



32. Surgical approach for so-called glomus jugulare tumors of the middle ear / G. E. Shambaugh Jr. // Laryngoscope. – 1955. Vol. 65, Iss. 4. – P. 185–98.
33. Weissman J. L., Hirsch B. E. Beyond the promontory: the multifocal origin of glomus tympanicum tumors // AJNR Am J Neuroradiol. – 1998. Vol. 19, Iss. 1. – P. 119–22.

Комаров Михаил Владимирович – клинический ординатор клиники отдела патофизиологии уха ФГУ «СПб НИИ ЛОР» Минздравсоцразвития России, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, 8-905-2122-251, mikhailkomaroff@yahoo.com

Аникин Игорь Анатольевич – заведующий отделом патофизиологии уха ФГУ «СПб НИИ ЛОР» Минздравсоцразвития России, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, 8-911-2636-903, dr-anikin@mail.ru

УДК: 616. 285-089. 844

РАЗРЫВЫ ЦЕПИ СЛУХОВЫХ КОСТОЧЕК: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

С. В. Астащенко, И. А. Аникин, С. М. Мегрелишвили

*ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа
и речи Минздравсоцразвития России»
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

Патология цепи слуховых косточек является одной из основных причин снижения слуха у пациентов после черепно-мозговых травм, аномалий развития среднего уха и у пациентов с хроническим гнойным средним отитом. Наиболее информативным методом диагностики разрыва цепи слуховых косточек до операции является импедансометрия, в том числе много-частотная тимпанометрия. В работе представлено ретроспективное обследование 125 пациентов с разрывом цепи слуховых косточек, которые были обследованы и прооперированы в Санкт-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи в 2005–2009 г. г.

Ключевые слова: *разрыв цепи слуховых косточек, многочастотная тимпанометрия, оссиклопластика.*

Библиография: *17 источников.*

Ossicular chain disruption is one of the main reasons for hearing impairment following head injury, middle ear developmental abnormalities, and in patients suffering from chronic suppurative otitis media. The preoperative diagnostic method for ossicular chain disruption providing most information is impedancemetry, including multifrequency tympanometry. The article deals with retrospective research of 125 patients suffering from ossicular chain disruption that had undergone medical examination and operation at the Saint-Petersburg ENT and Speech Research Institute for the period of 2005–2009.

Key words: *ossicular chain disruption, multifrequency tympanometry, ossiculoplasty.*

Bibliography: *17 sources.*

Проблемы, связанные с неудовлетворительными результатами хирургического лечения хронического гнойного среднего отита (ХГСО), сохраняют свою актуальность, несмотря на значительные успехи в разработке новых хирургических методик и развитие оперативной техники. Необходимость в повторных операциях на среднем ухе возникает, по данным различных авторов, в 15–67% всех случаев [2, 8, 11, 14, 15]. Неудачные функциональные результаты оперативного лечения при сформированной неотимпанальной мембране могут быть обусловлены нарушением звукопроводящего механизма. Это может быть как фиксация слуховых косточек при прогрессировании тимпаносклероза, фиброзирующих и адгезивных процессах в среднем ухе, так и разрыв цепи слуховых косточек вследствие латерализации неотимпанальной мембраны или смещения оссикюлярного протеза, установленного на операции [2, 11, 17].

Дефекты оссикюлярной цепи при хроническом гнойном среднем отите, по данным различных авторов, встречаются в 30–70% наблюдений. Чаще всего разрыв обусловлен:



- диастазом наковально-стременного сочленения из-за кариозного разрушения длинной ножки наковальни (37%),
- отсутствием суперструктур стремени и/или наковальни (22%),
- полным отсутствием слуховых косточек (7%),
- латерализацией неотимпанальной мембраны и отсутствием контакта последней с оссикулярной цепью и проявляется кондуктивной или смешанной формами тугоухости [8, 11, 12].

Снижение слуха при интактной барабанной перепонке может быть так же обусловлено патологией цепи слуховых косточек вследствие травмы уха, перелома височной кости, аномалии развития среднего уха или перенесенного ранее экссудативного отита [7].

Оссикулопластика является частью операции тимпаноластики, и подразумевает восстановление нарушенной цепи слуховых косточек на любом уровне между подножной пластинкой стремени и барабанной перепонкой [2, 7, 8].

Одним из методов объективной оценки слуха, получившим в последнее время широкое распространение в клинической аудиологии, является акустическая импедансометрия – измерение акустического импеданса среднего уха. Начиная с 70-х годов двадцатого столетия акустическая импедансометрия широко применяется для оценки состояния структур среднего уха.

