

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **11366**

(13) **С1**

(46) **2008.12.30**

(51) МПК (2006)

А 61В 17/24

(54) **СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ГРЕБНЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ**

(21) Номер заявки: а 20060647

(22) 2006.06.30

(43) 2008.02.28

(71) Заявитель: Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Садовский Валерий Иванович; Черныш Александр Валерьевич (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет" (ВУ)

(56) ПИСКУНОВ Г.З. и др. Клиническая ринология. - М.: Миклош, 2002. - С. 336-339.

RU 2141798 С1, 1999.

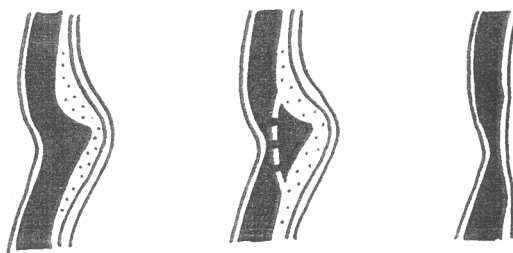
UA 50522 А, 2002.

RU 2136230 С1, 1999.

RU 2114569 С1, 1998.

(57)

Способ резекции гребня носовой перегородки, заключающийся в том, что проводят предоперационную оптическую риноскопию, осуществляют поверхностную анестезию слизистой путем орошения 10 % раствором лидокаина трехкратно и инфильтрационную анестезию надкостнично раствором ультракаина в зону операции с двух сторон, выполняют разрез слизистой вертикально до хряща или до кости впереди гребня, отслаивают надхрящницу или надкостницу в пределах проекции гребня в виде туннеля 0,9 % раствором NaCl, гребень резецируют у основания и удаляют по частям, после чего фиксируют отслоенный лоскут тампонами.



Фиг. 2

Изобретение относится к медицине, а именно к оториноларингологии, и может быть использовано при корригирующих операциях на носовой перегородке, в частности при гребнях носовой перегородки в костном и хрящевом отделах.

Известен способ резекции гребней носовой перегородки, согласно которому первоначально проводят местную анестезию по стандартной методике, разрезают кожную часть носовой перегородки со стороны гребня, выделяют четырехугольный хрящ с одной стороны, вырезают хрящ в форме диска без удаления, за ним формируют еще один диск, корригируют носовую перегородку тампонадой [1].

На фиг. 1 показана схема удаления гребня носовой перегородки согласно описанию аналога.

Недостатками известного способа являются:

необходимость рассечения слизистой оболочки, надхрящницы, надкостницы, необходимость проведения отслойки лоскутов с двух сторон, частичное присасывание слизистой оболочки при дыхании, образование синехий вследствие травматизации слизистой оболочки, недостаточное обозрение задних и верхних отделов носовой перегородки.

Наиболее близким к предлагаемому изобретению является способ резекции гребней носовой перегородки, предложенный Пискуновым Г.З. и Пискуновым С.З., согласно которому проводят местную поверхностную анестезию слизистой оболочки носовой полости 10 % раствором лидокаина, проводят местную инфильтрационную анестезию слизистой оболочки носовой полости 1 % раствором новокаина, оперативное вмешательство осуществляют под контролем классической риноскопии, выполняют полупроницающий разрез до хряща между каудальным краем хряща перегородки и краниальным краем медиальной ножки крыльчатого хряща, рассекают надхрящницу, выделяют хрящ, отсекая его по всей длине до костного отдела носовой перегородки, удаляют искривленные части носовой перегородки, а прямые перемещают, выпрямляют и реимплантируют, смещенный хрящ устанавливают в срединное положение, в хряще выкраивают лоскут размером 1 мм, удаляют его, сопоставляют хрящевые пластинки, сближают слизисто-надхрящничные лоскуты, используя тампонаду [2] - прототип. Недостатками прототипа являются:

невозможность удаления гребня у основания перегородки, косых и вертикальных гребней и гребней в костной части,

недостаточное освещение операционной зоны, непродолжительная анестезия зоны операции, травматизация слизистой оболочки, нарушение целостности тканей слизистой.

