



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1801225

(22) 02.08.2018

(46) Бюл.138, 2018

(71) Икромов М.К.(ТJ); Азизов К.Н.(ТJ).

(72) Икромов М.К.(ТJ); Азизов К.Н.(ТJ).

(73) Икромов М.К.(ТJ); Азизов К.Н.(ТJ).

(54) **СПОСОБ УДАЛЕНИЯ АНГИО
ФИБРОМЫ НОСОГЛОТ-КИ С
ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ВРЕМЕННОЙ
ПЕРЕВЯЗКИ НАРУЖНОЙ СОННОЙ
АРТЕРИИ.**

(56) 1 Авторское свидетельство СССР N 1530176,
кл. А 61 В 17/12, кл. А 61 В 17/00, 1989.

2. Яблонский С.В. и др. Вестник
оториноларингологии, 1998, N 6, с. 37-40.

3. Способ снижения кровоснабжения
ангиофиброми носоглотки (РФ№2168952)

МПКА61Б17\12.,А61Б17\24 Авторы: Протопо-
пов.А.В., Почкина.Т.А., Константинов.Э.П.
Гариков.П.Г. Столяров.Д.П. Буренков.Г.И.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно
к оториноларингологии и может быть
использовано в онкологии.

Поставленные задачи достигаются тем, что
под эндотрахеальным наркозом больному
временно перевязывают наружную сонную
артерию на стороне поражения и приступают к
основному этапу – удалению опухоли - передняя и
задняя тампонада носа, а потом уже развязывают
наружную сонную артерию, наложив в область
раны асептическими швами заканчивают
операцию.

Изобретение относится к медицине, а именно к оториноларингологии и может быть использовано для эмболизации артерий при новообразованиях в полости носоглотки.

Известен способ снижения кровотока в органе путем эмболизации магистрального сосуда двумя и более спиралями в виде усеченного конуса и последовательно уменьшающихся диаметров. При этом вводят их одна в другую до достижения необходимого уменьшения кровотока [1].

Недостатком известного способа является редукция только магистрального кровотока, а артерии 3-4 порядка остаются свободными, и участвуют в кровоснабжении ангиофибромы через коллатеральные пути.

Известен, способ рентгенэндоваскулярной окклюзии при комбинированном лечении ангиофибром основания черепа у детей, включающий интубационный наркоз, пункцию бедренной артерии по методу Сельдингера, установку катетера диаметром 1,3-2,0 мм через интродьюсер с последующим выполнением селективной ангиографии общих сонных артерий с двух сторон в боковой проекции, наружных сонных артерий в прямой и боковой проекциях и внутренних сонных артерий в боковых проекциях и эмболизации верхнечелюстной артерии сферами и цилиндрами гидрогеля 0,4-0,6 мм в диаметре [2].

Недостатками известного способа являются использование катетера большого диаметра для суперселективной катетеризации, который обладает высокой жесткостью, и его продвижение в третий сегмент верхнечелюстной артерии дистальнее уровня отхождения средней мозговой артерии и в мелкие ветви наружной сонной артерии технически сложно, что может сопровождаться сосудистым спазмом, диссекцией интимы и тяжело переносится больными. Эмболизация только верхне-челюстной артерии недостаточна, так как не обеспечивает ишемизацию задней части ангиофибромы, располагающуюся в носоглотке и имеющую другие источники кровоснабжения.

Наиболее близким техническим решением является Способ снижения кровоснабжения ангиофибром носоглотки. Способ заключается в том, что удалении ангиофибромы осуществляя наружный доступ по Муру или через естественные пути. Под местной анестезией выполняют катетеризацию бедренной артерии по Сельдингеру. В артерию устанавливают интродьюсер, через который диагностическим катетером Волованиса диаметром 1,6 мм выполняют селективную катетеризацию и ангиографию общих, внутренних сонных артерий в боковой проекции, наружных сонных артерий в прямой и боковой проекциях. После установления локализации, величины, источников и степени кровоснабжения ангиофибромы диагностический катетер заменяют проводниковым, диаметром 1,6-2,3 мм, устанавливаемым в наружной сонной

артерии. По проводниковому катетеру проводят микрокатетер с наружным диаметром 0,8 мм с микропроводником, которыми выполняют суперселективную катетеризацию внутренней челюстной артерии в ее третьем отделе, дистальнее отхождения средней мозговой артерии. Эмболизацию кровоснабжающих опухоль ветвей артерии проводят взвесью микроэмболов из фторопласта-4, диаметром 0,3-0,5 мм в разведенном контрастном веществе. Введения взвеси микроэмболов повторяют до прекращения кровоснабжения опухоли и редукции кровотока в дистальной части внутренней челюстной артерии при контрольной ангиографии. В случае кровоснабжения ангиофибромы также из восходящей небной, восходящей глоточной, либо других ветвей наружной сонной артерии выполняют их суперселективную катетеризацию микрокатетером с последующей эмболизацией и контрольной ангиографией. Аналогичным образом проводят эмболизацию ветвей наружной сонной артерии с другой стороны, как непосредственно кровоснабжающих ангиофибром, так и участвующих в образовании коллатерального кровотока к опухоли. [3]

Однако этот метод имеет ряд недостатков в первых дороговизна, привлечение дополнительных специалистов, варианты возможных серьезных осложнений, не доступность метода во всех регионах.