В качестве зондирующего тона в большинстве приборов используется низкочастотный тон 226 Гц. Значения импеданса при этом максимальны и изменения наиболее выражены, кривые имеют единичный пик и, как результат, легки для интерпретации тимпанограммы [4, 1, 5, 6, 9]. На наиболее часто используемой частоте 220/226 Гц тимпанограмма заметно теряет в чувствительности, а на частоте 1000 Гц на ней с выраженным постоянством проявляется искажение в виде дополнительного зубца в области максимума. При нарастании частоты до 2000–3000 Гц, наряду с искажением, резко снижается чувствительность записи.

Частота 220 или 226 Гц зондирующего тона, применяемого при стандартной тимпанографии, первоначально была выбрана из-за простоты калибровки, а не потому, что давала максимальную диагностическую информацию.

Наряду с классической, в настоящее время широко применяется многочастотная тимпанография (МЧТ), впервые предложенная Colletti в 1976 г [цит. по 5].

При высокой частоте зондирующего тона (660–675 Гц и выше) регистрируются еще два типа кривых, возникающих при снижении резонансной частоты тимпано-оссикулярной системы: тимпанограмма «D» с двумя близко расположенными и достаточно острыми пиками, которая характерна для состояний, ведущих к потере эластичности барабанной перепонки, и «E» – тимпанограмма с двумя (реже более) пиками, достаточно далеко отстоящими друг от друга, и имеющими закругленные вершины (наблюдается при разрыве цепи слуховых косточек).

В клинической практике МЧТ сейчас применяется для дифференциально-диагностических целей, когда возникает необходимость дифференцировать разрыв цепи слуховых косточек от гиперподвижности барабанной перепонки, например, при наличии атрофических рубцов [1, 4, 5, 6, 9].

Целью нашего исследования является повышение эффективности диагностики и хирургического лечения больных с разрывами цепи слуховых косточек различного генеза.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением в период с 2005 г. по 2009 год находились 125 пациентов с кондуктивной или смешанной формами тугоухости, обследованных и оперированных в клинике отдела патофизиологии уха Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. На операциях у всех пациентов был обнаружен разрыв цепи слуховых косточек. Всем пациентам до операции, в ближайшие и отдаленные сроки после операции, было проведено аудиологическое обследование (камертональное обследование, тональная пороговая аудиометрия, аудиометрия в расширенном диапазоне частот, импедансометрия, в том числе и МЧТ).

Пациенты в зависимости от данных анамнеза были нами разделены на 3 группы.

I группа (36 человек) – пациенты с интактной барабанной перепонкой, у которых в анамнезе отмечались травмы уха или ЧМТ с переломом височной кости. Возраст этих пациентов составил от 7 до 53 лет. Период от травмы до обращения на консультацию составил от 5 дней до 3-х лет.

II группу (27 человек) – составили пациенты с интактной барабанной перепонкой, без каких-либо особенностей анамнеза. В основном это были пациенты детского возраста от 4



до 12 лет, родители которых обратили внимание на снижение слуха у ребенка. Одностороннее снижение слуха наблюдалось у 26 пациентов этой группы, двустороннее у 1 пациента.

В III группу вошли 62 пациента с кондуктивной или смешанной формами тугоухости, которые в прошлом перенесли различные оперативные вмешательства на среднем ухе (тимпанопластика, аттико-адитотомия с тимпанопластикой, консервативно-щадящая радикальная операция на ухе с тимпанопластикой). У всех пациентов данной группы при хорошем морфологическом результате (сформированной неотимпанальной мембране) отмечалось снижение слуха на стороне оперированного уха (за счет кондуктивного компонента).

Все пациенты предъявляли жалобы на снижение слуха. Кроме того, 52 пациента (41,6%) отмечали наличие низкочастотного шума в ухе постоянного или периодического характера. Головокружений и гноетечения на момент операции не отмечалось ни у одного пациента.

При проведении тональной пороговой аудиометрии у большинства пациентов была выявлена кондуктивная или смешанная тугоухость II–III степени с наличием костно-воздушного интервала (КВИ) в зоне речевых частот величиной 35–40 дБ. Усредненные данные тональной пороговой аудиометрии пациентов всех трех групп до операции представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели слуховой функции у больных до операции

Показатели слуховой функции, дБ	I группа	II группа	III группа
Воздушная проводимость	51 ± 7,8	56,4 ± 6,9	52,5 ± 7,8
Костная проводимость	16,5 ± 4,8	13,2 ± 3,2	16,7 ± 4,6
КВИ	34,5 ± 5,7	43,2 ± 4,5	35,8 ± 5,9

У 98 пациентов (78,4%) до операции, при проведении классической импедансометрии с зондирующей частотой 226 Гц, регистрировалась тимпанограмма тип «Ad» по классификации Jergera 1979 год (рис. 1), но при повышении частоты зондирующего тона (проведении многочастотной тимпанометрии) у них появлялся дополнительный пик (тимпанограмма тип «E») с резонансной частотой от 450 до 700 Гц (рис. 2, 3), что позволило предположить у этих пациентов наличие разрыва цепи слуховых косточек.

