



УДК: 616.285-089.844

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ МИРИНГОПЛАСТИКЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПЕРЕДНЕГО МЕАТОТИМПАНАЛЬНОГО УГЛА

М. И. Аникин

CHOICE OF OPERATIVE ACCESS AT MYRINGOPLASTY IN DEPENDENCE FROM FEATURES OF CLINICAL ANATOMY FORWARD MEATOTYMPANIC ANGLE

M. I. Anickin

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Минздравсоцраз-
вития»РФ

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

В работе представлена сравнительная оценка заушного и эндаурального подходов к барабанной перепонке при мирингопластике в зависимости от клинической анатомии наружного слухового прохода и визуализации переднего меатотимпанального угла. Анатомическое исследование проведено на 50 височных костях. Оперативное лечение произведено у 120 пациентов, страдающих хроническим перфоративным средним отитом, и сравнена его эффективность в зависимости от выбора оперативного доступа.

Ключевые слова: мирингопластика, наружный слуховой проход, хронический перфоративный средний отит, операции.

Библиография: 12 источников.

In work the comparative estimation of retroauricular and endauricular approaches to an eardrum is presented at myringoplasty depending on clinical anatomy of external acoustical meatus and visualization forward meatotympanic angle. Anatomic research is spent on 50 temporal bones. Operative treatment is made at 120 patients, suffering chronic perforative otitis media, and its efficiency depending on a choice of operative access is compared.

Key words: myringoplasty, external acoustical meatus, chronic perforative otitis media, operation.

Bibliography: 12 sources.

Для устранения дефектов барабанной перепонки применяют мирингопластику, которая может являться заключительным этапом тимпаноластики [2, 6, 7, 8, 9, 11]. Укладка трансплантата (фасции височной мышцы, твердой мозговой оболочки, пластинки ультратонкого хряща) между слоями остатков барабанной перепонки после ее деэпидермизации наиболее трудна в ее передних отделах, вследствие узкого переднего тимпаномеатального угла и его плохой обзорности. Недостаточность обзора и свободы манипуляций в этой области обуславливает частые погрешности в подготовке воспринимающего ложа при мирингопластике. В послеоперационном периоде это может привести к неудовлетворительным морфологическим и функциональным результатам: развитию холестеатомы в барабанной полости, латерализации передних отделов тимпанальной мембраны, формированию ее перфорации [1, 3, 4, 5, 10, 12]. Поэтому отохирургу до операции необходимо оценить сложность проведения манипуляций в передних отделах слухового прохода и прогнозировать результат миринголастики.

Цель исследования: клинико-анатомическая оценка заушного и эндаурального подходов к барабанной перепонке при мирингопластике.

Материал, пациенты и методы исследования. Проведено гистотопографическое исследование и морфометрия наружного слухового прохода 50 височных костей. Производились горизонтальные продольные срезы наружного слухового прохода на следующих уровнях: верхний край барабанной перепонки, верхняя стенка наружного слухового прохода в области перешейка, короткий отросток молоточка, уровень umbo барабанной перепонки, нижняя стенка наружного слухового прохода, нижний край барабанной перепонки. На приготовленных гистотопограм-



мах оценивались: продольные и поперечные размеры костного отдела наружного слухового прохода, размеры передне-нижнего меатотимпанального углубления. Анатомические данные сопоставляли с обзорностью барабанной перепонки и переднего меатотимпанального угла при отомикроскопии.

Клиническое исследование включало 120 пациентов с хроническим перфоративным средним отитом, которым произведена миринопластика с использованием заушного и эндаурального подходов. Результаты хирургического лечения оценены в ближайшие и отдаленные (1–3 года) сроки.

Результаты исследования

Мы выделили несколько клинических вариантов, которые влияют на выбор оперативного доступа при миринопластике.

1. Практически прямой и широкий наружный слуховой проход с незначительно выраженным меатотимпанальным углублением: ширина слухового прохода более 7 мм, передний угол более 50°. При таком наружном слуховом проходе его перешеек выражен незначительно. Клинически при отоскопии или отомикроскопии после оттягивания ушной раковины слуховой проход полностью выпрямляется, визуализируются передняя стенка наружного слухового прохода, передние отделы костного и фиброзного кольца барабанной перепонки. Хирургические манипуляции в этом случае не будут затруднены как при эндауральном, так и при заушном подходе к миринопластике. Такие случаи при анатомическом и клиническом исследовании составили менее 5%.

