



УКРАЇНА

(19) UA (11) 13433 (13) A

(51)6 A 61 B 17/00

ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДБез проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769-XII від 23.XII. 1993 р.Публікується
в редакції заявника

(54) СПОСІБ ТИМПАНОПЛАСТИКИ

1

- (21) 95010136
(22) 06.01.95
(24) 16.12.96
(46) 28.02.97. Бюл. № 1
(47) 16.12.96
(56) J.L.Sheehy. Surgery of chronic otitis media. Otolaryngology. Maryla, 1972 (прототип).
(72) Сушко Юрій Олександрович, Борисенко Олег Миколайович
(73) Київський науково-дослідний Інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка (UA)

2

- (57) Способ тимпаноластики, включающий проведение санации полостей среднего уха, заднюю тимпанотомию, восстановление барабанной перепонки и установку тефлоновой прокладки, отличающийся тем, что через заднюю стенку барабанной полости вводят тефлоновую дренажную трубку к устью слуховой трубы, а со стороны антростомайдальной полости вводят вторую дренажную трубку в адитус, а тефлоновую прокладку устанавливают только в барабанной полости.

Изобретение относится к области медицины, в частности к оториноларингологии, и может быть использовано при реконструктивно-восстановительных операциях на среднем ухе. Функциональные результаты слухоулучшающих операций у больных хроническим гнойным средним отитом зависят от возможности восстановления большой новой воздухоносной барабанной полости, что является сложной задачей при наличии активного воспалительного процесса в среднем ухе и нарушении целостности слизистой оболочки.

Известен способ формирования неотимпанальной полости с помощью тефлоновых прокладок (Ю.А.Сушко. Формирование неотимпанальной полости при слухоулучшающих операциях у больных хроническим гнойным средним отитом и его последствиями. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - К.,

1980). Согласно которому из листа тефлона (фторопласт 4) толщиной 0,2-0,4 мм вырезается прокладка, по форме повторяющая контуры неотимпанальной полости, имеющая выступ, который вводится в барабанное устье слуховой трубы.

Недостатком известного способа является его низкая эффективность для дренирования ретротимпанальных полостей среднего уха и отсутствие сообщения с воздухоносной системой носоглоточного отростка.

Наиболее близким по своей сущности и достигаемому эффекту (прототипом) является способ восстановления воздухоносных полостей среднего уха J.L.Sheehy. Surgery of chronic otitis media. Otolaryngology. Maryla. - 1972), включающий вскрытие антростомайдальной полости, заднюю тимпанотомию, прокладывание тефлоновых пленок со стороны антростомайдальной полости в бара-

(19) UA (11) 13433 (13) A

банную через ее заднюю стенку вплоть до барабанного устья слуховой трубы, закрытие барабанной полости аутоотоспонтантом из фасции височной мышцы.

Недостатками прототипа являются необходимость повторного вскрытия антрамастоидальной полости для извлечения тефлоновых прокладок и отсутствие возможности активного воздействия на течение раневого процесса во вновь образованной неотимпанальной полости.

Изобретение направлено на создание такого способа, при котором восстанавливается воздушное пространство во всех полостях среднего уха и создается возможность активного медикаментозного воздействия на течение раневого процесса в них при полном сохранении задней костной стенки слухового прохода у больных хроническим гнойным средним отитом с наличием активного воспалительного процесса в среднем ухе.

Реализация данного изобретения производится с помощью проведения антрамастотомии, задней тимпанотомии и восстановления воздухоносности полостей среднего уха при сохранившейся слизистой оболочке барабанной полости в мезо- и гипотимпануме с помощью тефлоновых дренажных трубок, одна из которых вводится со стороны антрамастоидальной полости через отверстие в задней стенке барабанной полости в последнюю к тимпанальному устью слуховой трубы, вторую трубку – в антрамастоидальную полость; при отсутствии слизистой оболочки в мезо- и гипотимпануме на медиальную стенку барабанной полости укладывается тефлоновая пленка так, что передний конец ее вводится в тимпанальное устье слуховой трубы, а задний край закрывает ниши окон лабиринта, после чего аналогичным способом в барабанную полость подводятся дренажные трубки.

Отличительной особенностью является то, что разработанный способ позволяет восстановить воздухоносность полостей среднего уха с помощью тефлоновой прокладки, уложенной в барабанной полости, медикаментозно воздействовать на воспалительный очаг в полостях среднего уха через дренажные трубки и при этом нет необходимости производить повторную антрамастотомию для извлечения тефлоновой прокладки из мастоидальной полости.

Осуществление данного изобретения позволит получить стойкий функциональный результат слухоулучшающих операций.

Сущность изобретения поясняется схемой, где: 1 – тефлоновая дренажная трубка, введенная к тимпанальному устью слуховой

трубы; 2 – тефлоновая дренажная трубка, введенная к аттике; 3 – тефлоновая пластинка.