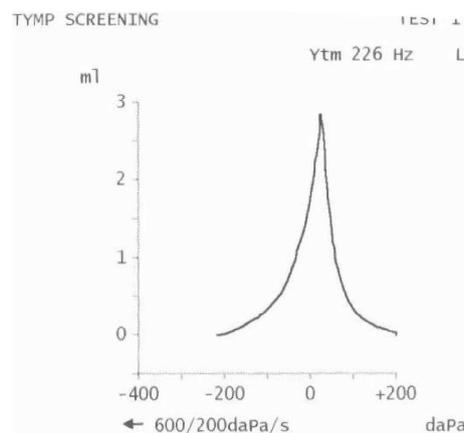


Рис. 1. Тимпанограмма тип Ad, зондирующая частота 226 Гц.

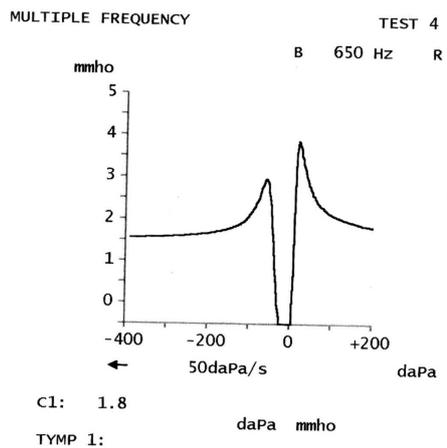


Рис. 2. Тимпанограмма тип E, зондирующая частота 650 Гц.

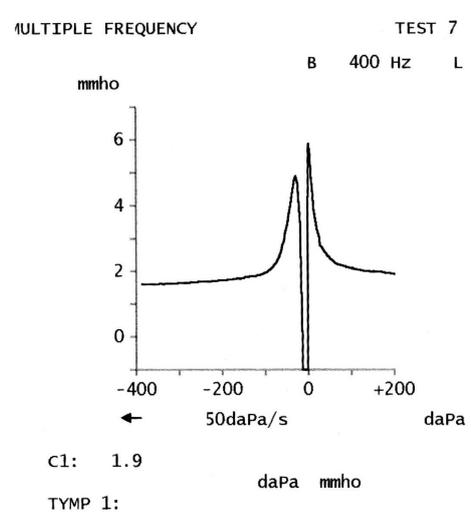


Рис. 3. Тимпанограмма тип E, зондирующая частота 400 Гц.

У 27 пациентов (21,6%) при проведении классической импедансометрии с зондирующей частотой 226 Гц регистрировалась тимпанограмма тип «B» по классификации Jergera 1979 год (рис. 4).

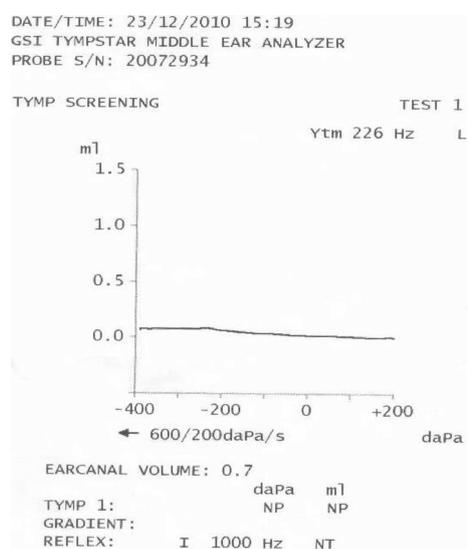


Рис. 4. Тимпанограмма тип B.

Всем пациентам было проведено оперативное лечение – тимпанотомия с ревизией барабанной полости и тимпанопластика с установкой или заменой протеза. Оперативное вмешательство проводилось заушным доступом под местной или общей анестезий (ЭТН).

Основные операционные находки у наших пациентов представлены в таблице 2.

