



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **108402** (13) **U**  
(51) МПК (2016.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2016 01136</b>	(72) Винахідник(и): <b>Шкорботун Ярослав Володимирович (UA), Шкорботун Володимир Олексійович (UA), Лях Катерина Володимирівна (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>10.02.2016</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>11.07.2016</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>11.07.2016, Бюл.№ 13</b>	(73) Власник(и): <b>ДЕРЖАВНА НАУКОВА УСТАНОВА "НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ" ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СПРАВАМИ, вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014 (UA)</b>
	(74) Представник: <b>Черепов Леонід Володимирович, реєстр. №19</b>

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЇ ГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКА

### (57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування гіпертрофії глоткового мигдалика включає здійснення загального наркозу і штучної вентиляції легень за допомогою аденоптома Бекмана. Після введення загального наркозу із штучною вентиляцією легень встановлюють ротрозширювач по типу Me Ivor, виконують фіксацію піднебіння за допомогою еластичного катетера. Під контролем ендоскопа виконують первинне видалення лімфоїдної тканини глоткового мигдалика аденоптомом Бекмана, а потім - остаточне в перихоанальних та перитубарних відділах за допомогою шевера з насадкою 45° під контролем ендоскопа.

UA 108402 U



Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні пацієнтів з гіпертрофією глоткового мигдалика.

Відомий спосіб хірургічного лікування гіпертрофії глоткового мигдалика, що полягає у видаленні патологічно зміненої лімфоїдної тканини із склепіння носоглотки під загальним наркозом із штучною вентиляцією легень за допомогою аденотома Бекмана [Лайко А.А. та співавтори Гіпертрофія глоткового мигдалика. - К.: Логос, 2010. - 168 с].

Основним недоліком такого втручання є технологічна неможливість повного видалення лімфоїдної тканини із носоглотки, низька ефективність видалення тканини у перихоанальній та перитубарній ділянці із ризиком травмування вічка слухової труби та ускладнення, пов'язані із крововтратою.

В основу корисної моделі поставлено задачу створення такого способу хірургічного лікування захворювань глоткового мигдалика, який би дозволив забезпечити ефективне, повне, швидке видалення лімфоїдної тканини глоткового мигдалика із низьким ризиком крововтрати.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування захворювань глоткового мигдалика, що включає здійснення загального наркозу із штучною вентиляцією легень за допомогою аденотома Бекмана, згідно з корисною моделлю, після введення загального наркозу із штучною вентиляцією легень встановлюють роторозширювач по типу Me Ivor, виконують фіксацію піднебіння за допомогою еластичного катетера, під контролем ендоскопа виконують первинне видалення лімфоїдної тканини глоткового мигдалика аденомом Бекмана, а потім - остаточне в перихоанальних та перитубарних відділах за допомогою шевера з насадкою 45°.

Застосування способу, що заявляється, дозволяє забезпечити максимальний ефект хірургічного лікування пацієнтів із гіпертрофією глоткового мигдалика - повне, швидке видалення лімфоїдної тканини глоткового мигдалика і уникнення ускладнень, що пов'язані із крововтратою.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Пацієнту після введення загального наркозу із штучною вентиляцією легень встановлюють роторозширювач по типу Me Ivor, виконують фіксацію піднебіння за допомогою еластичного катетера, під контролем ендоскопа виконують первинне видалення лімфоїдної тканини аденомом Бекмана, а потім - остаточне в перихоанальних та перитубарних відділах за допомогою шевера з насадкою 45° під контролем ендоскопа.

Корисна модель пояснюється прикладом:

Хворий В., 2010 р. н., історія хвороби № 1439.

Діагноз: Гіпертрофія глоткового мигдалика 3 ст. Рецидивуючий середній отит.

За даними передопераційного дослідження встановлено, що просвіт дихальних шляхів перекритий більш ніж на 2/3 за рахунок розростання лімфоїдної тканини у склепіння носоглотки.

Виконано аденотомію за запропонованою методикою. Після первинного видалення лімфоїдної тканини із склепіння носоглотки під час ендоскопічного огляду виявлено залишки її у перитубарних та перихоанальних відділах, які не можливо видалити без ризику ушкодження вічка слухової труби. Лімфоїдну тканину у вказаних ділянках видалено в повному об'ємі шевером із насадкою 45° під контролем ендоскопа. Гемостаз досягнуто притисканням марлевої кульки. Об'єм крововтрати не відрізнявся від стандартного.

За запропонованим способом проведено хірургічне втручання у 37 дітей. У всіх пацієнтів відмічалось відновлення носового дихання, а при ендориноскопії в післяопераційному періоді - повне видалення тканини глоткового мигдалика. Об'єм інтраопераційної крововтрати не перевищував такий, як при класичній аденотомії.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування гіпертрофії глоткового мигдалика, що включає здійснення загального наркозу і штучної вентиляції легень за допомогою аденотома Бекмана, який **відрізняється** тим, що після введення загального наркозу із штучною вентиляцією легень встановлюють роторозширювач по типу Me Ivor, виконують фіксацію піднебіння за допомогою еластичного катетера, під контролем ендоскопа виконують первинне видалення лімфоїдної тканини глоткового мигдалика аденомом Бекмана, а потім - остаточне в перихоанальних та перитубарних відділах за допомогою шевера з насадкою 45° під контролем ендоскопа.

---

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

---

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