



ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева С. Н. Распространенность заболеваний ЛОР-органов среди городского населения на современном этапе // Рос. оторинолар. – 2006. – № 3. – С. 33–37.
2. Грязина Н. В. Оптимизация организации экстренной оториноларингологической помощи в многопрофильном стационаре взрослому населению в условиях крупного промышленного города: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2007. – 26 с.
3. Ефименко С. А. Влияние образа жизни на здоровье // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 8–14.
4. Социально-экономические и поведенческие факторы риска, определяющие состояние здоровья взрослого населения промышленного города / Д. Е. Калинин [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 1. – С. 29–34.
5. Социологическое исследование условий и образа жизни трудоспособного населения промышленного города / Д. Е. Калинин [и др.] // Там же. – 2009. – № 6. – С. 24–27.
6. Максимова Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья населения. – М., 2005. – 238 с.
7. Меркулов О. А. Качество жизни больных с патологией ЛОР-органов // Вестн. оторинолар. – 2009. – № 4. – С. 54–56.
8. Мурашова Т. В. Динамические показатели ургентной ЛОР-помощи в условиях городской больницы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 18 с.
9. Пискунов С. З., Харченко В. В. Новое в морфологии носа и околоносовых пазух // Вестн. оторинолар. – 2011. – № 1. – С. 8–12.

Бицаева Антонина Валерьевна – аспирант каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов, 115093, Москва, ул. Павловская, д. 25; тел.: 8-926-831-39-79, e-mail: Surgut22@mail.ru

Коршунова Ирина Анатольевна – ассистент каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов, 115093, Москва, ул. Павловская, д. 25; тел.: 8-926-119-36-68, e-mail: Alena-korshnova0@rambler.ru

Чернолев Анна Ильинична – ассистент каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов, 115093, Москва, ул. Павловская, д. 25; тел.: 8-926-182-73-77, e-mail: acernolev@yandex.ru

УДК 616-089.844; 616.284-004

НАШ СПОСОБ ТОТАЛЬНОЙ МИРИНГОПЛАСТИКИ

Е. В. Болознева, О. Н. Сопко

OUR WAY OF TOTAL MIRINGOPLASTY

E. V. Bolozneva, O. N. Sopko

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В работе дана оценка клинико-морфологическим и функциональным результатам тотальной мiringопластики у 36 больных. У 31 (86,1%) больного тотальный дефект барабанной перепонки закрыт полностью, при этом неотимпанальная мембрана находилась в анатомически правильном положении, свойственном естественной барабанной перепонке. У всех больных в отдаленные сроки получена хорошая прибавка слуха: отличный и хороший функциональный результат операции достигнут в 85,2% случаев.

Ключевые слова: мiringопластика, неотимпанальная мембрана, слуховая функция, барабанная перепонка.

In this study we have analyzed clinical, morphological and functional results of total miringoplasty 36 patients. In 31 patients (86,1%) total defect eardrum closed completely, with neotimpanic membrane's anatomically correct position, characteristic of the natural eardrum. All patients in long-term period will get a good hearing gain: excellent and good functional result of the operation was achieved in 85,2% of cases.

Key words: miringoplasty, neotimpanic membrane, auditory function, eardrum.

Мiringопластика в реконструктивно-функциональной хирургии уха является наиболее частым оперативным вмешательством. При от-

носительно небольших перфорациях, когда сохранились остатки барабанной перепонки, операция обеспечивает хороший клинико-анатомический



и функциональный результат. В этих случаях на деэпителизированные остатки барабанной перепонки укладываются мягкотканый трансплантат, чаще всего аутофасцию височной мышцы, который, как правило, хорошо приживается, что и обеспечивает хороший исход операции.

При тотальных и субтотальных дефектах барабанной перепонки всегда возникают проблемы с укладкой трансплантата, особенно на переднюю стенку слухового прохода, где острый меатотимпальный угол ограничивает обзор и затрудняет манипуляции в этой области. Другая проблема состоит в том, что больших размеров трансплантат может быть уложен только своими краями на «питающее ложе», состоящее из фиброзного барабанного кольца, что не обеспечивает достаточного для приживания трансплантата кровоснабжения и трофической иннервации.

Использование для пластики обширных дефектов барабанной перепонки мягкотканых как ауто-трансплантатов, так и консервированных тканей человека, в силу недостаточной их жесткости и плохой фиксации на остатках барабанной перепонки, не всегда обеспечивает стабильную позицию неотимпанальной мембраны. Это нередко приводит к ее смещению и западанию и, как следствие, образованию сращений с медиальной стенкой барабанной полости и ее облитерации. Способствуют этому, кроме гравитационных сил, толчкообразные движения, передаваемые с височно-нижнечелюстного сустава на переднюю стенку слухового прохода при акте жевания, а также непроизвольный кашель, чихание, резкие движения головы.

В этой связи очень важным является обеспечение условий для сохранения стабильного положения пластического лоскута за счет его надежной фиксации. Достигается это несколькими способами:

- временным изменением физических свойств мягкотканого трансплантата в целях увеличения его жесткости;
- заполнением тимпанальной полости различными рассасывающимися и нерассасывающимися материалами;
- использованием синтетических прокладок и опорных каркасов;
- применением более жестких многослойных трансплантатов и т. п.