Таблица 2

Операционные находки

Операционные находки	Группы пациентов		
	I (n=36)	II (n=27)	III (n=62)
Линия перелома на задней стенке НСП	25 (69,4%)	-	-
Наковальня подпаяна к линии перелома задней стенки НСП	8 (22,2%)	-	-
Диастаз наковально-стременного сочленения	27 (75%)	17 (63%)	
Перелом длинной ножки наковальни, рубцовое сращение с головкой стремени	7 (19,4%)	-	-
Перелом ножек стремени	4 (11,1%)	2 (7,4%)	7 (11,3%)
Аномалия развития среднего уха	-	7 (26%)	-
Рубцы в барабанной полости, фиксирующие слуховые косточки	12 (33,3%)	8 (29,6%)	9 (14,5%)
Ретракционные карманы барабанной перепонки	-	2 (7,4%)	4 (6,5%)
Смещение протеза	-	-	47 (75,8%)
Кариез длинной ножки наковальни	-	3 (11,1%)	13 (21%)
Фиксация рукоятки молоточка к мысу	2 (5,6%)	-	2 (3,2%)
Фиброзная облитерация барабанной полости	-	3 (11,1%)	5 (8,1%)
Латерализация неотимпанальной мембраны	-	-	9 (14,5%)
Затупление переднего меато-тимпанального угла	-	-	

У большинства пациентов I группы (75%) при ревизии барабанной полости был выявлен диастаз наковально-стременного сочленения со смещением длинной ножки наковальни относительно суперструктур стремени, при этом до операции при классической импедансометрии (с зондирующей частотой 226 Гц) регистрировалась тимпанограмма тип Ad (рис. 5), а при проведении МЧТ – тимпанограмма тип «Е» (рис. 6).

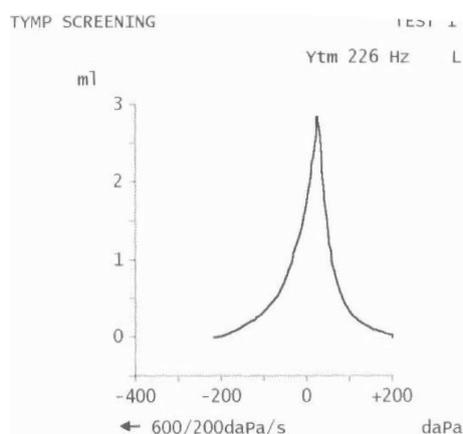


Рис. 5. Тимпанограмма тип Ad, зондирующая частота 226 Гц.

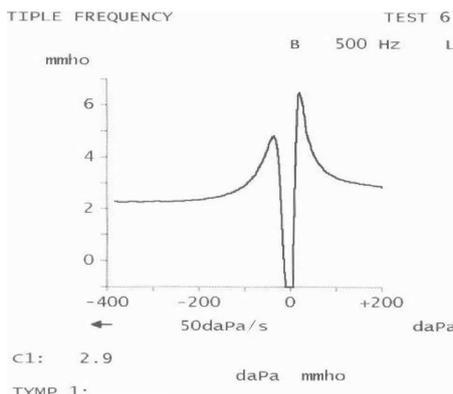


Рис. 6. Тимпанограмма тип E, зондирующая частота 500 Гц.

У 12 пациентов (33,3%) наковальня (длинная ножка) была смещена рубцами и подпаяна к мысу, у 8 (22,2%) – тело наковальни было фиксировано рубцами к линии перелома задней стенки НСП. Суперструктуры стремени были интактны и хорошо подвижны у 17 пациентов. У 4 пациентов был обнаружен перелом ножек стремени.

У 7 пациентов I группы (19,4%) при ревизии барабанной полости обнаружен перелом длинной ножки наковальни, но наковальня с головкой стремени была соединена мягкой перемычкой (рубцом). У этих пациентов до операции при проведении тимпанометрии с зондирующей частотой 226 Гц регистрировалась тимпанограмма тип «А», а при МЧТ – тимпанограмма тип «Е», но со смещением «сусцептенса» в положительную сторону (рис. 7, 8).

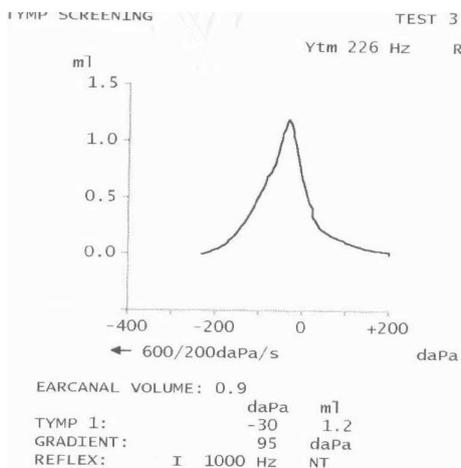


Рис. 7. Тимпанограмма тип «А», зондирующая частота 226 Г.

