подтверждает целесообразность применения разработанного нами способа и позволяет рекомендовать его внедрение в клиническую практику.

В заявленном способе хирургического лечения хронических верхнечелюстных синуситов, где при дренирование пазух, входным отверстием является естественное соустье самой пазухи, а выводным отверстием является отверстие, которое проводится через боковую стенку нижнего носового хода, является более эффективным, простым, физиологичным, малотравматичным, по сравнению с известными способами хирургического лечения хронических верхнечелюстных синуситов, что обеспечивает сохранения формы стенки пазухи, предотвращает возникновение осложнений, восстановление вентиляционной и дренажной функции пазухи, что подтверждает целесообразность применения разработанного нами способа и позволяет рекомендовать его внедрение в клиническую практику.

Формула изобретения

Способ хирургического лечения хронических верхнечелюстных синуситов через естественное соустье путем эндоназального эндоскопического хирургического вмешательства под эндотрахеальным наркозом, осуществления дренажа верхнечелюстной пазухи посредством полиэтиленовой трубки, **отличающийся тем, что** хирургическое вмешательство осуществляют под эндотрахеальным наркозом после проведения местной анестезии области остеомеатального комплекса, проводят медиализацию нижней носовой раковины распатором, установив клапан Гаснера, путём надавливания на внутренний угол глаза, проводят Г-образный разрез слизистой оболочки латеральной стенки нижнего носового хода, отступая 1,0 см от клапана Гаснера и вылущивают измененную слизистую оболочку до костного остова, вскрывают верхнечелюстную пазуху остроконечной ложечкой, осуществляют ее санацию и ревизию, после медиализируют среднюю носовую раковину

распатором, определив расположение крючковидного отростка вначале надламывают его при помощи пуговчатого зонда, а затем удаляют по частям, причем сначала вертикальную порцию обратным откусывателем и щипцами Керрисона, а после горизонтальную порцию обратным откусывателем, визуализировав тем самым естественное отверстие верхнечелюстной пазухи, которое путем удаления задней фонтанеллы и решетчатой воронки расширяют, через расширенное естественное соустье под контролем эндоскопа в полость пазухи до упора вводят дистальный конец полиэтиленовой трубки и выводят через искусственно созданное инфротурбинальное отверстие в нижнем носовом ходу наружу, располагая часть трубки с многочисленными отверстиями в полости пазухи.

Компьютерный набор: Газиев М.

Заказ	Тираж	Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а		