



УКРАЇНА

(19) UA (11) 24519 (13) A

(51)6 A 61 F 11/00

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

(54) СПОСІБ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ПО ЗАКРИТОМУ ТИПУ

1

(21) 97052317

(22) 20.05.97

(24) 21.07.98

(46) 30.10.98. Бюл. № 5

(47) 21.07.98

(56) 1. Portmann M. The choice of techniques for the surgery of chronic otitis media with cholesteatoma//Journ. Laryngology and Otology. - 1985. - Vol. 99. - P. 533-537.

2. Яловой С.Ф. Применение аллогенного костного матрикса с приданными противомикробными свойствами при хирургическом лечении хронического среднего отита: Дисс. ... канд. мед. наук. - Киев, 1992. - 190 с.

(72) Березнюк Володимир Васильович, Моргачова Ганна Костянтинівна, Лищенко Дмитро Володимирович

2

(73) Березнюк Володимир Васильович, Моргачова Ганна Костянтинівна, Лищенко Дмитро Володимирович

(57) 1. Способ тимпаноластики по закрытому типу, включающий раздельную аттико-антромастотомию с реконструкцией барабанной перепонки, облитерацию антромастoidalной полости костной стружкой, о т л и ч а ю щ и й с я тем, что перед облитерацией антромастoidalной полости отграничение антрума производят аутофасциальным трансплантантом и костным фрагментом на границе антрума с адитусом сохраняя воздушным просвет последнего.

2. Способ по п. 1, о т л и ч а ю щ и й с я тем, что в латеральной стенке адитуса выполняют отверстие и вводят через него дренажную трубку в адитус.

Изобретение относится к медицине, а именно, к оториноларингологии и может быть использовано при слухоулучшающих операциях для лечения больных хроническим средним отитом.

Одной из проблем, возникающих при слухоулучшающих операциях по закрытому типу является образование неконтролируемого ретракционного кармана барабанной перепонки и возникновение вследствие этого ретракционной холестеатомы.

Известен способ тимпаноластики по закрытому типу, включающий раздельную аттикантромастотомию и облитерацию

антромастoidalной полости у больных хроническим средним отитом [Portmann M. The choice of techniques for the surgery of chronic otitis media with cholesteatoma//Journ. Laryngology and Otology. - 1985. - Vol. 99. - Pp. 533-537]. Известный способ предусматривает аттико-антральную изоляцию перекрытием адитуса аутофасциальным лоскутом и смоделированной по размерам адитуса костной пластиной. Сущность метода сводится к следующему: в случаях, когда у больных хроническим средним отитом с холестеатомой есть тенденция к втяжению барабанной перепонки, производится тим-

(19) UA (11) 24519 (13) A

панопластика по закрытому варианту с ограничением аттика, адитуса и антрума от барабанной полости путем их облитерации костными трансплантатами.

Указанный способ имеет следующие недостатки:

невозможность применения при сохраненной цепи слуховых косточек из-за последующего выраженного снижения слуха;

недостаточная вентиляция и дренаж из реконструированной барабанной полости при нарушенной функции слуховой трубы.

Наиболее близким по технике исполнения и достигаемому результату является способ тимпанопластики по закрытому типу, включающий раздельную аттикоантромастотомию с реконструкцией барабанной перепонки и облитерацию антромастoidalной полости костной стружкой [Яловой С.Ф. Применение аллогенного костного матрикса с приданными противомикробными свойствами при хирургическом лечении хронического среднего отита: Дисс. ...канд. мед. наук. – Киев, 1992, – 190 с.].

Известный способ предусматривает аттико-антральную изоляцию перекрытием адитуса аутофасциальным лоскутом и смоделированной по размерам адитуса костной пластиной.

Сущность способа сводится к следующему. После раздельной аттико-антротомии со стороны антрума производится аттико-антральная изоляция путем перекрытия адитуса при помощи аутофасциального лоскута и специально смоделированной по размерам адитуса костной пластинки, затем антромастoidalная полость облитерируется костной стружкой.