У одного пациента при ревизии барабанной полости длинная ножка наковальни была сломана и вместе с головкой стремени смещена к подножной пластинке, при этом стремечко была развернуто ножками вверх. При проведении импедансометрии до операции при зондирующей частоте 226 Гц регистрировалась тимпанограмма тип «Ad», а при повышении зондирующего тона тимпанограмма тип «Е».

Операционные находки во II группе: у 7 пациентов (26%) при ревизии барабанной полости обнаружена аномалия развития среднего уха (молоточек и наковальня подвижны, суперструктуры стремени представлены в виде костного конгломерата, неподвижны), при проведении классической импедансометрии (с зондирующей частотой 226 Гц) у них регистрировалась тимпанограмма тип «Ad» (рис. 9), а при проведении МЧТ – тимпанограмма тип «Е» (рис. 10).

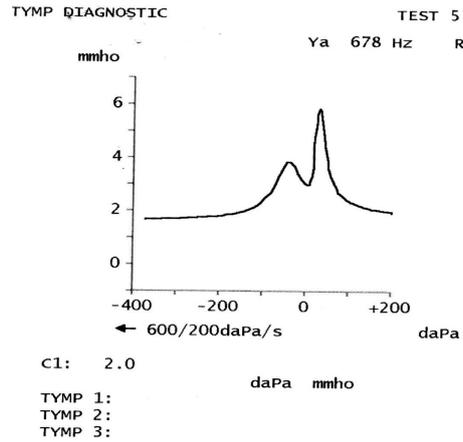


Рис. 8. Тимпанограмма тип «Е», зондирующая частота 678 Гц.

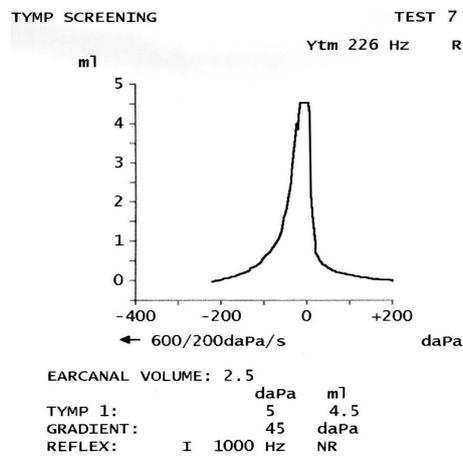


Рис. 9. Тимпанограмма тип Ad, зондирующая частота 226 Гц.

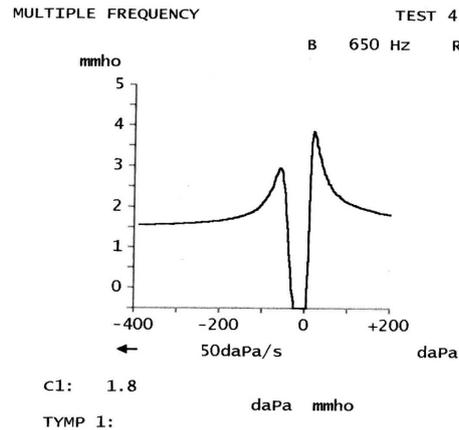


Рис. 10. Тимпанограмма тип E, зондирующая частота 650 Гц.

Этим пациентам была выполнена стапедопластика или малеостапедопластика титановыми протезами К – пистон KURZ длиной от 4,5 до 9,0 мм.

У 17 пациентов (63%) выявлено отсутствие контакта наковальни с головкой стремени, из них у 3-х пациентов длинная ножка наковальни была кариозно изменена. У этих пациентов при проведении МЧТ до операции также регистрировалась тимпанограмма тип «Е». У 8 пациентов, кроме диастаза наковально-стременного сочленения, обнаружены массивные рубцы,



фиксирующие слуховые косточки, фиброзная облитерация обнаружена у 3-х пациентов (11,1%) – у данной группы пациентов до операции при проведении импедансометрии с зондирующей частотой 226 Гц регистрировалась тимпанограмма тип В.

В третьей группе наиболее частой причиной снижения слуха являлось смещение протеза, которое было обнаружено при ревизии барабанной полости у 47 пациентов с хорошо сформированной неотимпанальной мембраной. При этом полных протезов (ТОРП) было 25, частичных (РОРП) – 22. При проведении МЧТ до операции у них регистрировалась тимпанограмма тип «Е», с резонансной частотой 400 Гц (рис. 11), а при проведении классической импедансометрии (зондирующая частота 226 Гц) регистрировалась тимпанограмма тип Ad (рис. 12).

