



8. На основании нашего материала считаем целесообразным возобновить обучающий курс отоневрологии для ЛОР-врачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабияк В. И., Гофман В. Р., Накатис Я. А. Нейрооториноларингология. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 728 с.
2. Бертон Мартин Дж. Головокружение: особенности диагностики и лечения // Лечащий врач. – 1999. – № 4. – С. 58–60.
3. Олисов В. С. Лабиринтопатии. – Л.: Медицина, 1973. – 294 с.
4. Руководство по оториноларингологии / Под ред. И. Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – 608 с.
5. Слуховые расстройства у больных с синдромом вертебробазилярной недостаточности / И. М. Кириченко [и др.] // Рос. оториноларингология. – 2009. – Прил. № 2. – С. 30–35.
6. Филатов В. Ф., Арделян Е. П. Состояние ЛОР-органов при шейном остеохондрозе // Вестн. оториноларингологии. – 1986. – № 6. – С. 58–60.
7. Хиллов К. Л. Функция органа равновесия и болезнь передвижения. – Л.: Медицина, 1969. – 278 с.

Кутина Анна Владимировна – клинический ординатор кафедры оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: 8-921-319-93-36, e-mail: kutik-an@ Rambler.ru.

УДК:612.215.4+611.216]-007.246

АСИММЕТРИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ У ПАЦИЕНТОВ С ЛАТЕРАЛЬНОЙ ДЕВИАЦИЕЙ НОСА ВРОЖДЕННОГО И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

М. В. Мишкорез

MAXILLA SINUSES ASYMMETRY IN PATIENTS WITH CONGENITAL OR POSTTRAUMATIC LATERAL NASAL DEFORMITIES

M. V. Mishkorez

*ГБОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ»
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, чл.-кор. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

При исследовании 131 пациента с латеральной девиацией носа врожденного и посттравматического генеза были определены средние объемные размеры верхнечелюстных пазух. У пациентов с врожденной боковой деформацией носа выявлена более частая и более выраженная асимметрия правых и левых верхнечелюстных пазух, чем у пациентов второй группы с посттравматическим риносколиозом. Зависимости размера пазухи от направления деформации носа не выявлено.

Ключевые слова: риносколиоз, боковая деформация носа, латеральная девиация носа, верхнечелюстной синус, асимметрия верхнечелюстных пазух, размер верхнечелюстной пазухи.

Библиография: 21 источник.

131 patients with congenital and posttraumatic lateral nasal deformities were observed in the study. There found mean sizes of right and left maxilla sinuses. Asymmetric maxilla sinuses were observed in patients with congenital lateral nasal deviation more frequently, then in patients with posttraumatic rhinoscoliosis. More frequent considerable differences between right and left maxilla sinuses sizes were also observed in patients with congenital scoliotic nose. No interconnection between maxilla sinus size and direction of lateral nasal deformity was found.

Key words: rhinoscoliosis, lateral nasal deformity, maxilla sinuses asymmetry, maxilla sinus volume

Bibliography: 21 sources.



Деформация наружного носа в подавляющем большинстве случаев представляет собой достаточно сложный комплекс анатомо-функциональных расстройств. При повреждении опорных структур наружного носа происходит деформация взаимосвязанных с ними внутриносовых образований и нередко прилежащих структур черепа. По данным разных исследователей, изолированные повреждения костей носа встречаются в 8% наблюдений, а в 18,8% – сочетаются с множественными переломами костей лицевого скелета и, в общем, составляют до 42,9% всех травм челюстно-лицевой области в диагностике перелома костей носа [1, 5, 8, 14, 15]. При этом околоносовые пазухи повреждаются от 29 до 43% случаев [5]. Комбинированные деформации наружного носа и взаимосвязанных с ним структур черепа могут иметь и врожденный генез [2, 4, 6, 11, 12]. Деформации носа и прилежащих к нему структур могут происходить и в процессе асимметричного развития головы и тела. Определено значительное недоразвитие средней части лица и орбиты на одноименной стороне риносколиоза у пациентов с врожденным сколиозом носа на асимметричном лице [13]. Многие авторы в своих исследованиях отмечают нередкую асимметрию лицевого скелета, а также частое превалирование правых размеров лицевого черепа над левыми [9, 12, 13].

