



3. Детская оториноларингология / Под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой: руководство для врачей в 2 т. Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
4. Литвак М. М., Конушкин В. А., Мачалова А. С. Тимпанометрия в ранние сроки после кохлеарной имплантации // Передовые технологии диагностики и лечения в оториноларингологии: сб. мат. науч.-практ. конф. молодых ученых-оториноларингологов Сибирского и Дальневосточного федеральных округов с международным участием. – Томск, 2011. – С. 67–68.
5. Мачалов А. С. К вопросу оценки состояния среднего и внутреннего уха у больных с сенсоневральной тугоухостью после кохлеарной имплантации // Актуальные вопросы оториноларингологии: сб. мат. межрегион. науч.-практ. конф. оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока. – Благовещенск, 2012. – С. 34–37.
6. Cochlear implantation at under 12 months: report on 10 patients / V. Colletti [et al.] // Laryngoscope // 2005. – Vol. 115. – P. 445–449.
7. Freefield audiometry during cochlear implant fitting in children / M. M. Litvak [et al.] // Cochlear implants international. – 2010. – Vol. 11, suppl. 11. – P. 442–443.
8. Holt R. F., Svirsky M. A. An exploratory look at pediatric cochlear implantation: is earliest always best? // Ear Hearing – 2008. – N 29. – P. 492–511.
9. Pediatric cochlear implantation in the first and second year of life: a comparative study. / A. Lesinsky-Schiedat [et al.] // Cochlear Implants Int. 2004. – Vol. 5. – P. 146–159.

Староха Александр Владимирович – д-р мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ, директор Томского филиала НКЦО ФМБА России. 634050, Томск, ул. Московский тракт, д. 2, тел.: 8-903-955-21-32, e-mail: ent-ssmu@mail.ru; **Литвак** Максим Михайлович – канд. мед. наук, асс. каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ, врач оториноларинголог-сурдолог Томского филиала НКЦО ФМБА России. 634034, Томск, ул. Нахимова, д. 3, тел.: 8-903-913-40-54, e-mail: mm_litvak@mail.ru; **Мачалов** А. С. – аспирант каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ, н. с. Томского филиала НКЦО ФМБА России. 634034, Томск, ул. Нахимова, д. 3, тел.: 8-923-423-36-60, e-mail: anton-machalov@mail.ru; **Балакина** А. В. – аспирант каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ, н. с. Томского филиала НКЦО ФМБА России. 634034, Томск, ул. Нахимова, д. 3., тел.: 8-952-888-76-85, e-mail: abc2021@yandex.ru

УДК: 616.285-089.844-073.756.8

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С РЕЗУЛЬТАТАМИ РЕВИЗИОННОЙ ТИМПАНОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ КИЩО С ТИМПАНОПЛАСТИКОЙ

И. Ф. Мустивый², И. А. Аникин¹, Х. М. Диаб¹, Р. В. Карапетян¹, М. В. Комаров¹

COMPARATIVE EVALUATION OF CT-SCAN DATA WITH THE RESULTS OF THE REVISION TYMPANOTOMY IN PATIENTS WITH A HISTORY OF CONSERVATIVE RADICAL OPERATION WITH TYMPANOPLASTY

I. F. Mustivi, I. A. Anikin, H. M. Diab, R. V. Karapetyan, M. V. Komarov

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России»

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

² ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России»

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

В работе представлен опыт проведения ревизионной тимпанотомии у больных, имевших в анамнезе консервативно-щадящую операцию по поводу эпитимпанита. Были обследованы 23 пациента, 8 мужчин и 15 женщин в возрасте от 4 до 62 лет. Проведено сравнение данных, полученных в ходе операции, с результатами компьютерной томографии височной кости. В сравнении с ревизионной тимпанотомией достоверность КТ составила 63,2%. Наиболее частой локализацией холестеатомного процесса являлась область эпитимпанума (8 случаев).



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

Библиография: 20 источников.

In this work we present experience of revision tympanotomy performance in patients who underwent canal wall down mastoidectomy for epitympanitis. 23 patients: 8 male and 15 female aged from 4 to 62 years were examined. Intraoperative findings were compared with preoperative temporal bone CT scans. CT accuracy in comparison with revision tympanotomy amounted to 63,2%. Most frequently cholesteatoma was revealed in epitympanum (8 cases).

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

Bibliography: 20 resources.

Пациенты, страдающие хроническим гнойным средним отитом, составляют 0,8–1%, а на его наиболее тяжелую форму, эпитимпано-антральную, приходится 28–42% во взрослом возрасте и 16–32% у детей [8].

По данным литературы, холестеатома при ХГСО выявляется у 24–63% при любой локализации перфорации барабанной перепонки [3, 4, 15]. Патоморфологическим признаком холестеатомного процесса является резорбция височной кости с повреждением прилегающих структур вследствие эрозии и кариозного процесса [6].

