



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **18283** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61K 31/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ПРИПИНЕННЯ НОСОВОЇ КРОВОТЕЧІ З ГРАТЧАСТИХ АРТЕРІЙ

1

2

(21) u200602946

(22) 20.03.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. №11, 2006р.

(72) Климов Захар Тимофійович, Боєнко Сергій  
Костянтинович, Рибалко Андрій Петрович(73) ІНСТИТУТ НЕВІДКЛАДНОЇ І ВІДНОВНОЇ ХІ-  
РУРГІЇ ІМ. В.К. ГУСАКА АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб припинення носової кровотечі з ґратчастих артерій, що включає механічне руйнування кісткових структур, який **відрізняється** тим, що оклюзію просвіту судин здійснюють шляхом стійкої механічної компресії зруйнованими, спресованими клітками ґратчастої кістки хворого.

Найчастіше використовуваним способом у повсякденній практиці оториноларинголога для зупинки носової кровотечі з ґратчастих артерій є передня й задня тампонади порожнини носа [1]. Він полягає в механічній обтурації порожнини носа тампонами різного вигляду й конструкції, якими здійснюється тиск на ділянки, що кровоточать.

Пропонований спосіб відноситься до медицини, а саме оториноларингології, ринохірургії і може бути використаний для зупинки кровотечі з ґратчастих артерій.

Відомий спосіб зупинки носової кровотечі з різцевої артерії, що проходить в однойменному каналі верхньої щелепи, яка може бути пошкоджена при травмах верхньої щелепи, операціях на носовій перетинці, узятий як прототип [2]. Він полягає в тому, що за допомогою долота навколо пошкодженої ділянки різцевої артерії, що є кістковою судиною, завдають декількох ударів, таким чином, ламаючи кістку й забиваючи в просвіт артерії кісткові фрагменти. Цим досягають оклюзії її просвіту й зупинки кровотечі. Для посилення гемостатичного ефекту від даної операції роблять притиснення до кровоточивої ділянки шматочка стерильного восу. Проте даний спосіб має наступні недоліки:

1. Він можливий в анатомічній області з кістковим масивом.

2. Кістковий масив повинен забезпечувати необхідну механічну міцність для ударів долотом.

3. Неможливий в анатомічній області важливої у функціональному плані з- за небезпеки операційної травми.

4. Для посилення гемостатичного ефекту використовується чужеродний матеріал- віск.

В основу корисної моделі поставлена задача

удосконалення способу зупинки носової кровотечі з ґратчастих артерій, що є кістковими судинами, які не мають сполучнотканинного й м'язового шарів, що є кістковими каналами з ендотеліальним вистиланням, тобто мають стійкий просвіт, на відміну від судин м'яких тканин, які мають м'яку, еластичну стінку. Удосконалення способу повинне забезпечити зменшення травматичності втручання, підвищення його функціональності, використання власних тканин хворого для стійкого гемостазу.

Поставлену задачу вирішують тим, що в способі зупинки кровотечі з ґратчастих артерій, згідно корисної моделі, при підозрі на кровотечу з артерій ґратчастої кістки зміщують середню носову раковину до перетинки носа й оглядають середній носовий хід. Знаходять кровоточиву ділянку, потім распатором у цьому місці шляхом дозованого тиску на клітку ґратчастої кістки руйнують, мнуть їх. Виробляють рух распатором у переднезадньому напрямі, догори та назад від функціонально важливих утворень півмісяцевої щілини, таких як співусть лобової й верхньощелепної пазух. При цьому досягають повної стійкої оклюзії просвіту судини, що кровоточить, за рахунок стійкої механічної компресії зруйнованими, спресованими клітками ґратчастої кістки на його стінку.

Наводимо конкретний приклад здійснення способу.

Хворий Д., 54 років надійшов у ЛОР клініку 10.12.05р. з приводу рецидивуючої посттравматичної носової кровотечі. До цього він знаходився на лікуванні в ЛОР відділенні за місцем проживання. З анамнезу відомо, що 30.11.05р. у побуті хворого впав й ударився головою. Втрати свідомості не