Все исследования симметрии лицевого черепа авторами производились методом антропометрических измерений.

Большая часть верхнечелюстной кости содержит в себе одноименный синус. Отмечено, что такое состояние, как синдром «молчащего синуса», при котором размеры его значительно уменьшаются, влечет за собой и изменения лицевого скелета в том числе. Перелом передней стенки верхнечелюстной пазухи с вдавлением уменьшает размер пазухи и приводит к асимметрии лицевого скелета.

На основании полученных данных обследованных больных с различными видами деформаций и аномалий лицевого и мозгового черепа установлено, что ведущее значение в развитии деформаций лицевого черепа принадлежит верхнечелюстному комплексу из-за его более быстрого и раннего роста и развития [4, 6]. При многих пороках развития лицевого черепа отмечаются асимметрия лицевого скелета и, в частности, неодинаковые по размеру верхнечелюстные синусы [2, 4, 6, 7, 11].

Известно, что размеры верхнечелюстных пазух варьируют в широких пределах, но в доступной литературе обычно есть описания гипоплазии, гиперпневматизации этих синусов различной этиологии без уточнения их размеров [3, 16–21]. Также упоминается, что правый и левый верхнечелюстные синусы у человека могут быть неодинаковыми по размеру, но в литературе мало данных о взаимосвязи этой асимметрии с такой деформацией носа, как латеральное его смещение [10]. В литературе мы не нашли данных о взаимосвязи частоты встречаемости асимметричных верхнечелюстных пазух и генеза риносколиоза.

Цель исследования. Выявление наличия асимметрии верхнечелюстных пазух у пациентов с латеральной девиацией носа различного генеза.

Задачи исследования. 1. Определить средние размеры правых и левых верхнечелюстных синусов у пациентов с врожденной и посттравматической латеральной девиацией носа.

2. Определить симметрию между правыми и левыми верхнечелюстными пазухами у пациентов разных групп.

3. Выявить частоту встречаемости пациентов с асимметричными верхнечелюстными синусами в разных группах.

4. Определить наличие зависимости преобладания большей по размеру пазухи верхнечелюстной кости от направления и генеза боковой деформации наружного носа.

Пациенты и методы исследования. Произведено обследование 131 пациента, обратившегося в Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи в период 2008–2011 гг. Все обследованные были разделены на две группы на основании ранее разработанного алгоритма дифференциальной диагностики генеза риносколиоза. Первую группу составили 70 пациентов с врожденной латеральной девиацией наружного носа, вторую группу – 61 человек с посттравматической боковой деформацией носа. В первой группе было 34 мужчины, женщин – 36; во второй группе было 49 мужчин, женщин – 12.

Таблица 1

Группы и подгруппы пациентов с риносколиозом

Пациенты	I группа (врожденный риносколиоз)			II группа (посттравматический риносколиоз)			Всего n (%)
	Риносколиоз вправо n (%)	Риносколиоз влево n (%)	Всего в группе n (%)	Риносколиоз вправо n (%)	Риносколиоз влево n (%)	Всего в группе n (%)	
Всего	30 (22,9)	40 (30,53)	70 (53,44)	32 (24,43)	29 (22,14)	61 (46,56)	131 (100)
Мужчины	15 (11,45)	19 (14,5)	34 (25,95)	24 (18,32)	25 (19,08)	49 (37,4)	83 (63,36)
Женщины	15 (11,45)	21 (16,03)	36 (27,48)	8 (6,11)	4 (3,05)	12 (9,16)	48 (36,64)

Таблица 2

Пациенты, которым выполнена компьютерная томография околоносовых пазух

Пациенты	I группа (врожденный риносколиоз)		II группа (посттравматический риносколиоз)	
	Риносколиоз вправо <i>n</i> (%)	Риносколиоз влево <i>n</i> (%)	Риносколиоз вправо <i>n</i> (%)	Риносколиоз влево <i>n</i> (%)
Всего в подгруппах	27 (25,7)	28 (26,67)	26 (24,76)	24 (22,86)
Всего в группе	55 (52,38)		50 (47,62)	
Всего	105 (100%)			

