УКРАЇНА

(19) UA (11) 116191 (13) U

(51) МПК (2017.01)
A61B 17/00
A61B 17/24 (2006.01)
A61K 31/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2016 12037**

(22) Дата подання заявки: **28.11.2016**

(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: **10.05.2017**

(46) Публікація відомостей про видачу патенту: **10.05.2017, Бюл.№ 9**

(72) Винахідник(и):
Поліщук Сергій Степанович (UA),
Шувалов Сергій Михайлович (UA),
Скиба Василь Якович (UA),
Свистунов Дмитро Михайлович (UA)

(73) Власник(и):
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА,
вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)

(54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОХІДНОСТІ ЛОБНО-НОСОВОГО КАНАЛУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПОЄДНАНИХ ПЕРЕЛОМІВ ЛОБНОГО ВІДРОСТКА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ТА ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ЛОБНОЇ ПАЗУХИ ЗІ ЗМІЩЕННЯМ

(57) Реферат:

Спосіб визначення прохідності лобно-носового каналу при хірургічному лікуванні поєднаних переломів лобного відростка верхньої щелепи та передньої стінки лобної пазухи зі зміщенням включає виконання розрізу в лобній ділянці, скелетування ділянки лобної кістки, ревізію лобної пазухи і репозицію відломків. Хворим проводять інтраопераційне введення в лобну пазуху через пошкоджену передню стінку фурациліну з контролем його виділення через ніс та подальшим виставленням відломків в правильне положення після ревізії лобної пазухи та проведенням базисної терапії.

UA 116191 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, а саме до способу визначення прохідності лобно-носового каналу при хірургічному лікуванні поєднаних переломів лобного відростка верхньої щелепи та передньої стінки лобної пазухи зі зміщенням при комплексному лікуванні травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, зокрема перелому лобного відростка верхньої щелепи, медіального та верхнього краю орбіти, передньої стінки лобної пазухи зі зміщенням. Може бути використана в комплексному лікуванні травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, як допоміжний діагностичний метод при реконструктивних заходах деформацій середньої та верхньої третини обличчя.

Відомо, що, згідно з протоколом по діагностиці та лікуванню травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, до основи належить комбінування дооперативних та інтраоперативних методів діагностики і лікування при комплексному підході з залученням медикаментозної терапії через використання антибактеріальної, знеболюючої, загальноукріпляючої (базисної) терапії. З клінічної практики відомо, що використання лише препаратів базисної терапії не завжди призводить до бажаного лікувального результату. Тому є необхідність в пошуку нових схем комбінованого лікування травматичного пошкодження щелепно-лицевої ділянки через оптимізацію методик діагностики та хірургічного лікування. При цьому базовим методом має бути чітка діагностика прохідності лобно-носового каналу.

Найближчим аналогом є спосіб лікування закритих вдавлених переломів, що включає виконання розрізу в лобній ділянці, скелетування ділянки лобної кістки, репозицію відломків передньої її стінки, причому розріз в лобній ділянці виконують з точки, розташованої на лінії проекції краю перелому на шкірі в надбрівній ділянці, а для скелетування вибирають ділянку, що прилягає до зони перелому в місці розрізу, після чого із розрізу через м'які тканини лобної ділянки над відламками, поблизу окістя, паралельно дотичної, проведеної до верхніх країв орбіт, проводять спиці Кіршнера, вигнуті по дузі, що відповідає вигину лобної кістки в місці перелому, довжина якої на 2-3 см більша довжини вдавленої ділянки [Спосіб закріплення відламків при вдавлених переломах передньої стінки лобної пазухи: патент РФ № 2231322, 27.06.2004 р.].

Недоліком даного способу є відсутність діагностики та контролю прохідності лобно-носового з'єднання, а також неможливість в післяопераційному періоді проводити місцевий догляд у вигляді промивання лобної пазухи розчинами антисептиків. Спосіб не передбачає інтраопераційний контроль та ревізію лобно-носового каналу для уточнення його нормального функціонування і визначення тактики оперативного втручання, що в подальшому може призвести до післяопераційних ускладнень у вигляді емпієми лобної пазухи.

В основу корисної моделі "Спосіб визначення прохідності лобно-носового каналу при хірургічному лікуванні поєднаних переломів лобного відростка верхньої щелепи та передньої стінки лобної пазухи зі зміщенням" поставлена задача, через використання інтраопераційного контролю за прохідність лобно-носового з'єднання при відкритій репозиції кісткових фрагментів лобного відростка верхньої щелепи та передньої стінки лобної пазухи з подальшою їх фіксацією мініпластинами в комплексному лікуванні переломів кісток верхньої та середньої третини обличчя при травматичних пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки, що дозволить отримати кращий лікувальний ефект та прискорить одужання хворих в посттравматичному періоді, зменшуючи кількість ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі визначення прохідності лобно-носового каналу при хірургічному лікуванні поєднаних переломів лобного відростка верхньої щелепи та передньої стінки лобної пазухи зі зміщенням, що включає виконання розрізу в лобній ділянці, скелетування ділянки лобної кістки, ревізію лобної пазухи і репозицію відломків, згідно з корисною моделлю, хворим проводять інтраопераційне введення в лобну пазуху через пошкоджену передню стінку фурациліну (1:5000) з контролем його виділення через ніс та подальшим виставленням відломків в правильне положення після ревізії лобної пазухи та проведенням базисної терапії.