Способ осуществляется следующим образом.

Эндомеатально производят подготовку тканевого ложа для укладки неотимпанальной мембраны и щадящую аттикотомию. Заушным доступом выполняют антрамастотомию и заднюю тимпанотомию. Из аттика, адитуса и антрума удаляют патологически измененные ткани. Через заднюю стенку барабанной полости со стороны антрамастоидальной раны вводят дренажную тефлоновую трубку толщиной 1,0–1,5 мм к тимпанальному устью слуховой трубы. В антрамастоидальную полость вводят вторую тефлоновую дренажную трубку толщиной 2,0–2,5 мм. При сохранившейся слизистой оболочке в барабанной полости неотимпанальную мембрану из листка височной аутофасции укладывают на подготовленное ложе; если же слизистая оболочка барабанной полости отсутствует полностью или в значительной степени, на промонториальную стенку предварительно укладывают тефлоновую прокладку. Меатотимпанальный лоскут возвращают на место. Слуховой проход тампонируют. Заушную рану зашивают наглухо.

Показания к применению: хронический гнойный средний отит и его последствия, за исключением форм с инвазивной холестеатомой.

1. Реализация способа при сохранившейся слизистой оболочке барабанной полости.

После инфильтрационной анестезии кожи наружного слухового прохода 2%-ным раствором новокаина производят полукружный циркулярный разрез, отступя 1 см от костного барабанного кольца. Кожу слухового прохода отсепааровывают вместе с остатками барабанной перепонки, сбивают латеральную стенку аттика, удаляют патологически измененные наковальню и головку молоточка (стремятся сохранить рукоятку молоточка, если она не повреждена), удаляют ороговевший край перфорации. После инфильтрационной анестезии мягких тканей заушной области 1%-ным раствором новокаина, разрезом вдоль переходной складки обнажают сосцевидный отросток. В типичном месте производят широкое вскрытие и санацию клеток сосцевидного отростка и сосцевидной пещеры. Истончают заднюю костную стенку наружного слухового прохода и производят заднюю тимпанотомию. Через отверстие в задней стенке барабанной полости к тимпанальному устью

слуховой трубы со стороны антромастоидальной раны вводят тefлоновую дренажную трубку толщиной 1,0–1,5 мм. В адитус со стороны сосцевидного отростка вводят вторую дренажную трубку толщиной 2,0–2,5 мм. Со стороны наружного слухового прохода на костное барабанное кольцо под остатки барабанной перепонки укладывают листок аутофасции височной мышцы. Меатотимпанальный лоскут возвращают на место, слуховой проход тампонируют. Заушную рану зашивают наглухо. Асептическая повязка на рану.

2. Реализация способа при полном или частичном отсутствии слизистой оболочки барабанной полости.

После инфильтрационной анестезии кожи наружного слухового прохода 2%-ным раствором новокаина производится разрез по задней, нижней и передней стенкам, отступя 1,0–1,5 см от костного барабанного кольца. Кожа слухового прохода отсепа-рывается вместе с эпидермальной выстилкой барабанной полости. Расширяется костный отдел наружного слухового прохода, при необходимости сбивают латеральную стенку аттика, удаляют патологически измененные остатки слуховых косточек. На медиальную стенку барабанной полости укладывают тefлоновую пластинку так, что она полностью закрывает скальпированные стенки барабанной полости и заходит на остатки слизистой оболочки, при необходимости конец ее вводят в тимпанальное устье слуховой трубы. После инфильтрационной анестезии мягких тканей заушной области 1%-ным раствором новокаина разрезом вдоль заушной складки обнажают сосцевидный отросток, производят широкое вскрытие и санацию клеток сосцевидного отростка и антрума. Источают заднюю костную стенку наружного слухового прохода и производят заднюю тимпанотомию. Завершающий этап операции производят так же, как и в первом варианте.

Пример 1. Выписка из истории болезни № 947. Больной П. поступил в ОРВХ СВЦ КНИИОЛ с диагнозом "Хронический гнойный эптитимпанит справа". При отоскопии отмечали дефект задних отделов барабанной перепонки, ход в аттик, откуда виднелась холестеатома, имелось скудное гнойное отделяемое. При бактериологическом исследовании экссудата из среднего уха обнаружен рост *Pseudomonas aeruginosa*, устойчивой ко всем тестируемым антибиотикам за исключением гентамицина.

Эндауральным подходом произведен подготовительный этап операции, после чего заушным доступом произведена саниру-

ющая часть операции, во время которой из аттика и адитуса удалена холестеатома, произведена задняя тимпанотомия. Цепь косточек сохранена. Слизистая оболочка барабанной полости сохранена. Через заднюю стенку барабанной полости к тимпанальному устью слуховой трубы введена тefлоновая дренажная трубка диаметром 1,0 мм, длиной 7 см. В адитус со стороны антромастоидальной полости введена вторая дренажная трубка диаметром 2,0 мм, длиной 6 см. Листок аутофасции височной мышцы уложен на костное барабанное кольцо под остатки барабанной перепонки. Меатотимпанальный лоскут возвращен на место. Тампонада слухового прохода. Заушная рана послойно ушита наглухо. Ушная асептическая повязка.

