

ческих для пациента и хирурга является повреждение, либо полное пересечение лицевого нерва. От подобных осложнений не застрахован никто, и, тем не менее, у специалистов, освоивших способ микроскопической диссекции височной кости с использованием хирургической фрезы и операционного микроскопа, риск осложнений сводится к минимуму.

Эта технология микрохирургических вмешательств обеспечивает полную визуализацию всех анатомических образований среднего уха на всех этапах оперативного вмешательства. Послойное проникновение в сосцевидный отросток позволяет переходить плавно от одного анатомического ориентира к другому без резких ударов долотом и риска проникновения неожиданно в атипично расположенные полости и сосуды. Так, травмирование в начале операции сигмовидного синуса, либо твердой мозговой оболочки затрудняет обзор трепанационной полости и заставляет хирурга остановить операцию до остановки кровотечения тем или иным способом. Использование микроскопической техники позволяет увидеть просвечивающие через костную ткань и сигмовидный синус, и мозговую оболочку до того, как тонкая костная пластинка над ними будет пенетрирована.

Самый опасный и технически сложный момент операции в плане травмы лицевого нерва – сбивание «мостика» слухового прохода и сглаживание «шпоры» лицевого нерва при использовании оптики с ярким освещением и алмазных фрез превращается в безопасное и несложное мероприятие. При этом визуализируется стремя и горизонтальный полукружный канал. Использование двойной канюли аспиратора-ирригатора облегчает манипуляции хирурга и позволяет проводить сложные операции на среднем ухе без ассистента.

Таким образом, использование современной силовой техники, хирургических фрез и оптических устройств обеспечивает профилактику серьезных осложнений при хирургии среднего уха.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЛУХА ПО ДАННЫМ ЛОР – ОТДЕЛЕНИЯ ГКБ № 23

Н.С. Загайнова

Проблемы и социальная значимость коррекции нарушений звукопроводящей системы весьма актуальны [1-4].

Материалом сообщения явились слухоулучшающие операции выполненные на базе ЛОР-отделения ГКБ № 23 за 10 лет. В статье освещены критерии отбора больных, методы и результаты операций.

Для выполнения слухоулучшающих операций необходимы следующие условия: отсутствие воспаления в ухе, проходимость слуховых труб 1-2 ст. по Воячеку, наличие КВИ на аудиограмме.

Больным с выраженной сенсоневральной тугоухостью тимпанопластика производилась для закрытия анатомического дефекта. Восстановление целост-

ности барабанной перепонки создавало лучшие условия для слухопротезирования, уменьшало низкочастотный шум в ухе, исключало риск обострения при попадании воды в ухо, то есть улучшало качество жизни пациента.

Противопоказанием для слухоулучшающих операций являются: внутримозговые осложнения, лабиринтиты, единственное слышащее ухо.

Поскольку операции выполнялись под местной анестезией, сопутствующая патология редко являлась противопоказанием для операции.

Операции не выполнялись при следующей патологии: сахарный диабет (тяжелая форма и форма средней тяжести), гипертоническая болезнь (нестабильное АД), нарушение мозгового кровообращения.

Основным критерием отбора являлся не возраст больного, а сопутствующая патология. Предельный возраст больного, которому выполнена тимпанопластика – 74 года.

Для решения вопроса о возможности слухоулучшающей операции, необходимо: тональная аудиометрия, импедансометрия (при целой барабанной перепонке), R-гр височных костей по Шюллеру (у больных с хроническим воспалением уха), КТ височных костей (при частых обострениях, большой давности заболевания, КВИ более 40 Дб), исследование проходимости слуховых труб, проведение пробы «с ваткой».

За 10 лет выполнено 900 операций: тимпанопластик – 570 стапедопластик – 382, тимпаностомий – 48. Из выполненных тимпанопластик, большинство операций было: 1-ого типа – 425 (74,5%), 2-ого типа – 145 (25,5%).

Для закрытия дефекта барабанной перепонки использовался лоскут из фасции височной мышцы. Он укладывался поверх барабанной перепонки после удаления эпидермиса (*метод «up»*).

Для закрытия перфорации в задних отделах барабанной перепонки и укрепления ретракционных карманов фасциальный лоскут подводился под барабанную перепонку (*метод «under»*) 68 случаев – 11,9%.

Большинство операций выполнено трансмаеатальным доступом. Разрез по Неегман выполнялся при аттикотомии – 15 случаев – 2,6%.

С 2005 года внедрена операция оссиклопластика с использованием протезов фирмы «KURZ», выполнено 23 операции.

Ввиду специфики работы ЛОР – отделения, ориентированной на оказание помощи неотложным больным, большинство пациентов с хроническими отитами поступали в стадии обострения и с различными осложнениями. Поэтому слухоулучшающие операции выполнялись вторым этапом хирургического вмешательства.

