

УДК: 616. 285–089. 844

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕДКОЙ ФОРМЫ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА

В. В. Дискаленко, Л. М. Курмашова

*ГОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова
(Зав. каф. отоларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)*

Тимпаносклероз – относительно редкая, особая форма фиброзирующих средних отитов, характеризующаяся дистрофией слизистой оболочки и кости, кальцификацией и нередким появлением локальных белых бляшек, располагающихся в толще слизистой оболочки. Излюбленной локализацией последних являются область окна преддверия, включая стремя, канал лицевого нерва и верхнюю часть промоториума, а так же барабанная перепонка.

Тимпаносклероз может быть массивным и распространенным, что зависит от длительности его существования. Принято рассматривать заболевание как морфологическое выражение очаговой реакции мукоперистоа при негнойных формах воспаления. Как правило, больные тимпаносклерозом обращаются за помощью по поводу тугоухости, которая чаще развивается спустя 10 и более лет от начала возникновения острого среднего отита. Лечение тимпаносклероза представляет сложную проблему, характер и объем функционально-реконструктивного вмешательства определяется в каждом конкретном случае с учетом характера и выраженности деструктивных изменений.

Приводим собственное наблюдение редкой формы двустороннего тимпаносклероза.

Больная С-ва, 28 лет госпитализирована в клинику с жалобами на выраженное понижение слуха на оба уха. Считает себя больной около 6 лет, когда впервые заметила быстрое беспричинно прогрессирующее понижение слуха на оба уха, которое через 1,5-2 года стало стабильным, что подтверждается данными аудиометрического исследования в динамике. Из анамнеза известно, что до 5 летнего возраста больная страдала острыми рецидивирующими отитами. В последующие годы и до настоящего времени воспалительных заболеваний ушей не было.

При поступлении в клинику: общее состояние больной удовлетворительное, правильного телосложения, удовлетворительного питания, со стороны внутренних органов без особенностей – соматически здорова. ЛОР осмотр. Правое ухо: область сосцевидного отростка не изменена, наружный слуховой проход широкий, кожа его истончена, на месте натянутой части барабанной перепонки определяется белого цвета, толстая, неподвижная, безболезненная, костной плотности мембрана, в заднее-верхнем квадранте которой имеется щелевидной формы краевая (у барабанного фиброзного кольца) перфорация. Отоскопическая картина слева практически аналогичная. Острота слуха на ШР на каждое ухо до 0,5м, РР – до 3 метров. Опыт Ринне, Федериче, Бинга отрицательные, опыт Желле положительный. Латерализации звука в опыте Вебера нет. На пороговой тональной аудиограмме – горизонтальный тип кривых с понижением порогов слуха по воздушной проводимости до 60 дБ, костной – 15–20дБ. Проходимость слуховых труб I–II степени. На рентгеновской компьютерной томограмме височных костей: височные кости имеют компактный тип строения, барабанные перепонки утолщены, подтянуты к мысу. Барабанные полости и антральные клетки уменьшены в размерах, входы в антрум заблокированы, оссифицированы. В области устьев слуховых труб прослеживаются грубые спайки.

Учитывая анамнез заболевания, отоскопическую картину, кондуктивный характер тугоухости с предварительным диагнозом тимпаносклероз пациентке предложена функционально-реконструктивная операция на правом ухе. Под местной анестезией эндоурально типичным разрезом кожи наружного слухового прохода по Розену произведена отслойка её в области заднее-верхней стенки до барабанного фиброзного кольца. Сместить оссифицированную барабанную перепонку кпереди для ревизии тимпанальной полости не представлялось возможным. Только после высвобождения рукоятки молоточка из компактной кости последняя легко удалена цельным массивом.



При ревизии барабанной полости обнаружено: слизистая оболочка медиальной стенки белесоватого цвета, атрофична. Длинный отросток наковальни и головка стремени отсутствуют. Кариозно измененные атрофичные ножки стремени ущемлены между стенками щелевидной глубокой ниши слухового окна. Рукоятка молоточка не подвижна из-за анкилоза наковально-молоточкового сочленения. Ниша окна улитки практически полностью заросла костной тканью, в толще которой имеется лишь точечное отверстие. В барабанном устье слуховой трубы определяются многочисленные остроконечные костные разрастания в виде «сталактитов».

Учитывая характер и выраженность патологического процесса в тимпанальной полости, принято единственно возможное, на наш взгляд, решение осуществить оссикулопластику с помощью T-образного керамического протеза. С этой целью удалены кариозно измененные ножки неподвижного стремени с частью атрофичной подношной пластинки, после чего больная отметила улучшение слуха. Перфорация закрыта жировым лоскутом, на который установлена ножка керамического протеза. После удаления неподвижного молоточка и высвобождения ниши окна улитки от костной ткани, произведена мирингопластика истонченным хондро-перихондральным аутотрансплантатом, сформированным из козелка. Трансплантат уложен на фиброзное барабанное кольцо и головку керамического протеза. Для более надежной фиксации и реваскуляризации последнего из кожи наружного слухового прохода сформированы два меатальных лоскута на питающих ножках, которыми свободный аутотрансплантат на значительном протяжении прикрыт сзади и спереди. Сформированная неотимпанальная мембрана окончательно фиксирована полосками биосинтетического раневого покрытия «Биокол-1» и ушными марлевыми турундочками, пропитанными эмульсией гидрокортизона. Операция без осложнений. Получена прибавка слуха до восприятия РР с 6м.

Послеоперационный период протекал гладко. Ушные марлевые турундочки удалены на 7 день, полоски биосинтетического раневого покрытия – на 9-й день. При выписке больной из стационара на 18-й день: неотимпанальная мембрана состоятельная, умеренно отечна, розовой окраски, позиция её правильная. Реваскуляризация трансплантата хорошая – по его окружности определяется отчетливая сосудистая инъекция. Острота слуха на ШР – 3,5м, РР >6м (до операции соответственно 0,5 и 3м) На тональной пороговой аудиограмме – повышение порогов слуха по воздушной проводимости на всем диапазоне исследованных частот до 25–30дБ. Через 3 месяца после операции, со слов больной, проживающей в отдаленном регионе, слух на оперированном ухе хороший, затруднение в общении не испытывает, результатом лечения довольна.

Интерес данного наблюдения состоит в редкой, особой форме тимпаносклероза с выраженными распространенными деструктивными изменениями со стороны тканей барабанной полости и благоприятном морфологическом и функциональном исходе тимпанопластического оперативного вмешательства.