

ДЕЯКІ ПИТАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ РЕКОНСТРУКТИВНО - ПЛАСТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ ПРИ 1-МУ ТИПІ ТИМПАНОПЛАСТИКИ

Рішко Н.М.

Із класичних положень Х.Вульштейна про тимпанопластику відомо, що вирішальним моментом для виконання 1-го типу цієї слухопокращуючої операції є збереження ланцюга слухових кісточок. Ці, в принципі вірні положення, не завжди в повній мірі окреслюють ті умови, при яких цей тип втручання можливо виконати. Зустрічаються ряд обставин, коли 1-й тип тимпанопластики здійснити не вдається, незважаючи на те, що у хворого хронічним гнійним середнім отитом слухові кісточочки збережені.

Виходячи із клінічного досвіду, перешкодою для виконання 1-го типу тимпанопластики вважаємо:

1) інвазивне вrostання холестеатоми у барабанну порожнину з обгорненням нею (в основному матриксом) слухових кісточок. коли епідерміс неможливо повністю видалити без видобутих слухових кісточок із барабанної порожнини;

2) постійна оторея, яку не вдається ліквідувати до операції. Однією із важливих умов для досягнення позитивного ефекту при тимпанопластичі, особливо при 1-ому типі, є ощадливо відношення до тканин зовнішнього слухового ходу. Адже пересаджений вільний трансплантат основною своєю частиною знаходиться над повітряносою порожниною, а периферійні його відділи містяться на кістковому ложі слухового ходу, яке має слабо розвинену кровоносну сітку. Таким чином, клапоть, знаходячись над повітряносою порожниною, фактично, не отримує живлення, а периферійні його відділи, що покладені на кістку, отримують недостатню кількість живильних речовин. Тому єдиною можливістю сприяння потрібного живлення трансплантату вважаємо покриття його зовнішньої поверхні м'якими тканинами слухового ходу, які є достатньо васкуляризованими. Окрім того, виходячи із вищевказаних малосприятливих умов, в яких знаходиться пересаджений вільний клапоть, виникла необхідність застосування тканин - трансплантатів, яким властивий низький рівень обмінних процесів і, відповідно, вони можуть довший час існувати при мінімальному надходженні живильних речовин і кисню. Як показав клінічний досвід, в ролі таких трансплантатів добре себе зарекомендували сполучнотканинні клапті [1, 2, 3, 4].

Виходячи з сказаного вище, доходимо висновку, що для забезпечення трансплантату найбільш оптимальних умов живлення необхідно оперувати так, щоб максимально зберігати тканини зовнішнього слухового ходу. Відповідно до наших спостережень, небажаним є не тільки надмірне травмування шкіри і окістя зовнішнього слухового ходу, але також і значне видалення кісткової тканини, тобто великого розширення кісткового відділу слухового ходу. Це погіршує живлення трансплантату барабанної перетинки і сприяє розвитку дистрофічних явищ у віддаленому періоді.

Як показав досвід, найбільш прийнятним при тимпанопластичі 1-го типу є ендомеатальний доступ. Завушний підхід є більш травматичним. Крім того, при завушному підході не вдається отримати необхідну експозицію передніх і передньо-верхніх відділів барабанної перетинки і барабанної порожнини. А це - такі самі складні в технічному відношенні ділянки, які потребують особливо ретельної та скрупульозної обробки тканин, укладки трансплантату. Якщо після операції зустрічається ускладнення у вигляді залишеної перфорації, то вони майже завжди локалізуються у передніх відділах.