Средний возраст первой группы составил 34,29 года, средний возраст группы пациентов с посттравматической девиацией носа составил 37,62 года. На основании статистического анализа гендерных и возрастных различий между группами и внутри групп не выявлено. В свою очередь, группы пациентов были разделены на подгруппы в зависимости от направления боковой деформации носа. Подгруппу А составили пациенты с девиацией носа вправо: с врожденной деформацией 30 человек, посттравматической деформацией носа 32 человека. В подгруппах Б – пациенты с латеральной деформацией носа влево: 40 человек с врожденной, 29 человек с посттравматической деформацией наружного носа (табл. 1).

Всем пациентам проводилось стандартное обследование, в которое входили сбор анамнеза и жалоб, риноскопия, большинству пациентов проводились эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки и общеклиническое исследование. Для более детальной оценки строения структур полости носа и особенностей околоносовых пазух большей части пациентов (105 человек) проводилась компьютерная томография околоносовых пазух с интервалом

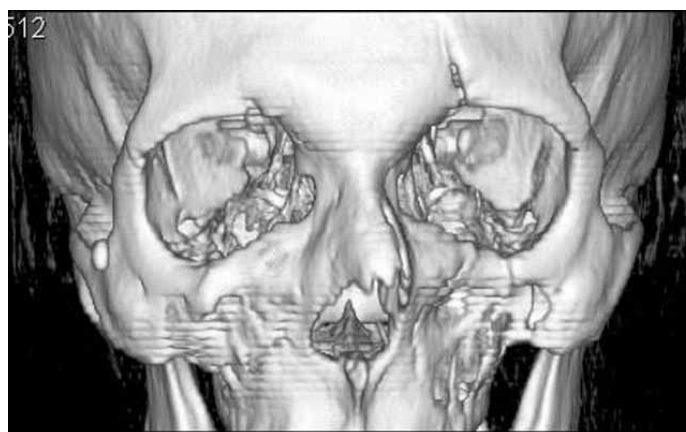


Рис. 1. 3D-реконструкция костей лицевого черепа пациента с посттравматическим риносколиозом и переломом передней стенки верхнечелюстной пазухи слева.

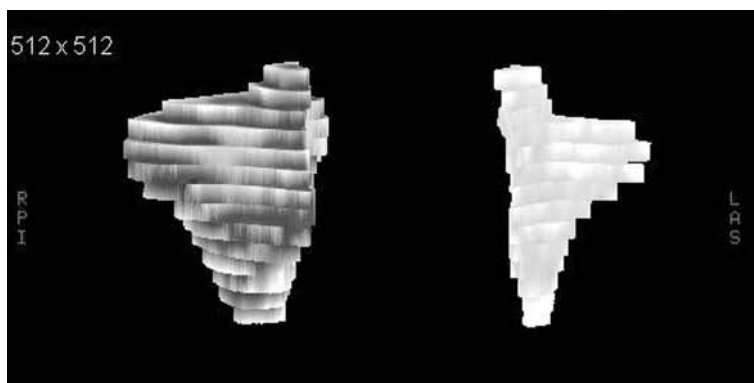


Рис. 2. 3D-реконструкция верхнечелюстных пазух. Асимметричные верхнечелюстные пазухи.

5 мм в коронарной проекции и 2 мм в аксиальной проекции. Из всех обследованных (70 человек) с врожденной девиацией носа 57 пациентам была проведена компьютерная томография. 48 человек из 61 пациента с посттравматическим риносколиозом подверглись данному исследованию (табл. 2).

Данные компьютерной томографии пациентов были обработаны на рабочей станции аппарата MPT AW VolumeStore 2, при помощи которой были воссозданы трехмерные объемные изображения лицевого скелета каждого пациента (рис. 1).

Данное программное обеспечение позволяет произвести не только линейные измерения, но и расчеты объема любой структуры или полости. В частности, обследованным пациентам производились измерения объема полости верхнечелюстных пазух по костным границам (рис. 2).

