



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **68690** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	u 2011 10363	(72) Винахідник(и):	Сушко Юрій Олександрович (UA), Борисенко Олег Миколайович (UA), Мініна Ганна Юріївна (UA)
(22) Дата подання заявки:	25.08.2011	(73) Власник(и):	ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ІМ. ПРОФ. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ", вул. Зоологічна, 3, м. Київ, 03068 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	10.04.2012		
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	10.04.2012, Бюл.№ 7		

(54) СПОСІБ МОДИФІКАЦІЇ ТРАНСЛАБІРИНТНОГО ДОСТУПУ У ХВОРИХ НА АКУСТИЧНУ НЕВРИНОМУ

(57) Реферат:

Спосіб модифікації транслабірінтного доступу у хворих на акустичну невриному шляхом виконання додаткового видалення кісткового масиву.

UA 68690 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до отоларингології, і може бути використана для забезпечення більш зручного та менш травматичного хірургічного доступу до акустичної невриноми у внутрішньому слуховому проході зі збереженням лицьового нерва.

Однією з проблем, що виникають при проведенні транслабірінтного доступу є часті пошкодження лицьового нерва та недостатній підхід до пухлини у внутрішньому слуховому проході та мостомозочковому куті, що є наслідком глибокої операційної рани та відповідних меж доступу (Translabyrinthine approach for vestibular schwannomas: operative technique/ Roche PH, Pellet W, Moriama T, Thomassin JM/ Prog Neurol Surg 2008, 73-8).

Найближчим аналогом є запропонований транслабірінтний доступ W. House, 1961 р. (Otolologic Surgery/Translabyrinthine Vestibular Neurectomy/ Crag A Buchman, 2010), який складається з основних етапів: а) заушний розтин шкіри та відшарування м'яких тканин та окістя б) антромастоїдектомія: ідентифікація антрума та латерального напівколового каналу, розкриття соскоподібного паростка та сигмоподібного синуса дозад (видаляється кістковий масив дозад до сигмоподібного синуса, дотори до дна середньої черепної ями), скелетонізація сигмоподібного синуса, проведення мастоїдектомії нижче латерального півкологового каналу, виділення лицьового нерва; в) лабіринтектомія: видалення кістки в ділянці синодурального кута, розсверлення латерального та заднього напівколових каналів, відкривається присінок, ідентифікується area cribiformis; г) розкриття внутрішнього слухового проходу (ВСП): видаляється кістка навкруги та вздовж внутрішнього слухового проходу, спочатку видалення кістки проводиться від лабіринту до рівня цибулини яремної вени, далі видалення вестибулярного акведукта та ендолімфатичного міхура, декомпресія сигмоподібного синуса, видалення нижньої поверхні ВСП між цибулиною яремної вени та ВСП, ідентифікація кохлеарного протоку, видалення верхнього краю porus acusticus internus. Але при виконанні даного доступу виникає складність працювати хірургу в досить вузькому просторі в глибині рани.

Задачею запропонованої корисної моделі є розробка такого варіанта транслабірінтного доступу до внутрішнього слухового проходу та мостомозочкового кута, який за рахунок додаткового розширення меж операційного поля дасть можливість зменшити глибину операційної рани та максимально всебічно наблизитись до пухлинної тканини та видалити її.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі модифікації транслабірінтного доступу у хворих на акустичну невриному шляхом виконання операції за загальноновизнаною методикою, згідно з корисною моделлю, здійснюють додаткове видалення кісткового масиву на 1,5 см вище від дна середньої черепної ями, та на 2 см дозад відступаючи від сигмоподібного синуса у напрямку потилиці.

Спосіб виконується наступним чином:

Заушний розтин шкіри виконується С-подібно відступаючи 8 см від заушної складки. Відшаровуються м'які тканини і розтинається Т-подібно окістя та м'язи. Виконується розширена мастоїдектомія із збереженням задньої кісткової стінки зовнішнього слухового проходу. Далі, згідно з корисною моделлю, дозад видаляється кістка відступаючи на 2 см від сигмоподібного синуса у напрямку потилиці. Доверху видаляється кістка на 1,5 см вище від дна середньої черепної ямки. Це дозволяє відтиснути тверду мозкову оболонку разом із сигмоподібним синусом дозад, а скроневу долю мозку - доверху, що забезпечує більш широкий підхід до задньої черепної ямки і структур мостомозочкового кута, а також уникнути використання ранорозширювача, що зменшує глибину операційної рани і значно полегшує видалення пухлини. Далі доступ виконується так само як і стандартний транслабірінтний доступ.

Використання розширеного транслабірінтного доступу дозволяє видалити пухлини більших розмірів, працювати на меншій глибині операційної рани, що дозволяє уникнути небезпечних ускладнень, пов'язаних з кровотечею, травмуванням стовбура мозку і черепних нервів.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб модифікації транслабірінтного доступу у хворих на акустичну невриному шляхом виконання операції за загальноновизнаною методикою, який **відрізняється** тим, що здійснюють додаткове видалення кісткового масиву на 1,5 см вище від дна середньої черепної ямки та на 2 см дозад, відступаючи від сигмоподібного синуса у напрямку потилиці.

Комп'ютерна верстка Л.Литвиненко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601