Выделяют врожденную, приобретенную холестеатому и третичную приобретенную холестеатому [7, 9] – постравматическую или развившуюся после оперативного вмешательства на среднем ухе (ятрогенную) [17]. Частота рецидивирования холестеатомы после первичной операции составляет 15–80,9% [2, 11, 14], такое большое число рецидивов связано с недостаточно полно выполненной санацией во время оперативного вмешательства вследствие стремления отоларинга к консервативно-щадящим методам оперативного вмешательства [10, 13, 15, 16, 20].

По данным А. Faramarzi [11], наиболее частой локализацией холестеатомы при реоперациях были в 28% случаев нескрытые клетки в области синодурального угла, 23% – аттик и по 13% – верхушка сосцевидного отростка и антрум.

Е. Vartiainen [19] в своем исследовании отметил, что у 43 (12,3%) пациентов отмечался рецидив после первичной радикальной операции, а вероятность повторной холестеатомы у детей выше, чем у взрослых. На вероятность рецидива влияет состояние среднего уха во время первичного вмешательства, т. е. исход операции, проведенной на «сухом ухе», более благоприятен. М. Gersdorff и М. Hamoir [12], выполнив 85 ревизионных операций у пациентов, перенесших первичную консервативно-щадящую операцию, отмечают, что рецидив холестеатомы выявлен у 17,5% взрослых, тогда как у детей он составлял 36%.

К одному из основных методов диагностики при хроническом гнойном среднем отите относится компьютерная томография (КТ). Однако чувствительность данного метода остается недостаточно высокой и составляет порядка 71%, при том что специфичность этого метода в отношении холестеатомного процесса равна 55%. [1]. Такой небольшой процент специфичности связан с тем, что плотность холестеатомы соответствует плотности грануляционной ткани.

В период с 2008 по 2010 г. А. Tatlipinar [18] провел анализ данных 50 пациентов, имевших в анамнезе КЩРО, среди интраоперационных находок у которых была обнаружена холестеатома. При проведении КТ заподозрить холестеатому было возможным у 31 пациента, тогда как интраоперационно она была выявлена в 19 случаях. Таким образом, в данной работе чувствительность КТ в отношении к холестеатоме составила 61,3%, однако наличие дефекта костных структур (состояние оссикулярной цепи, целостность молоточка, некроз наковальни) на дооперационном этапе выявлено в 90% случаев.

Е. И. Зеликович [5] подтверждает, что отличить холестеатомные массы от другого мягкотканого субстрата при хроническом гнойном среднем отите по данным денситометрии невозможно, так как плотность этих тканей составляет в таких случаях от +30 до +40 ед. Н. Однако заподозрить наличие холестеатомы позволяют локализация мягкотканого образования (Пруссаково пространство, задние отделы аттика), деструктивные изменения и дислокация цепи слуховых косточек, деструктивная полость в антростоидальной области. Также было



подтверждено, что рост холестеатомы у детей носит более агрессивный характер с разрушением не только цепи слуховых косточек, но и стенок барабанной полости, антрума, сосцевидного отростка и кортикального слоя височной кости.

Таким образом, оценка состояния барабанной полости на предоперационном этапе является проблематичной, а разработка КТ-критериев ХГСО в целях подготовки и планирования хирургического вмешательства актуальной для современной отохирургии.

Цель работы. Проведение сравнительной оценки данных, полученных в ходе ревизионной тимпанотомии с результатами компьютерной томографии у больных, перенесших консервативно-щадящую радикальную операцию с тимпанопластикой.

Пациенты и методы. В работу были включены пациенты, проходившие оперативное лечение на базе клиники СПб НИИ ЛОР с 2008 по 2012 г., имевшие в анамнезе оперативное вмешательство в объеме тимпаноластики по открытому типу.

Критерии отбора. Эпитимпано-антральная форма хронического гнойного среднего отита. Наличие холестеатомы при первичной операции.

Наличие данных СКТ височных костей у пациентов на предоперационном этапе.

В анамнезе перенесена операция в объеме консервативно-щадящей радикальной операции с тимпанопластикой.

Исследуемую группу составили 23 пациента: 8 мужчин и 15 женщин в возрасте от 4 до 62 лет. Срок от первичной операции до ревизионного вмешательства составил от 5 месяцев до 4 лет.

Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом с использованием заушного подхода и трансмембранного пути. После отсепаровки кожи наружного слухового прохода выполняли тимпанотомию с ревизией барабанной полости. Оценивалось состояние полости среднего уха, наличие и объем распространения холестеатомного процесса в среднем ухе. Проводилась ревизия аттикоантральной зоны, гипотимпанума, ретротимпанума, перифациальных и перилабиринтных клеток. При выявлении холестеатомы проводилось ее удаление. Далее всем пациентам был выполнен слухоулучшающий этап операции в объеме оссикюлопластики.