Результаты исследования. Средний размер правого верхнечелюстного синуса у мужчин достоверно превышал размеры одноименной пазухи у женщин и составил 21,87 и 19,11 мл соответственно. Объемные размеры левой верхнечелюстной пазухи не имели статистических различий в зависимости от пола и составили 20,48 и 19,71 мл соответственно.

Средний размер правой верхнечелюстной пазухи у пациентов (мужчины и женщины) с врожденной девиацией носа вправо составил 20,73 мл, у пациентов с посттравматической деформацией вправо составил 20,13 мл. Средний размер правой верхнечелюстной пазухи у пациентов с врожденной латеральной деформацией носа влево составил 21,01 мл, у пациентов в группе посттравматической девиацией – 21,70 мл. Статистически значимых различий между группами не выявлено. Также не выявлено гендерных различий внутри групп и между группами.

Средний размер левой верхнечелюстной пазухи у пациентов первой группы с девиацией вправо составил 19,07 мл, во второй группе с девиацией носа вправо – 19,94 мл. Объемные размеры левого верхнечелюстного синуса у пациентов первой и второй групп с латеральной деформацией носа влево составили 20,32 и 21,65 мл соответственно (табл. 3). Также не выявлено статистически значимых различий между группами.

Так как у некоторых пациентов второй группы имелись в анамнезе травмы, распространяющиеся и на переднюю стенку верхнечелюстной пазухи с вдавлением, а также случай «молчащего синуса», что значительно уменьшает их размеры, трудно найти различия между размерами пазух в разных группах пациентов только на основании их средних размеров. Для того чтобы определить наличие, степень и частоту встречаемости неодинаковых по размеру синусов у одного и того же пациента определялась разница в размерах между правыми и левыми верхнечелюстными пазухами у каждого обследованного.

При сравнении пациентов первой и второй групп с девиацией носа вправо у пациентов с врожденным риносколиозом среднестатистическая разница оказалась больше, чем во второй группе – 4,63 и 2,52 мл соответственно. Также и у пациентов с деформацией носа влево более значительная разница оказалась у пациентов первой группы – 3,64 и 1,81 мл соответственно (табл. 4). Статистически значимых различий по полу не выявлено.



Таблица 3

Средние размеры верхнечелюстных синусов

Объем	I группа (врожденный риносколиоз)		II группа (посттравматический риносколиоз)	
	Риносколиоз вправо (n = 27) 1	Риносколиоз влево (n = 28) 2	Риносколиоз вправо (n = 26) 3	Риносколиоз влево (n = 24) 4
Правого верхнечелюстного синуса	$20,73 \pm 6,63$, $p(1-3) = 0,74$	$21,01 \pm 7,12$, $p(2-4) = 0,69$	$20,13 \pm 6,24$, $p(1-3) = 0,74$	$21,70 \pm 4,75$, $p(2-4) = 0,69$
Левого верхнечелюстного синуса	$19,07 \pm 6,29$, $p(1-3) = 0,64$	$20,32 \pm 5,74$, $p(2-4) = 0,38$	$19,94 \pm 6,98$, $p(1-3) = 0,64$	$21,65 \pm 4,99$, $p(2-4) = 0,38$

Таблица 4

Разница между размерами правых и левых верхнечелюстных синусов

I группа (врожденный риносколиоз)		II группа (посттравматический риносколиоз)	
Риносколиоз вправо (n = 27) 1	Риносколиоз влево (n = 28) 2	Риносколиоз вправо (n = 26) 3	Риносколиоз влево (n = 24) 4
$4,63 \pm 4,46$, $p(1-3) = 0,04$	$3,64 \pm 3,07$, $p(2-4) = 0,009$	$2,52 \pm 2,65$, $p(1-3) = 0,04$	$1,81 \pm 1,43$, $p(2-4) = 0,009$

Таблица 5

Градации степени асимметрии между правыми и левыми верхнечелюстными синусами

Номер интервала	1	2	3	4	5	6	7	8
Разница, мл	0–2,0	2,01–4,0	4,01–6,0	6,01–8,0	8,01–10,0	10,01–12,0	12,01–14,0	Более 14

Для того чтобы определить, насколько выраженно отличаются по размерам синусы у одного и того же пациента и насколько часто такая ситуация встречается в каждой группе, эти разностные значения были распределены по интервалам. Значения этих интервалов даны в табл. 5.

