

Корисна модель процесу відноситься до медицини, переважно, до хірургічних способів, і може бути використаною в оториноларингології, насамперед при лікуванні захворювань клиноподібної пазухи.

Відомий спосіб хірургічного лікування сфеноїдиту, що включає розширення середнього носового ходу, формування співустья клиноподібної пазухи шляхом надламу нижньої й середньої носових раковин з наступним зміщенням у латеральному напрямі, розширення природного співустья клиноподібної пазухи шляхом викушування її передньої стінки через просвіт, видалення необоротно зміненої слизуватої оболонки, пластику, фіксацію дефекту та дренування порожнини [1]. За цих умов, викушування передньої стінки клиновидної пазухи забезпечує розширення її природного співустья. Але здійснюване викушування часто супроводжується видаленням слизової оболонки та окістя в передній стінці клиновидної пазухи, в результаті чого ділянка кісті залишається оголеною, що викликає формування грануляційної тканини, з наступним рубцюванням і заростанням щойно створеного співустья, а руйнування носових раковин - травмуванням нюхових волокон, що може викликати зниження гостроти нюху.

Найбільш близьким за кількістю істотних ознак до корисної моделі, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування сфеноїдиту, що включає зсув середньої та верхньої носових раковин у латеральному напрямі, формування й розширення співустья клиноподібної пазухи, видалення патологічного вмісту, пластику, фіксацію дефекту та дренування порожнини, в якому формування співустья клиноподібної пазухи здійснюють після видалення верхньої носової раковини, а розширення - відкриттям передньої стінки клиноподібної пазухи донизу, на ділянці між залишком верхньої носової раковини та її перегородкою, у медіальному напрямі [2]. Розширення співустья на ділянці між залишком верхньої носової раковини та її перегородкою дещо сприяє зменшенню імовірності його зарощування, а видалення верхньої носової раковини дозволяє знайти й адекватно відкрити разом зі співустьям передню стінку клиноподібної пазухи. Проте, при формуванні співустья разом із кістю теж видаляється його навколишня слизувата оболонка, в результаті чого ділянки кісті залишаються оголеними та викликають утворення грануляційних тканин, які сприяють заростанню співустья у подальшому.

В основу винаходу поставлена задача створити такий спосіб хірургічного лікування сфеноїдиту який шляхом трансназального доступу дозволяє зменшити травматизацію тканин порожнини носа та імовірність заростання співустья при використанні.

Вищезазначений технічний результат досягається тим, що при здійсненні відомого способу хірургічного лікування сфеноїдиту, що включає зсув середньої та верхньої носових раковин у латеральному напрямі, формування й розширення співустья клиноподібної пазухи, видалення патологічного вмісту, пластику, фіксацію дефекту та дренування порожнини, у відповідності з корисною моделлю, формування співустья здійснюють Т-образним розрізом слизової оболонки та окістя на передній стінці клиноподібної пазухи, додатково відсепаровують слизувату оболонку від окістя, з можливістю отримання слизово-окістних шматків трикутної форми, які після видалення патологічного вмісту загортають усередину клиноподібної пазухи.

Відмітні ознаки пропонованого способу полягають у формуванні співустья клиноподібної пазухи Т-образним розрізом слизової оболонки та окістя передньої стінки цієї пазухи, відсепаровуванні слизуватої оболонки від окістя, з можливістю отримання слизово-окістних шматків трикутної форми, та їх загортанні усередину клиноподібної пазухи після видалення патологічного вмісту.

Використання Т-образного розрізу, а саме слизуватої оболонки й окістя передньої стінки клиноподібної пазухи дозволяє реалізувати трансназальний доступ, що поряд з відсепаровуванням оболонки від окістя та утворенням слизово-окістних шматків трикутної форми сприяє покриттю ними кісткових країв, що оголюються, а від того, істотно зменшує імовірність заростання співустья клиноподібної пазухи, а трансназальний доступ забезпечує збереження верхньої носової раковини.

