



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66853 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ КОРЕКЦІЇ НОСОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ

1

(21) u201106819

(22) 31.05.2011

(24) 25.01.2012

(46) 25.01.2012, Бюл. № 2, 2012 р.

(72) БОЄНКО ДМИТРО СЕРГІЙОВИЧ, МІНАЄВ ОЛЕКСІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ГЛАДКОВА НАТАЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА

(73) БОЄНКО ДМИТРО СЕРГІЙОВИЧ, МІНАЄВ ОЛЕКСІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ГЛАДКОВА НАТАЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА

(57) Спосіб корекції носової перегородки, який включає резекцію викривлених ділянок після напі-

2

впроникного розрізу слизової оболонки по перехідній складці носової перегородки і відсепарування листків мукоперихондрію та мукоперіосту, який відрізняється тим, що безпосередньо перед початком оперативного втручання у пацієнта роблять забір 20 мл крові з вени і готують пластини тромбоцитарного гелю, а на заключному етапі операції ці пластини вводять між листками мукоперихондрію та мукоперіосту і встановлюють їх, в першу чергу, в місця надривів (якщо такі були) і в ділянки стоншеної слизової оболонки.

Корисна модель належить до медицини, а саме до оториноларингології, і може бути використана при хірургічному лікуванні викривлення перегородки носа, а також як етап доступу до остіомеатального комплексу, клиноподібно-гратчастого поглиблення, слізного мішка, гіпофізу або як доповнення до ринопластики.

Відомий спосіб оперативного лікування деформацій носової перегородки за Кілліаном, який полягає у відшаровуванні хрящової і кісткової частин носової перегородки та видалення значних ділянок кістково-хрящового кістяка [1].

Як прототип вибраний спосіб корекції носової перегородки, при якому після напівпроникного розрізу по перехідній складці носової перегородки в лівій половині носа виділяють підхрящово і підкістково листки мукоперихондрію і мукоперіосту. Викривлені ділянки носової перегородки видаляють за допомогою щипців Блекслі або Брюнінга і остеотоми. Далі оглядають обидві половини носа, оцінюють становище перегородки. Якщо є девіація чотирикутного хряща, за допомогою насічок його вирівнюють. Закінчують операцію передньою тампонадою порожнини носа [2].

До недоліків цього способу оперативного втручання слід віднести відносно високу частоту розвитку атрофічних процесів у слизовій оболонці, перфорацій носової перегородки, відсутність можливості впливати на репарацію в післяопераційній порожнині, відносно високий термін післяопераційної стаціонарної реабілітації пацієнтів.

Задачею корисної моделі є прискорення репарації тканин в післяопераційній ділянці носової перегородки, попередження розвитку атрофічних процесів у слизовій оболонці носової перегородки і її перфорацій, зменшення тривалості перебування пацієнта в стаціонарі.

Поставлена задача вирішується завдяки тому, що в способі корекції носової перегородки передбачені наступні відзнаки. Безпосередньо перед операцією роблять заготовку збагаченої тромбоцитами маси (тромбоцитарного гелю) [3,4]. На заключному етапі корекції носової перегородки пластинки тромбоцитарного гелю вводять між листками мукоперихондрію і мукоперіосту, в першу чергу - в місця їх надривів (якщо такі були) і в ділянки стоншеної слизової оболонки.

Задача вирішується тим, що в способі корекції носової перегородки безпосередньо перед операцією у пацієнта виконують забір 20 мл крові з вени у стерильні пробірки. Потім пробірки поміщають в медичну лабораторну центрифугу. Центрифугування проводять зі швидкістю від 6000 до 8000 об./хв. протягом 15 хвилин. У результаті цього в пробірках утворюються три фракції. У нижній частині осідають еритроцити, у верхній - плазма з низьким вмістом тромбоцитів, а між цими двома фракціями - згусток тромбоцитарного гелю. Цей згусток потім витягають стерильним пінцетом безпосередньо в операційній і надають йому форму пластини.