Послеоперационное течение гладкое. Жалоб больной не предъявлял. Температура тела не повышалась. На следующий день после операции в барабанную полость через дренажные трубки введена лекарственная смесь, состоящая из суспензии гидрокортизона и раствора гентамицина в соотношении 1:1, которая свободно проходила в носоглотку. Тампоны из наружного слухового прохода удалены на следующий день после операции. В последующем производили ежедневные инстиллянии лекарственной смеси в барабанную полость. Дренажная трубка из адитуса удалена на 5-ый день. Заушная рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 7-ой день. Дренаж из барабанной полости удален на 10 день. В течение 8 дн производился сухой туалет слухового прохода. В течение 7 дн – антибиотикотерапия. Больной выписан на работу на 14 день после операции с полным заживлением и улучшением слуха.

Пример 2. Выписка из истории болезни № 1134. Больная Ш. поступила в ОРВХ СВЦ КНИИОЛ с диагнозом "Хронический гнойный эпимезотимпанит справа в стадии ремиссии, эпидермизация медиальной стенки барабанной полости".

Эндомеатально произведена отсепа-ровка кожи задней, нижней и передней стенок наружного слухового прохода и эпидермальной выстилки барабанной полости одним блоком. В тампанальное устье слуховой трубы обнаружена слизистая оболочка. Сбита латеральная стенка аттика. Удалены остаток наковальни и головка молоточка. На медиальную стенку барабанной полости уложена пластинка тefлона так, что конец ее введен в тимпанальное устье слуховой трубы, задний край закрывает окна лабиринта, а верхний – упирается в крышку аттика. Заушным доступом произведена ан-

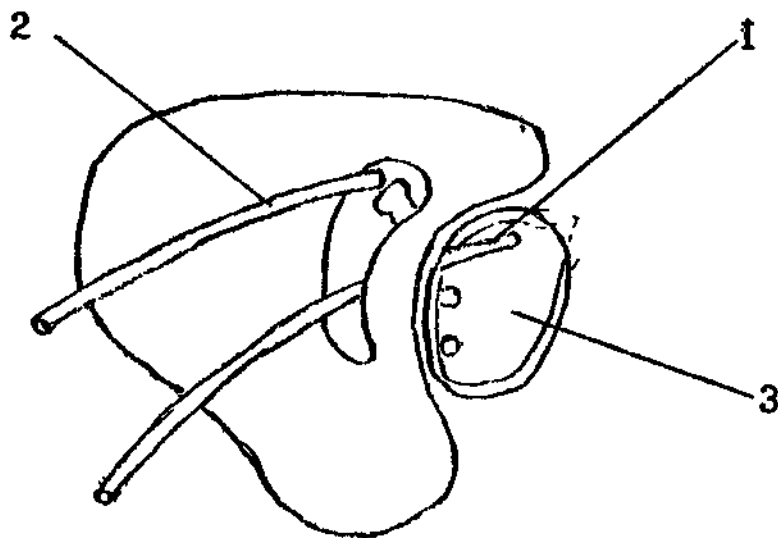
тромастидэктомия, истончена задняя костная стенка наружного слухового прохода, сделана задняя тимпанотомия. Введены дренажные трубки: одна – в барабанную полость к устью слуховой трубы, вторая – в адитус со стороны антростаидальной полости. Барабанная полость закрыта листком аутофасции височной мышцы, который укладывают на костное барабанное кольцо. Меатотимпанальный лоскут возвращен на место. Тампонада слухового прохода. Заушная рана послойно ушита.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Температура тела не повышалась, жалоб больная не предъявляла. Тампоны из слухового прохода удалены на второй день. В течение 7 дн проводилась антибиотикотерапия и сухой туалет слухового прохода. С первого дня послеоперационного периода через дренажные трубки в

барабанную полость вводили раствор гентамицина и суспензию гидрокортизона. Трубка из адитуса удалена на 4-ый день, а из барабанной полости – на 10-ый. На 16-ый день после операции больная выписана.

Таким образом, заявляемый способ тимпанопластики имеет существенные преимущества, а именно:

- 10 – позволяет восстановить воздухоносность всех полостей среднего уха и неотимпанальную мембрану в один прием, максимально сохранив при этом архитектуру барабанной полости и наружного слухового прохода даже при наличии активного воспалительного процесса в среднем ухе;
- 15 – дает возможность вводить лекарственные препараты непосредственно в барабанную полость и управлять течением раневого процесса.



Упорядник

Техред М.Моргентал

Коректор А. Обручар

Замовлення 4115

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101