

ПОРІВНЯННЯ ДВОХ ТЕХНІК МАСТОЇДОПЛАСТИКИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ОДНІЄЇ КЛІНІКИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

ПОРІВНЯННЯ ДВОХ ТЕХНІК МАСТОЇДОПЛАСТИКИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ОДНІЄЇ КЛІНІКИ – У 54 хворих хронічним гнійним середнім отитом мастоїдальну порожнину заповнювали надкістково-кістковим шматком на нижній ніжці (біля верхівки сосцеподібного отростка). Середній обсяг зовнішнього слухового проходу до операції складав $(1,1 \pm 0,19)$ см³, безпосередньо після операції - $(0,9 \pm 0,21)$ см³ у віддаленому періоді збільшився до $(1,8 \pm 0,28)$ см³ ($P < 0,05$). У 45 хворих мастоїдопластику виконали таким шматком на передне-верхній ніжці, у якій уключали задню гілку поверхневої скроневої артерії. У них обсяг зовнішнього слухового проходу складав $(1,2 \pm 0,20)$ см³, після мастоїдопластики - $(1,1 \pm 0,22)$ см³ у віддаленому періоді - $(1,6 \pm 0,24)$ см³. Порівняння денситометричних характеристик облітерованої порожнини розходжень між групами не виявив. На підставі порівняння вважають, що мастоїдопластику більш доцільно проводити шматком на передне-верхній судинній ніжці.

сравнение двух техник мастоидопластики за материалами одной клиники – У 54 больных хроническим гнойным средним отитом мастоидальную полость заполняли надкостнично-костным лоскутом на нижней ножке (около верхушки сосцевидного отростка). Средний объем наружного слухового прохода до операции составлял $(1,1 \pm 0,19)$ см³, непосредственно после операции - $(0,9 \pm 0,21)$ см³ в отдаленном периоде увеличился до $(1,8 \pm 0,28)$ см³ ($P < 0,05$). У 45 больных мастоидопластику выполнили таким лоскутом на передне-верхней ножке, в которую включали заднюю ветку поверхностной височной артерии. У них объем наружного слухового прохода составлял $(1,2 \pm 0,20)$ см³, после мастоидопластики - $1,1 \pm 0,22$ см³ в отдаленном периоде - $(1,6 \pm 0,24)$ см³. Сравнение денситометрических характеристик облитерированной полости различий между группами не выявил. На основании сравнения заключают, что мастоидопластику более целесообразно проводить лоскутом на передне-верхней сосудистой ножке.

COMPERISON OF TWO METHODS OF MASTOID OBLITERATION ON ONE CLINIC DATA In 54 patients with chronic otitis media mastoid cavity is filled with bone-periosteal flap on lower pedicle (about a mastoid apex). The average volume of acoustic canal before operation was $(1,1 \pm 0,19)$ cm³, after operation - $(0,9 \pm 0,21)$ cm³, in long term period it has increased up to $(1,8 \pm 0,28)$ cm³ ($P < 0,05$). In 45 patients this cavity was filled with the bone-periosteal flap on anterior-superior pedicle which included posterior branch of surface temporary artery. The canal volume was $(1,2 \pm 0,20)$ cm³, after mastoidoplasty $(1,1 \pm 0,22)$ cm³, in the long term period $(1,6 \pm 0,24)$ cm³. Deferences of densitometric data in both group is not raveled. Is concluded that mastoidoplasty it is more expedient to perform with flap on anterior-superior vesicular pedicle.

Ключові слова: мастоїдопластика, методи.

ключевые слова: мастоидопластика, методы.

Key words: mastoid obliteration, methods.

Вступ Мастоїдопластика є корисним засобом зменшення розмірів післяопераційної порожнини під час операцій у хворих на хронічний гнійний середній отит [Minatogawa et

al. 1996; П.В.Нечипоренко, 1996; О.М.Борисенко, 1999; В.В.Березнюк, А.К.Моргачева, 1999 та інші]. В ЛОР-клініці Тернопільської державної медичної академії ведуться пошуки раціональної методики мастоїдопластики, яка б дала можливість надійної облітерації мастоїдальної порожнини з мінімальними дегенеративними змінами пересаджених тканин у віддаленому післяопераційному періоді.