У порівнянні з прототипом, сукупність вищезазначених ознак пропонованого рішення задачі додатково зменшує імовірність розвитку атрофічних явищ у віддаленому періоді, термін перебування хворих у стаціонарі, собівартість лікування, покращує оперативність, огляд операційного поля, можливості інструментальних маніпуляцій, надає більш ошадливу форму оперативного втручання.

Заявлений спосіб хірургічного лікування сфеноїдиту реалізований наступним чином.

Під ендотрахеальним наркозом після анемізації носових ходів за допомогою операційного мікроскопа здійснюють зсув середньої та верхньої носових раковин у латеральному напрямі. Відшукують устя клиноподібної пазухи та здійснюють Т-образний розріз слизуватої оболонки передньої стінки пазухи з точкою перетинання в області співустья, наприклад з внутрішнього краю, при цьому горизонтальний розріз спрямовують убік від перегородки носа. Висота розрізу становить 1,2см. За допомогою распатора розсікають слизувату оболонку та відсепаровують слизувату оболонку від окістя, з можливістю отримання слизово-окістних шматків трикутної форми. Кістковими гострозубцями розширюють кісткове вікно, не перевищуючи розмірів 1,0×0,8см, у напрямку до перегородки носа й донизу. З пазухи носу видаляють патологічний вміст і змінену слизувату оболонку, наприклад, грануляції, поліпи, кісти. Потім трикутні шматки слизуватої оболонки загортають усередину клиноподібної пазухи. У просвіт створеного співустья встановлюють дренажні трубки, до 0,5см за діаметром, для вільного відтоку патологічного вмісту та введення лікарських препаратів до носової пазухи. Порожнину носу тампують стерильними марлевими турундами. За умов пропонованого трансназального доступу досягають зменшення травматизації тканин порожнини носа та знижують імовірність заростання співустья.

Приклад

Хвора К. надійшла до відділення ЛОР обласної клінічної лікарні ім. І.Мечникова 03.10.03 з діагнозом на хронічний сфеноїдит. 04.10.03 здійснена операція, а саме, ендоназальна сфенотомія праворуч. Після анемізації під ендотрахеальним наркозом носових ходів, за допомогою операційного мікроскопа був здійснений зсув середньої та верхньої носових раковин латерально, виявлено співустья клиноподібної пазухи, а у слизуватій оболонці передньої стінки пазухи в зоні перетинання з ділянкою внутрішнього краю співустья - Т-образний розріз, щонайменше 1,2см за діаметром. За допомогою распатора - розсічена слизувата оболонка, відсепарована від кісті передньої стінки пазухи. Кістковими гострозубцями до 1,0×0,8см розширювали кісткове вікно. З пазухи вилучили слизово-гнійне відокремлюване та поліпозно змінену слизувату оболонку. Потім трикутні шматки слизуватої оболонки загортали усередину клиноподібної пазухи. Для вільного відтоку відокремлюваного і

введення в пазуху лікарських препаратів до просвіту створеного співустя встановлювали дренажні трубки 0,5см за діаметром. Порожнину носа тампонували стерильними марлевими турундами. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Тампони вилучені наступної доби, дренаж - на 3 добу. Хвора відзначала значне зменшення головної болі, відсутність гнійних виділень з порожнини носа та носоглотки вже на першу добу після проведеного втручання. На 5-й день пацієнтку виписали у задовільному стані, що підтверджує зменшення травматизації тканин порожнини носа та імовірності заростання утвореного співустя.

Тож, використання об'єкта в оториноларингології дозволяє перевершити властивості прототипу шляхом трансназального доступу (за рахунок формування Т-образного розрізу), а разом із цим - покращити ефективність хірургічного лікування сфеноїдитів й оперативні можливості.

Джерела інформації:

1. Агаев Г.Б. Микрохирургические вмешательства на клиновидной пазухе при сфеноидитах у детей и подростков. Дис....канд. мед. наук. Москва, 1988.

2. R. Metson, R.E. Gliklich / Endoscopic treatment of sphenoid sinusitis //Otolaryngology -Head and Neck Surgery. - 1996. -Vol.114, №6. -С.736-744.