

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **19780**

(13) **С1**

(46) **2016.02.28**

(51) МПК

A 61F 11/00 (2006.01)

(54) **СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТТИКОАНТРАЛЬНОЙ
ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА**

(21) Номер заявки: а 20120428

(22) 2012.03.23

(43) 2013.10.30

(71) Заявители: Шляга Ирина Дмитриевна; Колесник Татьяна Ивановна; Ядченко Екатерина Сергеевна; Ситников Валерий Петрович; Хусам Эль-Рефай (ВУ)

(72) Авторы: Ситников Валерий Петрович; Шляга Ирина Дмитриевна; Колесник Татьяна Ивановна; Хусам Эль-Рефай; Ядченко Екатерина Сергеевна (ВУ)

(73) Патентообладатели: Шляга Ирина Дмитриевна; Колесник Татьяна Ивановна; Ядченко Екатерина Сергеевна; Ситников Валерий Петрович; Хусам Эль-Рефай (ВУ)

(56) ВУ 6202 С1, 2004.

RU 2316269 С2, 2008.

RU 2088191 С1, 1997.

КАМАЛОВА З.З. Российская оториноларингология. - 2011. - № 4. - С. 92-95.

ЗАТОЛОКА П.А. Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения. Новые направления в медицине. Материалы Всеармейской международной конференции. - Минск, 2005. - С. 114-115.

VI Съезд оториноларингологов Республики Беларусь "Новые технологии в оториноларингологии". Материалы съезда. - Минск: Ковчег, 2008. - С. 74-75.

(57)

Способ хирургического лечения аттикоантральной формы хронического гнойного среднего отита, **отличающийся** тем, что выполняют разрез мягких тканей по заушной складке длиной 6-8 см, отслаивают подлежащие мягкие ткани вместе с барабанной перепонкой, обнажают надпроходную ость и задне-верхнюю стенку костного отдела наружного слухового прохода, выполняют субкортикальную антротомию с широким открытием адитуса путем сверления кости шаровидной фрезой в точке, находящейся на середине линии, соединяющей надпроходную ость с задне-верхним краем барабанного кольца, резецируют латеральную стенку аттика, проводят элиминацию патологических образований из полостей среднего уха, выполняют реконструкцию цепи слуховых косточек, закрывают антростому ультратонкой аллохрящевой пластинкой, проводят реконструкцию латеральной стенки аттика и задней стенки наружного слухового прохода ультратонкой аллохрящевой пластинкой, закрывают перфорацию аутофасцией и укладывают барабанную перепонку и кожу наружного слухового прохода на место.

ВУ 19780 С1 2016.02.28

Изобретение относится к медицине, а именно к оториноларингологии, и может быть использовано при хирургическом лечении пациентов, страдающих аттикоантральными формами хронического гнойного среднего отита.

До настоящего времени широко применяется радикальная операция по Штаке [1]. Данный способ предусматривает вскрытие полостей среднего уха в их анатомической последовательности: сначала вскрывают аттик, затем адитус и антрум. После выполнения заушного разреза от верхнего края заушной складки до верхушки сосцевидного отростка на расстоянии 5 мм от линии прикрепления ушной раковины отсепааривают меатальный лоскут, обнажают задне-верхнюю костную стенку наружного слухового прохода. С помощью фрез или долот удаляют латеральную стенку аттика и адитуса, после чего открывают антрум для его ревизии. Заднюю костную стенку слухового прохода резецируют, что приводит к образованию общей трепанационной полости. Патологическое содержимое антрума, адитуса и аттика удаляют в пределах здоровых тканей. Операцию заканчивают укладкой меатального кожного лоскута на нижней ножке, который помещается на остатки задней костной стенки наружного слухового прохода ("шпору") и дно антрума.

Основным недостатком указанного способа хирургического лечения является образование трепанационной полости, открытой в наружный слуховой проход (образованной за счет вскрытия антрума, адитуса и аттика и удаления задней стенки наружного слухового прохода), нарушающей нормальную анатомическую архитектуру различных отделов среднего уха, затрудняющей его самоочищение, что нередко приводит к персистенции инфекционно-воспалительного процесса в послеоперационной полости.