Власні тканини хворого мають суттєві переваги перед іншими матеріалами, оскільки при їх застосуванні спостерігається високий рівень приживлення та зводиться нанівець можливість зараження СНІДом чи іншими інфекційними хворобами. Доцільність заповнення кісткових порожнин аутокісткою диктується передусім найнижчим рівнем резорбції цього матеріалу. Причому необхідність збереження зв'язку кісткових фрагментів з окістям обумовлені трофічним впливом періоста на перенесені в нові умови кісткові аутоотрансплантати. Ці міркування обґрунтовують доцільність заповнення післяопераційної порожнини у скроневої кістці кістково-окістним клаптом, коли кісткові фрагменти знаходяться на кінці клаптя і утримуються на окістній ніжці, яка забезпечує їх трофіку в нових анатомічних умовах.

При сануючих операціях на вусі у хворих на холестеатому форму хронічного гнійного середнього отиту в скроневої кістці утворюється велика порожнина, яку слід заповнити – тобто виконати мастоїдопластику (О.І.Яшан, 1997). Одним з способів такої облітерації є застосування кістково-окістно-м'язового клаптя, та оскільки існує декілька оптимальних способів його використання, ми вирішили порівняти дві орієнтації живлячої ніжки клаптя: нижню і передньо-верхню.

Матеріали та методи Нами виконано 54 операції, при яких ніжка кістково-окістного клаптя починалася знизу – біля верхівки соскоподібного паростка. Вона включала в себе окістя скроневої кістки та волокна сухожилка кивального м'яза (нижня орієнтація ніжки). При 45 втручаннях ніжку клаптя створювали у верхніх відділах операційної рани, вона знаходилась одразу над зовнішнім слуховим проходом та включала в себе задню гілку поверхневої скроневої артерії (передньо-задня орієнтація ніжки).

При обох орієнтаціях ніжки, після формування клаптя його відхиляли донизу або доверху, так що він самовільно утримувався в заданому положенні і не травмувався браншами ранорозширювача під час проведення наступних етапів операції. Після відхилення отримували широке та зручне операційне поле, що значно полегшувало виконання наступних етапів операції в глибоких відділах скроневої кістки. Розкриття комірок соскоподібного паростка виконували з допомогою електробора з автоматичною подачтю орошувальної рідини і елекровідсмоктувача для видалення кісткової тирси з операційного поля. Особливу увагу приділяли освіженню бором кісткової поверхні медіальної стінки ретротимпанальної порожнини для покращання приживлення віддалених від ніжки ділянок кістково-окістно-м'язового клаптя.

Результати дослідження та їх обговорення Нижня орієнтація живлячої ніжки виявилась доцільною у хворих, в яких виникла необхідність закрити нижні відділи післяопераційної порожнини, що частіше спостерігалось у пацієнтів, які перенесли у минулому радикальну (загальнопорожнинну) операцію на вусі. Після реконструктивного втручання стінки порожнини вкрились не тонким епідермальним шаром, як це було перед операцією, а значним прошарком м'яких тканин, не схильних до мацерації.

До операції середній об'єм зовнішнього слухового проходу у всіх хворих, яким застосували клапоть на нижній ніжці, становив $(1,1 \pm 0,19)$ см³, безпосередньо після

операції – $(0,9 \pm 0,21)$ см³. Але у віддаленому періоді об'єм облітерованої порожнини збільшився до $(1,8 \pm 0,28)$ см³ ($P < 0,05$).

