



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **405**

(51)) **МПК(2006) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 1000499

(22) 28.07.2010

(46) Бюл.60 (4), 2010

(71) Курбонов У.А. (ТJ); Давлятов А.А. (ТJ);
Додариён Х.С. (ТJ).

(72) Курбонов У.А. (ТJ); Давлятов А.А. (ТJ);
Додариён Х.С. (ТJ).

(73) Курбонов У.А. (ТJ); Давлятов А.А. (ТJ);
Додариён Х.С. (ТJ).

(54) СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ВНУТРЕННЕЙ ВЕТВИ
ВЕРХНЕГО ГОРТАННОГО НЕРВА ПРИ БРОНХИ-
АЛЬНОЙ АСТМЕ

(56) 1. Бабичев С.И., Савченко З.И., Геллер М.Р.,
Джейранов А.А. Изучение отдаленных результатов
хирургического лечения больных бронхиальной
астмой с учетом адаптивных реакций. Хирур-
гия.1993.№4,стр. 5-11.

2. Феофилов Г.Л. Мельников В.М, Пересече-
ние верхнего гортанного нерва при лечении боль-
ных бронхиальной астмой, Торакальная хирургия,
тезисы научной конференции. с. 96-100.

2

3. Мельников В.М. Пересечение внутренней ветви
верхнего гортанного нерва в комплексном лечении
бронхиальной астмы. Новосибирск, 1994, дисс.
стр. 24-38.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно
к микрохирургии и может быть применено к боль-
ным бронхиальной астмой.

Способ включает левосторонний доступ и пе-
ресечение внутренней ветви верхнего гортанного
нерва под местным обезболиванием, при котором
определяют нижний край подъязычной кости и
верхний край щитовидного хряща, выполняют
разрез длиной 2-3 см от переднего края грудино-
ключично-сосцевидной мышцы до верхнего края
щитовидного хряща в проекции прощупываемой
щели. Обнажение щитовидной мембраны проводят
под оптическим увеличением, идентифицируют
внутреннюю ветвь верхнего гортанного нерва и
резецируют 10-15 мм его ствола.

Изобретение относится к медицине, а именно к микрохирургии и может быть применено к больным бронхиальной астмой.

Известен способ хирургического лечения бронхиальной астмы, при котором осуществляют денервацию корней легких [1,2]

Кроме дороговизны, другими недостатками указанного способа являются:

1. Объемность, сильная травматичность, возможность рецидива и наличие большого риска для больных с отягощенным соматическим статусом и развития интра- и послеоперационных осложнений.

2. Невозможность применения к больным с выраженными органическими изменениями со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Наиболее близким является способ одностороннего пересечения [3], включающий только левосторонний доступ и пересечение внутренней ветви верхнего гортанного нерва под местным обезболиванием с применением традиционной техники. По данному способу пальпаторно определяются нижний край подъязычной кости и верхний край щитовидного хряща и выполняется разрез длиной 2-3 см параллельно складкам кожи от переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы до верхнего края щитовидного хряща в проекции прощупываемой щели. Поперечно пересекаются подкожная мышца шеи (Platysma) и по ходу волокон - мышцы, лежащие ниже подъязычной кости.

Прототип имеет следующие недостатки:

1. При неосторожном рассечении мышц возможно повреждение шейной ветви лицевого нерва, приводящее к опусканию угла рта на этой стороне.

2. Выполнение операции традиционной техникой чревато повреждением наружной ветви п. laryngeus superior, приводящее к денервации m.cricothyroideus и нарушению глотания и сопряжено с большим риском повреждения жизненно важных структур (блуждающего нерва, сонной артерии, трахеи).

3. Возможны неврологические нарушения при случайном повреждении двигательных нервов.

Цель изобретения: усовершенствование хирургического лечения и снижение частоты приступов бронхиальной астмы.

Поставленная цель достигается резекцией внутренней ветви верхнего гортанного нерва под местной анестезией с применением оптического увеличения и прецизионной техники.