Затем наружный слуховой проход тампонируют шелковой нитью и марлевой турундой. Накладывали швы и асептическую повязку.

Швы снимают на 7-й день послеоперационного периода. Тампон из наружного слухового прохода удаляют на 8-е сутки после хирургического вмешательства.

Результаты. Сравнение интраоперационных находок с данными, полученными при компьютерной томографии, представлены в таблице.

При проведении КТ височных костей у пациентов с хроническим средним гнойным отитом (группа из 23 человек) определялось наличие патологического содержимого мягкотканой плотности однородной структуры в различных отделах барабанной полости в 13 (56,5%) случаях. При выполнении ревизионной тимпанотомии среди находок мягкотканое патологическое содержимое (холестеатомные массы, рубцово-спаечный процесс, полип устья слуховой трубы) выявлено у 19 (82,6%) пациентов, таким образом, по средствам компьютерной томографии патологическое содержимое мягкотканой плотности не было диагностировано в 36,8%

Таблица

Сравнение данных КТ с результатами ревизионной тимпанотомии

Интраоперационная находка	Данные компьютерной томографии	Данные, полученные в ходе ревизионной тимпанотомии		
Чистая полость	10	4		
Мягкотканное образование	13	19		
		Холестеатома	Рубцово-спаечный процесс	Полип
		18	12	4
Смещение протеза	8	14		



случаев. В одном случае при проведении КТ был получен ложноположительный результат с наличием мягкотканого образования в проекции барабанной перепонки, области аттика и протеза, скорее всего, возможной причиной ошибки явился хрящ, находившийся на шляпке протеза.

При ревизионной тимпанотомии холестеатомы выявлена в 18 случаях, наиболее частой ее локализацией был эпитимпанум (8 случаев), ретротимпанум (6 случаев) и мастоидальная полость (6 случаев). Рубцы и спайки отмечались у 12 пациентов. Полип устья слуховой трубы выявлен у 4 пациентов.

Заподозрить смещение протеза на дооперационном этапе по средствам КТ было возможным у 8 пациентов, тогда как в ходе операции смещение протеза выявлено в 14 случаях.

Обсуждение. Вопрос о резидуальных холестеатомах остается одним из наиболее важных и сложных в современной отоларингологии. Диагностика на дооперационном этапе по средствам компьютерной томографии не всегда позволяет определить патологический процесс, протекающий в среднем ухе, и соответственно не может быть абсолютным критерием оценки состояния послеоперационной полости, хотя на современном этапе остается одной из основных и наиболее информативных методик диагностики.

В нашем исследовании только лишь в 4 случаях при проведении ревизии оперированное ухо оставалось интактным, тогда как у 19 пациентов отмечался неудовлетворительный анатомический результат, что позволяет говорить об обязательном проведении ревизионной тимпанотомии у пациентов, имевших в анамнезе консервативно-щадящую радикальную операцию, среди находок у которой был выявлен холестеатомный процесс.

Опыт мировой отоларингологии показывает, что адекватными сроками проведения ревизии являются для детей — 6 месяцев, для взрослых 1 год [2, 12]. Это позволит при повторной операции при рецидиве патологии минимизировать объем костной работы и улучшить перспективы слуховой реабилитации пациента.

Выводы

Проведение ревизионной тимпанотомии рекомендовано всем пациентам, имевшим в анамнезе консервативно-щадящую радикальную операцию с холестеатомой, выявленной в числе операционных находок, в независимости от функционального и анатомического результата.

Хотя достоверность метода компьютерной томографии остается недостаточно высокой в диагностике рецидивов холестеатом, однако ее проведение является обязательным на дооперационном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азнаурян А. М. Современные методы диагностики холестеатомы среднего уха.: автореф. дис... канд. мед. наук — СПб, 2007. — 25 с.
2. Аникин И. А., Астащенко С. В., Бокучаева Т. А. Причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения хронического гнойного среднего отита // Рос. оторинолар. — 2007. — № 5. — С. 3–8.
3. Гаров Е. В. Хронический гнойный средний отит: терминология, диагностика и лечебная тактика // Рус. мед. журн. — 2011. — № 6. — С. 390–394.
4. Завадский Н. В., Завадский А. В. Учение о холестеатоме среднего уха и прогресс отоларингологии // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 2006. — № 4. — С. 27–41.
5. Зеликович Е. И. Компьютерная томография височной кости в диагностике хронических заболеваний среднего уха: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 2002. — 19 с.
6. Изаева Т. А. Холестеатомы отогенного происхождения // Вестн. киргиз.-рос. славян. ун-та. 2008. — Т. 8, № 4. — С. 121–123.
7. Курбатова Е. В. Особенности холестеатомы наружного и среднего уха у детей.: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009. — 27 с.
8. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология: учеб. — М.: ГЭОТАР Медиа. — 2008. — 656 с.
9. Тос М. Руководство по хирургии среднего уха. — В 4 т. — Т. 1. Подходы, мирингопластика, оссикулопластика и тимпанопластика. — Пер. с англ. — Томск.: Сиб. гос. мед. ун-т, 2004. — 412 с.
10. Edelstein David R. Revision Surgery in Otolaryngology // Theme Medical Publishers. — 2009. — 481 p.
11. Faramarzi A., Motasaddi-Zarandy M., Khorsandi M.T. Intraoperative findings in revision chronic otitis media surgery // Arch. iran. med. — 2008. — Vol. 11, N 2. — P. 196–199.



