



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **88013** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 11794	(72) Винахідник(и): Косаківська Ілона Анатоліївна (UA)
(22) Дата подання заявки: 07.10.2013	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА,
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.02.2014	вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.02.2014, Бюл.№ 4	

(54) СПОСІБ ТОНЗИЛОПЛАСТИКИ

(57) Реферат:

Спосіб тонзилопластики включає видалення частини піднебінного мигдалика. Розтин мигдалика виконують біполярним скальпелем, через який пропускають високочастотний електричний струм. При цьому гіпертрофовану частину мигдалика видаляють таким чином, що зберігають тканину мигдалика разом з лакунами біля піднебінних дужок, після чого краї рани з'єднують швами, які накладають через тканину мигдалика і його капсулу.

UA 88013 U

Корисна модель належить до сфери медицини, зокрема до оториноларингології, і може бути використаний для лікування гіпертрофії піднебінних мигдаликів.

Відомий спосіб тонзилотомії, яка виконується за допомогою тонзилотома Мат'є (1), взятий нами за прототип.

Недоліком даного способу є те, що при його використанні має місце кровотеча. Крім того, під час операції ушкоджуються практично всі лакун мигдалика, оскільки під час тонзилотомії виконується видалення всієї виступаючої за межі піднебінних дужок частини мигдалика. Лакун мигдаликів, в наслідок ушкодження при операції, рубцюються, що в подальшому супроводжується порушенням функції мигдаликів.

Задачею корисної моделі є: зменшення кровотечі під час тонзилотомії та збереження функції мигдаликів.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі тонзилотомії, що включає видалення частини піднебінного мигдалика, згідно з корисною моделлю, розтин мигдалика виконують біполярним скальпелем, через який пропускають високочастотний електричний струм, причому гіпертрофовану частину мигдалика видаляють таким чином, що зберігають тканину мигдалика разом з лакунами біля піднебінних дужок, після чого краї рани з'єднують швами, які накладають через тканину мигдалика і його капсулу.

Спосіб виконується таким чином.

Пацієнт під час операції знаходиться в лежачому положенні. Операцію виконують під ендотрахеальним наркозом. В ротову порожнину вводять роторозширювач. Піднебінний мигдалик фіксують за допомогою затискача і помірно зміщують до серединної лінії. Виступаючу в ротоглотку (гіпертрофовану) частину мигдалика видаляють біполярним скальпелем, за винятком ділянок 0,5-0,8 см біля піднебінних дужок. Під час зрізування частини мигдалика вмикають струм частотою 66 кГц. Краї рани з'єднують швами, які накладають через тканину мигдалика і капсулу. Завдяки збереженню неушкодженими лакун збережених ділянок мигдалика останній зберігає свою функцію. Після накладання швів ранова поверхня повністю закрита і мигдалик за формою практично не відрізняється від здорового.

Кровотеча під час тонзилотомії, як правило, не спостерігається, оскільки високочастотний струм, що оббігає електроди біполярного пристрою, нагріває м'які тканини в зоні їх розвитку до 40-70 °C і приводить до коагуляції судин без некрозу тканин.

Запропонований спосіб успішно апробований в ЛОР-відділенні Національної дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ".

Приклад. Хворий О., 10 років, поступив в ЛОР-клініку з гіпертрофією піднебінних мигдаликів III ступеня. В 5-річному віці переніс аденомотію.

Об'єктивно: піднебінні мигдалики гіпертрофовані, майже змикаються між собою (просвіт між мигдаликами 3-4 мм).

Виконано операцію - двобічну тонзилопластику.

Під ендотрахеальним наркозом після введення в ротову порожнину роторозширювача мигдалик фіксований за допомогою затискача та помірно зміщений до серединної лінії. За допомогою біполярного скальпеля видалено гіпертрофовану частину піднебінного мигдалика за винятком ділянок завтовшки 6-7 мм біля піднебінних дужок. Краї рани з'єднані вузлуватими швами, які накладались через тканину мигдалика і його капсулу. Після накладання швів ранова поверхня була повністю закрита і мигдалик за формою практично не відрізнявся від здорового. Аналогічно виконано тонзилопластику з другої сторони. Кровотечі під час операції не спостерігалось. Післяопераційний період протікав без ускладнень.

При контрольному огляді через 3 тижні відмічено, що мигдалики за формою практично не відрізнялися від здорових, лакун збережені.

Даний приклад демонструє переваги запропонованого способу тонзилопластики перед тонзилотомією.

Технічний результат, що досягається запропонованим рішенням, - зменшення кровотечі під час тонзилопластики та збереження функції мигдаликів, що досягається за рахунок коагуляції тканини в ділянці дії високочастотного струму, що подається через біполярне лезо електроскальпеля та збереження неушкодженими лакун мигдалика.

Для наочності приводимо результати виконання тонзилопластики та тонзилотомії (прототипу) у двох ідентичних по віку, статі та патології групах пацієнтів (таблиця).

Результати виконання тонзилопластики та тонзилотомії

Показники	Базовий об'єкт (прототип)	Запропонований спосіб
	n=10	n=10
Наявність кровотечі під час операції	10	не спостерігалось
Наявність кровотечі в післяопераційному періоді	1	не спостерігалось
Наявність ранової поверхні після операції	10	не спостерігалось
Рана зажила:		
первинним натягом	0	10
вторинним натягом	10	0
Лакуни мигдаликів збережені	1	10
Лакуни мигдаликів зарубцьовані	9	не спостерігалось

З таблиці видно, що при тонзилотомії з використанням базового об'єкту у всіх пацієнтів мала місце кровотеча під час операції та в одному випадку в післяопераційному періоді, в той час як при виконанні операції по запропонованому способу кровотечі не спостерігалось в жодному випадку. Ранова поверхня була відсутня після операції по запропонованому способу, в той час як при тонзилотомії по способу прототипу у всіх випадках була ранова поверхня майже на всій поверхні мигдалика, яка заживала вторинним натягом. Крім того, при тонзилопластиці по запропонованому способу у всіх пацієнтів були збережені лакуни мигдаликів, а при тонзилотомії способом прототипу у 9 з 10 пацієнтів мало місце рубцювання лакун мигдаликів.

Таким чином, запропонований спосіб тонзилопластики має переваги перед відомим і забезпечує проведення операції без кровотечі.

Джерела інформації:

1. Гіпертрофія лімфаденоїдної тканини глотки / Д. І. Заболотний, А. А. Лайко, О. Ф. Мельников [та ін.] -К.: Логос, 2009. – С. 122-123.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб тонзилопластики, що включає видалення частини піднебінного мигдалика, який **відрізняється** тим, що розтин мигдалика виконують біполярним скальпелем, через який пропускають високочастотний електричний струм, причому гіпертрофовану частину мигдалика видаляють таким чином, що зберігають тканину мигдалика разом з лакунами біля піднебінних дужок, після чого краї рани з'єднують швами, які накладають через тканину мигдалика і його капсулу.

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601