В группе пациентов с посттравматическим риносколиозом симметрия верхнечелюстных пазух встречалась значительно чаще по сравнению с пациентами первой группы – 68 и 32,14% соответственно. Более выраженные степени асимметрии верхнечелюстных синусов встречались значительно чаще в группе пациентов с врожденными латеральными деформациями носа по сравнению с посттравматической группой (табл. 6). Статистически значимых различий в зависимости от пола не выявлено.

На основании наличия разницы объемных размеров правых и левых верхнечелюстных синусов, превышающей 2 мл, у каждого пациента определяли большую по размеру пазуху,

Таблица 6

Частота встречаемости различных степеней асимметрий между верхнечелюстными синусами

Номер интервала	1	2	3	4	5	6	7	8
I группа (врожденный риносколиоз) n (%)	18 (32,14)	15 (26,79)	11 (19,64)	4 (7,14)	2 (3,57)	1 (1,79)	2 (3,57)	2 (3,57)
II группа (посттравматический риносколиоз) n (%)	34 (68)	9 (18)	4 (8)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	0	0
Коэффициент Фишера	0,003	0,18	0,006	0,21	0,53	0,72	0,27	0,27



Таблица 7

Частота встречаемости практически одинаковых по размеру верхнечелюстных синусов

Сравнения размеров	I группа (врожденный риносколиоз) n (%)	II группа (посттравматический риносколиоз) n (%)	Коэффициент Фишера
Нет различий в размерах между правыми и левыми верхнечелюстными синусами	18 (32,14)	34 (68)	0,0003
Правый верхнечелюстной синус больше	22 (39,29)	10 (20)	0,02
Левый верхнечелюстной синус больше	15 (26,79)	6 (12)	0,04

Таблица 8

Зависимость преобладания размеров верхнечелюстного синуса от направления девиации носа

Сравнения размеров	I группа (врожденный риносколиоз)			II группа (посттравматический риносколиоз)		
	Вправо n (%)	Влево n (%)	Коэффициент Фишера	Вправо n (%)	Влево n (%)	Коэффициент Фишера
Нет различий в размерах между правыми и левыми верхнечелюстными синусами	9 (33,3)	9 (31,03)	0,57	17 (65,38)	17 (70,83)	0,45
Правый верхнечелюстной синус больше	11 (40,74)	11 (37,93)	0,56	6 (23,08)	4 (16,67)	0,41
Левый верхнечелюстной синус больше	7 (25,93)	8 (27,59)	0,53	3 (11,54)	3 (12,5)	0,62
Всего пациентов	55 (52,38)			50 (47,62)		

а также частоту встречаемости этого признака в каждой группе пациентов (табл. 7). В группе пациентов с посттравматическим риносколиозом верхнечелюстные синусы чаще были симметричными, с разницей, не превышающей 2 мл. В первой группе с врожденной девиацией носа чаще по сравнению с первой группой встречалась асимметрия пазух.

При этом зависимости преобладания размера правой или левой верхнечелюстной пазухи от направления деформации носа не выявлено (табл. 8).

Также не выявлено различий по половому признаку как внутри групп, так и между группами.

Обсуждение. Таким образом, определены средние размеры верхнечелюстных пазух у пациентов с врожденной и посттравматической латеральной девиацией носа, что составило от $19,07 \pm 6,29$ до $21,70 \pm 4,75$ мл. Статистически значимых различий ни внутри, ни между групп не выявлено. Так как у некоторых пациентов второй группы имелись в анамнезе травмы, распространяющиеся и на переднюю стенку верхнечелюстной пазухи с вдавлением, а также случай «молчащего синуса», что довольно значительно уменьшает их размеры, трудно найти различия между размерами пазух в разных группах пациентов только на основании их средних размеров.

У пациентов первой группы чаще определялись асимметричные по размеру верхнечелюстные синусы, в то время как у пациентов с посттравматическим риносколиозом достоверно чаще пазухи не отличались по объему. Зависимости локализации большей по размеру пазухи от направления боковой деформации носа не выявлено.