У хворих, яким облітерували мастоїдальну порожнину на передньо-верхній судинній ніжці, об'єм зовнішнього слухового проходу до операції становив $(1,2 \pm 0,20)$ см³, після мастоїдопластики – $(1,1 \pm 0,22)$ см³. У віддаленому періоді хоча об'єм післяопераційної порожнини і збільшився до $(1,6 \pm 0,24)$ см³, але не так виражено, як у хворих після застосування клаптя на нижній ніжці ($P > 0,05$).

Для визначення стану пересаджених тканин в ретротимпанальному просторі в обох групах ми провели денситометричне дослідження скроневої ділянки на комп'ютерному томографі Соматом-4, фірми Шимацу. Виявилось, що рентгенологічна щільність ділянки реконструйованої задньої стінки зовнішнього слухового проходу становила безпосередньо після операції $(35,8 \pm 2,2)$ одиниць Хауерфільда в групі, якій була застосована нижня орієнтація живлячої ніжки та $(33,1 \pm 2,9)$ Од у хворих, яким використали передньо-верхню орієнтацію ніжки ($P > 0,05$). У віддаленому періоді ці показники становили $(75,7 \pm 3,8)$ Од в першій і $(71,7 \pm 4,3)$ Од – в другій групі ($P > 0,05$).

Перевага клаптів на нижній ніжці полягає у тому, що ними зручніше заповнити нижні відділи антруму, особливо, коли виникає необхідність закрити ряд кісткових комірок, що йдуть паралельно вертикальній порції лицевого нерва, глибше від фалопієвого каналу. Облітерація цих ділянок є умовою попередження післяопераційної гноетечі, яка виникає через високу “шпору”.

Перевагою клаптів на передньо-верхній ніжці є те, що кісткову частину таких клаптів можна робити значно товстішою, оскільки товщина соскоподібного паростка значно перевищує товщину луски скроневої кістки. При об'ємних післяопераційних порожнинах, і особливо коли поряд з облітерацією соскоподібного паростка відновлюють задню стінку зовнішнього слухового проходу, з товстої кісткової пластини можна моделювати фрагмент необхідної величини і форми. В таких клаптях значно менше м'язової тканини, а це є значною перевагою, оскільки м'яз сильно атрофується у віддаленому періоді. При утворенні таких клаптів не втручаються на скроневому м'язі, а тому можна використовувати скроневу фасцію для пластики барабанної перетинки. Головною ж перевагою клаптів на передньо-верхній ніжці є те, що вони містять у собі судину. І хоча приблизно у третині випадків ця судина є венозною, наявність її краще, ніж відсутність будь-якої судини, як це має місце при використанні клаптів на нижній живлячій ніжці. Хоча при застосуванні такого клаптя у віддаленому періоді теж спостерігається деяке зменшення об'єму післяопераційної порожнини, таке зменшення не так виражене, як у пацієнтів з клаптями на нижній ніжці.

Висновки Заповнення мастоїдальної порожнини кістково-окістно-м'язовим клаптем на передньо-верхній судинній ніжці є більш доцільним, ніж застосування такого ж клаптя на нижній ніжці.

1. Березнюк В.В., Моргачева А.К. Результати хірургічного лікування хворих на хронічний гнійний середній отит після тимпанопластики за закритим типом з облітерацією соскоподібного паростка //Журн. вушн., нос.і горл. хвороб. – 1999. – № 5. – С.56-58;

2.Борисенко О.М. Функціональні результати трьох варіантів тимпанопластики //Журн. вушн., нос.і горл. хвороб. – 1999. – № 5. – С.13-17;

3. Нечипоренко П.В. Застосування частково демінералізованого кісткового алотрансплантата з метою зменшення об'єму трепанаційної порожнини у реконструктивній хірургії середнього вуха // Журн. вушн., нос. і горл. хвороб. – 1996. – № 4. – С.69-72;

4. Яшан О.І. Мастоїдопластика // Журн. вушн., нос. і горл. хвороб. – 1996. – № 3. – С.82-86;

5. Minatogawa T; Machizuka H; Kumoi T Evaluation of mastoid obliteration surgery. Am J Otol, 1995 Jan, 16:1, 99-103.