



УКРАЇНА

(19) UA (11) 29413 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/24
A61P 41/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЇ ЯЗИКОВОЇ МИГДАЛИНИ

1

(21) u200710731
(22) 28.09.2007
(24) 10.01.2008
(72) ТАГУНОВА ІРИНА КИМІВНА, UA, АНДРЕЄВ
ОЛЕКСАНДР ВІКТОРОВИЧ, UA
(73) ТАГУНОВА ІРИНА КИМІВНА, UA
(56)
(57) Спосіб лікування гіпертрофії язикової
мигдалини шляхом кріодеструкції, який

2

відрізняється тим, що кріохірургічне втручання здійснюють за допомогою Г-подібного іплікатора, який накладають на корінь язика та підтягують вперед для більш тісного контакту з мигдалиною, з тильного боку кріоаплікатора фіксують термопрокладку на клейовій основі, а парентерально вводять кон'югований на високомолекулярному носії ферментний препарат лонгідаза.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до оториноларингології.

Гіпертрофія язикової мигдалини - захворювання лімфоепітеліальної тканини верхніх дихальних шляхів. В основі захворювання лежить порушення імунного статусу, активація проліферативних процесів, гіперплазія тканин, активація аутоімунних процесів. При гіпертрофії язикової мигдалини в результаті контакту тканини мигдалини з оточуючими структурами змінюється напрямок руху харчового клубка, ковтка рідини до стравоходу в результаті заповнення лімфоїдною тканиною грушоподібних синусів, обмежується рух надгортаника. Спостерігається патологічна імпульсація з ураженого органу, що приводить до нейродистрофічних процесів.

Лікування гіпертрофованих ділянок язикової мигдалини здійснюють хірургічно за допомогою хірургічного радіохвильового, ультразвукового скальпеля. Враховуючи, що корінь язика має добре кровопостачання, після оперативного втручання можливі ускладнення: кровотеча, що потребує оперативного втручання - перев'язки язикової артерії.

Для безкровного та безболісного хірургічного втручання в косметології, дерматології, гінекології, онкології використовуються автономні кріоаплікатори з насадками з системою керування циркуляцією та газифікацією рідкого азоту. В оториноларингології широко використовується пристрій для кровопливу на тканини, наприклад, піднебінних мигдалин [а. с. СССР №357974, МКИ: А61 В17/56; опубл. Бюл. №34, 1972г.].

За найближчий аналог прийнятий спосіб

лікування гіпертрофії (тонзиліту) язикової мигдалини шляхом кріохірургії [Драгомирецкий В. Д., Кабанов А. В., Манюта А. И. с соавт. Крхирургическое лечение хронического тонзиллита // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1977. - №3. - с.30-35].

Однак існуючі кріохірургічні способи не досить ефективні, тому що вони викликають побічні ефекти (запалення, алергічні реакції тощо).

В основу корисної моделі поставлено завдання вдосконалення способу лікування гіпертрофії язикової мигдалини шляхом кріодеструкції з імуноферментною терапією, що дозволить позбавитись запальних та алергічних реакцій після кріохірургічного втручання та підвищити ефективність лікування хворих з гіпертрофією язикової мигдалини.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі лікування гіпертрофії язикової мигдалини шляхом кріодеструкції, відповідно до корисної моделі, здійснюють кріохірургічне втручання за допомогою Г-подібного іплікатора, який накладається на корінь язика та підтягується вперед для більш тісного контакту з мигдалиною, з тильного боку кріоаплікатора фіксується термопрокладка на клейовій основі, а після кріодеструкції парентерально вводять кон'югований на високомолекулярному носії ферментний препарат лонгідаза.

