



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 54263

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

Видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА СОСКОПОДІБНОМУ ВІДРОСТКУ**

1

2

(21) 2002075399

(22) 01 07 2002

(24) 17 02 2003

(46) 17 02 2003, Бюл. № 2, 2003 р.

(72) Кушнір Антон Семенович

(73) ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІ ІМ. ПРОФЕ-
СОРА О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА АКАДЕМІЇ МЕДИЧ-
НИХ НАУК УКРАЇНИ(57) Спосіб попередження травматизації лицевого
нерва при оперативних втручаннях на соскоподіб-

ному відростку, де для попередження травматизації лицевого нерва здійснюють трепанацію соскоподібного відростка в окремій ділянці, який відрізняється тим, що до операції проводять визначення форми мозкового черепа за допомогою кефалографа, і за результатами обстеження роблять висновок про найбільший ризик ушкодження лицевого нерва, а далі визначають тактику операції

Винахід відноситься до медицини, а саме ото-риноларингології і може використовуватися перед виконанням сануючих та реконструктивних операцій на вусі

Пошкодження лицевого нерва з наступним розвитком парезів та стійких паралічів становлять одне з найбільш частих ускладнень, які виникають при операціях на вусі (Калина В.О., Шустер М.А. Периферические параличи лицевого нерва, - М., Медицина, 1970 - 208с., Гуковиц В.А. Аномалии среднего уха / Журн. ушных, носовых и горловых болезней, - 1994 - №3 - С.30-38). Найбільш частою причиною травматизації лицевого нерва в соскоподібних відростках є відхилення каналу нерва від своєї вертикальної осі назад від задньої стінки, слухового проходу. Визначення проходження каналу лицевого нерва звичайними методами, включаючи рентгенографію скроневої кістки, практично неможливе. З цієї метою може використовуватися лише комп'ютерно-томографічне дослідження скроневої кістки, однак дане обстеження може бути виконане не у всіх випадках.

Прототипом заявленого є авторське свідоцтво на винахід №1355250 від 30.11.1987р. Бюл. №44 Я.Л. Аськової, А.М. Коганова "Способ лечения болезни Меньера", де автори для профілактики пошкодження лицевого нерва пропонують виконувати трепанацію соскоподібного відростка для доступу до ендолімфатичного мішка, відступаючи на 4-8мм назад від умовної точки, що утворюється при перехресті двох перпендикулярних ліній, одна

з яких йде по задній стінці слухового проходу, а інша - по нижній. Недоліком цього способу є неможливість визначити до операції хід лицевого нерва.

Завдання винаходу - прогнозування типу проходження каналу лицевого нерва в соскоподібних відростках за рахунок проведення передопераційних морфометричних досліджень мозкового черепа і враховуючи ці дані при проведенні кісткового сануючого етапу операції зменшити ризик травматизації лицевого нерва.

Досягнутий технічний результат досягає у зниженні частоти виникнення післяопераційних ускладнень (парезів, паралічів лицевого нерва) внаслідок попередження його травматизації під час операції, передбачаючи хід каналу лицевого нерва в соскоподібних відростках.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі попередження травматизації лицевого нерва при оперативних втручаннях на соскоподібному відростку по авторському свідоцтву №1355250 від 30.11.1987р., де для профілактики пошкодження лицевого нерва під час операції здійснюють трепанацію відростка в певних межах, згідно винаходу, до операції проводять визначення форми мозкового черепа за допомогою кефалографа, і за результатами обстеження роблять висновок про найбільший ризик ушкодження лицевого нерва, а далі визначають тактику операції.

Відмінністю способу, що заявляється є передбачення на основі передопераційних вимірів чере-

(13) A

(11) 54263

(19) UA

па характеру топографії лицевого нерва

Спосіб здійснюється таким чином перед виконанням оперативного втручання проводиться визначення форми мозкового черепа на основі вимірів ширини і довжини його за допомогою кефалографа, форма черепа визначається за допомогою цефалічного індексу, який є відношенням ширини до довжини мозкового черепа, помноженим на число 100

Ширина черепа вимірюється між тім'яними виступами, довжина від glabella найбільш виступаючої точки потилиці. Брахіцефалічними вважалися черепи з індексом понад 80,0, мезоцефалічними - 75,0 - 79,9, доліхоцефалічними - з індексом до 74,9. У випадку брахіцефалічних черепів в зв'язку із значною частотою відстояння соскоподібною ділянки лицевого нерва від задньої стінки кісткового слухового проходу (до 4 - 5мм у 19,4±0,56% випадків) під час сануючої операції пропонується залишати більшу товщину кісткового масиву (штору) задньої стінки слухового проходу для уникнення

травматизації лицевого нерва. При мезоцефалічній формі черепа такий тип топографії нерва зустрічається лише в 3,5±0,65% випадків, при доліхоцефалічній формі черепа ризик пошкодження лицевого нерва під час операції на соскоподібному відростку мінімальний в зв'язку з прямим проходженням його каналу з відстанню від задньої стінки слухового проходу близько 2мм. Тому в таких випадках при сануючих операціях можна безпечно знімати більший масив задньої кісткової стінки слухового проходу.

Використання даної методики обґрунтовано розширеними морфологічними дослідженнями черепів трупів людей, що померли з різних причин. Їх дані підтверджують, що ступінь відхилення соскоподібного відділу каналу лицевого нерва назад неоднакова при різних формах мозкового черепа.

Отримані дані використовуються при оперативних втручаннях на соскоподібному відростку для попередження травматизації лицевого нерва.