12. Gersdorff M., Hamoir M. Cholesteatoma Surgery of the Middle Ear: Reflections on Recurrences // Arch. Otorhinolaryngol. – 1982. – Vol. 237. – P. 77–82.
13. Jackson Gary C., Schall David G., Glasscock Michael E. A Surgical Solution for the Difficult Chronic Ear // The American Journal of Otolaryngology. – 1996. – Vol. 17, N 1. – P. 7–1.
14. Kaylie David M., Gardner Edward K. Revision Chronic Ear Surgery Otolaryngology // Head and Neck Surgery. – 2006. – Vol. 134. – P. 443–450.
15. Kim J. H., Choi S. H., Chung J. W. Clinical results of atticotomy with attic reconstruction or attic obliteration for patients with an attic cholesteatoma // Clin. Exp. Otorhinolaryngol. – 2009 – Vol. 2, N 1. – P. 39–43.
16. Portmann M., Portmann D. Otolologic surgery manual of otosurgical techniques // Singular Pub. Group. – 1998. – 286 p.
17. Results of revision mastoidectomy / S. Berçin [et al.] // Acta Otolaryngol. – 2009. – Vol. 129, N 2. – P. 138–141.
18. Tatlipinar A. et al The role of computed tomography scanning in chronic otitis media Tuncel A., Ogredik E., Gokceer C. // Eur Arch Otorhinolaryngol. – 2011.
19. Vartiainen E. Factors associated with recurrence of cholesteatoma // J. Laryngol. Otol. – 1995. – Vol. 109. – P. 590–592.
20. Williams M. T., Ayache D. Imagerie des otites chroniques de l'adulte // J. Radiol. – 2006. – Vol. 87, N 11. – P. 1743–1755.

Мусти́вый Игорь Федорович – очный аспирант кафедры оториноларингологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова. 195067, Санкт-Петербург, пр. Пискаревский, д. 47, тел.: 8(906)258-18-28, e-mail: imustivi@rambler.ru; **Аникин** Игорь Анатольевич – руководитель отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи, докт. мед. наук. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8(812)575-94-47; **Диаб** Хассан Мохамед Али – старший научный сотрудник отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8(812)316-25-01, e-mail: Hasandiab@mail.ru; **Карапетян** Рузанна Вазгеновна – очный аспирант отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-316-25-01, e-mail: k-ruzanka@mail.ru; **Комаров** Михаил Владимирович – очный аспирант СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-905-2122-251, e-mail: 7_line@mail.ru

УДК: 616. 22-006.6-089.28

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

**М. Р. Мухамедов^{1, 2}, О. В. Черемисина¹, Е. Л. Чойнзонов^{1, 2}, Д. Е. Кульбакин¹,
Л. Н. Балацкая¹, Н. В. Васильев¹, В. Э. Гюнтер³**

THE MODERN VIEW ON COMPLEX APPROACH WHEN DIAGNOSING, TREATING AND AFTERCARING IN LARYNX CANCER PATIENTS

**M. R. Muhamedov, O. V. Cheremisina, E. L. Choynzonov, D. E. Kulbakin,
L. N. Balatskaya, N. V. Vasiliev, V. E. Gunther**

¹ ФГБУ «НИИ онкологии СО РАМН», Томск
(Директор – академик РАМН, проф. Е. Л. Чойнзонов)

² ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет
Минздрава России», Томск
(Ректор – академик РАМН, проф. В. В. Новицкий)

³ НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы при СФТИ, Томск
(Директор – проф. В. Э. Гюнтер)

Проведено обследование 171 пациента с хронической патологией гортани в условиях НИИ онкологии. В 35,3% случаев были выявлены диспластические (предопухолевые) изменения слизистой оболочки различной степени тяжести, требующие динамического наблюдения, а в 8,7%