Цель изобретения: заключается в том, что предложенный способ более доступен, менее опасен, экономичен и эффективен, а самое главное легко внедряется.

Поставленные задачи достигаются тем, что под эндотрахеальным наркозом большого временно перевязывают наружную сонную артерию на стороне поражения и приступают к основному этапу – удаление опухоли - передняя и задняя тампонада носа, а потом уже развязывают наружную сонную артерию, наложив в область раны, асептическими швами заканчивают операцию.

Способ осуществляется следующим образом: удаление ангиофибромы носоглотки с предварительной временной перевязки наружной сонной артерии заключавшееся в удалении ангиофибромы осуществляя наружный доступ по Муру или через естественные пути, делают разрез кожи длиной 5-6 см по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной (*m. Sternocleidomastoideus*) мышцы или по проекции сосуда от угла нижней челюсти вниз, рассекают подкожную клетчатку, поверхностную и собственную фасции шеи, следуя тупым путем, смещая в сторону перекрывающие рану венозные стволы и подъязычный нерв с помощью иглы Дюшана, проводят резиновую полоску и захватывают в турникет место выхода щитовидной артерии (*a.thyroidea*) и язычной артерии (*a.Lingualis*) завязывая в полуузел, рану закрывают

стерильной повязкой до окончания операции, а по окончании операции резиновую полоску снимают и рану ушивают асептическими швами. , после чего начинают отщипаровки ангиофиброму по всей области где основано с помощью распатора и удаляют большими зажимами Гофмана предварительно остановив кровотечение проводят ревизию после того удостоверившись, что опухоль полностью удалена вставляют заднюю и переднюю тампон. После окончания основной работы, одним движением затягиванием одного конца резиновой полоски кровоснабжение ветвей наружной сонной артерии восстанавливается. Послойно фасции и мягкий ткани зашиваются рассасывающими шовными материалами, кожу ушивают асептическими швами накладывают асептической повязки.

Способ удаление ангио фибромы носоглотки с предварительной временной перевязки наружной сонной артерии, безопасен, не нарушается архитектура сосудов данной области, кровоснабжение сосудов восстанавливается полностью, а самое главное метод легкодоступен, экономичен, нет надобности к привлечению других специалистов, уменьшается объем кровотечения в полтора раза. чем традиционный метод тем самым улучшается обзор операционного поля и все это приведет к более качественному удалению опухоли, что в свою очередь приведет к минимизации рецидивов.

Клинические примеры: 1. Больной К. 17 лет, и. б. №1611, поступил с диагнозом юношеской ангио фибромы носоглотки 03\05.2012г. был оперирован по поводу удаление ангио фибромы носоглотки с временной перевязкой наружной сонной артерии, разрез кожи длиной 5-6 см по

переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, рассечение тупым путем подкожную клетчатку, поверхностную и собственную фасции шеи. Следуя тупым путем, смещая в сторону перекрывающие рану венозные стволы и подъязычный нерв, с помощью иглы Дюшана резиновая полоска проводилась и захватывалась в турникет по середине место выхода a.thyroidea и a.Lingualis завязывая в полуузел. Рану закрывают стерильной повязкой, после чего начинают отщипаровка ангиофиброму по всей области где основано с помощью распатора и удаляют большими зажимами Гофмана предварительно остановив кровотечение проводят ревизию после того удостоверив, что опухоль полностью удалена, вставляют задний и передний тампон. После окончания основной работы, одним движением-затягиванием одного конца резиновой полоски кровоснабжение ветвей наружной сонной артерии восстанавливается. Послойно фасции и мягкий ткани зашивают рассасывающими шовными материалами, кожу ушивали асептическими швами накладывали асептические повязки.

Предложенный способ более доступен, менее опасен, экономичен и эффективен, самое главное легко внедряется. Сущность предложения состоит в том, что удаление ангио фибромы носоглотки с предварительной временной перевязкой наружной сонной артерии производят перед удалением опухоли проводится временная перевязка сосуда, что создает благоприятное условия для удаление ангиофибромы, которая обычно сталкивает к сильному кровотечению при операциях. Преимущество предложения в улучшении функциональных результатов. 4 ил.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ удаление ангиофибромы носоглотки с предварительной временной перевязки наружной сонной артерии заключавшейся в удалении ангиофибромы. Осуществляя наружный доступ по Муру или через естественные пути **отличающееся тем, что** делают разрез кожи длиной 5-6 см по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной (m. Sternocleid omastoideus) мышцы или по проекции сосуда от угла нижней челюсти вниз, рассекают подкожную клетчатку, поверхностную и собственную фасции

шеи, следуя тупым путем, смещая в сторону перекрывающие рану венозные стволы и подъязычный нерв с помощью иглы Дюшана, проводят резиновую полоску и захватывают в турникет место выхода щитовидной артерии (a.thyroidea) и язычной артерии (a.Lingualis) завязывая в полуузел, рану закрывают стерильной повязкой до окончания операции, а по окончании операции резиновую полоску снимают и рану ушивают асептическими швами.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ734042, г. Душанбе,
ул. Айни, 14а