(13) U  
(11) 66853  
(19) UA

Паралельно цьому після напівпроникного розрізу по перехідній складці носової перегородки в лівій половині носа пацієнта виділяють підхрястково і підкістково листки мукоперихондрію і мукоперіосту. Викривлені ділянки носової перегородки видаляють за допомогою щипців Блекслі або Брюнінга і прямого остеотома. Далі проводять ендоскопічний контроль: оглядають обидві половини носа, оцінюють положення перегородки. Якщо є девіація чотирикутного хряща, за допомогою насічок його вирівнюють.

На заключному етапі операції пластини тромбоцитарного гелю вводять між листками мукоперихондрію та мукоперіосту і встановлюють їх, в першу чергу, в місця надривів (якщо такі були) і в ділянки стоншеної слизової оболонки.

Закінчують операцію накладенням 1-2 швів на місце розрізу. Порожнину носа тампують пальчиковими тампонами на 1-2 доби.

Клінічний приклад.

Хворий С, 27 років, історія хвороби № 1588/315, був прийнятий до ЛОР-відділення 27.04.2011 р. зі скаргами на утруднене носове дихання, часті нежиті. Вважає себе хворим більше 5 років, коли з'явилися перераховані вище скарги. Об'єктивно: при риноскопії слизова оболонка носа незначно гіперемована, нижні носові раковини гіпертрофовані, середні носові раковини бульозно змінені, носова перегородка скривлена вліво в кістковому і хрящовому відділах. Носове дихання помірно утруднене, більше зліва. Інші ЛОР-органи без патології.

Безпосередньо перед операцією взято 20 мл крові з вени для приготування тромбоцитарного гелю.

Під інтубаційним наркозом з ШВЛ та керованою гіпотонією зроблено операції: 1. корекція носової перегородки; 2. двостороння підслизова вазотомія; 3. двостороння нижня конхопексія; 4. двостороння конхопластика.

Після анемізації слизової оболонки порожнини носа розчином назолу виконано напівпроникаючий розріз по перехідній складці носової перегородки в

лівій половині носа. Листки мукоперихондрію і мукоперіосту відокремлені від хряща і кістки. Викривлені ділянки носової перегородки видалені за допомогою щипців Брюнінга і прямого остеотома. Між листками мукоперихондрію і мукоперіосту встановлені пластини тромбоцитарного гелю. На розріз у лівій половині носа накладено один кетгutowий шов.

Потім за традиційною методикою виконані двостороння підслизова вазотомія, двостороння нижня конхопексія, двостороння конхопластика.

Проведена двостороння тампонада порожнини носа.

Післяопераційний період протікав гладко. Тампони видалені наступного дня після операції. Щодня проводили туалет порожнини носа. Носове дихання відновилося на 6-ту добу.

Заявлений спосіб забезпечує активацію і прискорення процесів репарації та епітелізації в післяопераційній ділянці носової перегородки, значне зменшення набрякості мукоперихондрію і мукоперіосту, тим самим у більш ранні терміни відновлення носового дихання, попередження розвитку атрофічних процесів у слизовій оболонці носової перегородки і її перфорації, зменшення тривалості перебування пацієнта в стаціонарі.

Джерела інформації:

1. Лопатин А.С. Реконструктивная хирургия деформаций перегородки носа // Рос.ринология.- 1994. - приложение 1. - С. 3-27.

2. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология: Руководство для врачей.-2-е изд., испр. и доп. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2006. - С. 475-494.

3. Маркс Р. Богатая тромбоцитами плазма: источник аутогенных факторов роста для наращивания кости // Perio iQ.-2005. - №2. - С. 55-65.

4. Федоровская Л.Н., Григорян А.С, Кулаков А.А., Хамраев Т.К. Сравнительный анализ процесса заживления костных дефектов челюсти под воздействием различных пластических материалов // Стоматология.-2001.-№6.-С. 19-21.