Наиболее близким техническим решением к предлагаемому новому способу операции является способ лечения хронического гнойного среднего отита - прототип [2]. При данном способе создают мягкотканную заднюю стенку наружного слухового прохода и заполняют мастоидальную полость путем использования трансплантатов, количество которых зависит от объема, образованного в результате устранения деструктивно-кариозного очага в мастоидальной полости. Причем в мастоидальной части полости сохраняется пространство, по локализации и размерам подобное нормальному антруму. Операцию осуществляют заушным доступом. Выполняют санирующие мероприятия в объеме радикальной операции. После удаления "мостика" задней стенки наружного слухового прохода "шпору" уменьшают до минимальных размеров. Отсутствующие или удаленные во время санации слуховые косточки замещают протезами. Дефект барабанной перепонки закрывают свободным лоскутом фасции височной мышцы. Оценивают размер полости, образованной после удаления кариозных тканей в сосцевидном отростке. Объем полости, превышающий размеры нормального антрума, заполняют мелкими фрагментами аллогенного хряща. Пространство в области нормального антрума оставляют незаполненным трансплантатами. Трепанационная полость закладывается хрящами до верхушки "шпоры". Задние отделы фасции и кожу наружного слухового прохода располагают таким образом, что образуется передняя стенка полости антрума из мягких тканей. Поверх лоскута фасции укладывают отслоенную в начале операции кожу наружного слухового прохода. Просвет наружного слухового прохода заполняют кусочками поролоновой губки для придания ему правильной конфигурации и для фиксации трансплантата с меатальным лоскутом. Заушную рану ушивают узловыми швами. Предварительно через заушную рану в образованную полость антрума помещается дренажная трубка. Накладывают марлевую ушную повязку.

Недостаток данного способа мастоидопластики заключается в том, что образующаяся передняя стенка полости антрума является мягкотканной, хотя в норме морфологически она костная.

Задача, на решение которой направлено предлагаемое изобретение, заключается в разработке нового, эффективного и безопасного способа хирургического лечения аттикоантральной формы хронического гнойного среднего отита с целью полного восстановления

анатомических структур среднего уха, улучшения функционального результата операции и уменьшения частоты послеоперационных осложнений.

Для достижения указанной цели нами разработан новый способ отдельной аттикоадитоантротомии с тимпанопластикой, в основу которого положена трансметалльная субкортикальная антротомия с широким открытием адитуса, резекцией латеральной стенки аттика, элиминацией патологических образований из полостей среднего уха с последующей реконструкцией цепи слуховых косточек, барабанной перепонки и костных стенок наружного слухового прохода ультратонкими аллохрящевыми трансплантатами.

Задача решается за счет того, что выполняют разрез мягких тканей по заушной складке длиной 6-8 см, отслаивают подлежащие мягкие ткани вместе с барабанной перепонкой, обнажают надпроходную ость и задне-верхнюю стенку костного отдела наружного слухового прохода, выполняют субкортикальную антротомию с широким открытием адитуса путем сверления кости шаровидной фрезой в точке, находящейся на середине линии, соединяющей надпроходную ость с задне-верхним краем барабанного кольца, резецируют латеральную стенку аттика, проводят элиминацию патологических образований из полостей среднего уха, выполняют реконструкцию цепи слуховых косточек, закрывают антростому ультратонкой аллохрящевой пластинкой, проводят реконструкцию латеральной стенки и задней стенки наружного слухового прохода ультратонкой аллохрящевой пластинкой, закрывают перфорацию аутофасцией и укладывают барабанную перепонку и кожу наружного слухового прохода на место.

Клинический пример.

Пациент З., 1959 г.р., поступил в ЛОР-отделение У "ГОСКБ" 04.01.2012 с диагнозом: правосторонний хронический гнойный аттикоантральный средний отит, холестеатома. Комбинированная тугоухость II степени.

