

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д. Л. Пиневиц

2018 г.

Регистрационный № 010—0118



**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОДОНТОГЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ**

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. И. О. Походенько-Чудакова, А. В. Сурин;
канд. мед. наук, доц. А. З. Бармуцкая

Минск 2018

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод медицинского вмешательства, который разработан для применения в комплексе медицинских услуг, направленных на хирургическое лечение пациентов с одонтогенным хроническим синуситом в базальном отделе верхнечелюстной пазухи.

Инструкция предназначена для врачей-стоматологов, врачей челюстно-лицевых хирургов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с одонтогенным хроническим синуситом верхнечелюстной пазухи в амбулаторных условиях.

Перечень используемых сокращений:

БДУ — без дополнительных уточнений;

ВЧП — верхнечелюстная пазуха.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

J 32.0 Хронический верхнечелюстной синусит, анитрит (хронический), верхнечелюстной синусит без дополнительных уточнений (БДУ)

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

- злокачественные новообразования верхней челюсти с прорастанием в верхнечелюстной синус;
- злокачественные новообразования верхнечелюстной пазухи;
- патологические процессы в верхнечелюстной пазухе, поражающие переднюю, латеральную, заднюю, медиальную, верхнюю ее стенки, объемные образования верхнечелюстной пазухи, исходящие из костной ткани верхней челюсти, решетчатого лабиринта, слизистой оболочки, выстилающей верхнечелюстной синус;
- патологические процессы в базальном отделе верхнечелюстной пазухи неодонтогенной этиологии, не имеющие связи с «причинным» зубом;
- объемные инородные тела верхнечелюстной пазухи — зубы, корни зубов, дренажи (марлевые, перчаточные).

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, РЕАГЕНТОВ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ И Т. Д.

1. Медицинские изделия: скальпель; распатор; крючок Фарабефа; набор юретажных ложек; хирургический пинцет; стоматологический пинцет; набор хирургических фрез; хирургические ножницы; иглодержатель; хирургические иглы; одноразовые шприцы; одноразовые инъекционные иглы; карпульные шприцы; одноразовые инъекционные иглы

к карпульным шприцам; стоматологическое кресло; хирургический (бестеновой) осветитель; стоматологический предметный столик; бормашина с водяным охлаждением с прямым наконечником или физиодиспенсор с прямым наконечником; набор твердосплавных боров или боров с алмазным покрытием для прямого наконечника; вакуумный аспиратор; монофиламентный шовный материал или аналогичные материалы.

2. Лекарственные средства: анестетики для местной анестезии; антисептические средства для местного применения; биопластические препараты и их аналоги; пластические твердеющие материалы для пломбирования корневых каналов зубов.

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДА

1. Проводят предоперационную подготовку, включающую санацию полости рта (хирургическую и терапевтическую) с ревизией качества эндодонтического лечения «причинных» зубов, которая осуществляется общепринятыми методами.

2. Выполняют проводниковую и инфильтрационную анестезию с использованием местных анестетиков, предназначенных для челюстно-лицевой области (рис. 1).

3. В проекции «причинных» зубов с вестибулярной стороны выкраивают слизисто-надкостничный лоскут трапециевидной формы. Последний отсепааровывают от вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти при помощи распатора. Лоскут отводят кверху и удерживают крючком Фарабефа (рис. 2).

4. С помощью бормашины с водным охлаждением или физиодиспенсора, прямого наконечника, набора твердосплавных стоматологических боров и фрез производят финишную обработку наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка в проекции верхушек корней «причинных» зубов (рис. 3).

4.1. Осуществляют операцию сохраняющую зуб и устраняющую очаг хронической одонтогенной инфекции — резекция верхушки корня или ампутация корня (рис. 4).

4.2. При наличии радикулярных кист и кистогранулем осуществляют операцию цистэктомии.

4.3. У пациентов, имевших культевые вкладки, осуществляют ретроградную obturацию корневого канала культы корня зуба.

5. При вскрытии дна ВЧП в проекции «причинного» зуба, выполняют осмотр прилежащей слизистой оболочки и удаление гиперпластически измененных ее участков при помощи кюретажных ложек. Осуществляют инстилляцию ВЧП 0,05 % водным раствором хлоргексидина биглюконата. Высушивают синус и операционное поле с помощью вакуумного

аспиратора. Осуществляют гемостаз компрессией. В процессе хирургической операции дополнительных соустьев не накладывают и тампонаду синуса не выполняют.

6. В послеоперационный дефект кости вводят производные коллагена (коллагеновую губку, коллагеновую мембрану). Мобилизуют слизисто-надкостничный лоскут, проводят дезэпителизацию его краев, перемещают на область дефекта и зашивают рану отдельными узловыми швами из полиамида 3/0, которые обрабатывают 1 % водным раствором бриллиантового зеленого. Швы снимают через 10 суток (рис. 5).

7. После хирургической операции назначают стандартный комплекс противовоспалительной терапии, включающий антибиотики в течение 5–7 суток с целью профилактики послеоперационных воспалительных осложнений, десенсибилизирующую терапию в течение 10 дней, интраназально сосудосуживающие лекарственные средства в течение 2 суток с последующим переходом на лекарственные средства на масляной основе для обеспечения нормального дренирования ВЧП (рис. 6).

8. В послеоперационном периоде назначают осмотр в течение первых 10 дней непосредственно после вмешательства.

9. В отдаленном периоде назначают контрольный осмотр через 1, 3, 6 и 12 месяцев, с выполнением конусно-лучевой компьютерной томографии в сроки 6 и 12 месяцев.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Возможные ошибки могут быть связаны с неправильной интерпретацией данных лучевых методов исследования, нарушениями общепринятых методов эндодонтического лечения «причинных» зубов в процессе предоперационной подготовки. При определении прогрессирования очагов деструкции на данных лучевых методов исследования через 6, 12 месяцев после операции, при жалобах на боли, гиперемии и отек в области «причинного» зуба, боли в области оперированной верхнечелюстной пазухи, выделения из соответствующей половины носа, «причинный» зуб подлежит удалению.



Рисунок 1



Рисунок 2



Рисунок 3

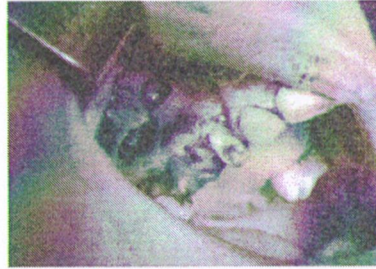


Рисунок 4



Рисунок 5



Рисунок 6