2. Широкий наружный слуховой проход с умеренно выраженным меатотимпанальным углом: слуховой проход шириной более 7 мм, передний угол от 35° до 50°. Наблюдается умеренное выступание передней стенки наружного слухового прохода, затрудняющее визуализацию передних отделов костного и фиброзного кольца барабанной перепонки. При перфорациях, затрагивающих передние отделы барабанной перепонки, эндауральное проведение миринопластики крайне затруднено и не может быть рекомендовано. Предпочтителен заушный подход. Данная ситуация при исследовании встречалась в 36% случаев.

3. Широкий наружный слуховой проход с выраженным меатотимпанальным углублением (максимально до 9 мм). В данном случае наблюдается выраженный изгиб наружного слухового прохода, выступание его передней стенки. Частота встречаемости составила 48%. Ширина наружного слухового особенно в области перешейка в среднем составляла 5–7 мм, величина переднего угла 25–35°. При отоскопии и отомикроскопии передний угол не визуализировался, доступны обзору оставались задние отделы барабанной перепонки, молоточек и неболь-

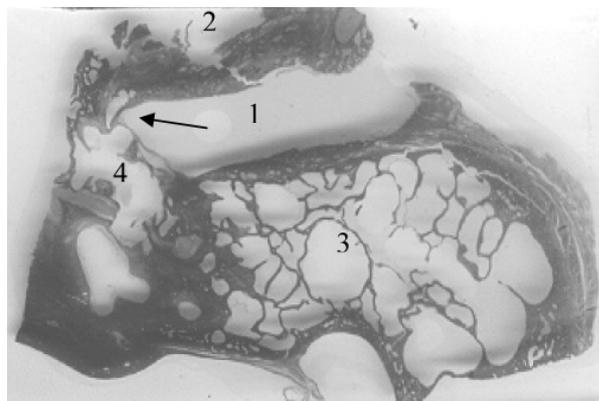


Рис. 1. Правый наружный слуховой проход. Продольная гистотопограмма (вид сверху). Широкий передний меатотимпанальный угол (указан стрелкой). Окраска по Ван-Гизону. Фотография, ув. 1,2.

1 — наружный слуховой проход, костный отдел; 2 — область височно-нижнечелюстного сустава; 3 — сосцевидный отросток; 4 — барабанная полость.

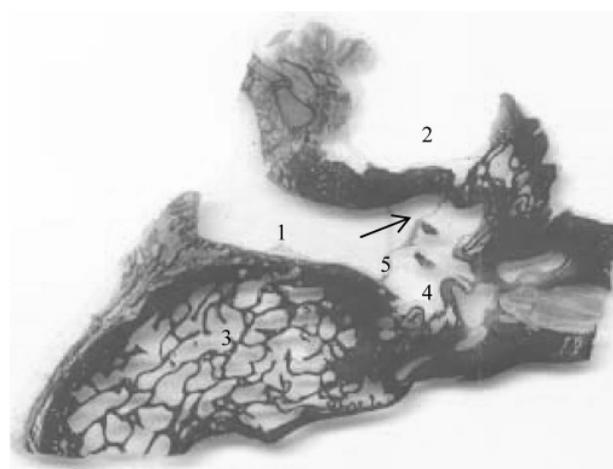


Рис. 2. Левый наружный слуховой проход. Продольная гистотопограмма (вид сверху). Окраска по Ван-Гизону. Фотография, ув. 1,2. 1 — наружный слуховой проход, костный отдел; 2 — область височно-нижнечелюстного сустава; 3 — сосцевидный отросток; 4 — барабанная полость; 5 — барабанная перепонка; стрелкой указан передний меато-тимпанальный угол.

шой участок 1–2 мм кпереди от молоточка. В данной ситуации мирингопластику возможно произвести через заушной подход с удалением части задневерхней стенки наружного слухового прохода для улучшения обзорности переднего меатотимпанального угла (патент на изобретение № 2307634).

4. Узкий наружный слуховой проход с выраженным передним меатотимпанальным углублением: ширина наружного слухового прохода менее 5 мм, величина переднего угла менее 25° (наблюдалось в 11% случаев). У таких пациентов барабанная перепонка, как правило, труднообозрима, видны только задние ее отделы. Оптимальный обзор для мирингопластики достигается при заушном подходе с удалением задневерхней стенки наружного слухового прохода, дополненный частичным истончением передней и нижней стенок наружного слухового прохода.

