



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60814 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЗАДНЬОЇ ТИМПАНОТОМІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

1

2

(21) 2003021610

(22) 24 02 2003

(24) 15 10 2003

(46) 15 10 2003, Бюл. № 10, 2003 р

(72) Нечипоренко Віталій Петрович, Нечипоренко
Павло Віталійович, Коваль Олег Миколайович(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО(57) Спосіб задньої тимпанотомії у хворих на хро-
нічний гнійний середній отит, що включає доступ

до структур задньої стінки барабанної порожнини шляхом трепанації кістки між каналом лицьового нерва і кістковою рамкою барабанного кільця, який відрізняється тим, що додатково формують вікончатий отвір у передній стінці антрума й аттика і доступ до структур задньої стінки барабанної порожнини здійснюють через цей сформований отвір

Відомий спосіб задньої тимпанотомії, узятий нами як прототип [1]. Він полягає в тому, що перед виконанням задньої тимпанотомії виробляється широка трепанація сосцевидного відростка. При цьому зберігається задня кісткова стінка зовнішнього слухового проходу і руйнуються всі клітки сосцевидного відростка, відкривається антрум і розширюється донизу і ззади.

Задня тимпанотомія виконується за допомогою алмазного бора діаметром 1-1,5 мм у напрямку осі короткого відростка ковадла між каналом лицьового нерва і кістковою рамкою барабанного кільця, у такий спосіб збільшуючи ямку ковадла донизу. Трепанація продовжується по ходу лицьового нерва і, при необхідності, розширюється до гипотимпанума.

При цій операції створюється досить широке сполучення між антростоїдальною і барабанною порожнинами за рахунок розширення адитуса донизу, що дозволяє робити ревізію задніх відділів барабанної порожнини, області стремени, ніші вікна раллика.

Але даний спосіб має наступні недоліки:

1 Зайва радикальність при локалізації патологічного вогнища тільки в межах аттика, адитуса і ретротимпанума.

2 У фізіологічному плані видалення всіх кліток сосцевидного відростка є не обґрунтованим, тому що зменшується резонанс у порожнинах середнього вуха і сосцевидного відростка.

3 Попришється амортизаційна функція сосцевидного відростка.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу задньої тимпанотомії, у якому забезпечується підвищення ефективності лікування хворих на хронічний гнійний середній отит за рахунок зменшення травматизації патологічно не змінених тканин.

Поставлена задача зважається тим, що в способі задньої тимпанотомії, що включає доступ до структур задньої стінки барабанної порожнини шляхом трепанації кістки між каналом лицьового нерва і кістковою рамкою барабанного кільця, відповідно до винаходу додатково формують вікончатий отвір у передній стінці антрума й аттика і доступ до структур задньої стінки барабанної порожнини здійснюють через цей сформований отвір.

Спосіб здійснюють таким чином: після місцевої інфільтраційної анестезії 2% розчином новокаїну чи під загальним масочним наркозом, заушним підходом оголюють задню стінку зовнішнього слухового проходу. Шкіру слухового проходу не розсікають. Антрум і аттик розкривають через задню кісткову стінку зовнішнього слухового проходу і задній відділ латеральної стінки аттика, при цьому не порушують цілісність повтряноснах осередків сосцевидного відростка. Рамку кісткового барабанного кільця зберігають. Для проведення задньої тимпанотомії необхідно мати достатній кут повороту бора, для цього розширюють задній проксимальний відділ зовнішнього слухового проходу за рахунок кісткового масиву сосцевидного відростка. З аттика, адитуса й антрума видаляють усю

(13) A
(11) 60814
(19) UA

патологічну тканину. Для доступу до структур задньої стінки барабанної порожнини через виконано розкритий антрум і задній відділ аттика бором у діаметрі до 1,5 мм від ямки ковадла роблять трепанацію кістки паралельно площини барабанного кільця між каналом лицьового нерва і кістковим барабанним кільцем до необхідного рівня. У такий спосіб стають доступні огляду і санації вікна лабіринту, латеральний і задній тимпанальні синуси, гіпотимпанум.

Післяопераційний дефект задньої стінки зовнішнього слухового проходу і заднього відділу латеральної стінки аттика усувають відмодульованою пластинкою аутокості чи консервованим кістковим алотрансплантатом. Пластинку з боку зовнішнього слухового проходу вкривають аутофасцією скроневого м'язу і шкірою зовнішнього слухового проходу. На завершальному етапі виконують той чи інший тип тимпанопластики.

Наводимо конкретний приклад здійснення способу.

Хвора В., 44 років надійшла в ЛОР клініку ІНВХ 04 09 94р із приводу лівостороннього хронічного гнійного епімізотимпанита. Тривалість захворювання більш 10 років.

При отоскопії ліворуч у слуховому проході гнійне відокремлювання, велика крайова перфорація барабанної перетинки в задньо-верхньому відділі. На Ro-грамі сосцевидних відростків по Шуплеру відзначається пневмотичний тип будівлі з двох сторін. На аудіограмі кондуктивний тип приглухуватості 1 ступеня, кістково-повтряний інтервал - 35 дБ по всій тоні-шкалі. Шепітна мова 2,5 м, розмовна - 4,5 м.

05 09 94р зроблена лівостороння сануюча операція з тимпанопластикой. Антрум і аттик розкриті через задню кісткову стінку зовнішнього слухового проходу і задній відділ латеральної стінки

аттика. Рамка кісткового барабанного кільця збережена. Під час операції в адитусі й антрумі виявлена поліпозно змінена слизова оболонка, слизисто-гнійне відокремлювання, повний блок адитуса. Ланцюг слухових кісточок збережений. За вищеприписаною методикою виконана задня тимпанотомія. Задня стінка зовнішнього слухового проходу і задній відділ латеральної стінки аттика відновлені відмодульованою пластинкою консервованої аутокості. Мембранопластика виконана шматком аутофасції скроневого м'язу. Завушна рана ушита наглухо. Слуховий прохід рихло затампонований йодоформовими турундами.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Рана загоїлась первинним натягом, слуховий прохід растампонований і зняті шви на 7 добу. При виписці тимпанальна мембрана сірого кольору, рухлива. Слуховий прохід звичайної форми. На контрольній аудіограмі підвищення порогів повітрянопроведених звуків до рівня 10 дБ, кістково-повтряний інтервал скоротився до 5 дБ. Шепітна мова 5 м, розмовна - <6 м. При контрольних оглядах протягом 24 місяців стан лівого вуха стабільний.

Переваги. У результаті запропонованого способу виконання задньої тимпанотомії досягається аналогічний сануючий ефект, як і при здійсненні способу-прототипу, однак залишається не зміненою анатомія сосцевидного відростка, що дозволяє зберегти резонансну й амортизаційну функції сосцевидного відростка, що відповідно поліпшує функціональні і морфологічні результати лікування хворих на хронічний гнійний середній отит.

Джерела інформації, прийняті до уваги

1 Jansen C. Über Radikaloperation und Tympanoplastik. Sitz Ber Fortbild Arzte OBV, 1958 18-22.