Таким чином, треба вважати методом вибору ендомеатальний підхід до середнього вуха. При цьому необхідно прагнути формувати достатньо широку живильну ніжку для меатальнотимпанального клаптя. Залишення у просвіті слухового ходу меатального клаптя значно ускладнює маніпуляції при укладці трансплантату барабанної перетинки. Останній може бути легко зміщений, особливо при заключних маніпуляціях при укладці і адаптації меатального клаптя. Складність збільшується при наявності субтотальних дефектів барабанної перетинки у хворих з вузькими слуховими ходами. При обширних дефектах барабанної перетинки можуть виникнути стани, які обумовлені відсутністю функціонального ефекту в післяопераційному періоді. Останній пов'язаний з тим, що сполучнотканинний клапоть, укладений на руків'я молоточка, внаслідок сили ретракції, відходить від більшої частини руків'я молоточка і не передає звукові коливання на ланцюг кісточок. Це пояснюється тим, що руків'я молоточка не знаходиться у площині перпендикулярній до вістря слухового ходу, а іде зверху вниз і зовні усередину. Власне, останнє його положення і обумовлює лійкоподібну форму барабанної перетинки. А оскільки при скороченні клапоть намагається зайняти рівну, а не лійкоподібну площину, то його середні ділянки відходять від руків'я молоточка назовні [5, 6].

Усі вищенаведені особливості пластичної хірургії барабанної перетинки обумовили пошуки такої укладки трансплантату, яка, з одного боку, дозволила б фіксувати його, запобігаючи зміщенню при маніпуляціях, а з другого - дала б можливість зберегти лійкоподібну форму барабанній перетинці навіть при великих її дефектах.

Запропонований нами спосіб фіксації трансплантату полягає в наступному. Оскільки, крім незначних винятків, операцію проводимо ендомеатально, то фасцію для трансплантату отримуємо не із завушної області, як це звичайно роблять при цій операції, а із фасціального листка передньо-бокової групи м'язів гомілки. При цьому бажано заготувати фасцію ще до початку втручання на вусі. Це робиться із міркувань асептики. Хірург ніколи не буває впевненим, що у середньому вусі немає латентної інфекції, тому спочатку виконують невелику операцію на гомілці і уже потім переходять до втручання на вусі. Якщо має відбутися тимпанопластика на обох вухах, можливо взяти великий клапоть із гомілки і виготовити з нього трансплантати для обох вух.

Розріз шкіри зовнішнього слухового ходу проводимо так, щоб по можливості не ушкодити кровоносні судини. Останні проходять, як відомо, у товщі молоточкової складки. Тому живильну ніжку клаптя формуємо завжди в області верхньої стінки зовнішнього слухового ходу. Це має переваги з інших міркувань.

Найбільш товста шкіра, що займає також і більший об'єм, залишається невідсепарованою, чим у певній мірі виграється деякий простір у зовнішньому слуховому ході, необхідний при ендометальних втручаннях.

Якщо на руків'ї молоточка є залишки тканини барабанної перетинки, то їх відсепаровуємо з тим розрахунком, щоб запобігти можливості вrostання залишеного епітелію у барабанну порожнину створити умови для фіксації трансплантату.

Із отриманого клаптя фасції викруюємо округлої форми ділянку діаметром 12-13 мм. Щоб полегшити маніпуляції фасцією і запобігти інфекції, її поверхню покриваємо антисептичним порошком. Трансплантат перестає бути ліпким і добре піддається обробці та маніпуляціям. На 2 мм від його краю пророблюємо отвір. Після цього за допомогою мікрошпиль укладаємо трансплантат. Через пророблений в ньому отвір протягуємо руків'я молоточка так, щоб воно знаходилося зовні від основної площини клаптя, а вузька смужка була назовні. Останню пропшовхуємо доверху по руків'ї молоточка до тих пір, поки не зведемо її на короткий відросток молоточка.

Така фіксація трансплантату барабанної перетинки дозволяє виконати по крайній мірі дві умови, які мають значення для наслідків тимпанопластики:

а) отримати надійну фіксацію трансплантату, запобігти його зміщенню як при укладанні метальнотимпанального клаптя, так і в післяопераційному періоді (продування, рухи в скронешийно-щелеповому суглобі при жуванні та інше.);

б) надати новій барабанній перетинці властиву їй в нормі піркоподібну форму, що має певне значення у функціонуванні трансформційного апарату середнього вуха.

