

НАСУШНЫЕ ВОПРОСЫ МИКРОХИРУРГИИ СРЕДНЕГО УХА

О. К. Пяткина

Московский НИИ уха, горла и носа (директор — проф. Д. И. Тарасов) МЗ РФ

Микрохирургия уха, имеющая более чем 40-летнюю историю, связана с именем С. Розена (1952). Для улучшения слуха у больных отосклерозом он предложил операцию мобилизации стремени, что привело к стремительному развитию стапедопластики.

В настоящее время микрохирургические приемы широко используются при атрезии, травмах и доброкачественных опухолях наружного слухового прохода, при врожденной аномалии, травмах и доброкачественных опухолях среднего уха помимо отосклероза и воспалительной патологии, при травматических фистулах окон лабиринта, болезни Меньера, периферических параличах лицевого нерва, субъективном ушном шуме, отогенной ликвореи, при кохлеарной имплантации и др.

Оказание сурдологической помощи в полном объеме с использованием современных методов и средств диагностики и лечения доступно хорошо оснащенному аппаратурой учреждению с большим числом специалистов различного профиля. К сожалению, в нашей стране такого учреждения нет. Существующие центры слухоулучшающей хирургии весьма ограничены в своих возможностях оказания широкой специализированной помощи. В них выполняют главным образом операции при отосклерозе и последствиях воспалительного процесса в среднем ухе и проводят консервативную терапию при болезни Меньера, внезапной глухоте, хроническом секреторном или гнойном среднем отите.

Несмотря на трудное положение слухоулучшающих центров, мы обязаны на уровне наших возможностей оказывать помощь больным с тугоухостью, лабиринтным головокружением и ушным шумом, так как их число не уменьшается. Более того, наметилась тенденция к увеличению распространенности секреторного среднего отита, нейросенсорной тугоухости сосудистого и токсического генеза, болезни Меньера, травматических повреждений уха. По нашим данным, среди общего контингента больных, находящихся в стационаре сурдологического профиля, около 80% поступают для хирургического лечения, а примерно 20% — для консервативной терапии. За последние 5 лет работы нашего отделения заметно возросло поступление больных с внезапной глухотой и травмой среднего уха, при которых часто выявляется фистула одного или обоих окон лабиринта, с болезнью Меньера и холестеатомной фистулой лабиринта, почти у 50% из них фистула распространенная или множественная. В числе последних — преимущественно жители Москвы, что свидетельствует о недостаточной осведомленности врачей в сроках лечения больных с холестеатомным процессом, в частности не всем известна пагубность длительной его терапии.

На основании многолетнего опыта лечения пациентов с разнообразной патологией уха и

ретроспективной оценки результатов в сопоставлении с результатами функциональных и патоморфологических исследований можно сделать некоторые практические выводы.

1. У каждого больного хроническим средним отитом (ХСО) при выявлении патологии носа и/или глотки необходимо восстановить носовое дыхание и ликвидировать очаги инфекции. Длительное местное применение антибиотиков порочно, их можно назначать лишь при обострении воспалительного процесса и желательнее в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры. Механическая очистка барабанной полости травматична для слизистой оболочки, поэтому целесообразно удалять отделяемое из уха путем промывания дезраствором и отсасывания. Консервативная терапия ХСО оправдана в течение 1—2 месяцев. При положительных результатах лечения реконструктивная операция на ухе возможна через 2—3 месяца, а при отрицательных — больного нужно направить на хирургическое лечение в сурдологическое отделение или в ЛОР-отделение общего профиля (в зависимости от клинической формы отита и квалификации отохирургов). При этом следует помнить: по возможности ранняя хирургическая санация или слухоулучшающая операция имеет и сравнительно лучшие функциональные исходы.

2. При определении показаний к реконструктивной операции необходимо исходить из анамнеза, отоскопической картины, результатов исследования слуха (речью, камертонами, тональной и речевой аудиометрией), проходимости слуховой трубы (с помощью обычных проб) и ее дренажной функции. Для выбора метода операции нередко требуется дополнительно провести рентгенологическое исследование височных костей, что важно и для прогнозирования исхода операции. Основными показаниями для функциональной микрохирургии при ХСО являются кондуктивная (смешанная) тугоухость, отсутствие обострения воспаления в ухе, проходимость слуховой трубы и отсутствие общих противопоказаний. Слухоулучшающие операции при ХСО не показаны при полной непроходимости слуховой трубы, на единственно слышащем ухе и при тяжелых общих заболеваниях. Пожилой возраст и высокие пороги при костном звукопроведении можно отнести к относительным противопоказаниям; вопрос об операции в таких случаях следует решать индивидуально.