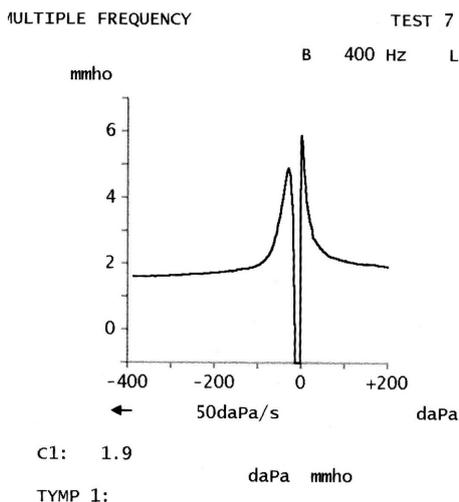


Рис. 11. Тимпанограмма тип E, зондирующая частота 400 Гц.

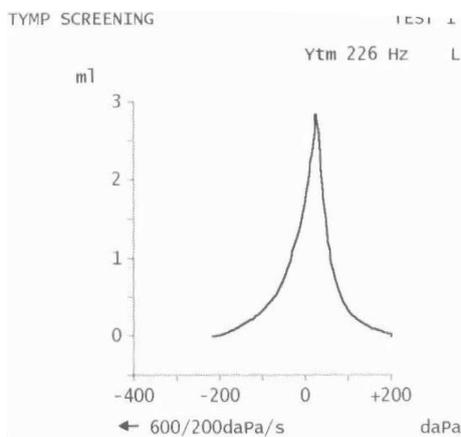


Рис. 12. Тимпанограмма тип Ad, зондирующая частота 226 Гц.

Латерализация неотимпанальной мембраны у пациентов III группы была обнаружена в 9 случаях (14,5%), при этом отмечалось резкое утолщение неотимпанальной мембраны и отсутствие ее контакта с рукояткой молоточка или шляпкой протеза, установленного на предыдущей операции. У этих пациентов при проведении импедансометрии до операции регистрировалась тимпанограмма тип «В». Во время реоперации им проводилось истончение лоскута и «низведение» его до контакта с рукояткой молоточка (при сохранной цепи слуховых косточек) или шляпкой оссикюлярного протеза. Для предотвращения протрузии протеза проводилось отграничение шляпки протеза от неотимпанальной мембраны пластинкой аутохряща, взятой из ушной раковины пациента.

Фиброзная облитерация барабанной полости в III группе была обнаружена у 5 пациентов (8,1%), до операции при проведении импедансометрии у них регистрировалась тимпанограмма тип «В». У этих пациентов при ревизии барабанной полости были обнаружены массивные рубцы, неотимпанальная мембрана была припаяна к медиальной стенке, тимпанальное устье слуховой трубы резко сужено. Этим пациентам проводилось иссечение рубцов барабанной полости, расширение устья слуховой трубы за счет полуканала мышцы, натягивающей барабанную перепонку (рис. 13), на медиальную стенку барабанной полости укладывались полоски геля карбоксиметилцеллюлозы (КМЦ :- гель), проводилась установка тимпановентиляционной трубки (ТВТ) в передне-верхнем квадранте неотимпанальной мембраны [3].

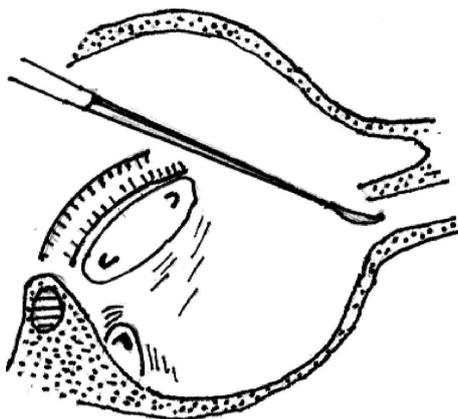


Рис. 13. Расширение устья слуховой трубы.

В послеоперационном периоде все пациенты соблюдали постельный режим 2 суток, получали антибактериальную, противоотечную терапию. Швы с заушной раны мы снимали на 7 сутки, тампоны из наружного слухового прохода удаляли на 9 сутки. Аудиометрия в послеоперационном периоде проводилась всем пациентам на 14 сутки, через 1 месяц и затем через 6 месяцев после операции. По данным тональной пороговой аудиометрии оценивался прирост слуха (степень улучшения слуха по сравнению с дооперационным уровнем).