Неправильное развитие верхнечелюстного комплекса в эмбриональном периоде приводит и к деформациям околоносовых пазух, грушевидного отверстия, что влечет за собой деформацию наружного носа и асимметрию лица в целом. Далее у ребенка с имеющейся деформацией среднего отдела лица, что в основном обусловлено рядом причин врожденного характера, при-



соединяются вторичные нарушения роста этой зоны, вызванные смещением точек прикрепления, изменением силы натяжения мимических мышц. С ростом и развитием все эти изменения чаще усугубляются, так как с самого начала развивается каскад механизмов неправильного развития лицевого скелета. Деформации у таких больных характеризуются нарушением пропорций лица в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, которые проявляются в различной степени на правой и левой сторонах.

Толщина костных стенок верхнечелюстных пазух не отличается особой вариабельностью. Уменьшенная или увеличенная часть верхнечелюстной кости содержит внутри себя синус соответствующего размера. Уменьшение или увеличение объема пазухи может происходить за счет изменения положения любой из ее стенок. Изменение положения передней, верхней, боковых, реже нижней стенки верхнечелюстного синуса может обуславливать и рельеф лицевого скелета человека. Нередко асимметрия лицевого скелета нивелируется мягкими тканями лица и на взгляд не видна. Неравнозначные, а порой довольно отличающиеся по размеру правый и левый верхнечелюстные синусы могут обуславливать и асимметрию лица, что чаще наблюдалось у пациентов с врожденной латеральной девиацией носа.

Выводы

1. Определены средние размеры верхнечелюстных пазух, что составило от $19,07 \pm 6,29$ до $21,70 \pm 4,75$ мл.
2. В группе пациентов с врожденной латеральной девиацией носа асимметрия верхнечелюстных пазух встречается чаще, чем у пациентов с посттравматическим риносколиозом.
3. У пациентов первой группы чаще наблюдалась более выраженная разница в размерах верхнечелюстных пазух, чем у пациентов второй группы.
4. Зависимости преобладания большей по размеру правой или левой пазухи от направления латеральной деформации носа не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безшапочный С. Б. Хирургическая коррекция посттравматических деформаций носа // Рос. ринология. – 1993. – № 1. – С. 85–92.
2. Бессонов С. Н., Пшенисов К. П. Коррекция деформаций носа после устранения односторонних расщелин верхней губы // Рос. ринология. – 2005. – № 3. – С. 35–39.
3. Вишняков В. В. Анатомические варианты строения полости носа и околоносовых пазух при компьютерной томографии // Рос. ринология. – 2003. – № 2. – С. 16.
4. Гунько В. И., Безруков В. М. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями и аномалиями челюстей: метод. рекомендации. – М.: Москва, 1990. – 17 с.
5. К вопросу о повреждении околоносовых пазух при черепно-лицевой травме / Г. И. Прохвятилов [и др.] // Материалы XIII Междунар. конф. челюст.-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии». – 2008. – С. 186–187.
6. Кручинский Г. В. Редкие врожденные синдромы лица и челюстей. – Минск: Беларусь, 1974. – 62 с.
7. Матвеев К. А. Особенности патологических состояний ЛОР-органов у больных после уранопластики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 16 с.
8. Николаев М. П. О тактике лечения травм лицевого скелета // Вестн. оториноларингологии. – 1999. – № 1. – С. 28–30.
9. Оганесян С. С. Хирургия риносколиоза: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2009. – 26 с.
10. Павлюк-Павлюченко Л. Л., Щербаков К. Г. Варианты эстетической септоринопластики // Рос. ринология. – 2005. – № 3. – С. 14–21.
11. Хорошилкина Ф. Я., Берсенев С. В. Особенности телерентгенологических показателей строения лицевого отдела черепа при аномалиях, обусловленных врожденным односторонним сквозным несращением губы, альвеолярного отростка и неба // Материалы XIII междунар. конф. челюст.-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии». – 2008. – С. 235–236.
12. Юнусов А. С. Искривление перегородки носа эндогенной природы как проявление морфофункциональной асимметрии человека // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – № 5. – С. 30–31.
13. Asymmetric facial growth and deviated nose: a new concept / F. Hafezi [et al.] // Annals of Plastic Surgery. – 2010. – Vol. 64. – P. 47–51.
14. Demographic, epidemiologic, and surgical characteristics of maxillofacial fracture repair in a developing country / O. B. Ozgursoy [et al.] // ENT-Ear, Nose & Throat Journal. – 2009. – № 4.
15. Digital volume tomography in the diagnosis of nasal bone fractures / M. Bremke [et al.] // Rhinology. – 2009. – Vol. 47. – P. 126–131.
16. Ethnic variation in sinonasal anatomy on CT-scanning / L. Badia [et al.] // Rhinology. – 2005. – Vol. 43. – P. 210–214.



