**Яшан Олександр Іванович. Нові варіанти слухопокращуючих операцій у хворих на хронічний гнійний середній отит (клініко-морфологічне дослідження): Дис... д-ра мед. наук: 14.01.19 / Тернопільська держ. медична академія ім. І.Я.Горбачевського. - Т., 2002. - 363 арк. , табл. - Бібліогр.: арк. 288-330**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Яшан О.І. Нові варіанти слухопокращуючих операцій у хворих на хронічний гнійний середній отит (клініко-морфологічне дослідження). - Рукопис.  Дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук по спеціальності 14.00.19 – оториноларингологія. - Інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка Академії медичних наук України, Київ, 2002.  Дисертація присвячена питанню хірургічного лікування хворих на хронічний гнійний середній отит (ХГСО). Вивчено покрив тимпанального перешийка та адитуса. Встановлено, що в нормі вони вкриті миготливим епітелієм, а при мезотимпаніті у миготливому епітелії спостерігається підвищена активність. У більшості хворих на ХГСО (84 %) покрив антрума та адитуса відповідав покриву медіальної стінки барабанної порожнини, що може служити критерієм при визначенні обсягу операції на середньому вусі. Автор запропонував та визначив ефективність 5 нових способів операцій на вусі. Наведені наслідки 128 мірінгопластик, коли краї перфорації барабанної перетинки припікали розчином трихлороцтової кислоти і у ній розміщували гомофасціальний трансплантат, частково розщеплений по периметру. Запропоновано спосіб канальної фіксації фасціального трансплантата до держальця молоточка. Наслідки 86 таких тимпанопластик виявились вищими за результати 51 операції з іншим видом фіксації трансплантата. На основі аналізу наслідків 48 мастоїдопластик кістково-окістно-м'язевим клаптем, в який включено задню гілку поверхневої скроневої артерії, що порівняні з результатами 56 мастоїдопластик таким же клаптем на нижній ніжці, доведено переваги облітерації клаптем, що містить судину. Розроблено комбіновану тефлоново-хрящову прокладку для формування неотимпанальної порожнини, яку вводили на промонторіальну стінку при 65 тимпанопластиках і отримали позитивний результат у всіх випадках. Запропоновано спосіб реконструкцій відсутнього держальця молоточка, який застосували при 43 тимпанопластиках. Всі розроблені способи дозволили підвищити ефективність лікування хворих на ХГСО. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертаційній роботі наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення науково-прикладної проблеми хірургічного лікування хворих на хронічний гнійний середній отит, що виявилось у новій оцінці ролі вузьких просторів середнього вуха в перебігу запальних процесів та у клініко-морфологічному обґрунтуванні хірургічної тактики у хворих на хронічний гнійний середній отит, а також в розробці нових ефективних варіантів слухопокращуючих операцій на вусі, які знайшли застосування у практичній оториноларингології. 2. Електронно-мікроскопічним дослідженням встановлено, що стінки вузьких просторів повітровмісних порожнин середнього вуха (тимпанального перешийка та адитуса) в нормі вкриті миготливим епітелієм; у хворих на хронічний мезотимпаніт у стадії ремісії вузькі простори залишаються вкритими миготливим епітелієм, але у ньому спостерігаються морфологічні ознаки підвищеної функціональної активності, що вказує на посилення дренажної здатності просторів і до певної межі попереджає розвиток запального процесу у середньому вусі. Наведені дані служать основою для нового підходу до оцінки ролі тимпанального перешийка та адитуса, оскільки такі простори до цього часу розглядались лише як місця, що сприяють виникненню морфологічного блоку при хронічному гнійному середньому отиті. 3. У більшості хворих на хронічний мезо- і епімезотимпаніт (84,3 %) за станом слизової оболонки барабанної порожнини можна судити про стан покриття повітровмісних комірок соскоподібного паростка. Нормальна або блідо-рожева тонка слизова оболонка на стінках барабанної порожнини вказує на те, що комірки соскоподібного паростка вкриті таким самим або нормальним мукоперіостом і свідчить про можливість зворотного розвитку запального процесу у антромастоїдальних порожнинах без хірургічного втручання на цій ділянці. 