



УКРАЇНА

(19) UA (11) 54844 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОДНОЧАСНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРОЛАПСУ НОСОВОГО КЛАПАНА ТА РИНОЛОРДОЗУ ЗА ДОПОМОГОЮ АУТОТРАНСПЛАНТАТІВ

1

2

(21) u201006408

(22) 25.05.2010

(24) 25.11.2010

(46) 25.11.2010, Бюл.№ 22, 2010 р.

(72) ЯГЕЛЬСЬКИЙ ВАЛЕНТИН ГЕННАДІЙОВИЧ,
ЯГЕЛЬСЬКИЙ ЄВГЕН ВАЛЕНТИНОВИЧ

(73) ЯГЕЛЬСЬКИЙ ВАЛЕНТИН ГЕННАДІЙОВИЧ,
ЯГЕЛЬСЬКИЙ ЄВГЕН ВАЛЕНТИНОВИЧ

(57) Спосіб одночасного хірургічного лікування пролапсу носового клапана та ринолордозу за допомогою аутоотрансплантатів, який включає виділення нижньолатеральних і верхньолатеральних

хрящів та відсічення верхньолатеральних хрящів від чотирикутного хряща, який **відрізняється** тим, що як трансплантати використовують цефалічні порції нижньолатеральних хрящів, що відсічені та зшиті між собою дорсальними поверхнями та встановлені між передньоверхнім краєм чотирикутного хряща та звільненими краями верхньолатеральних хрящів, і тим самим одночасно розширюють кут носового клапана та підвищують м'які тканини спинки носа у найнижчій точці сидлоподібної деформації (ринолордозу).

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до клінічної медицини і може бути використаний в оториноларингології, пластичній хірургії.

Область носового клапана відіграє ключову роль в носовому диханні. Ця зона регулює об'єм повітряного потоку і носовий опір. Патологія носового клапана викликає погіршення носового дихання.

Існує спосіб лікування стенозу носового клапана, запропонований V.D. Gray, в якому розширення клапана досягається за рахунок резекції каудального краю верхньолатерального хряща [1]. Це втручання ефективно при провисанні або деформації каудального краю хряща, але не дає можливості змінити кут клапана при ринолордозі та викликає рубцеві зміни у області носового клапана.

В якості прототипу обраний відомий спосіб хірургічного лікування стенозу носового клапана, запропонований J.H. Sheen, в якому розширення кута носового клапана досягають підслизовою сепаровкою дорзального краю верхньолатерального хряща, відділенням його від перегородки носа і установкою між ними «розпірки» – фрагмента аутохряща. Хрящі і трансплантати фіксують до носової перегородки шовним матеріалом, що не розсмоктується. Розташування структур носового клапана наступне: верхньолатеральний хрящ - хрящовий трансплантат - чотирикутний хрящ - хрящовий трансплантат - верхньолатеральний хрящ [2].

Недоліками цього способу є необхідність пошуку трансплантатів, складність у фіксації конструкції, ризик зсуву трансплантатів, їх лізис, можливість відторгнення.

Задачею даного корисної моделі є розробка способу одночасного хірургічного лікування пролапсу носового клапана та ринолордозу за допомогою аутоотрансплантатів.

Відмінністю запропонованого способу є використання трансплантатів, які розширюють носовий клапан та одночасно підвищують м'які тканини спинки носа у найнижчій точці сидлоподібної деформації (ринолордозу). У якості трансплантатів використовують цефалічні порції нижньолатеральних хрящів, що відсічені та зшиті між собою дорсальними поверхнями.

Спосіб виконують таким чином. Оперативне втручання виконують відкритим доступом. Після трансколумелярного w-образного розрізу виділяють медіальні та латеральні ніжки нижньолатеральних хрящів, а також верхньолатеральні хрящі на всьому протязі. Верхньолатеральні хрящі відсікають від чотирикутного хрящу. Поднадхрящично виконують сепаровку верхньолатеральних хрящів по їх внутрішній поверхні на 6-8 мм. Відсікають цефалічні порції нижньолатеральних хрящів, зшивають їх між собою дорсальними поверхнями та розміщують над передньоверхнім краєм чотирикутного хряща. Края верхньолатеральних хрящів фіксують до трансплантатів атравматичним шовним матеріалом, що не розсмоктується.

(13) U

(11) 54844

(19) UA

Перевагою запропонованого способу є одночасне розширення носового клапана та корекція ринолордозу за допомогою використання місцевих тканин -аутоотрансплантатів, (цефалічні порції нижньолатеральних хрящів). Їх забір виконується безпосередньо під час операції, у тому ж самому операційному полі. Це дозволяє відмовитися від використання сторонніх трансплантатів, уникнути нанесення зайвої хірургічної травми пацієнтові при заготівці трансплантатів, таких ускладнень як лізис, відторгнення, зісковзування трансплантатів, а також знизити трудомісткість операції, терміни реабілітації пацієнтів.

Приклад конкретного використання способу.

Хворий В., 29 років, був госпіталізований у ЛОР - відділення з діагнозом: пролапс носового клапана, ринолордоз. Хворів тривалий час.

Об'єктивно: носова перегородка по середній лінії, пролапс носового клапана за рахунок провисання верхньолатеральних хрящів. Кут клапану наближувався до 0 градусів. Проба Cottle була позитивна.

З метою відновлення носового дихання хворому була виконана пластика носового клапана

запропонованим способом. Післяопераційний період протікав без особливостей. Виконувались носові душі, щоденний туалет порожнини носа. На сьомий день після операції хворий скарг не пред'являв, форма носа була задовільна, носове дихання було вільним, носовий клапан знаходився у відкритому положенні, не спадався при диханні. Термін спостереження за хворим складає 2 роки. Структури носового клапана утримуються у заданому положенні, кут клапана, виміряний при відеоендоскопічному дослідженні порожнини носа, складає 15 градусів, носове дихання вільне, що дозволяє говорити про досягнення стабільного функціонально результату.

Література

1. Gray V.D. Physiologic returning of the upper lateral cartilage // Int. Rhinology. – 1970. –Vol. 8.-P. 56-59.

2. Sheen J.H. Spreader graft: A method of reconstructing the roof of the middle nasal vault following rhinoplasty// Plast. Reconstr. Surg. - 1984; - Vol. 73. - P. 230-237.