Способ поясняется прилагаемым рисунком [где, 1 - щитовидная мембрана (membrane thyrohyoidea), 2 - верхний гортанный нерв (superior laryngeal nerve) и 3 - внутренняя ветвь верхнего гортанного нерва (internal branch of superior laryngeal nerve)] и осуществляется следующим образом: слева пальпаторно определяются нижний край подъязычной кости и верхний край щитовидного

хряща, между которыми прощупывается щель, прикрытая щитовидной мембраной. Под местной анестезией, используя левосторонний доступ, выполняется разрез длиной 2-3 см параллельно складкам кожи от переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы (m. Sternocleidomastoideus) до верхнего края щитовидного хряща в проекции прощупываемой щели. Поперечно пересекаются подкожная мышца шеи (M. Platysma) и по ходу волокон - мышцы, лежащие ниже подъязычной кости. Под оптическим увеличением с применением прецизионной техники обнажается membrane thyrohyoidea. На ней разыскивается внутренняя ветвь п. Laryngeus superior. Она проходит, как правило, позади а. Laryngeus superior, и вместе с ней прободает membrane thyrohyoidea. Обычно внутренняя ветвь п. Laryngeus superior имеет извитую форму и при глотании движется содружественно с щитовидным хрящом и membrane thyrohyoidea. При сжатии внутренней ветви п. Laryngeus superior пинцетом возникает ощущение боли в горле. После идентификации внутренней ветви п. Laryngeus superior резецируется 10-15 мм его ствола. Platysma и кожу сшивают отдельными узловыми швами. Кожные швы снимаются на 5-7 сутки.

Пример 1. Больная Х., 39 лет, и/б № 2330, поступила с диагнозом бронхиальной астмы. Из анамнеза болеет с детского возраста. Приступы удушья отмечались от одного до четырех раз в неделю. Предоперационно больной было проведено исследование функции внешнего дыхания (ФВД) и выявлено резкое снижение процессов вентиляции легких по рестриктивному типу 3 степени. К больной был применен заявляемый способ операции, после чего была выписана на 4 сутки. Ближайший послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Достигнуто постепенное снижение дозы гормональных препаратов (от 1,5 таблетки до 1) вплоть до полной отмены (в течение 4 недель). В отдаленном послеоперационном периоде (более двух лет) отмечены существенные уменьшения приступов удушья, абсолютное прекращение применения гормональных лекарств и улучшение ФВД (по рестриктивному типу 1 степени).

Пример 2. Больной М., 33 лет, и/б № 1554, поступил с диагнозом бронхиальной астмы с жалобами на ежедневные приступы удушья. Предоперационно больному было проведено исследование ФВД и выявлено резкое снижение процессов вентиляции легких по рестриктивному типу 3 степени. К больному был применен заявляемый способ операции, после чего был выписан на 3 сутки. Ближайший послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Достигнуто постепенное снижение дозы гормональных препаратов (от 1,5 таблетки до 1) вплоть до полной отмены (в течение 4 недель). В отдаленном послеоперационном периоде (более года) отмече-

ны полное отсутствие приступов удушья, абсолютное прекращение применения гормональных лекарственных средств и улучшение ФВД (по рестриктивному типу 1 степени).

Предложенный способ имеет ряд преимуществ:

1. Продолжительность хирургического вмешательства составляет от 15 до 30 мин и выполняется с минимальными финансовыми затратами.

2. При аккуратном и умелом проведении этого вмешательства осложнения и нежелательные последствия не возникают.

3. Исключается специальная подготовка больного, операцию можно проводить в чистой перевязочной комнате без использования операционного зала и достигается постепенное снижение дозы гормональных препаратов после операции вплоть до полной их отмены в течение 3-6 недель.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ резекции внутренней ветви верхнего гортанного нерва при бронхиальной астме, включающий левосторонний доступ и пересечение внутренней ветви верхнего гортанного нерва под местным обезболиванием, при котором пальпаторно определяют нижний край подязычной кости и верхний край щитовидного хряща, выполняют разрез длиной 2-3 см параллельно складкам кожи от переднего края груди-

но-ключично-сосцевидной мышцы до верхнего края щитовидного хряща в проекции прощупываемой щели, **отличающийся тем, что** с применением прецизионной техники под оптическим увеличением обнажают щитовидную мембрану, идентифицируют внутреннюю ветвь верхнего гортанного нерва и резецируют 10-15 мм его ствола.

Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.

СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ВНУТРЕННЕЙ ВЕТВИ ВЕРХНЕГО ГОРТАННОГО НЕРВА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

