



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3889

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ МОЗКОВОЇ ГРИЖІ СКРОНЕВОЇ ЧАСТКИ МОЗКУ ОТОГЕННОГО ГЕНЕЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

1

2

(21) 20040402826

(22) 16.04.2004

(24) 15.12.2004

(46) 15.12.2004, Бюл. № 12, 2004 р.

(72) Нечипоренко Віталій Петрович, Нечипоренко Павло Віталійович, Коваль Олег Миколайович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб пластики мозкової грижі скроневої частки мозку отогенного генезу у хворих на хронічний гнійний середній отит, що включає здійснення операційного доступу до кісткового дефекту нижньої стінки середньої черепної ямки, закриття дефекту трансплантатом, який відрізняється тим, що доступ до дефекту здійснюють через раніше сформовану антростоїдальну трепанаційну порожнину.

Пропонований спосіб відноситься до медицини, а саме до оториноларингології і може бути використаний для пластики кісткового дефекту нижньої стінки середньої черепної ямки (мозкової грижі скроневої частки отогенного генезу) у хворих на хронічний гнійний середній отит (ХГСО). Відомий спосіб пластики мозкової грижі скроневої частки отогенного генезу у хворих ХГСО, узятий нами як прототип (1). Він полягає в тому, що комбінованим транстемпоральним інтракраніальним і трансмастоїдальним підходом операція виконується спільно нейрохірургом і оториноларингологом. Доступ до кісткового дефекту нижньої стінки середньочерепної ямки здійснюють у такий спосіб: у лускатій зоні скроневої кістки роблять трепанацію черепа, через трепанаційний отвір мозкову тканину екстрадурально відсувають, визначають кістковий дефект нижньої стінки середньої черепної ямки з боку порожнини черепа і відтинають ніжку грижі від мозкової тканини. Фасцією закривають дефект після того, як тампон укладають між кісткою й отсепарованою твердою мозковою оболонкою. Після закінчення нейрохірургічної частини операції завушним розрізом виділяють раніше сформовану на попередніх етапах лікування трепанаційну антростоїдальну порожнину. Мозковий мішок видаляють разом із грануляціями, якщо вони оточують грижу. Тампон, поміщений нейрохірургом між кісткою і твердою мозковою оболонкою, видаляють, залишаючи відкритою фасцію.

Але даний спосіб має наступні недоліки:

1 Транстемпоральний інтракраніальний доступ передбачає неминучу додаткову операційну трав-

му скроневої частки мозку.

2. Транстемпоральний інтракраніальний підхід вимагає залучення нейрохірурга.

3. У зв'язку з травматичністю операційного доступу збільшується термін перебування в умовах стаціонару.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу пластики мозкової грижі скроневої частки отогенного генезу у хворих ХГСО, у якому забезпечується підвищення ефективності лікування за рахунок надійної фіксації кісткового трансплантата без додаткового транстемпорального інтракраніального доступу.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі пластики мозкової грижі скроневої частки отогенного генезу, що включає доступ до кісткового дефекту нижньої стінки середньої черепної ямки і закриття дефекту трансплантатом, відповідно до винаходу доступ до дефекту здійснюють через раніше сформовану трепанаційну антростоїдальну порожнину. Спосіб здійснюють таким чином: під загальним масочним наркозом роблять розріз шкіри по перехідній завушній складці. Виділяють раніше сформовану на попередніх етапах лікування трепанаційну антростоїдальну порожнину і доступ до кісткового дефекту нижньої стінки середньочерепної ямки здійснюють через неї. Виконують ревізію кісткового дефекту середньочерепної ямки і визначають його розміри. У залежності від ситуації проводять вправлення або висічення мозкового грижового мішка. Потім відсепаровують тверду мозкову оболонку від кістки по краю дефекту до 5-7мм у порожнині черепа з боку трепанацій-

(13) U

(11) 3889

(19) UA

ної антростоїдальної порожнини. Кістковий дефект усувають пластинкою кісткового трансплантату на 3-5мм більшого розміру дефекту по довжині і відповідному розмірі по ширині. Кісткову пластинку встановлюють у порожнину черепа під отсепаровану тверду мозкову оболонку. З боку трепанаційної антростоїдальної порожнини трансплантат вкривають аутофасцією скроневого м'яза. На завершальному етапі роблять меатоконхопластику, завушну рану ушивають наглухо.

Наводимо конкретний приклад здійснення способу Хвора О., 24 років надійшла в ЛОР клініку ІНВХ 15.06.98р. із приводу лівостороннього хронічного гнійного середнього отиту, стан після сануючої операції на лівому вусі, розкриття і санації отогенного абсцесу лівої скроневої частки мозку. Тривалість захворювання 10 років. Сануюча операція 24.02.98р.

При отоскопії ліворуч у слуховому проході убоге тканинне відокремлюване, післяопераційна і барабанна порожнини obtуровані м'якотканним новоутвором із синюшним відтінком.

При комп'ютерній томографії головною мозку і скроневої кістки виявлений дефект кістки нижньої стінки лівої середньої черепної ямки з пролабацією мозкової тканини в трепанаційну порожнину середнього вуха.

На аудіограмі: кондуктивний тип приглухуватості 1 ступеня, кістково-повітряний інтервал - 35дБ по всій тоні-шкалі. Шепітна мова: 2,5м, розмовна - 4,5м.

16.06.98р. зроблена пластика отогеної мозкової і рижі скроневої частки. Завушним підходом виділена раніше сформована трепанаційна антростоїдальна порожнина. Виконано ревізію кістковою дефекту середньої черепної ямки і визначені його розміри. Зроблено висічення грижового мішка, отсепарована тверда мозкова оболон-

ка від кістки по краї дефекту до 5-7мм у порожнині черепа з боку трепанаційної антростоїдальної порожнини. Кістковий дефект усунутий пластинкою кісткового трансплантата на 3-5мм більшого розміру дефекту по довжині і відповідному розмірі по ширині. Кісткова пластинка встановлена в порожнину черепа під відсепаровану тверду мозкову оболонку. З боку трепанаційної порожнини трансплантат укритий аутофасцією скроневого м'яза. На завершальному етапі зроблена меатоконхопластика, завушна рана ушита наглухо. Слуховий прохід рихло затампований йодоформними турундами. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Рана зажила первинним натягом, слуховий прохід растампован і зняті шви на 7 добу. При виписці післяопераційна порожнина добре виражена, без ознак пролабування мозкової тканини.

При контрольних оглядах протягом 4 років стан лівого вуха стабільний.

У результаті запропонованого способу досягається мінімальна травматизація мозкових структур, проста і надійна фіксація кісткового трансплантата, не потребуюча транстемпорального інтракраніального підходу, знижується кількість післяопераційних ускладнень, поліпшуються морфологічні і функціональні результати хірургічного лікування хворих на хронічний гнійний середній отит ускладнених мозковою грижею скроневої частки, скорочуються терміни перебування хворого в стаціонарі.

Джерела інформації, прийняті в увагу.

1. Ю.М. Овчинников, В.Е. Добротин, В.Т. Долгих, М.В. Боев, И.Х. Рабкин. Мозговая грыжа послеоперационной мастоидальной полости (современные аспекты проблемы). Вестник оториноларингологии №2, 1990. - 68-72с.