Анализ результатов тимпаноластики (миринголастики) у пациентов с хроническим перфоративным средним отитом показал, что наилучшие морфологические и функциональные результаты наблюдались в 1 и 2 группах: положительные ближайшие и отдаленные результаты достигнуты у 92% больных. В 3 группе положительные морфо-функциональные результаты достигнуты в 87% случаев. В 4 группе процент неблагоприятных результатов хирургического лечения составил около 22%.

Вывод: В хирургическом лечении пациентов хроническим перфоративным средним отитом выбор операционного доступа должен определяться индивидуально с учетом особенностей анатомии наружного слухового прохода. Наилучшие результаты миринголастики наблюдаются при широком наружном слуховом проходе с широким или умеренно выраженным передним меатотимпанальным углом.

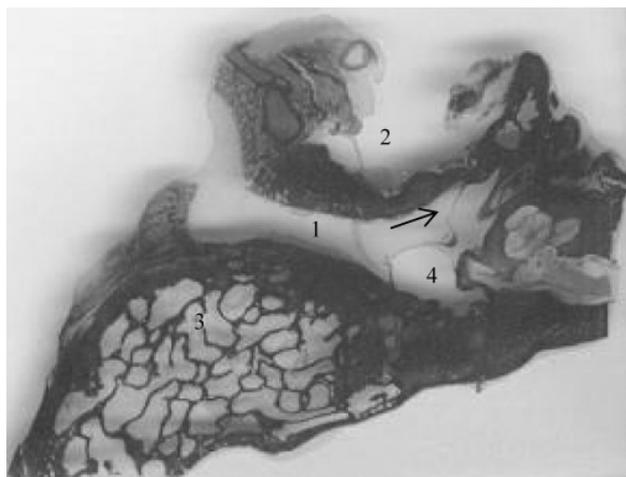


Рис. 3. Левый наружный слуховой проход. Продольная гистотопограмма (вид сверху). Сформирован узкий передний меатотимпанальный угол (указан стрелкой). Окраска по Ван-Гизону. Фотография, ув. 1,2. 1 — наружный слуховой проход, костный отдел; 2 — область височно-нижнечелюстного сустава; 3 — сосцевидный отросток; 4 — барабанная полость.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин М. И. Способ устранения латерализации тимпанальной мембраны // Рос. оторинолар. — 2008. — приложение № 2. — С. 203–207.
2. Вульштейн Х. Слухоулучшающие операции. Под редакцией Н.А. Преображенского. М.: Медицина, 1972. 423 с.
3. Косяков С. Я., Пахилина Е. В. Отдаленные результаты после тимпаноластики: Сб. мат. научно-практ. конф. оторинолар. России. 2008. С. 269–273.
4. Полякова С. Д., Попова Е. А. Отдаленные результаты восстановительной хирургии уха при хронических гнойных средних отитах // Рос. оторинолар. — 2007. — № 6. — С. 129–134.
5. Семенов Ф. В., Ридненко В. А., Немцева С. В. Анализ некоторых причин рецидива хронического гнойного среднего отита в послеоперационном периоде // Вестн. оторинолар. — 2005. — № 3. — С. 48–49.
6. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха. М.: Медицина, 1988. 288 с.
7. Тос М. Руководство по хирургии среднего уха. В 4 томах. Том 1. Подходы, мирингопластика, оссикулопластика и тимпаноластика. Пер с англ. / Под ред. А.В. Старохи. Томск: Сиб. гос. мед. университет, 2004. 412 с.
8. Fish U. Tympanoplasty, Mastoidectomy and Stapes Surgery. New York: Thieme Medical Publishers, 1994. 292 p.
9. Lateralization of the tympanic membrane as a complication of canal wall down tympanoplasty: a report of four cases / Gyo K. [et al.]. // Otol. Neurotol. — 2003, Vol.24, №2. — P. 145–148.
10. Miringoplasty: long-term results in adults and children / P. Gersdorff. [et al.] // Am. J. Otol. — 1995, Vol. 16, №4. — P. 532–535.
11. Rizer F. M. Overlay versus underlay tympanoplasty. Part II: the study // Laryngoscope. — 1997 — Vol. 107, № 12, Pt 2. — P. 26–36.
12. Surgical correction of lateralized eardrum / S.Segal [et al.] // J. Laryngol. Otol. — 1981. — Vol.95, №7. — P. 675–678.

Аникин Максим Игоревич — канд. мед. наук, доцент кафедры оториноларингологии ОрГМА. 460000, г. Оренбург, ул. Советская, д.6, тел. (3532)75-32-58, э/п: lorkafedra@mail.ru.