У больных отосклерозом выполнялась поршневая стапедопластика с использованием тefлонового протеза в виде крючка. Операция выполнялась щадящим способом без рассечения сухожилия стремени мышцы. Стремя не удалялось, а лишь сдвигалось в сторону после перелома ножек. В подножной пластике стремени перфоратором производились микроперфорации для погружения поршневого протеза. Такой способ операции позволил избежать гипер-

кузию в послеоперационном периоде, а также развития некроза длинного отростка наковальни из-за нарушения питания в отдаленном периоде.

У больных с экссудативным отитом выполнялась тимпаностомия: использовались вентиляционные трубки в виде «катушки» - тефлоновые и металлические (титановые и позолоченные).

Результаты и осложнения слухолуствующих операций

Осложнения	К-во	%
1. Некроз неотимпанальной мембраны	161	28,2
2. Развитие сенсоневральной тугоухости	57	14,9
3. Ликворея	3	0,7
4. Заращение перфорации овального окна	12	3,1
5. Смещение протеза вследствие некроза длинного отростка наковальни	0	0
6. Подвывих наковальни с дальнейшим анкилозом	3	0,7
7. Стойкая лабиринтопатия, потребовавшая удаления протеза	1	0,2

При некрозе неотимпанальной мембраны производились повторные операции, в результате которых удалось добиться закрытия перфорации.

При развитии сенсоневральной тугоухости после стапедопластики, вследствие угнетения лабиринта, проводилась сосудистая терапия.

Выводы.

- Больные с кондуктивной и смешанной формой нарушения слуха должны быть проконсультированы отоларингологом для решения вопроса о возможности хирургической реабилитации слуха.
- Современные возможности отоларингологии позволяют добиться улучшения слуха у большинства оперированных больных.
- Назначение сосудистой терапии в послеоперационном периоде у больных с кохлеарной формой отосклероза, уменьшает риск развития сенсоневральной тугоухости.
- Использование щадящих способов операций позволяет уменьшить % послеоперационных осложнений.

Литература

1. Шукурян А.К., Бахманиян К.В., Пиночан К.А. Наш опыт реконструктивных операций при отосклерозе./Вестник оторинолар. (Материалы Российской научно- практической конференции)/ М.: 2002, С 128-129.
2. Мальков О.Ю. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с сухим перфоративным средним отитом./ Материалы 2-ого национального конгресса аудиологов/ Суздаль: 2007, С 125.
3. Вишнякова В.В. Отдаленные результаты реконструктивных микрохирургических операций при хроническом гнойном среднем отите./ Материалы 2-ого национального конгресса аудиологов/ Суздаль: 2007, С 208.

4. Макарина-Кибак И.Э., Гребень Н.И., Алехно О.В. Эффективность эндопротезирования среднего уха при деструктивных формах хронических средних отитов с различной степенью тугоухости. /Российская Оториноларингология (Приложение №2)/2010, С 184-187.

ЛЕЧЕНИЕ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ В ПЕРИОД ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Н.В. Дятлова, Н.С. Загайнова, С.А. Мальцев

По данным современной литературы, распространенность черепно - мозговой травмы составляет более 200 случаев на 100 тыс. населения в год (Яхно Н.Н., 2006 г.). В практике выделяют закрытую и открытую черепно-мозговую травму; в мирное время врачи чаще сталкиваются с закрытой черепно-мозговой травмой.

Черепно-мозговая травма – это собирательное понятие, включающее в себя различные виды повреждений головного мозга и черепной коробки. В остром периоде черепно-мозговой травмы в веществе мозга возникает диффузный отек (диффузное аксональное повреждение), что ведет к гипоксии мозга. По степени нарушения сознания выделяют легкую, среднюю и тяжелую черепно-мозговую травму.

Клиническая картина складывается из общемозговой и очаговой неврологической симптоматики (потеря сознания, головокружение, тошнота, рвота, головная боль, лабильность артериального давления, гипер- или гипосаливация, потливость и т.д.) При обследовании больных встречаются жалобы на снижение слуха, выделения из уха, головокружение. Часто при исследовании выявляется перелом пирамиды височной кости (отоликворея, данные КТ исследований). Здесь важно вовремя оценить состояние слухового анализатора, выявить степень потери слуха на пораженное ухо. При несвоевременном оказании помощи потеря слуха необратима.

Цель нашей работы – оценить действие комбинированной терапии пациентов с посттравматической нейросенсорной тугоухостью, которая сочетала в себе транстимпанальное введение дексаметазона на фоне сосудистой и метаболической терапии, с традиционным лечением нейросенсорной тугоухости.

Под нашим наблюдением за 2007-2009 гг. находились 75 пациентов с острой посттравматической нейросенсорной тугоухостью на фоне черепно-мозговой травмы легкой и средней степени тяжести; из них 62 мужчин и 13 женщин. Средний возраст пациентов составил 39 лет. При поступлении в стационар пациенты жаловались на потерю сознания от нескольких минут до часа, головную боль диффузного характера, тошноту, рвоту, головокружение, снижение слуха, выделения из уха. Всем больным при поступлении выполнялись общеклинические исследования, осмотр ЛОР- органов, КТ- или МРТ головного мозга, тональная аудиометрия, вестибулярный паспорт, стабилметрия, кон-