Усредненные данные тональной пороговой аудиометрии через 6 месяцев после операции представлены в таблице 3.

Таблица 3

Показатели слуховой функции у больных через 6 месяцев после операции

Показатели слуховой функции, дБ	I группа	II группа	III группа
Воздушная проводимость	26,4±3,2	21,2±4,2	28,5±7,8
Костная проводимость	13,7±2,7	11,1±3,3	12,7±4,6
КВИ	12,7±3,1	10,1±3,5	15,8±5,9

Статистически достоверное улучшение слуха через 6 месяцев после операции, отмечалось у 91,7%, 96,3% и 83,8% пациентов I, II и III групп соответственно (табл. 4).

При этом у большинства пациентов I и II групп слух улучшился на 21–30 дБ, тогда как у пациентов III группы преобладало улучшение слуха на 10–20 дБ. Лучшие результаты получены у детей с аномалией развития среднего уха, которым во время операции проводилась стапедопластика (улучшение слуха на 31–40 дБ). Таким образом, проведение МЧТ до операции облегчает дифференциальную диагностику заболеваний, проявляющихся кондуктивной или смешанной формами тугоухости, позволяет выбрать правильную тактику ведения больных с разрывами цепи слуховых косточек различного генеза.



Улучшение слуха, по сравнению с дооперационным уровнем

Показатели слуховой функции, в дБ	I группа (%)		II группа (%)		III группа (%)	
Улучшение	25	} 91,7	26	} 96,3	35,5	} 83,8
10-20	50		48,1		30,6	
21-30	16,7		22,2		17,7	
31-40	5,5		3,7		9,7	
Без перемен						
Ухудшение	2,8		-		6,5	
Итого	100		100		100	

Выводы:

1. Включение в комплекс предоперационного обследования больных многочастотной тимпанометрии (МЧТ) позволяет диагностировать разрыв цепи слуховых косточек у 78,4% пациентов: у пациентов после травмы разрыв диагностирован в 94,4%, у пациентов с аномалией развития уха – у 100%, у пациентов после оперативных вмешательств на среднем ухе – в 77,4% случаев.
2. Регистрация тимпанограммы тип «Е», со сглаженным вторым зубцом (смещение suscетенса в положительную сторону), указывает на «подвывих» цепи слуховых косточек (наличие соединительно-тканной перемычки между длинной ножкой наковальни и головкой стремени), что было подтверждено на операции.
3. Регистрация тимпанограммы тип «В» у пациентов с фиброзной облитерацией барабанной полости не исключает разрыва цепи слуховых косточек (обнаружена в ходе оперативного лечения у трети пациентов).
4. Статистически достоверное улучшение слуха через 6 месяцев после операции получено у 91,7% пациентов, перенесших травму, у 96,3% пациентов с кондуктивной или смешанной тугоухостью с интактной барабанной перепонкой без каких либо особенностей анамнеза и у 83,8% пациентов после оперативных вмешательств на среднем ухе. При этом лучшие результаты достигнуты у пациентов с аномалией развития звукопроводящего аппарата среднего уха, которым во время операции выполнена стапедопластика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтман Я. А., Таварткиладзе Г. А. Руководство по аудиологии. – ДМК Пресс: Москва. 2003. – 357 с.
2. Аникин И. А., Астащенко С. В., Бокучава Т. А. Причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения хронического гнойного среднего отита // Рос. оторинолар. – 2007. – №5. – С. 3–8.
3. Кузовков В. Е. Клиническое исследование эффективности геля натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы для профилактики образования спаек в среднем ухе при тимпанопластике // Рос. оторинолар. – 2008. Прилож. №2. – С. 280–284.
4. Левина Ю. В., Иванец И. В. Диагностическое значение определения резонансной частоты среднего уха // Вестн. оторинолар. – 2002. – №5. – С. 11–13.
5. Таварткиладзе Г. А. Акустическая импедансометрия // Оториноларингология: национальное руководство / Гл. редактор В. Т. Пальчун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. – 124–131.
6. Щербаков В. А. Мультичастотная тимпанометрия как метод дифференциальной диагностики заболевания уха IV Международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха». – Суздаль, 19–21 июня 2001. – С. 204.
7. Патякина О. К., Федорова О. В., Воронин М. С. Диагностические критерии и лечебная тактика при травматических повреждениях структур уха // Вестн. оторинолар. – 2000. – № 5. – С. 39–42.
8. Hillman T. A., Shelton C. Ossicular chain reconstruction: titanium versus plastipore // Laryngoscope. 2003. – Vol. 113. – P. 1731–1735.
9. Holte L., Margolis R. H., Cavanaugh R. M. Developmental changes in multifrequency tympanograms // Audiology. 1991. – Vol. 30. – P. 1–24.
10. Kaylie D. M., Gardner E. K., Jackson C. G. Revision chronic ear surgery // Otolaryngol. Head Neck Surg. 2006. – Vol. 134, N3. – P. 443–450.
11. Lateralization of the tympanic membrane as a complication of canal wall down tympanoplasty: a report of four cases / K. Gyo [et al.] // Otol Neurotol. 2003. – Vol. 24. – P. 145–148.
12. Martin A. D., Harner S. G. Ossicular reconstruction with titanium prosthesis // Laryngoscope 2004. – Vol. 114, N1. – P. 61–64.
13. Murphy T. P. Hearing results in pediatric patients with chronic otitis media after ossicular reconstruction with partial ossicular replacement prostheses and total ossicular replacement prostheses // Laryngoscope 2000. – Vol. 110, N4. – P. 536–544.