Після укладення клаптя на залишки барабанної перетинки і межуючи з нею кісткові ділянки зовнішнього слухового ходу, більшу частину трансплантата властива покрити відсепарованим раніше м'якотимпанальним клаптем. Тільки невеличка ділянка, по площі, як правило менша, ніж була перфорація барабанної перетинки, залишається вільною. Ми звертаємо увагу на те, щоб добре адантувати край розрізу м'якотимпанального клаптя, що має значення для відновлення судинно-першого забезпечення тих відділів його, які були розсічені під час операції. Слуховий хід не тампуємо, тільки невеличкою турундою закриваємо його вхід. Турунду залишаємо на 8-12 днів. Описана методика використовується нами напротязі останніх 17 років. Вона має такі переваги:

1) Підвищує морфологічні результати тимпанопластики. Якщо до її застосування відновлення цілості барабанної перетинки вдавалося отримати у 73,6% то на теперішній час питома вага наслідків таких операцій досягає 92,6%;

2) Поряд з морфологічними, вдалося підвищити і функціональні результати втручання: якщо раніше покращення слуху після 1-го типу тимпанопластики вдавалося отримати у 64,1%, то після використання модифікації цей процент підвищився до 82,7%;

3) Правильне проведення техніки операції дозволяє скоротити післяопераційний період у таких хворих за рахунок прискореного покриття трансплантату епітелієм. Фактично, якщо хворому буде забезпечено проведення туалету вуха в асептичних умовах, він може бути виписаний на амбулаторне лікування після першої перев'язки.

На заключення необхідно відзначити також і недоліки запропонованої модифікації. Основне - це значна технічна складність виконання операції через зовнішній слуховий хід, особливо якщо він є вузьким. Але при достатньому цілеспрямованні та настирності отохірурга, що складність можливо подолати. Тому ми вважаємо, що розроблені нами заходи фіксації трансплантату барабанної перетинки при тимпанопластичній можливо рекомендувати для широкого використання у клінічній практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сушко Ю.А. Ближайшие и отдаленные функциональные результаты транспозиций слуховых косточек при тимпанопластике // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 1978. - № 6. - С.27-36
2. Яшан И.А. Некоторые вопросы восстановления звукопроводения при м'якотимпанопластике // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 1970. - № 1. - С.95-98.
3. Durko T. Ocena oddychania tkankowego przezszcepow powiezi miesnia skroniowego u operacjach ucha srodkowego Otolaryngol. Pol.- 1976.- Bd.30, Nr. 2.- S. 141-146.
4. Gibb A.G., Sing K.Ch. Myringoplasty (A review of 365 operations) // J.Laryngol.- 1982.- Vol.96, Nr.10, P.915-930
5. Shea J.J., Gerbe R.W. Myringoplasty for anterior tympanic membrane perforations // Laryngoscope.- 1982.- Vol.92, Nr.2.- P 208/
6. Tos M. Stability of myringoplasty based on late results // ORL.- 1980.- Vol.42, Nr.3.- P 171-181.

SUMMARY

SOME QUESTIONS ABOUT THE IMPROVEMENT OF RECONSTRUCTIVE-PLASTIC SURGERY OF TYMPANIC MEMBRANE IN CASE OF THE 1-ST TYPE OF TYMPANEOPLASTICS.

N.M. Rishko

In this work the author motivates and describes in detail the methods of plastics of tympanic membrane with the fixation of translat on the manubrium mallei in case of the 1-st type of tympanoplastics people who have chronic middle ear otitis. The methods are used by the author in practice in the course of last 17 years. High morphological and functional results are received. Full revival of the integrity of tympanic membrane the author received in 92,6 per cent of the patients, improvement of hearing - in 82.7 per cent of the patients under the operation. In this work you will find the contraindications under which the 1-st type of tympanoplastics with the use of these methods is not carried out.