(13) **U**  
(11) **18283**  
(19) **UA**

було, хворий оглянутий нейрохірургом. Діагноз: забив м'яких тканин голови. Дані рекомендації, призначене амбулаторне лікування. 01.12.05р. у хворого виникла рясна носова кровотеча з правої половини порожнини носа. Доставлений каретою швидко до допомоги в ЛОР відділення, госпіталізований в ургентному порядку. Під час вступу визначити джерело кровотечі в порожнині носа не вдалося, хворому зроблена передня тампонада, яка виявилася неспроможною. Хворому зроблена одномоментно задня й передня тампонади, кровотеча зупинена. Призначене консервативне лікування: хлористий кальцій, діцинон, амінокапронова кислота, цефазолін, анальгін. Аналіз крові клінічний від 02.12.05р.: Hb 125г/л. Ер. 4,1 Т/л, ЦП 1,0, Ht 50%. Після установки тампонів хворого почали турбувати головні болі, відчуття "розпирання" у носі, порушення сну. АТ 130/80мм. рт. ст., температура тіла підвищувалася до 38°C. 04.12.05р. з порожнини носа й носоглотки видалені ослизнені тампони, кровотечі немає, у порожнині носа реактивний набряк слизової оболонки. Через 3 години після видалення тампонів на фоні повного благополуччя у хворого поновилася носова кровотеча, черговим лікарем зроблена задня й передня тампонада, крововтрата склала близько 300мл. Аналіз крові клінічний від 05.12.05р.: Hb 98г/л. Ер. 3,5 Т/л, ЦП 1,0, Ht 43%. Хворий одержував гемостатичну терапію, до якої були додані вікасол, аскорбінова кислота, зроблене одноразове переливання кріопреципітату. Здійснювався контроль артеріального тиску, термометрія. Хворий майже не спав через дискомфорт і більші відчуття в носі й носоглотці, виникло відчуття закладеності у вухах. 08.12.05р. з порожнини носа й носоглотки видалені просочені кров'ю тампони, кровотечі немає, у порожнині носа різкий набряк слизової оболонки. Близько 1 години ночі 09.12.05р. уві сні у хворого виникла рясна носова кровотеча, яка примусила його прокинутися. Приблизна крововтрата склала близько 400мл. Черговим лікарем виконана передня й задня тампонада, кровотеча зупинена. При спробі встати у хворого виник ортостатичний колапс, артеріальний тиск знизився до 70/20мм. рт. ст. Аналіз крові клінічний від 09.12.05р.: Hb 85г/л, Ер. 2,7 Т/л, ЦП 1,1, Ht 37%. Хворому виконано переливання еритроцитарної маси, свіжозамороженої плазми. За погодженням хворий переведений у ЛОР клініку.

Під час вступу загальний стан хворого важкий, турбує слабкість, запаморочення, головний біль, біль у горлі. У порожнині носа й носоглотці утримуються тампони, просочені кров'ю. У глотці визначається різкий набряк язичка м'якого піднебін-

ня, садна слизової задньої стінки глотки. При отоскопії: AD AS- барабанні перетинки каламутні, різко втягнуті. Слух: ШР AD=AS - 4м.

Хворий консультований терапевтом. Діагноз: постгеморагічна анемія середнього ступеня тяжкості.

З заподій неефективності від консервативної терапії вирішено застосувати заявляємий спосіб. З порожнини носа і носоглотки видалені, просочені кров'ю, тампони, з неприємним, гнильним запахом. Порожнина носа звільнена від згустків крові, слизовогоїного відокремлюваного і оглянута жорстким риноскопом "Storz ". Виявлено витікання крові з під середньої носової раковини праворуч. Під аплікаційною анестезією 10% р-ра лідокаїну, доповненою інфільтрацією слизової оболонки середнього носового ходу праворуч 1% р- м лідокаїну зроблено зсув середньої носової раковини до носової перетинки. Позаду гратчастого міхура гратчастої кістки знайдена пульсуюча судина із витіканням яскраво-червоної крові.

Навколо судини распатором зроблено м'яття кліток гратчастої кістки, супроводжуване їх руйнуванням і закупоркою просвіту тканинами гратчастої кістки судини, що кровоточила. Кровотеча була зупинена. Виконана рихла тампонада середнього носового ходу мажевої турундою. Післяопераційний період протікав благополучно. Вперше за час хвороби хворий спав спокійно. 11.12.05р. видалена турунда з середнього носового ходу. Місце оперативного втручання прикрите струпом. Визначається помірний набряк слизової оболонки в області середнього носового ходу. Кровотечі немає. Щодня проводиться туалет порожнини носа. Післяопераційна порожнина очистилася від кірок на 4-5- ту добу. Носові дихання відновилося, пішла закладеність вух. Клінічний аналіз крові від 17.12.05р.: Hb 113г/л, Ер. 3,7 Т/л, ЦП 1,0, Ht 42%. 18.12.05р. у задовільному стані хворого виписано з клініки. Рекомендовано: динамічне спостереження в ЛОР лікаря за місцем проживання, контроль у клініці через 1 місяць.

У результаті запропонованого способу досягається стійкий гемостаз, мінімальна травматизація кісткових структур гратчастої кістки, добрий функціональний ефект, скорочуються термін перебування хворого в стаціонарі.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Фейгін Р.А., Кузник Б.І. Кровотечі й тромбози при оториноларингологічних захворюваннях. - Ф.: Ілім, 1989.-120-129с.

2. Карал-Огли Р. Д. Про носові кровотечі.- Одеса: "Фотосинтетика", 2004.- 61-62с.