4. У хворих з гіперемованою і потовщеною слизовою оболонкою барабанної порожнини та у хворих, у яких на стінках барабанної порожнини виявлено грануляції чи поліпи, комірки соскоподібного паростка вкриті такою ж слизовою оболонкою або заповнені грануляціями чи поліпами, що вказує на необхідність хірургічного втручання на антромастоїдальних порожнинах у всіх хворих з такими змінами, виявленими через перфорацію барабанної перетинки. 5. Застосування розробленого нами способу закриття сухих перфорацій барабанної перетинки методом фасціальної “заклепки”, що полягає у припіканні країв отвору та наступною фіксацією до країв перфорації фасціального гомотрансплантата при правильному підборі пацієнтів дозволило у 78,2 % хворих відновити цілісність барабанної перетинки, у 71,3 % - зменшити повітряно-кістковий інтервал до 10 дБ та покращити слух в середньому на (14,4±1,1) дБ. Такий спосіб не виявляє негативного впливу на функцію звукосприймаючого апарату вуха, тому може з успіхом використовуватись також у хворих зі значним ураженням функції звукосприймаючого апарата та у літніх пацієнтів. 6. Розроблений нами метод тимпанопластики з канальною фіксацією фасціального трансплантата до держальця молоточка дозволяє отримати вищі результати хірургічного лікування хворих на хронічний гнійний середній отит в порівнянні з існуючими методом фіксації. Застосування її дозволило відновити цілісність барабанної перетинки у 94,9 % оперованих (проти 84,4 % - в контрольній групі), надати відновленій тимпанальній мембрані лійкоподібної форми у 96,2 % (проти 77,8 %); уникнути виникнення латералізації барабанної перетинки у всіх оперованих (проти 2,2 %) і попередити згладжування переднього кута між барабанною перетинкою і зовнішнім слуховим проходом у 98,7 % (проти 88,9 %), а також отримати більш виражене покращення слуху - на (15,7±1,0)дБ(у хворих контрольної групи – на (11,2±1,3)дБ***;***Р< 0,01). 7. Задня гілка поверхневої скроневої артерії може бути використана при створенні пластичних клаптів в ділянці скроневої кістки, причому у 56,6 % пацієнтів існує можливість визначення її локалізації та показників артеріального кровотоку ще перед операцією; включення в живлячу ніжку кістково-окістно-м'язевого клаптя гілки поверхневої скроневої артерії (при її наявності) та венозних судин дозволяє підвищити можливості адаптації та приживання такого клаптя в бідній на джерела кровопостачання кістковій порожнині. 8. Заповнення антромастоїдальної порожнини кістково-окістно-м’язевим клаптем на передньо-верхній судинній ніжці дозволяє отримати кращі результати мастоїдопластики, у порівнянні з застосуванням клаптя на нижній ніжці (без судинного забезпечення): за коротший термін ((17,4±1,0) діб, проти (22,0±1,1)діб в контрольній групі) отримати невелику суху післяопераційну порожнину, більш виражено зменшити об’єм трепанаційної порожнини у хворих, що перенесли в минулому загальнопорожнинну операцію на вусі (до (2,26±0,11) см3, проти (2,59±0,08) см3- в контрольній групі; Р< 0,05), та більш надійно облітерувати трепанаційну порожнину у скроневій кістці (рентгенологічна щільність облітерованої ділянки становить (325,3±66,2) одиниць Housfield, а в контрольній групі - (226,2±27,8) Од; Р< 0,05). 9. Застосування розробленого нами способу формування неотимпанальної порожнини за допомогою комбінованої тефлоново-хрящової прокладки при відкритих типах тимпанопластики дозволяє у всіх оперованих (100 %) відновити неотимпанальну мембрану і запобігти виникненню перфорації, що розвивається внаслідок некрозу новоствореної барабанної перетинки у місці її контакту з синтетичним матеріалом, а також покращити слух на (14,2±1,7)дБпісля тимпанопластики IІІ типу і на (14,8±1,7) дБ після тимпанопластики IV типу. 10. Розроблений нами спосіб тимпанопластики з реконструкцією держальця молоточка в процесі відновлення барабанної перетинки фасціальним трансплантатом, у товщу якого введено аутокістковий фрагмент довгастої форми, дає змогу відновити держальце молоточка у 97,5 % оперованих та покращити слух на (15,7±1,9) дБ. 11. Комплекс технічних засобів (який включає персональний комп’ютер з платою відео-захоплення, відеокамеру і ендоскоп) та програмне забезпечення для нього, розроблені нами, дають можливість одержати цифрове зображення ЛОР-органів, створити зручну комп’ютерну базу даних хворих з патологією вуха, забезпечити повноту та прискорення статистичної обробки результатів лікування, спростити і стандартизувати ведення медичної документації, що сприяє покращенню якості діагностики та лікування хворих на хронічний гнійний середній отит. | |