17. Factors for maxillary sinus volume and craniofacial anatomical features in adults with chronic rhinosinusitis / S. H. Cho [et al.] // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. – 2010. – Vol. 136. – P. 610–615.
18. Kalavagunta S., Reddy K.T. Extensive maxillary sinus pneumatization // Rhinology. – 2003. – Vol. 41. – P. 113–117.
19. Kayalioglu G., Oyar O., Govsa F. Nasal cavity and paranasal sinus bony variations: a computed tomographic study // Rhinology. – 2000. – Vol. 38. – P. 108–113.
20. Maxillary sinus hypoplasia / G. Plaza [et al.] // Acta Otorrinolaringol. – 2001. – Vol. 52. – P. 122.
21. Maxillary sinus hypoplasia / T. Erdem [et al.] // Rhinology. – 2002. – Vol. 40. – P. 150–153.

Мишкорез Мария Владимировна – очный аспирант ЛОР-клиники Санкт-Петербургской МАПО. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; моб. тел.: 8-911-283-47-31.

УДК: 616.285-089.844-073.756.8

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИН НЕЭФФЕКТИВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТИМПАНОПЛАСТИКИ

И. Ф. Мустивый¹, М. В. Комаров²

POSSIBILITIES OF COMPUTER TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF THE CAUSES OF INEFFECTIVE RESULTS OF TYMPANOPLASTY

I. F. Mustivii, M. V. Komarov

¹ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России»

(И. о. ректора – проф. О. Г. Хурицава)

² ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России»

(Директор – засл. врач РФ, чл.-кор. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

В работе представлен опыт проведения ревизионной тимпанотомии у больных, имевших в анамнезе консервативно-щадящую операцию по поводу эпитимпанита. Были обследованы 12 пациентов (4 мужчин и 8 женщин в возрасте от 5 до 62 лет). Сравнивались данные, полученные в ходе операции с результатами компьютерной томографии височной кости. Достоверность метода КТ составила 62,5% в сравнении с ревизией барабанной полости. Наиболее частой локализацией холестеатомного процесса являлась область эпитимпанума (5 пациентов).

Ключевые слова: ревизионная тимпанотомия, холестеатома, эпитимпанит, компьютерная томография, ретимпаноластика.

Библиография: 19 источников.

The article presents our experience of performing of revision tympanotomy in patients that had been previously operated with canal-wall down mastoidectomy with tympanoplasty because of chronic otitis media with cholesteatoma. Research group consisted of 12 patients (4 males and 8 females, aged from 5 to 62 years). We compared the data obtained during the operation with the results of the preoperative computed tomography of the temporal bone. The reliability of the CT was 62.5% compared with the revision tympanotomy. The most frequent localization of cholesteatoma was epitympanum (5 patients).

Key words: revision tympanotomy, cholesteatoma, attic disease, CT scan, retympanoplasty.

Bibliography: 19 resources.

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) является одной из самых сложных и нерешенных проблем в оториноларингологической практике, его доля в структуре заболеваний уха составляет 27,2% [3]. Распространенность ХГСО в нашей стране составляет 0,8–1% населения [6]. Среди пациентов с ЛОР-патологией, которым оказывается помощь в ЛОР-стационарах, 5,7–7% страдают ХГСО [3].