При поступлении пациент предъявлял жалобы на гноетечение из правого уха, снижение слуха. Из анамнеза известно, что с детства наблюдались обострения отита 1-2 раза в год. В течение последних 1,5 лет гноетечение из уха не беспокоило.

При осмотре: отмечается краевой дефект барабанной перепонки в ненапрянутой части, при микроотоскопии определяются чешуйки холестеатомы в дефекте. ШПР: 0 м, РР: 1,5-2 м. Результаты тональной пороговой аудиометрии указывают на комбинированную тугоухость II степени на правое ухо, с порогом звукопроведения в зоне речевых частот 65-70 дБ, с наличием костно-воздушного интервала 35-40 дБ.

Пациенту 04.01.2012 выполнена операция на правом ухе - реконструктивная субкортикальная антроадитоаттикотомия с оссикулотимпанопластикой.

Описание операции: под местной инфильтрационной анестезией раствором лидокаина 2 % - 20,0 выполнен разрез мягких тканей по заушной складке справа длиной 7 см. Отслоена кожа задней стенки наружного слухового прохода вместе с барабанной перепонкой, барабанная перепонка выделена из барабанного кольца. С помощью шаровидных фрез различного диаметра субкортикально в точке, находящейся на середине линии, соединяющей надпроходную ость с задне-верхним краем барабанного кольца, произведена антротомия с расширением отверстия. В антруме обнаружены грануляции, полностью блокирующие сообщение с барабанной полостью. Расширен адитус, из которого удалена грануляционная ткань. Истончен "мостик", удалена кариозная латеральная стенка аттика. В аттике - холестеатомный матрикс, окутывающий головку молоточка. Резецирована головка молоточка, которая прочно спаяна с телом наковальни (анкилоз). Ножки стремени разрушены процессом, наковальня с головкой молоточка удалены вместе с грануляциями и холестеатомным матриксом. Из наковальни сформирован аутопротез, установлен между рукояткой молоточка и подвижным основанием стремени (маллео-инкудоплатинопексия). Закрытие антростомы осуществлено ультратонкой аллохрящевой пластинкой соответствующей величины. Произведена реконструкция латеральной стенки аттика и задней стенки наружного слухового прохода ультратонким аллохрящевым

ВУ 19780 С1 2016.02.28

трансплантатом. Перфорация закрыта аутофасцией. Барабанная перепонка и кожа наружного слухового прохода уложены на место. Произведена тампонада наружного слухового прохода гемостатической губкой, заушная рана ушита дексоновой нитью. Наложена асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проведен 7-дневный курс антибиотикотерапии ципрофлоксацином 0,5 по 2 капсулы 2 раза в день. Снятие асептической повязки, удаление турунды, гемостатической губки из слухового прохода, снятие швов произведены на 7 сутки. При выписке на 16 сутки после операции АД - НСП свободный, неотимпанальная мембрана розового цвета, без признаков воспаления. При акуметрии ШР воспринимается с 4 м, РР - более 6 м. При контрольной отомикроскопии через 3 месяца после операции трепанационная полость отсутствует, наружный слуховой проход обычной формы, неотимпанальная мембрана серого цвета, ШР - до 5 м.

Реализация способа хирургического лечения аттикоантральных форм хронического гнойного среднего отита на базе ЛОР-отделения Гомельской областной клинической специализированной больницы у 7 пациентов, длительное время страдавших аттикоантральной формой хронического гнойного среднего отита (у 4 - с холестеатомой), показал, что излечение отмечено у 90 % пациентов, что в 1,5-2 раза выше эффективности ранее использованных способов аттикоантротомии. Осложнений от применения нового способа операции отмечено не было, что позволяет рекомендовать его для широкого внедрения в практику здравоохранения.

Источники информации:

1. Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство/ Под ред. В.Т. Пальчуна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С. 330. - (Серия "Национальные руководства").
2. ВУ 6202 С1, 2004.