3. Существует много методов реконструктивных микроопераций, в том числе и «послеоперационные» (после общеполостных вмешательств), и отохирург должен выбирать метод в зависимости от формы среднего отита и степени разрушения звукопроводящих структур [2, 5—7]. В равной мере это относится и к выбору метода saniрующей операции. Можно лишь отметить, что при выполнении рекон-

руктивного вмешательства с целью улучшения слуха (на этапе санации или на втором этапе) следует очень бережно относиться к непораженным участкам слизистой оболочки и слуховых косточек. При хроническом секреторном среднем отите (ХССО) особое внимание нужно уделять восстановлению проходимости адитуса, аттика, заднего тимпанального синуса и промыванию слуховой трубы. При хронических мезотимпанитах с выраженным мукозитом оптимальна операция раздельной аттико-антротомии с тимпанопластикой и длительным дренированием барабанной полости через антрум (12—14 дней). В случаях легкого мукозита допустима трансмеатальная тимпанопластика с введением дренажной трубки под меотимпанальный лоскут. При перфоративных и неперфоративных ХССО тубарная функция, как правило, значительно нарушена, поэтому необходим курс послеоперационной электростимуляции тубарных мышц [1]. После шадящей санацирующей операции «закрытого» типа, выполненной по поводу ограниченной или кистозной холестеатомы, обязательна хирургическая ревизия (через 7—12 мес) участка расположения холестеатомы. Одной из неблагоприятных форм ХСО является тимпанофиброз, который требует тимпанотомии с неполным иссечением фиброзной ткани, укладки силиконовых пленок и введения под меотимпанальный лоскут дренажной трубки. Оправдано 3—4-этапное формирование эпителиальной выстилки формируемой барабанной полости; после каждой операции необходимы электростимуляция тубарных мышц и введение в барабанную полость лекарственных препаратов.

4. Для оссикулопластики наиболее целесообразно использовать ауто(гомо)хрящ или аутокость для возмещения небольших дефектов косточек. Применение искусственного материала оправдано при неблагоприятных анатомических условиях. Для миринголастики наиболее подходящим материалом является аутофасция, дополняемая при больших дефектах барабанной перепонки аутохрящевой пластинкой (ушной раковины). С целью предотвращения западения трансплантата рационально введение в полость коллагеновой губки (пленки) с лекарственным наполнителем (хитотрипсин, метилурацил, антибиотик и др.) [4].

5. При отосклерозе, по нашему мнению, оптимальным материалом для замены стремени является аутохрящ. Тефлоновый протез может

применяться в редких ситуациях — при неблагоприятных анатомических условиях или (еще реже) при облитерирующем отосклерозе. Операция на единственно слышащем ухе не показана; при подозрении на отоспонгиозную форму необходимы 2—3 курса предоперационной инактивирующей терапии.

6. При травмах среднего уха (механических, баротравмах), сопровождающихся ушным шумом или легкой заложённостью, тем более головокругением или глухотой, необходима тимпанотомия с ревизией окон лабиринта, так как часто обнаруживаются фистулы окон лабиринта. При внезапной глухоте примерно у 26—30% больных выявляют разрыв вторичной мембраны.

7. Метод лазеродеструкции (избирательной) лабиринта при болезни Меньера, как показали наши многолетние наблюдения, весьма эффективен, так как избавляет больных от приступов головокругения (слух сохраняется на дооперационном уровне) и снижает вероятность развития гидропического процесса в другом ухе. Данный метод оправдал себя и при холестеатомных фистулах полукружных каналов и основания стремени, сопровождающихся пресосорным головокругением; при этом слух также сохраняется на дооперационном уровне [3]. Операцию больные переносят хорошо, ощущая легкий «щелчок» в ухе. Лазерная энергия подается к костной капсуле через кварцевый световод короткими импульсами (всего 4—6).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Антонян Р. Г.* Функциональные нарушения слуховой трубы и разработка способа их коррекции при различной патологии среднего уха: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.—М., 1984.
2. *Вульштейн Х.* Слухоулучшающие операции: Пер. с нем.—М., 1972.
3. *Гаров Е. В.* Сб. МНИИ уха, горла и носа РФ.—М., 1994.
4. *Корвяков В. С.* Сб. тр. МНИИ уха, горла и носа РФ.—М., 1994.
5. *Погосов В. С.* Атлас оперативной оториноларингологии.—М., 1983.
6. *Преображенский Н. А.* Тугоухость.—М., 1978.
7. *Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П.* Заболевания среднего уха.—М., 1988.

Поступила 27.11.94.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 061.75

ПРОФЕССОР НИКОЛАЙ НИКОЛАЕВИЧ ЛОЗАНОВ

В августе 1994 г. исполнилось 90 лет со дня рождения заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора Николая Николаевича Лозанова.

Николай Николаевич родился в 1904 г. в Саратове. По окончании Саратовского медицинского института в 1927 г. Н. Н. Лозанов был принят младшим научным сотрудником в Саратовский научно-исследовательский институт физиологии верхних дыхательных путей, где с 1930 по 1932 г. занимался в аспирантуре. Выполнение им за эти годы ряда оригинальных работ по эмбриогистологии глоточного лимфоаеноидного кольца, а также по профессиональной травматизации уха в условиях шумного производства явилось основанием для утверждения его в 1932 г. в должности доцента клиники социального здоровья (отделение уха, носа и горла) в Ленинградском институте физической культуры им. Лесгафта. Плодотворно работая, он обобщил здесь свои научные исследования по физиологии вестибулярного анализатора и в 1936 г. успешно защитил докторскую диссертацию.

нальных работ по эмбриогистологии глоточного лимфоаеноидного кольца, а также по профессиональной травматизации уха в условиях шумного производства явилось основанием для утверждения его в 1932 г. в должности доцента клиники социального здоровья (отделение уха, носа и горла) в Ленинградском институте физической культуры им. Лесгафта. Плодотворно работая, он обобщил здесь свои научные исследования по физиологии вестибулярного анализатора и в 1936 г. успешно защитил докторскую диссертацию.