

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ПРИ ЕЕ ОБШИРНОМ ДЕФЕКТЕ

Хоров О. Г.¹, Плавский Д. М.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Введение. Наиболее сложная процедура при выполнении тимпаноластики требуется для устранения обширных дефектов барабанной перепонки. Недостаточно получить ближайший положительный результат, необходимо добиться стабильности такого результата в отдалённом будущем.

Цель – оценить результаты первичной тимпаноластики при обширных дефектах барабанной перепонки у пациентов с хроническим туботимпанальным средним отитом с формированием неотимпанальной мембраны по собственной авторской методике.

Методы. В исследование были включены 106 пациентов с хроническим туботимпанальным средним отитом, которым выполнено хирургическое вмешательство по закрытию обширной перфорации барабанной перепонки. Критерием включения пациентов в исследование был срок после выполнения операции, составлявший не менее 36 месяцев. Обширным считали тотальный или субтотальный дефект барабанной перепонки, составлявший более 2/3 площади натянутой части мембраны (100% пациентов). Социально-адекватный уровень слуха до операции был установлен у 31 (29,2%) пациента.

Все операции были выполнены под эндотрахеальным наркозом. Осуществляли ревизию барабанной полости. При обнаружении патологии выполняли соответствующие действия, которые приводили состояние барабанной полости к нормальному состоянию. Пластический лоскут готовили из фасции височной мышцы у 84 (79,2%) пациентов, из перихондрия ушной раковины – у 22 (20,8%).

В качестве основы для формирования тимпанопластического лоскута применяли хрящевую пластину с мобильными фрагментами из аутологичного хряща ушной раковины. На операции формировали пластину необходимой толщины, которая составляла 0,2-0,3 мм. Из отдельного кусочка хряща во время операции готовили маленький треугольный фрагмент в виде усеченной пирамиды. На хрящевой пластине выполняли продольные насечки с двух сторон таким образом, чтобы они не совпали, но выходили за середину пластины. Из хрящевой пластины формировали ряд мобильных по отношению друг к другу фрагментов. Нижний край такой пластины помещался на выступающую часть треугольной хрящевой опоры. Пластина также

укладывалась с опорой на рукоятку молоточка. Пластина приобретала устойчивость в области костного кольца и сохраняла высокую мобильность за счет выполненных фрагментов. Она позволяла создавать воздушность неотимпанальной полости необходимого объема.

Результаты и анализ исследований. Для анализа клинико-морфологических результатов операций нами использованы следующие положительные критерии: 1) отсутствие отореи; 2) закрытие перфорации и целостность неотимпанальной мембраны; 3) положение по отношению к стенкам наружного слухового прохода с формированием острого переднего меатотимпанального угла; 4) отсутствие втяжений и ретракций; 5) подвижность неотимпанальной мембраны и воздухоносность неотимпанальной полости.

Стабильный положительный клинико-морфологический результат получен нами у 101 (95,3%) пациента через 2 года после операции и у 99 (93,4%) пациентов оставался стабильным в сроки 4 года и более после хирургического лечения. Неудовлетворительные результаты по срокам наблюдения после операции (7-6,6%) были связаны с дисфункцией слуховой трубы.

Через 24 месяца после операции количество пациентов с социально-адекватным уровнем слуха составило 85,4%, через 36 месяцев – 84,0%, через 48 месяцев – 83,0%. По данным тональной пороговой аудиометрии, во всем частотном диапазоне до операции пороги воздушной проводимости составили (приведены медиана и квартили – Me (25-75%), 40,0 (30,0; 40,0). Через 24 месяца после операции пороги воздушной проводимости сократились до 15,0 (15,0; 20,0), через 36 месяцев и 48 месяцев – 10,0 (10,0; 20,0), $p < 0,05$ (критерий Вилкоксона). Костно-воздушный интервал у пациентов данной группы до операции составлял 30,0 дБ (30,0; 30,0), после операции сократился до 10,0 дБ (10,0; 10,0), $p < 0,05$.

Заключение. Использование хрящевых пластин с формированием мобильных фрагментов при обширных дефектах барабанной перепонки создаёт стабильную анатомически целостную неотимпанальную мембрану с формированием правильного переднего меатотимпанального угла и воздушной неотимпанальной полости.

Достигнут высокий функциональный результат по улучшению слуха, сохраняющийся в отдаленные сроки наблюдения до 4 лет.

Литература:

1. Heermann J. (1970) Fascia and cartilage palisade tympanoplasty. Nine years experience. Arch. Otolaryngol., vol. 91, no 3, pp. 228-241.
2. Plavskii D., Horov O. (2011) Eksperimental'noe issledovanie amplitudno-chastotnoi harakteristiki hryashevih plastin, primenyaemih dlya timpanoplastiki. Vestnik otorinolaringologii, no 5, pp. 308-312.
3. Horov O., Plavskiy D. (2011) Kliniko-morfologicheskie rezul'tati timpanoplastiki 1 tipa. Otorinolaringologiya Vostochnaya Evropa, no. № 1, pp 71-78.

4. Fisch U. (2004) Tympanoplastyka, mastoidoplastyka i chirurgia strzemiaczka. Wroslaw: HSE. (in Poland).
5. Horov O., Plavskii D. (2010) Sposob plastiki barabannoi pereponki. Pat. № a 20080341. Afitsiini byul. Nats. tsentr intelektual. ulasnastsi, no 3, pp 58.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОТОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ УХА

Хоров О. Г.¹, Плавский Д. М.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

По данным ВОЗ, число врожденных пороков развития уха в последние годы не уменьшилось.

Выделяют ряд тератогенных факторов, влияющих на развитие пороков уха: экзогенные, биологические, психогенные, эндогенные [1].

Цель исследования: оценка эффективности хирургического лечения пороков развития уха путём выполнения реконструктивной отопластики

Материал и методы: под нашим наблюдением находились 17 пациентов с ВПР уха в возрасте от 7 до 32 лет.

Существует большое количество разных методик реконструктивной отопластики, однако общепризнанными считаются две: по R. C. Tanzer – B. Brent и по S. Nagata. Нами использована техника R. C. Tanzer – B. Brent, включающая:

1. Создание каркаса ушной раковины и ее размещение.
2. Поворот мочки в нужную позицию.
3. Приподнятие реконструированной ушной раковины и создание позадишной борозды.
4. Углубление раковины и создание козелка.

Результаты и их обсуждение. Совместно с бригадой детских хирургов или торакальных хирургов первым этапом мы выполняли забор хрящевого трансплантата реберной дуги, противоположной отсутствующему уху. Далее из хрящевого фрагмента формировали каркас ушной раковины по макету нормально сформированного уха и имплантировали его подкожно в область, где должна была быть сформирована ушная раковина. Через 2,5-3 месяца выполняли пересадку свободного кожного лоскута для формирования задней поверхности ушной раковины. И заключительным этапом было формирование анатомических элементов наружного уха.