Задача, на решение которой направлено предлагаемое изобретение, заключается в обеспечении щадящей коррекции носовой перегородки при различных вариантах гребней.

Задача решается за счет того, что способ резекции гребня носовой перегородки заключается в следующем: проводят предоперационную оптическую риноскопию, осуществляют поверхностную анестезию слизистой путем орошения 10 % раствором лидокаина трехкратно и инфильтрационную анестезию надкостнично раствором ультракаина в зону операции с двух сторон, выполняют разрез слизистой вертикально до хряща или до кости впереди гребня, отслаивают надхрящницу или надкостницу в пределах проекции гребня в виде туннеля 0,9 % раствором NaCl, гребень резецируют у основания и удаляют по частям, после чего фиксируют отслоенный лоскут тампонами.

На фиг. 2 изображена схема резекции гребня носовой перегородки по предлагаемому изобретению.

Пример 1

Больной К., ИБ № 6431, 64 года, переведен в ЛОР отделение Гомельской областной клинической больницы из неврологического отделения, где лечился по поводу приступов боли в левой половине лица. Страдает подобными приступами 6 лет. При консультации ЛОР врача на носовой перегородке слева обнаружен костный гребень, который сдавливал среднюю носовую раковину. Произведена операция: оптическая риноскопия, поверхностная анестезия трехкратным орошением 10 % раствором лидокаина и инфильтрационная анестезия надкостнично 4 мл раствора ультракаина Д-С. был выполнен разрез слизистой оболочки впереди гребня до кости, отделена слизистая оболочка и надкостница в проекции гребня в виде туннеля. Гребень снесен у основания и по частям удален. Отслоенный слизисто-надкостничный лоскут прижат турундой. На вторые сутки у больного приступы боли прекратились. При осмотре через 6 месяцев носовое дыхание свободное, приступы боли не повторялись, легкая болезненность в точке выхода второй ветви левого тройничного нерва.

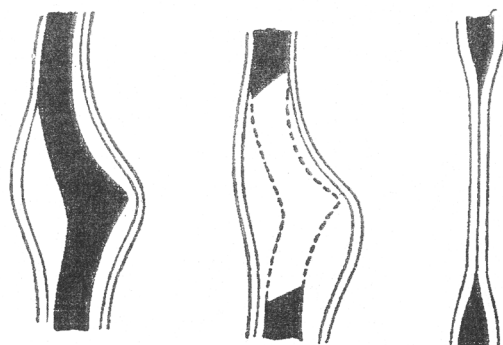
Пример 2

Больной Ж., 21 год, обратился в ГОКБ с жалобами на частые насморки, затруднение носового дыхания, приступы чихания. При проведении оптической риноскопии у основания носовой перегородки справа в средней части обнаружен гребень, переходящий в шип и растущий в нижнюю носовую раковину. Больному выполнена операция - подслизистая резекция гребня: постоянный эндоскопический контроль, поверхностная и инфильтрационная анестезия, разрез слизистой и надкостницы, формирование надкостничного туннеля на всем протяжении гребня, удален шип, затем по частям удален гребень с оставлением основания у противоположной стенки перегородки, отслоенные ткани были прижаты небольшой турундой. Турунда удалена на вторые сутки, дыхание через нос свободное, реактивные явления со стороны слизистой оболочки незначительны. Больной осмотрен через год: носовое дыхание свободное, приступы чихания прошли, слизистая нижней носовой раковины обычной окраски и объема.

Способ позволяет провести щадящее удаление деформаций носовой перегородки с минимальной травматизацией тканей. Использование оптики позволяет досконально осматривать все анатомические структуры полости носа. Яркое освещение и увеличение сокращает объем оперативного вмешательства, предупреждает разрывы слизистой оболочки и образование синехий. Предлагаемый способ способствует сокращению периода реабилитации и временной нетрудоспособности.

Используемая литература:

1. Воячек В.И. Ринортоз. - Л.: Медгиз, 1963. - С. 56-58.
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. - М.: Миклош, 2002. - С. 337-339.



Фиг. 1