

Винахід відноситься до медицини, а саме до оториноларингології, і може бути використаний при тимпанопластиці у хворих з відсутнім молоточком або його держальцем.

Однією з важливих умов відновлення Слуху у хворих, хронічним гнійним середнім отитом є наявність держальця молоточка [Harner S. Facer G., McDonald T. Experiens with a polyethelene total ossicular replacement protheses//Arch. Otolaryng. - 1979. -Vol. 105 N 3. - P 137-139; Helms J. Die Wiederherstellung der schallpitunschette//H.N.O. - 1983. -31. -2. - S. 37-44; Goodhill J., Gussen R. The fate of ossicular allograft in tympanoplasty//Laryngoscope. -1983. - Vol. 93, 5. - P. 578-582; Baril C et al. Resultats fonctionnels d's ossiculoplasties. A propos de 216 cas//Artfl, Otolaryng. Chir. cervicovac. - 1988. - Vol 105, 1. - P. 69-76]. Держальце молоточка служить пунктом, до якого фіксуються елементи звукопровідної системи (колумела, тотальний чи частковий протез слухових кісточок та Інш.). Але у багатьох хворих молоточок або лише його держальце відсутні, що значно затрудняє відновлення слуху.

Для пластичного відтворення барабанної перетинки при хронічних гнійних середніх отитах матеріалом вибору вважаються власні тканини хворого [Преображенский Н.А. VIII Всесоюзный съезд оториноларингологов СССР//Вестник оториноларингологии. - 1983. - А. -С. 70-77; Иськив Б.Г. Применение меато-тимпанопластики в комплексном лечении больных хроническим гнойным отитом// Методические рекомендации. — Киев. — 1984; Сушко Ю.А. Некоторые аспекты IV типа тимпанопластики//Журн. ушн., нос. и горл. болезней. - 1985. - 6. - С. 61-65; Tos M. Stability of tympanoplasty based on late results//O.R.L - 1980. - Vol. 42, 3. - P. 171-183; Paparella M., Jung T. Intact bridge tympanomastoidectomy - combining essential features of open or dozed prodesures//J.Laryngeal. Otol. -1983. -Vol. 977. - P. 579-585; Adkins W.Y., White B. Type tympanoplasty: Influencing factors//Laryngoscope. - 1984. -Vol.94.-n 7.-P. 916-918].

Відомий спосіб тимпанопластики при вкороченні держальця молоточка [McElveen J. Operative Challenges in Otolaryngology head and neck surg. Edited by H. Pillsbury, M. Goldsmith/Chicago, London, Boca Raton. -1990. P. 59-65], коли задню частину верхнього відділу фасціального трансплантату заводять за кістковий виступ латеральної стінки атика. Недоліком цього метода є те, що у пацієнтів з зруйнованою патологічним процесом латеральною стінкою атика або після радикальної операції на вусі використати цей метод неможливо. Крім того, при цьому способі не відтворюється держальце молоточка 1 відповідно, не відтворюється структура, до якої можна було б фіксувати елементи звукопроведення.

В основу винаходу поставлене завдання розробити спосіб, який би дозволив поряд з відновленням барабанної перетинки створити структуру, яка б виконувала функцію відсутнього держальця молоточка і цим самим - виконати більш досконалий варіант слухопокращуючої операції! підвищити ефективність лікування хворих.

Суть способу полягає у тому, що для закриття перфорації барабанної перетинки використовують фасціальний трансплантат, згідно з винаходом у товщі фасціального трансплантату створюють канал, у який вводять кістковий стовпчик; трансплантат зі стовпчиком вкладають у барабанну порожнину так, щоб стовпчик знаходився вертикально у верхніх відділах барабанної порожнини, не торкаючись кісткових її стінок.

Послідовність виконання способу: у товщі фасціального трансплантату, виконують сліпий канал в напрямку від периферії до центру, вісь каналу паралельна площині поверхні трансплантату. У канал вводять стовпчик з ауто- чи гомологічної кістки. Стовпчиком може бути фрагмент кортикального шару сосковидного паростку чи зовнішнього слухового проходу хворого, частина консервованих гомологічних слухових кісточок, чи кортикального шару трубчастих кісток. Після формування меатотимпального клаптя таке сполучення ауто-фасції з кістковим стовпчиком вводять у барабанну порожнину так, щоб стовпчик розміщувався вертикально, у верхній частині фасціального трансплантату, приблизно у положенні, яке займає держальце молоточка в нормі. Стовпчик повинен бути вільним, тобто не мати контакту з стінками порожнини для попередження його фіксації та порушення звукопроведення.

Приклад. У хворої Ш. (Історія хвороби 01/00220, у ЛОР-відділі Тернопільської обласної лікарні) з субтотальною перфорацією лівої барабанної перетинки 2 роки тому виконано тимпанопластику по загальноприйнятій методиці [Вульштейн х. Слухоулучшающие операции. М., 1972], але слух погіршився через те, що неотимпанальна мембрана втягнулась і вікно пресінка виявилось поза повітряною порожниною, крім того у нижніх відділах барабанної перетинки утворилась перфорація. 25.03.94 хворій виконано тимпанопластику по запропонованій методиці: у товщині аутофасціального трансплантата, отриманого з фасції м'язів гомілки, утворено сліпий канал, в який введено стовпчик, вирізаний з фрагменту кортикального шару зовнішнього слухового проходу. Після формування меатотимпального клаптя це сполучення аутофасції з аутокістковим стовпчиком ввели у барабанну порожнину так, щоб стовпчик розміщувався вертикально, у верхній частині фасціального трансплантату. Зовнішній трансплантат вкрито меаотимпанальним клаптем. Зовнішній слуховий прохід тампоновано. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хвора обстежена через 8 місяців після операції: перфорація барабанної перетинки відсутня, у верхніх відділах "рухомої мембрани" просвічувався тяж, який нагадував держальце молоточка; функція слуху покращилась.

Заявлений спосіб був успішно використаний у трьох хворих з субтотальною перфорацією барабанної перетинки і відсутнім держальцем молоточка.