

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения



В.В. Колбанов

16 мая 2003 г.

Регистрационный № 48-0303

**ВАРИАНТ МИРИНГОПЛАСТИКИ
ДВУХСЛОЙНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ
МЕЗОТИМПАНИТЕ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Витебский государственный медицинский университет

Авторы: канд. мед. наук, доц. В.С. Куницкий, Аль-Хамади Сами

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Перфорация барабанной перепонки, занимающая более 30% ее площади, с локализацией в различных отделах натянутой части.
2. Отсутствие гнойных выделений из уха в течение не менее 3–4 мес.
3. Наличие здоровой слизистой оболочки барабанной полости и кожи наружного слухового прохода.
4. Отсутствие холестеатомы в полостях среднего уха.
5. Отсутствие нарушений со стороны слуховой трубы.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ

1. Набор инструментов для септум-операции.
2. Набор инструментов для микрохирургии уха.
3. Операционный микроскоп.
4. Отсасыватель хирургический типа ОМ-10.
5. Устройство для нарезки хрящевых пластинок.
6. Предметное стекло.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ

1. Предоперационная премедикация.
2. Местная инфильтрационная анестезия перегородки носа.
3. Забор фрагмента хряща перегородки носа и нарезка хрящевых пластинок.
4. Щадящая тампонада носа.
5. Местная инфильтрационная анестезия заушной области.
6. Осуществление заушного доступа.
7. Получение и подготовка свободного трансплантата фасции височной мышцы.
8. Подготовка ложа для трансплантата.
9. Укладывание и фиксация трансплантата.
10. Ушивание заушной раны.

Медикаментозная подготовка проводится за 30 мин до операции и включает введение пациенту 0,1% раствора атропина сульфата (1 мл) для предупреждения возможных вагусных реакций, 1% раствора промедола (1 мл) и 1% раствора димедрола (1 мл).

На следующем этапе осуществляется местная инфильтрационная анестезия преддверия полости носа 1% раствором новокаина с добавлением 0,1% раствора адреналина гидрохлорида в соотношении 20:1. Разрез слизистой оболочки и надхрящницы носовой перегородки производится в типичном месте, общепринятом при выполнении септум-операции по Киллиану. Особенностью метода является то, что разрез выполняется на стороне, противоположной оперируемому уху. В передней части носовой перегородки отслаивается слизисто-надхрящничный лоскут на стороне разреза. После чего путем инцизии пластинки четырехугольного хряща осуществляется доступ на противоположную сторону носовой перегородки, где аналогично отслаивается слизисто-надхрящничный лоскут. Затем производится забор фрагмента хряща размером $1,5 \times 1,5$ см при помощи ножа Беланжера. Полученный материал помещается в раствор антибиотика. Слизисто-надхрящничные лоскуты укладывают на место после тщательного гемостаза, на разрез накладываются дексоновые швы. При обильном кровотечении по ходу операции выполняется рыхлая передняя тампонада носа на стороне разреза сроком на 3–4 ч. Полученный хрящевой фрагмент разрезается на тонкие пластинки (60–80 мкм) при помощи специально сконструированного устройства.

Миринопластика производится заушным доступом под местной инфильтрационной анестезией раствором вышеуказанного состава. Кроме того, раствор анестетика вводится при помощи инсулинового шприца в две точки по задней полуокружности границы костного и перепончато-хрящевого отделов наружного слухового прохода. По заушной складке выполняется разрез кожи и подлежащих тканей длиной 3–4 см. В верхнем углу раны тупым путем обнажается височная мышца, покрытая одноименной фасцией. Фрагмент височной фасции после предварительной гидропрепаровки захватывается глазным пинцетом и при помощи ножниц иссекается. Фасциальный трансплантат распластывается на предметном стекле, очищается от кусочков жировой и мышечной ткани и сохраняется до его высыхания. Далее производится разрез задней полуокружности наружного слухового прохода на границе его перепончато-хрящевой и костной частей после предварительного

введения в него турунды во избежание травмирования передней стенки. После разреза турунда удаляется, накладывается ранорасширитель типа «Лира», последующие этапы операции выполняются под операционным микроскопом ($\times 10$, $\times 16$).

При наличии каллезного края перфорации последний иссекается.

Деэпидермизация остатков барабанной перепонки осуществляется от периферии к центру, чтобы не способствовать увеличению размеров перфорации. При наличии краевого мезотимпанита декутируется прилежащий к перфорации участок наружного слухового прохода. Перед укладыванием трансплантата осуществляется тщательный гемостаз, из барабанной полости удаляются кровяные сгустки. Аутохрящевой трансплантат, размерами превышающий перфорацию барабанной перепонки на 1–1,5 мм, укладывается на подготовленную ложе. Прозрачность пластинки обеспечивает возможность ее оптимальной укладки за счет визуального контроля границ перфорации. Аутофасция превышает размеры хрящевой пластинки и укладывается на деэпидермизированные участки барабанной перепонки, фиброзного кольца и декутированные участки наружного слухового прохода.

На завершающем этапе трансплантат покрывается полоской перфорированной перчаточной резины и фиксируется ватными шариками на шелковых нитях («якорьками»), пропитанными синтомициновой эмульсией или левомеколем. Заушная рана ушивается наглухо. Выполняется рыхлая тампонада наружного слухового прохода. На 7-е сутки после операции тампон, «якорьки» и резиновая полоска удаляются. Последующий уход за оперированным ухом осуществляется при отомикроскопии. Швы на заушной ране снимаются на 7–8-е сутки после операции.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Для предотвращения врастания эпидермиса в барабанную полость через трансплантат следует укладывать фасциальный лоскут строго в пределах зоны деэпидермизации и декутирования, избегая подвертывания его краев.

2. Для профилактики развития послеоперационного среднего отита следует избегать попадания крови в барабанную полость, при попадании — тщательно удалить ее перед укладыванием трансплантата.

3. Нежелательно использовать отсос на заключительном этапе операции, так как возможна дислокация как хрящевой пластинки, так и фасции.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Абсолютные противопоказания:

1. Облитерация костной части слуховой трубы.
2. Тяжелые сопутствующие заболевания внутренних органов.

Относительные противопоказания:

1. Продолжающаяся отопаиорея, дерматиты наружного слухового прохода бактериальной и грибковой этиологии.
2. Наличие воспалительного процесса в полости носа, околоносовых пазухах, глотке, слуховой трубе.