



5. Возникновение неврологических симптомов при хронических синуситах, не осложненных тяжелыми интракраниальными процессами, зависит от циркуляционных расстройств в полости черепа в связи с отсутствием носового дыхания и от хронического ограниченного арахноидита, вызванного наличием гнойного процесса по соседству с полостью черепа.

УДК: 616. 286–08–039. 76

О РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Р. В. Кофанов

ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Р. В. Кофанов)

В специальной литературе, посвященной этому вопросу, отмечается значительный разброс диапазона частоты патологии слуховой трубы от 0,5% до 32,3% как указывают отечественные и зарубежные авторы [1–5].

Значение сохранности функций слуховой трубы при выполнении saniрующих и реконструктивных операций, особенно с целью слухоулучшения, также общеизвестно.

При нагноительных процессах среднего уха, фиброзно-деструктивных, рубцовых отитах, тимпаносклерозе патогистологическими характеристиками тканей, участвующих в формировании патологии, являются фиброзные, рубцовые, костные ткани, реже тимпаносклеротические отложения.

Альтернативными моментами в преодолении вышеуказанной патологии являются обходные операции – создание вентиляционных путей (верхнего с включением аттика и антрума и нижнего гипотимпанума). К сожалению, эти операции по данным литературы и собственным сведениям, не обладают высокой эффективностью и требуют дальнейшей разработки.

При полной непроходимости слуховой трубы отоларингологи, как правило, воздерживаются от выполнения слухоулучшающих операций или выполняют 5-ый тип тимпаноластики по К. Zollner, опять-таки, характеризующийся невысокими функциональными результатами.

При выполнении нами реконструктивных слухоулучшающих - хирургических вмешательств у 6000 больных, страдающих различными формами тугоухости, патология слуховой трубы (полная облитерация) установлено у 126 пациентов (2,1%). Костное её заращение выявлено у 6 больных, им выполнялась операция с созданием вентиляционного пути, причем получение слуха до уровня социально пригодного было отмечено только у 3 пациентов.

У остальных тугоухих нами была достигнута полная реабилитация функций слуховой трубы разработанным нами способом.

Последний заключался в предварительном осмотре под операционным микроскопом барабанной полости и устья слуховой трубы. В ряде наблюдений слуховая труба ревизовалась тактильно при помощи распатора или зондом с шариком из стандартного набора микроинструментария.

В последующем изготавливался стальной зонд, имеющий опорную площадку и свободный конец. Тело зонда помещалось в тефлоновую трубку, просвет которой регулировался над пламенем спиртовки и плотно облегал зонд. Проксимальный конец зонда был закрыт на 1–2 мм фторопластовой трубкой. В последующем, при введении зонда в барабанное соустье слуховой трубы кончик его становился атравматичным и входил при умеренном усилии в просвет трубы.

Изгиб зонда формировался таким образом, чтобы при выходе из глоточного устья его проксимальный конец располагался на латеральной стенке нижнего носового хода.

Длина зонда определялась, в среднем, около 15 см. и он достаточно легко улавливался ассистентом при передней риноскопии. Часть его извлекалась из фторопластовой трубки, последняя становилась более гибкой и выводилась из полости носа. Дистальная часть расщеплялась



отохирургом в виде ромашки, и устанавливалась под контролем зрения в барабанном устье слуховой трубы.

Выведенный наружу проксимальный конец трубки фиксировался помощником на боковой поверхности щеки пациента лейкопластырем.

В последующем, после контроля (продувание воздухом из шприца) трубка использовалась для введения муколитиков, растворов антибиотиков и кортикостероидов). Спустя неделю, после выписки оперированного из стационара, в косметических целях, трубка спирально укладывалась в общий носовой ход на срок до двух – трех месяцев, причем просвет трубки был всегда свободен, что позволяло пациентам производить самопродувание. Трубка удалялась отохирургом после стихания репаративных процессов в барабанной полости и перепонке.

Рецидивов облитерации и отчетливого снижения слуха нами не регистрировалось.

В двух наблюдениях при значительных усилиях при проведении зонда было получено кровотечение по ходу операции из барабанной полости, расцененное нами как ранение стенки а. carotis interna, которое без дополнительных усилий купировалось тампонадой ватным тампоном. Рецидивов кровотечения в послеоперационном периоде у этих пациентов отмечено не было.

Вывод:

Указанная методика может быть использована отохирургом при двусторонней патологии слуховой трубы, т. е. при отсутствии альтернативы и двусторонней тугоухости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобошко М. Ю. Состояние слуховой трубы у больных хроническим гнойным средним отитом по данным компьютерной томографии. / М. Ю. Бобошко, С. В. Бризгалов, А. И. Лопотко // Вестн. оторинолар. – 2003. – №4. – С. 16–19
2. Вульштейн Х. Слухоулучшающие операции: Пер. с немецкого / Х. Л. Вульштейн. – М.: Медицина, 1972 – 423 с.
3. Еланцев К. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1969. – 471 с.
4. Пальчун В. Т. Оториноларингология. / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков. – М.: Медицина – 2001. – 616 с.
5. Buestone C. Eustachion tube function Related to the Results of Tympanoplasty in Children Laryngoscope (Stzouis) / C. Buestone, E. Cautekin, T. Douglas. – Laryngoscope. – 1979. – Vol 89– N3 – P. 4504–58.

УДК: 616. 281–007:616. 283. 1–089. 843

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННЕГО УХА И КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ.

В. Е. Кузовков, Ю. К. Янов, С. В. Левин

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи (Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Кохлеарная имплантация (КИ) в настоящее время является общепризнанным в мировой практике и наиболее перспективным направлением реабилитации лиц, страдающих сенсоневральной тугоухостью высокой степени и глухотой, с последующей интеграцией их в среду слышащих.

В современной литературе достаточно широко освещены вопросы классификации аномалий развития внутреннего уха, в том числе применительно к КИ, описаны хирургические методики проведения КИ при данной патологии. Мировой опыт КИ у лиц с аномалиями развития внутреннего уха насчитывает более 10 лет. В то же время в отечественной литературе отсутствуют работы по данной тематике.

В Санкт-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи впервые в России стала выполняться КИ у лиц, имеющих аномалии развития внутреннего уха. Трехлетний опыт подобных операций, наличие успешных результатов таких вмешательств, а также недостаточное количество литературы по данному вопросу, послужили причиной выполнения данной работы.