



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36597 (13) A

(51) 7 A61B18/00, A61B8/08

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

(21) 2000010147

(22) 10.01.2000

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Гарюк Олег Григорович, Гарюк Григорій Іванович, Снурніков Михайло Якович, Євдокіменко Вячеслав Іванович, Марков Віктор Іванович, Мужичук Тетяна Вікторівна

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб лікування хронічного тонзиліту, який включає проведення кровопливу на піднебінний мигдалик, який відрізняється тим, що кровоплив здійснюють під контролем ультразвукового сканування.

Винахід відноситься до медицини, а саме до оториноларингології і може бути використаний для лікування хронічного тонзиліту.

Існує спосіб хірургічного лікування хронічного тонзиліту. Застосовується операція тонзилектомія, яку роблять з місцевим знеболенням 0,5%-1% новокаїном, або під загальним наркозом. Піднебінний мигдалик вилуплюють разом з капсулою тупим способом за допомогою распатора і потім відрізають ножицями або петлею (Л.А. Зарицький. Хвороби вуха, носа, горла. – Київ, "Здоров'я", 1967. - С. 226).

З ускладнень під час операції виявлені вегетативні реакції: збліднення, потіння, непритомність. Дуже рідко виникає колапс, який вимагає застосування серцево-судинних засобів і припинення операції. Кровотеча можлива як при операції, так і після неї. Для спинення кровотечі вкладають у нішу мигдалика ватно-марлеву кульку, іноді накладають шви на дужки. Поряд з цим застосовують гемостатичні засоби. При великій кровотечі, якщо її не можна спинити зазначеними вище засобами, треба перев'язати зовнішню сонну артерію з одного або з двох боків, залежно від того з одного чи з двох боків є кровотеча.

Найбільш близьким і вибраним в якості прототипу є кріохірургічне лікування хронічного тонзиліту (Використання кріохірургічних засобів в лікуванні ЛОР захворювань: Методичні рекомендації. Одеса, 1992. - С. 4), при якому відбувається часткова деструкція піднебінного мигдалика, після чого припиняються ангіни, значно покращується загальний стан і нормалізуються показники імунного гомеостазу. Перевага його полягає в безкровності, малій болісності, відсутності висловлених реактивних змін в навколишніх тканинах і наступного грубого рубцювання, а також стійкому терапевтично-

му ефекті. Важливою обставиною служить і те, що після кріотонзилотомії спостерігається висловлена стимуляція неспецифічних чинників захисту імунітету.

Однак, проведення способу зв'язане з недоліками, які пов'язані з тим, що деструкцію мигдалика здійснюють практично всліпу, неможливо індивідуально підібрати експозицію. При кріодеструкції можливо промерзання навколишніх тканин, що підвищує травматичність втручання. При впливі на мигдалик немає візуалізації процесу просування фронту промерзання.

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу лікування хронічного тонзиліту, в якому за рахунок використання ультразвукового контролю досягається візуалізація процесу просування фронту промерзання, за рахунок чого підвищується ефективність лікування.

Поставлена задача вирішується в способі лікування хронічного тонзиліту, який включає проведення кровопливу на піднебінний мигдалик, згідно винаходу, кровоплив здійснюють під контролем ультразвукового сканування.

Використання ультразвукового контролю при кровопливі на піднебінний мигдалик дозволяє індивідуально вибирати експозицію кровопливу, при цьому виключається недоекспозиція, що покращує якість лікування, і відсоток видужання.

Даний спосіб здійснюють наступним чином:

Хворому хронічним тонзилітом проводять премедикацію (р-н анальгін 50% - 2.0 в /м і р-н атропін 0,1% - 1.0 п/ш), після цього через 20 хвилин проводять місцеву аплікаційну анестезію 10% розчином лідокаїну. Через -2-3 хвилини за допомогою кріоапарата КАС-01 з наконечником для кріодеструкції піднебінних мигдаликів здійснюють кровоп-

(19) UA (11) 36597 (13) A

лив на правий піднебінний мигдалик з боку зовнішньої поверхні.

Контроль за розповсюдженням зони промерзання тканини піднебінного мигдалика здійснюють за допомогою комплексу медичного автоматизованого ультразвукового ТИ 628А "Радмир" (Україна, Харків) датчиком 7.5 МГц.

Піднебінний мигдалик візуалізують черезшкіряним доступом з області кута нижньої щелепи з направленням площини сканування під кутом 30-60 градусів від горизонтальної площини таким чином, щоб в площину сканування влучав максимальний перетин мигдалика.

Зона кріовпливу при ультразвуковому скануванні визначається як зміна ехогенності з дистальної ділянки піднебінного мигдалика, що полягає в підвищенні акустичної щільності зони промороженого мигдалика в зміненому фазовому стані (рідка фаза - лід), що розповсюджується на тканину мигдалика в напрямку капсули зі збільшенням часу і інтенсивності кріовпливу.

На моніторі УЗ-сканеру просування зони промерзання візуалізується як підвищення ехогенності ультразвукової структури піднебінного мигдалика. Кріовплив здійснюють до тих пір, доки зона промерзання не досягне капсули мигдалика, не виходячи за її межі. Після відтаювання піднебінного мигдалика аналогічну операцію роблять з лівої сторони.

Приклад:

Хворому А, (62 років), що страждає хронічним декомпенсованим тонзилітом, в зв'язку з наявністю порушень в системі гемокоагуляції (зниження кількості тромбоцитів в периферійній крові до $120 \times 10^9/\text{л}$. Час кровотечі по Уайтінгу - 7 хвилин) з

метою попередження після операційної кровотечі якості способу лікування обрана кріотонзилотомія з контролем глибини промерзання ультразвуковим сканером.

Перед початком кріовпливу зроблена премедикація 50% розчином анальгину - 2.0 мл. в/м і 0.1% розчином атропіну - 1.0 п/ш. Після цього проводять місцеву аплікаційну анестезію 10% розчином лідокаїну. Піднебінні мигдалики вимірюють з візуалізацією ультразвуковим сканером. Правий піднебінний мигдалик від зовнішньої поверхні до капсули складає - 18 мм, лівий мигдалик - 17 мм.

До правого піднебінного мигдалика підводять кріоаплікатор апарату КАС-01 з наступним кріовпливом. Глибину розповсюдження фронту промерзання контролюють ультразвуковим сканером і зупиняють при досягненні капсули піднебінного мигдалика. При цьому відпадає необхідність встановлення експозиції кріовпливу. Аналогічна маніпуляція зроблена і на лівому піднебінному мигдалику.

В процесі лікування досягнуто ефекту дозованого промерзання тканини піднебінних мигдаликів без розповсюдження за межі їхніх капсул, що скоротило термін клінічного видужання, у порівнянні з недозованим кріовпливом, на 4 дні.

Таким чином, спосіб лікування хронічного тонзиліту шляхом кріовпливу на піднебінний мигдалик під контролем УЗ сканування дозволяє проводити лікування хворим, яким протипоказані звичайні хірургічні втручання в зв'язку з високим ступенем хірургічного ризику. Спосіб дозволяє здійснювати контроль за розповсюдженням зони промерзання, за рахунок чого зменшується травматичність втручання.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
