



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 62396

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ ЛАТЕРАЛЬНОЇ СТІНКИ АТТИКА ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

1

2

(21) 2003032274

(22) 17 03 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р

(72) Нечипоренко Віталій Петрович, Нечипоренко
Павло Віталійович, Коваль Олег Миколайович(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб реконструкції латеральної стінки аттика при лікуванні хворих на хронічний гнійний середній отит шляхом фіксації кісткового трансплантата, який відрізняється тим, що додатково виконують клиноподібну трепанацію кісткової стінки в передньому відділі дефекту латеральної стінки аттика, формують трансплантат, що відповідає розмірам і формі дефекту, і фіксують його в дефекті

Відомий спосіб реконструкції латеральної стінки аттика, узятий нами як прототип (1). Він полягає в тому, що заготовлюють трансплантат з кортикальної аутокістки площадки соцевидного відростка більшого розміру, чим розмір кісткового дефекту. На його поверхні, зверненої в просвіт зовнішнього слухового проходу, формують увігнутий рельєф, що повторює обриси останнього. Зовнішні краї кісткової пластинки утоншують за допомогою бора так, щоб вони щільно прилягали до кісти задньовисхідної стінки слухового проходу. Поверхню кісткового фрагмента, звернену в аттик, не оброблюють. Фрагмент утримується на місці завдяки точному припасуванню й аутофібриновому клею. Але даний спосіб має наступні недоліки:

1. Зайво тонке припасування кісткового трансплантата по розмірах дефекту.

2. Необхідність фіксувати його за допомогою аутофібринового клею для запобігання зсуву.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу відновлення латеральної стінки аттика, у якому забезпечується підвищення ефективності лікування хворих на хронічний гнійний середній отит за рахунок підвищення надійності фіксації кісткового трансплантата.

Спосіб здійснюють таким чином: після місцевої інфільтраційної анестезії 2% розчином новокаїну чи під загальним масочним наркозом, заушним підходом виконують основний етап сануючої операції, видаляють патологічне змінені тканини і холестеатому. Потім приступають до реконструкції латеральної стінки аттика. Край дефекту обробляють алмазним бором, ліквідують нерівності у

передньому відділі дефекту бором діаметром до 1 мм роблять трепанацію кісти у виді клина таким чином, щоб не травмувати край кісткового барабанного кільця. Трансплантат з консервованої алокістки чи фрагмента кортикальної кістки соцевидного відростка моделюють з урахуванням розмірів дефекту і штучно виконаного додаткового запила. На поверхні, зверненої в просвіт зовнішнього слухового проходу формують увігнутий рельєф. Трансплантат щільно вклинюють у залишки латеральної стінки аттика.

Наводимо конкретний приклад здійснення способу.

Хвора В., 14 років надійшла в ЛОР клініку ІНВХ 11 07 99р із приводу лівостороннього хронічного гнійного епімізотимпаніта. Тривалість захворювання 10 років.

При отоскопії ліворуч у слуховому проході гнійне відокремлюване, велика крайова перфорація барабанної перетинки у верхньому відділі, дефект латеральної стінки аттика. На Ro-грамі соцевидних відростків по Шуглеру відзначається склеротичний тип будівлі з двох сторін. На аудіограмі, кондуктивний тип приглухуватості 1 ступеня, кістково-повітряний інтервал - 35дБ по всій тональній шкалі. Шепітна мова 2,5м, розмовна - 4,5м.

12 07 99р зроблена лівостороння сануюча операція з реконструкцією латеральної стінки аттика і закритим варіантом тимпанопластики. Після інтактної мастоїдектомії з задньою тимпанотомією і видалення холестеатоми з аттика і ретротимпанума, зроблена реконструкція латеральної стінки аттика фрагментом алокістки за вищеописаною

(13) A

(11) 62396

(19) UA

методикою. Залишки ковадла вилучені. На голівку стремена встановлен хрящовий протез і підведений другим краєм під неотимпанальну мембрану. Мембранопластика виконана шматком аутофасції скроневого м'яза. Завушна рана ушита наглухо. Слуховой прохід крихко затампонований йодоформовими турундами.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Рана зажила первинним натягом, слуховий прохід розтампонован, зняті шви на 7 добу. При виписці тимпанальна мембрана сірого кольору, рухлива. Слуховой прохід звичайної форми. На контрольній аудіограмі підвищення порогів повтрянупроведених звуків до рівня 10дБ, кістково-повтрянний інтервал скоротився до 5дБ. Шептна мова 5м, розмовна - <6м. При контрольних оглядах

протягом 24 місяців стан лівого вуха стабільний.

У результаті запропонованого способу досягається проста і надійна фіксація кісткового трансплантата, не потребуючого застосування клейових композицій. Знижується кількість післяопераційних ускладнень, таких як ретракція тимпанальної мембрани, утворення ретракційної холестеатоми. Попішуються морфологічні і функціональні результати хірургічного лікування хворих на хронічний гнійний середній отит.

Джерела інформації, прийняті в увагу

1. Борисенко О.М. Клініко-експериментальне обґрунтування методів хірургічного лікування хворих на хронічний гнійний середній отит. Дис. докт. мед. наук / Київ, Інститут отоларингології - К., 2001. -146-147.