Проводять в комплексі лікувально-профілактичних заходів у хворих з поєднаними переломами медіального, верхнього краю орбіти та передньої стінки лобної пазухи зі зміщенням призначенням базисної терапії та, згідно з корисною моделлю, проводять інтраопераційне введення розчину фурациліну (1:5000) в лобну пазуху та контроль його появи у носовому проході, що дозволяє проводити інтраопераційний контроль функції лобно-носового каналу та визначення тактики оперативного втручання (через облітерації лобної пазухи, реконструкцію за допомогою остеометалосинтезу чи інше).

Методику операції здійснюють наступним чином: під наркозом проводиться класичний розріз Кіліана на всю протяжність проекції перелому, включаючи до 5 мм заходження на нерухомі

поряд розташовані кісткові структури, скелетування медіального, верхнього краю орбіти та передньої стінки лобної пазухи в проекції перелому, відкривання порожнини лобної пазухи, ревізія лобної пазухи, репозиція медіального, верхнього краю орбіти та передньої стінки лобної пазухи. Введення в лобну пазуху розчину фурациліну (1:5000) та контроль появи його в носовій порожнині відповідної сторони. При збережені функції лобно-носового з'єднання проводиться фіксація кісткових фрагментів на міні пластинах, постановка катетера в узуру на передній стінці пазухи та пошарове ушивання операційної рани.

Через катетер протягом 6-8 діб контролюється хід загоєння перелому, промивається пазуха фізрозчином та антисептиками, вводяться антибактеріальні засоби та призначаються краплі в ніс.

Клінічний приклад: Хворий П., історія хвороби № 1243, 1986 року народження, що мешкає в м. Вінниці, знаходився на стаціонарному лікуванні в МКЛ ШМД, ЛОР/ЩЛ відділенні, з 11 травня по 30 травня 2013 року з діагнозом: "Перелом передньої стінки лобної пазухи справа зі зміщенням". При госпіталізації скаржився на біль та набряк в надбрівній ділянці і справа, біль та хрускіт при доторкуванні до лоба, западання надбрівної ділянки справа, наявність деформації та косметичного дефекту. Хворому після повноцінного обстеження заплановано оперативне втручання "Відкрита репозиція та остеометолосинтез медіальної, верхньої стінки орбіти та передньої стінки лобної пазухи". Під час операції було проведено введення розчину фурациліну (1:5000) в лобну пазуху, який з'явився одразу в носі. Було проведено заплановане оперативне втручання в повному обсязі через остеометалосинтез лобного відростка верхньої щелепи, верхнього краю орбіти та передньої стінки лобної пазухи. Призначено базисну терапію (цефтріаксон 1,0 в/в крап 2 раз на добу після проби на 200 мл фізіологічного розчину, метрогіл 100 мл в/в край 2 раз на добу, аскорутін по 1 таблетці 3 рази на день, діазолін по 1 таблетці 2 рази на добу, розчин анальгін 50 % - 2 мл з димедролом 1 % - 1мл в/м на ніч при болях, фармазолін 0,1 % по 2-3 крапі в праву половину носу). Лобну пазуху через катетер промивали фурациліном (1:5000) та після промивання вводили в пазуху розчин метрогілу. Ніяких післяопераційних ускладнень, реакцій та побічних дій препаратів при проведенні методики лікування хворого не спостерігалося. Хворий на 12 добу виписаний додому на амбулаторне доліковування у сімейного лікаря в поліклініці за місцем проживання.

Запропонований "Спосіб визначення прохідності лобно-носового каналу при хірургічному лікуванні поєднаних переломів лобного відростка верхньої щелепи та передньої стінки лобної пазухи зі зміщенням " дозволяє вірно вибрати метод оперативного втручання, зменшити кількість ускладнень, покращити загальне самопочуття хворих, дати кращий лікувальний ефект та прискорити одужання хворих в посттравматичному періоді, що значно підвищить якість оперативного втручання та результатів післяопераційного лікування післятравматичних щелепно-лицевих хворих. Все це створює значний клінічний ефект у порівняні з іншими відомими схемами комплексної та лікування травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки в верхній та середній третині.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб визначення прохідності лобно-носового каналу при хірургічному лікуванні поєднаних переломів лобного відростка верхньої щелепи та передньої стінки лобної пазухи зі зміщенням, що включає виконання розрізу в лобній ділянці, скелетування ділянки лобної кістки, ревізію лобної пазухи і репозицію відломків, який **відрізняється** тим, що хворим проводять інтраопераційне введення в лобну пазуху через пошкоджену передню стінку фурациліну (1:5000) з контролем його виділення через ніс та подальшим виставленням відломків в правильне положення після ревізії лобної пазухи та проведенням базисної терапії.

Комп'ютерна верстка Т. Вахричева

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

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