Из изложенного выше следует, что тотальная мирингопластика является сложным оперативным вмешательством. О сложности и непредсказуемости ее результатов свидетельствуют нередкие неудовлетворительные клинко-морфологические и функциональные исходы существующих способов оперирования. По этой причине имеется настоятельная необходимость как в дальнейшем поиске более адекватных в биологи-

ческом, физическом и функциональном отношении трансплантатов, так и в совершенствовании способов оперирования.

В течение последних 10 лет для тотальной мирингопластики мы стали применять истонченный на специальном резаке хондро-перихондральный ауто-трансплантат, который формируется из козелка больного в процессе операции. Такой трансплантат обладает рядом преимуществ перед другими тканями: он является умеренно жестким, состоит из однородной ткани, пластичен, обладает хорошей сопротивляемостью к инфекции, хорошо реваскуляризуется. Кроме того, хорошая каркасная функция позволяет надежно укладывать трансплантат на большое «питающее ложе», состоящее из фиброзного барабанного кольца и декутированных участков кости слухового прохода, что обеспечивает анатомическое положение неотимпанальной мембраны.

Для более надежной фиксации пересаженного трансплантата и улучшения его трофики мы используем три технических приема.

1. Перед укладыванием подготовленного оптимальных размеров пластического лоскута, барабанную полость заполняем гемостатической быстро рассасывающейся губкой – спонгостаном, полная биодеструкция которой наступает через 3–5 недель.

2. Из кожи наружного слухового прохода в области передней и задней стенок формируем два лоскута на питающих ножках, которыми пересаженный хондро-перихондральный ауто-трансплантат на достаточном протяжении прикрываем спереди и сзади (рис. 1).

3. На завершающем этапе операции дополнительно производим наружную фиксацию трансплантата полосками биосинтетического раневого покрытия «Биокол I» («искусственная кожа»), который обладает способностью фиксироваться на раневой поверхности без специальных адгезивов. Кроме того, он микробие непроницаем, обеспечивает нормальный паргазообмен в ране, проницаем для водных растворов антибиотиков и антисептиков, стимулирует миграцию клеток, нормализует синтез коллагена. При использовании биосинтетического раневого покрытия длительной тампонады слухового прохода, как это общепринято, не требуется, что позволяет в раннем послеоперационном периоде следить за течением процесса заживления без его удаления, местно применять при необходимости лекарственные средства.

Пациенты и методы. Данным способом тотальная мирингопластика нами выполнена у 36 больных с закончившимся хроническим гнойным мезотимпанитом при так называемом «сухом» перфоративном среднем отите. Среди них было 16 мужчин и 20 женщин в возрасте от 26 до 65



В ближайшем послеоперационном периоде (при выписке больных из стационара) у всех прооперированных отмечено в различной степени выраженности улучшение слуха по данным остроты восприятия шепотной и разговорной речи. В отдаленные сроки 27 больным выполнено аудиометрическое исследование слуха. Функциональные результаты тотальной мирингопластики были следующими:

– отличный результат (повышение порогов тонального слуха на 30 дБ и более) получен у 16 (59,3%) больных;
– хороший результат (повышение порогов слуха от 20 до 30 дБ – у 7 (25,9%) человек;
– удовлетворительный результат (повышение порогов тонального слуха в зоне разговорных частот от 10 до 20 дБ) у 4 (14,8%) человек (рис. 2).

Вывод

Использованный нами способ пластики тотальных дефектов барабанной перепонки позволяет достичь хороших клиничко-морфологических и функциональных результатов.

Болознева Елизавета Викторовна – врач-оториноларинголог ЛОР-клиники СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: +7-911-775-93-79, e-mail: bolozneva-ev@yandex.ru

Сопко Ольга Николаевна – канд. мед. наук, врач-оториноларинголог ЛОР-клиники СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: +7-911-963-33-56, e-mail: sopko@yandex.ru

УДК: 616.833.154+616.715.28]-008.313

О БЛОКАДЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА И КРЫЛОНЕБНОГО УЗЛА ЧЕРЕЗ БОЛЬШОЕ НЕБНОЕ ОТВЕРСТИЕ

В. Г. Бородулин

WITH REGARD TO THE QUESTION OF MAXILLARY NERVE AND SPHENOPALATINE GANGLION BLOCKADE VIA THE GREATER PALATINE FORAMEN

V. G. Borodulin

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В статье описаны показания и существующие методики блокады крылонебного узла и верхнечелюстного нерва через большое небное отверстие. Приводится собственный опыт данной блокады. Обсуждаются неудачи и возможные их причины. Приводится собственная методика оценки анатомии большого небного канала с помощью трехмерной компьютерной томографии. Сообщаются результаты наблюдений, проводится их обсуждение. Авторы приходят к выводу, что для проведения эффективной блокады показано выполнение трехмерной компьютерной томографии околоносовых пазух на этапе планирования вмешательства.

Ключевые слова: местная анестезия, блокада верхнечелюстного нерва, блокада крылонебного узла, большое небное отверстие, трехмерная компьютерная томография.

Библиография: 12 источников.

This article is dedicated to the sphenopalatine ganglion and maxillary nerve blockade via the greater palatine foramen, its indications and its methods. The authors describe thier experience of this blockade performance. Also the causes of the failures are discussed. The original method of assessment the greater palatine canal anatomy using three-dimensional computed tomography is presented. The findings conserning the anatomy of the greater palatine foramen are discussed in detail. The authors` observations make them to decide that the pre-surgical examination must include the three-dimensional computed tomography for effective blockade.

Key words: local anesthesia, maxillary nerve blockade, sphenopalatine ganglion blockade, greater palatine foramen, three-dimension computed tomography.

Bibliography: 12 sources.