



УКРАЇНА

(19) UA (11) 58322 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ МАСТОЇДИТ

1

2

(21) u2010111105

(22) 16.09.2010

(24) 11.04.2011

(46) 11.04.2011, Бюл.№ 7, 2011 р.

(72) РИМАР ВІКТОР ВАЛЕНТИНОВИЧ, БЕЗЕГА  
МИХАЙЛО ІВАНОВИЧ(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ОТОЛА-  
РИНГОЛОГІЇ ІМ. ПРОФ. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА  
АМН УКРАЇНИ"(57) Спосіб хірургічного лікування хворих на гост-  
рий мастоїдит шляхом виконання трепанації, са-  
нації соскоподібного відростка та формування по-

вітроносної порожнини за допомогою смужки з силіконової гуми та тefлонової трубки, які розміщують в аттико-антральному сполученні до аттика, який **відрізняється** тим, що формування повітроносної порожнини здійснюють без додаткового розширення аттико-антрального сполучення, при цьому додаткову другу тefлонову трубку розміщують в трепанаційній порожнині, а проксимальні кінці смужки та трубок виводять в завушну рану, після чого рану зашивають наглухо, а через тиждень смужку та дренажні трубки видаляють.

Корисна модель стосується медицини, а саме отоларингології і може бути використана при оперативному лікуванні хворих на гострий мастоїдит.

Відомий спосіб хірургічного лікування хворих на гострий мастоїдит, включає: виконання трепанації й санування соскоподібного відростка, після чого рану не зашивають наглухо, а трепанаційна порожнина залишається відкритою до повного покриття її стенок рівним шаром грануляційної тканини на протязі 2-3 тижнів. Після цього рану зашивають наглухо і хворий залишається у стаціонарі ще на тиждень. Таким чином, загальна тривалість лікування - біля місяця. [Руководство по отоларингологии, т.2, Медгиз, 1960, с 179-194].

Але даний спосіб має наступні недоліки:

- довготривале знаходження хворого у стаціонарі,

- необхідність болісних та неприємних перев'язок кожен день на протязі 2-3 тижнів для візуального контролю росту грануляцій.

Також є «Спосіб хірургічного лікування хворих на хронічний ептимпаніт» (UA 20475 A61B 17/00), взятий нами як найближчий аналог, при якому використовують силіконову смужку та 1 тefлонову трубку, після додаткового розширення аттико-антрального сполучення, але цей спосіб теж має недоліки:

- необхідність виконання додаткового розширення аттико-антрального сполучення, та технічні труднощі цього,

- ризик травми слухових кісток,

- необхідність високої кваліфікації отохірурга,
- більша тривалість оперативного втручання.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб хірургічного лікування хворих на гострий мастоїдит, у якому утворення повітроносної трепанаційної порожнини, досягається при зменшенні об'єму хірургічного втручання, при цьому значно зменшується тривалість операції та ризик пошкодження слухових кісток, зменшення часу післяопераційного періоду та неприємних болючих перев'язок, можливість виконання операції в будь-якому ЛОР відділенні.

Поставлена задача досягається тим, що в способі хірургічного лікування хворих на гострий мастоїдит шляхом виконання трепанації, санації соскоподібного відростка та формування повітроносної порожнини за допомогою смужки з силіконової гуми та дренажної трубки, які розміщують в аттико-антральному сполученні до аттика, згідно корисної моделі, формування повітроносної порожнини здійснюють без додаткового розширення аттико-антрального сполучення, при цьому додаткову тefлонову трубку розміщують в трепанаційній порожнині, після чого проксимальні кінці смужки та обох трубок виводять в завушну рану, рану ушивають наглухо, а через тиждень дренажні трубки та смужку видаляють.

Спосіб здійснюється таким чином: після розрізу шкіри виконують трепанацію соскоподібного відростка та його санацію. В аттико-антральне сполучення без додаткового розширення вводять

(13) U  
(11) 58322  
(19) UA

смужку силіконової гуми завширшки 4-7 мм та тефлонову дренажну трубку діаметром 0,9 мм, в трепанаційної порожнині розміщують другу, додаткову тефлонову трубку діаметром 1,0-1,2 мм. Другі кінці полоски та трубок виводять через додатковий розріз шкіри біля рани, та фіксують їх швом, а заушну рану зашивають наглухо. В післяопераційному періоді через дренажні трубки у порожнину вікрема, та у аттико-антральне сполучення вікрема вводять лікарські розчини і через тиждень після операції силіконова полоска і дренажні трубки легко видаляються, шви знімають, а рани загоюється первинним натягом. За тиждень знаходження полоски гуми та тефлонових трубок в аттико-антральному сполученні та трепанаційної порожнині в останню востає слизова оболонка і далі формується повітроносна порожнина у соскоподібному відростку, яка сполучається через аттико-антральний хід з барабанною порожниною, яка є джерелом повітря та нормального атмосферного тиску. Система звукопроведення не пошкоджується

за термін оперативного втручання і в подальшому працює в звичайному режимі, забезпечує нормальний слух. Силіконова гума і тефлон офіційно дозволені для використання в хірургії, оскільки вони є індиферентними для оточуючих тканин, тим більше, що термін знаходження їх у середньому вусі є мінімальним. При виконанні цього способу суттєво скорочується (у 2-3 рази) термін післяопераційного періоду, до мінімуму зменшуються неприємність та болючість післяопераційних перев'язок, зберігається неушкодженим слух, зменшуються витрати лікарських та перев'язочних матеріалів, скорочується термін знаходження хворого у стаціонарі та на лікарняному, що має суттєве економічне значення для хворого та держави, збільшується оборот лікарняної койки.

Використання даного способу значно підвищує ефективність хірургічного лікування хворих на гострий мастоїдит, дає суттєву матеріальну економію, зводить до мінімуму ризик ускладнень.