Сутність способу полягає у тому, що здійснюється клінічне опитування, огляд, пальпація, ларингоскопія, УЗ-сканування ділянки кореня язика (маніпуляція здійснюється натще). Пацієнт максимально висовує язик, асистент

(13) U
(11) 29413
(19) UA

фіксує язык за допомогою марлевої серветки. Проводиться місцева аппликаційна анестезія. Під контролем зору до ротової порожнини, до зовнішньої поверхні кореня язика, підводиться насадка-кріоплікатор (Г-подібно вигнута), накладається на корінь язика, апарат підтягується вперед для більш тісного контакту іплікатора з мигдалиною. Для захисту язикової поверхні надгортанника від кріовпливу використовується термопрокладка на клейовій основі, яка фіксується з тильного боку кріоплікатора.

За допомогою апарата КАО-2 рідкий азот подається до насадки іплікатора. Охолоджена насадка при контакті з тканинами проморожує їх на глибину, яка залежить від часу кріовпливу. Експозиція замороження індивідуальна залежно від розмірів мигдалини. Період повного відтаювання мигдалини становить від 40с до 2хв.

Для зворотного розвитку патологічної сполучної тканини парентерально вводиться кон'югований на високомолекулярному носії препарат лонгідаза.

У заявленому способі визначені клініко-імунологічні критерії оцінки ефективності кріохірургічного лікування та імуноферментної терапії в комплексному лікуванні хворих на гіпертрофію язикової мигдалини, а також виявлений взаємозв'язок динаміки клінічних та імунологічних показників при використанні поєднаного методу лікування у хворих з гіпертрофією язикової мигдалини.

Приклад. Хвора Г., 1984р. н. Звернулася із скаргами на дряпання у горлі, відчуття стороннього предмету у глотці, затримку харчового клубка у горлі. Хворіє близько 6 місяців. Після консультацій вертебролога, ендокринолога та невропатолога патології не виявлено. Під час огляду слизова носу та ротоглотки рожева, чиста, патологічних змін не виявлено. Непряма гіпофарингоскопія: язикова мигдалина гіпертрофована більше зліва, заповнює простір валекул, торкається до язикової поверхні надгортанника. Сосочки язика у ділянці кореня гіпертрофовані. Сонографічне дослідження: об'єм мигдалини - 21х24мм, тканина нерівномірно підвищеної ехогенної щільності.

27.05.2007р. почато курс лікування: внутрішньом'язово лонгідаза 3000 МО кожні 5 днів, курс - 5 ін'єкцій. Після лікування стан пацієнтки покращився, зменшилися неприємні суб'єктивні відчуття у горлі. Непряма гіпофарингоскопія: сосочкові розростання на поверхні кореня язика зменшилися, об'єм язикової мигдалини дещо скоротився. Під час сонографічного моніторингу зберігається контакт язикової мигдалини з надгортанником.

22.06.2007р. під місцевою аппликаційною анестезією 10% розчином лідокаїну виконана кріодеструкція язикової мигдалини з обох боків. Післяопераційний перебіг стабільний, стан хворої відповідає тяжкості втручання.

27.06.2007р. скаржиться на болючість при ковтанні. Попередніх скарг на відчуття стороннього предмету у горлі не пред'являє. Слизова кореня язика вкрита фібринозними

островками.

Таким чином проліковано 11 хворих на гіпертрофію язикової мигдалини. У хворих відсутні запальні, алергічні та інші побічні ефекти при використанні поєднаного способу лікування, що включає імуноферментну терапію і кріохірургічне лікування.

У результаті проведеного лікування стан пацієнтів нормалізувався: зникло відчуття стороннього тіла у глотці, нормалізувався акт ковтання, зникли "порожні" ковтки, сухий кашель. При об'єктивному дослідженні через 20-25 днів після відторгнення некрозу об'єм мигдалини різко зменшився. Поверхня мигдалини вкрита в перші дні невеликим фіброзним нальотом, після повної епітелізації - гладенька.

Поєднане використання кріохірургічного лікування та імуноферментної терапії у хворих з гіпертрофією язикової мигдалини дозволяє підвищити ефективність лікування.

Дані про клінічну ефективність та безпеку запропонованої терапії дозволяють рекомендувати даний метод для широкого використання у клінічній практиці в умовах стаціонару та амбулаторії.