14. Revision surgery for chronic otitis media: characteristics and outcomes in comparison with primary surgery / Y. S. Cho [et al.] // *Auris Nasus Larynx* 2010. – Vol. 37, N1. – P. 18–22.
15. Seidman M. D., Babu S. A new approach for malleus/incus fixation: no prosthesis necessary // *Otol Neurotol.* 2004. – Vol. 25. – P. 669–673.
16. TORP-vibroplasty: a new alternative for the chronically disabled middle ear / K. B. Huttenbrink [et al.] // *Otol. Neurotol.* 2008. – Vol. 29, N7. – P. 965–971.
17. Vassbotn F. S., Moller P., Silvola J. Short-term results using Kurz titanium ossicular implants // *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2007. – Vol. 264, N1. – P. 21–25.

Астащенко Светлана Витальевна – канд. мед. наук, заведующая отделением патофизиологии и ре-конструктивной хирургии уха Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, г. Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9. Тел. 8-812-316-25-01. E-mail: 3178442@mail.ru; **Аникин** Игорь Анатольевич – докт. мед. наук, руководитель отдела патофизиологии и реконструктивной хирургии уха Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9. Тел. 8-812-316-25-01; **Мегрелишвили** Спартак Михайлович – зав. сурдоотделением Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013 Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9 Тел. 8-812-316-28-83 E-mail: 3162883@mail.ru;

УДК: 616. 284-002. 258

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ НАХОДКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ РАНЕЕ АНТРОТОМИЮ

С. В. Астащенко, И. А. Аникин

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа

и речи Минздравсоцразвития России»

(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

В статье проанализированы интраоперационные находки у 97 пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших ранее антротомию (антромастотомию). Выявлена прямая зависимость тяжести и распространенности патологического процесса в среднем ухе от сроков, прошедших с момента антротомии. Разработана тактика хирургического лечения и предложены временные интервалы проведения двухэтапных оперативных вмешательств у пациентов с хроническим гнойным средним отитом.

Ключевые слова: антротомия, хронический гнойный средний отит, осложнения антротомии, реоперации.

Библиография: 13 источников.

The article provides the analyses of intraoperative findings among 97 patients with chronic purulent otitis media after anthrotomy (anthromastoidotomy). Direct relation was found between severity, spread of pathologic process in the middle ear and period of time after the anthrotomy. Tactics of surgical treatment was worked out. Time intervals of two-phase surgeries for patients with chronic purulent otitis media were offered.

Key words: anthrotomy, chronic purulent otitis media, anthrotomy complications, reoperations.

Bibliography: 13 sources.

Хирургическое лечение пациентов с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) остается актуальной проблемой современной оториноларингологии. В настоящее время активно дискутируется вопрос о целесообразности проведения этапного хирургического лечения больных, страдающих ХГСО. Ряд хирургов придерживается тактики двух-, а иногда и трехэтапного лечения, когда на первом этапе проводится санация гнойно-деструктивного очага, на втором – формируется воздушная барабанная полость (т. е. выполняется мирингопластика), а в последующем, при необходимости, осуществляется тимпанотомия с оссикулопластикой [4, 5, 9, 12].

Однако в современных условиях многократная госпитализация больных для проведения дорогостоящих операций является экономически не выгодной. Помимо этого, повторные хирургические вмешательства на структурах среднего уха, сами могут служить причиной развития рубцового процесса в барабанной полости, что ухудшает функциональный