Применение известного способа позволяет исключить возможность образования ретракционного кармана барабанной перепонки, однако облитерация адитуса при сохраненной цепи слуховых косточек приведет к ограничению подвижности наковальни и, таким образом, к снижению слуха.

Кроме того, отсутствие дополнительного дренажа из реконструированных полостей среднего уха при сниженной функции слуховой трубы может привести к облитерации барабанной полости в случаях одномоментной тимпанопластики.

В основу изобретения поставлена задача создания такого способа тимпанопластики по закрытому типу, применение которого позволило бы сохранить подвижность наковальни при сохраненной цепи слуховых косточек.

Поставленная задача решается тем, что в способе тимпанопластики по закрытому

варианту, включающем раздельную аттикоантромастотомию с реконструкцией барабанной перепонки, облитерацию антромастoidalной полости костной стружкой, согласно изобретению перед облитерацией антромастoidalной полости отграничение антрума производят аутофасциальным трансплантатом и костным фрагментом на границе антрума и адитуса, сохраняя воздушным просвет последнего, при этом в латеральной стенке адитуса выполняют отверстие и вводят через него дренажную трубку в адитус.

Перекрытие просвета между адитусом и антрумом аутофасциальным трансплантатом и плотно подогнанным костным фрагментом позволяет изолировать адитус от антрума, сформировать воздушный просвет адитуса и тем самым обеспечить подвижность наковальни, необходимую для передачи звуковых колебаний.

Выполнение отверстия в латеральной стенке адитуса и введение через него дренажной трубки в адитус обеспечивает длительный эндауральный дренаж адитуса и его вентиляцию, что позволяет снизить вероятность возникновения спаечного процесса и ретракционной холестеатомы.

Заявляемый способ возможно применять при хроническом среднем отите с сохраненной цепью слуховых косточек, так как он не приводит к снижению слуха.

Способ осуществляется следующим образом.

Позадиушным доступом производится раздельная аттико-антромастотомия. При сохраненной стенке слухового прохода выполняется ревизия барабанной полости и подготовка к тимпанопластике. Все полости среднего уха тщательно saniруются. На границе адитуса и антрума просвет перекрывается аутовисочной фасцией и плотно по размеру подогранным фрагментом аутокости из кортикального слоя мастоида. Антромастoidalная полость заполняется аутокостной стружкой, пропитанной раствором антибиотика. В области латеральной костной стенки адитуса отступив 4–5 мм от костного барабанного кольца с помощью электрического бора накладывают фрезевое отверстие диаметром 2 мм. Затем через отверстие вставляют в адитус тefлоновую дренажную трубочку такого же диаметра, плотно фиксированную в костном канале, свободный конец которой на 5–6 мм выступает в просвет наружного слухового прохода. В последующем производят пластику барабанной перепонки и при необходимости оссикулопластику. На завершающем этапе через дренаж в адитус вводят из шпри-

ца раствор антибиотика. Укладывают турунду в слуховой проход и накладывают швы на заушную рану.

Ниже приведены результаты проведения операции предлагаемым способом несколькими больным.

Пример конкретного выполнения способа.

В качестве примера приводим историю болезни № 14573. Больной М. поступил в отделение микрохирургии уха Днепропетровской областной больницы 21.01.96 г. по поводу правостороннего хронического гнойного мезоэпитимпанита. При поступлении отмечались жалобы на снижение слуха, выделения из правого уха 2–3 раза в год. Считает себя больным свыше 15 лет. При отомикроскопии определяется субтотальная перфорация барабанной перепонки. Слизистая барабанной полости подушкообразно утолщена, отечна, гиперемирована. Определяется рукоятка молоточка. Функция слуховой трубы по Miller-Flisberg-Siedentop в модификации Ю.А.Сушко, Ю.А.Руденко – VA-1 степени. Шепоточную речь правым ухом воспринимает с расстояния 1,5 м, разговорную – с 5 м. На аудиограмме правого уха от 21.01.96 г. имеется повышение воздушно проведенных звуков до уровня 35 дБ – 40 дБ по всей тон-шкале, костно проведенные звуки на уровне 10 дБ. Костно-воздушный интервал составляет 25 дБ – 30 дБ. На рентгенограмме по Шюллеру от 21.01.96 г. склеротические изменения правого сосцевидного отростка и пневматический тип строения левого. При микробиологическом исследовании отделяемого из правого уха от 21.01.96 г. № 564 – патологического роста не выявлено.

