



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61461 (13) A

(51) 7 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ПРОСВІТУ ГОРТАНІ І ТРАХЕЇ

1

2

(21) 2003021107

(22) 07 02 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Кізім Володимир Валентинович, Мироненко
Наталя Григорівна(73) ІНСТИТУТ НЕВІДКЛАДНОЇ І ВІДНОВНОЇ ХІ-
РУРГІІ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб відновлення просвіту гортані і трахеї шляхом формування ларинго-трахеостоми і введення в неї Т-подібної трахеотомічної трубки, який відрізняється тим, що одночасно ушивається дефект гортані і трахеї на Т-подібній трахеотомічній трубці, а при видаленні трубки не порушується цілісність гортані і трахеї

Винахід відноситься до медицини, а саме до клінічної медицини і може бути використаний в оториноларингології, онкології, комбустіології, пластичній хірургії.

Відомий спосіб відновлення просвіту гортані з використанням Т-подібної трахеотомічної трубки, яка вводиться й утримується тривалий час у попередньо сформованій ларинго-трахеостомі (1). Дана методика передбачає наступну пластику дефекту ларинго-трахеостоми, з метою деканюляції хворого, після відновлення просвіту дихальних шляхів.

Однак, за даними літератури (2, 3, 4, 5) описана методика робить неможливим виконання одночасної пластики і деканюляції хворого, а в деяких випадках веде до рецидиву захворювання. Разом з тим, дана методика передбачає неодноразові оперативні втручання, спрямовані на відновлення цілісності верхніх дихальних шляхів.

Перевага способу, що заявляється, полягає в тому, що спеціально сконструйована Т-подібна трубка вводиться в сформований просвіт гортані і трахеї, та одночасно виконується пластика дефекту гортані і трахеї, а наступне видалення трубки стає можливим без розкриття просвіту верхніх дихальних шляхів, за рахунок можливості видалення Т-подібної трахеотомічної трубки через природні дихальні шляхи.

В основу винаходу поставлена задача створення способу відновлення просвіту гортані і трахеї з використанням Т-подібної трахеотомічної трубки, що досягається тим, що дефекти гортані і трахеї ушиваються на Т-подібній трахеотомічній трубці, яка, маючи властивість розділятися, може

бути витягнута через природні дихальні шляхи, без розкриття просвіту гортані.

Спосіб виконується таким чином після розкриття просвіту гортані і трахеї, видалення рубцевої тканини й інших патологічних утворень, формується широка ларинго-трахеостома. До неї вводиться Т-подібна трахеотомічна трубка з діаметром зовнішньої частини 10 мм, а внутрішньої - 9 мм, що має 2 рознімні частини: горизонтальну і вертикальну. Дефект гортані і трахеї поширено ушивається над вертикальною частиною трубки, у той час як горизонтальний її відділ виводиться в трахеостому. Через 2 місяці провадиться деканюляція: горизонтальна частина трубки від'єднується від вертикальної і витягається через трахеостому, після чого вертикальна частина видаляється за допомогою прямої ларингоскопії через природні шляхи. Після цього трахеотомічний отвір закривається спонтанно, або виконується його пластика. Приклад конкретного виконання способу.

Хворий Р., 48 років, госпіталізований у ЛОР-клініку з діагнозом: хронічний посттравматичний рубцевий стеноз гортані. Канюленосійство.

Скарги при надходженні на відсутність дихання через природні шляхи, наявність в області яремної вирізки трахеостоми. З анамнезу захворювання: одержав відкриту травму гортані близько 2 місяців тому, у ЛОР-відділенні за місцем проживання зроблена трахеостомія. Госпіталізовано до ЛОР-клініки з метою реконструкції гортані.

При непрямій ларингоскопії надгортанник прикриває вхід у гортань, в області вестибулярного відділу рубцеві зміни, на місці голосових складок - рубцева мембрана, голосова щілина не про-

(13) A

(11) 61461

(19) UA

глядається

При фібрларингоскопії усі відділи обох половин гортані рубцево змінені, голосова щілина деформована, у передніх відділах підкладкового простору грануляційна тканина. Дихання через природні шляхи (при закритій трахеостомі) відсутнє. Після обстеження і відповідної підготовки виконано оперативне втручання. Загальне знеболювання проведено за допомогою інтубації через трахеостому. Розріз шкіри і підшкірного шару по середній лінії шиї від рівня верхнього краю щитовидного хряща до яремної вирізки, обходячи трахеостому. Після цього було оголено щитовидний хрящ і за допомогою циркулярної пилки розкритий просвіт гортані по середній лінії. Далі проводилося відновлення просвіту гортані і трахеї шляхом видалення рубцевої тканини, грануляцій. Після цього інтубаційна трубка була замінена на Т-подібну, котра була введена в сформовану ларинго-трахеостому. При цьому спеціальна Т-подібна трубка з діаметром зовнішньої частини 10мм, а внутрішньої - 9мм, складалася з 2-х рознімних частин - горизонтальної і вертикальної. Дефект гортані і трахеї було поширено ушити над вертикальною частиною трубки, а її горизонтальний відділ виведено у трахеостому. У післяопераційному періоді хворий одержував антибактеріальну, десенсибілізуючу і протизапальну терапію. Щодня проводилися перев'язки післяопераційної рани, туалет області трахеостоми.

Через 2 місяці хворого госпіталізовано повторно з метою деканюляції. Об'єктивно по середній лінії шиї післяопераційний шов без ознак запалення. В області яремної вирізки трахеостома з виведеним горизонтальним відділом Т-подібної трахеотомічної трубки. В операційній під місцевою аппликаційною анестезією слизувати оболонки гортані і трахеї проведена деканюляція хворого. При цьому горизонтальна частина трубки була від'єд-

нана від вертикальної і вилучена через трахеостому. Після цього зроблена пряма ларингоскопія і видалення вертикальної частини трубки. При ларингоскопії виявлено, що слизувата оболонка злегка плеремована, просвіт гортані широкий, голосові складки обмежено рухливі з незначно вираженими рубцевими змінами. У подальшому хворий одержував антибактеріальну, десенсибілізуючу, дегідратаційну та протизапальну терапію, проводилось уливання в гортань суміші розчинів антибіотика і кортикостероїда. Щодня проводився туалет області трахеостоми. Через 2 тижні трахеотомічний отвір заклався спонтанно. Під час виплиски дихання через природні шляхи вільне, голос сиплий, ковтання не порушене. При подальшому спостереженні хворого явищ стенозу дихальних шляхів не виявлено.

Джерела інформації

1 Самохин А.Я. Реконструктивная и восстановительная хирургия трахеи с временной дилатацией Т-образной трубкой. Автореф. дис. канд. мед. наук - М, 1984 - 15с.

2 Цветков Э.А., Оловяников И.А. Оптимизация хирургического лечения Рубцовых стенозов гортани у детей // Всесоюз. науч.-практ. конф. оториноларингологов «Хронические заболевания гортани и трахеи у детей» (Ленинград, 25-27 апреля 1991г.) Тез. докл. - Л. Б. и, 1991 - С.35-38.

3 Cotton R. T., Meyer C. M. Contemporary surgical management of laryngeal stenosis in children // Amer. J. Otolaryng. - 1984 - Vol 5, №5 - P.360-368.

4 Kennedy T.L. Epiglottic reconstruction of laryngeal stenosis secondary to cricothyroidostomy // LARYNGOSCOPE - 1980 - Vol 90, №7 - Pt 1 - P.1130-1136.

5 Montgomery W.W. Silicone tracheal cannula // Ann. Otol. - 1980 - Vol 89, №6 - Pt 1 - P.5121-528.