Другое ухо без изменений.

22.01.96 г. произведена операция – правосторонняя раздельная аттико-антромастоидотомия с облитерацией антромастоидальной полости тимпанопластикой и дренированием адитуса.

После местной анестезии лидокаином и внутривенным наркозом каллипсоном на фоне седуксена произведен послойный разрез, отступив 0,5 см от позадишной переходной складки. Кожа задней стенки слухового прохода отсепарована вместе с фиброзным кольцом барабанной перепонки. Произведен Т-образный разрез задней стенки слухового прохода до соединения с задним краем перфорации перепонки. Образованы задне-верхний и задне-нижний кожные лоскуты. Затем, отступив 7–8 мм от фиброзного барабанного кольца, параллельно ему был сделан дополнительный разрез по передней и нижней стенке слухового

прохода от уровня 1 час до уровня 7 час. Кожа передне-нижней стенки отсепарована вместе с фиброзным кольцом в указанном секторе. Таким образом, образовано ложе для укладки трансплантата неотимпанальной мембраны в переднем, нижнем и заднем отделах. Затем произведена частичная аттикотомия с ревизией барабанной полости. Цепь слуховых косточек сохранена, наковальня освобождена от окружающих грануляций. Гиперплазированная слизистая барабанной полости сохранена. Устье слуховой трубы несколько сужено отечной слизистой оболочкой. Вскрыт антрум небольших размеров, заполненный грануляциями. Антрум и периантральные клетки очищены от патологических тканей костной ложечкой. Адитус отграничен от антрума лоскутом из аутовисочной фасции и аутокостным фрагментом (не касаясь наковальни). Антромастоидальная полость заполнена аутокостной стружкой. В области латеральной костной стенки адитуса с помощью бор-машини проделано отверстие диаметром 2 мм, через которое введена дренажная трубка.

Под остатки барабанной перепонки, фиброзное кольцо, кожные лоскуты, рукоятку молоточка, уложена предварительно заготовленная и подсушенная, аутофасция височной мышцы и выведена в образованный подкожный тоннель передне-нижней стенки слухового прохода.

Рана послойно ушита, наложена асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 12-й день больной выписан домой с хорошо васкуляризированной неотимпанальной мембраной. Слух улучшился до восприятия шепотной речи с расстояния 2 м, разговорной речи – с расстояния более 6 м. При контрольных осмотрах через 1 месяц и 6 месяцев: неотимпанальная мембрана серая, расположена обычно, перфорация и ретракционный карман отсутствуют. Дренажно-вентиляционная трубка в адитусе свободно проходима, отделяемого нет. Слух улучшился до восприятия шепотной речи с расстояния 3 м, разговорной речи – более 6 м. На аудиограмме от 26.01.97 г. костно-воздушный интервал уменьшился до 10 дБ со снижением порогов воздушно проведенных звуков до 20 дБ.

По сравнению с существующими предлагаемый способ тимпанопластики по закрытому типу с облитерацией антромастоидальной полости и дренированием адитуса обеспечивает профилактику образования ретракционного кармана барабанной перепонки и ретракционной холесте-

стеатомы при сохранении подвижности на-
ковальни, создает условия для длительного
дренирования и вентиляции реконструкци-

онных полостей среднего уха, улучшает ус-
ловия для заживления и сокращает сроки
лечения.

Упорядник

Техред М.Келемеш

Коректор Н. Король

Замовлення 4594

Тираж

Підписне

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

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