

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна Академія медичних наук України  
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»  
Українське наукове медичне товариство оториноларингологів  
Департамент охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації  
Одеський Національний медичний університет  
Одеське обласне товариство оториноларингологів

# **ХІІІ З'їзд оториноларингологів України**

**20-22 вересня 2021 р.**

**Одеса – 2021**

## **Редакційна колегія**

Академік НАМН України, проф. Д.І. Заболотний (відповідальний редактор); доктор медичних наук М.Б. Самбур; доктор медичних наук, професор С.М. Пухлік; доктор медичних наук, професор О.М. Борисенко; доктор біологічних наук, професор С.В. Верьовка; доктор медичних наук, професор Д.Д. Заболотна; кандидат біологічних наук А.Ф. Карась; доктор медичних наук, професор Е.В. Лукач; доктор медичних наук В.І. Луценко; доктор медичних наук, професор О.Ф. Мельников; доктор медичних наук В.М. Писанко; доктор медичних наук, професор Т.А. Шидловська; Т.Ю. Холоденко (відповідальний секретар).

Адреса редакції: 01680, м. Київ, вул. Зоологічна, 3, тел. +38 044 483 12 82

Підписано до друку 10.09.2021 р.

Зам. 9-1000. Формат 60x84/8. Тираж 1400 прим.

Виготовлено ФОП Чудутова Г.Ю.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДГЕЗИВНОГО ОТИТА**

Хирургическое лечение тугоухости при адгезивных отитах сводится, в основном, к выбору того или иного способа мирингопластики с одномоментной или отсроченной оссиклопластикой. К сожалению, при далеко зашедших формах адгезивного процесса в среднем ухе полная дезэпидермизация медиальной стенки барабанной полости с целью формирования большой тимпанальной системы весьма затруднительна. В то же время, с точки зрения как морфологических, так и функциональных результатов, формирование в таких случаях малой тимпанальной системы с реканализацией нижнего пути аэрации барабанной полости выглядит весьма целесообразно и привлекательно.

В период 2012-2017 г.г. нами прооперировано 11 больных адгезивным отитом, мужчин и женщин, в возрасте от 44 до 63 лет. Предоперационное обследование включало в себя отомикроскопию, аудиологическое обследование, включая аудиометрию и тимпанометрию, а также фиброскопию носоглотки с целью исследования глоточного устья слуховой трубы.

Для возможности интраоперационного контроля за уровнем слуха все вмешательства проводились под местной анестезией.

В ходе операции после разреза кожи слухового канала по нижней полуокружности и тщательной отсепаровки эпидермального покрова от медиальной стенки в области гипотимпанума

производилась ревизия наличия и состояния мукопериста в области окна улитки и тимпанального устья слуховой трубы. В 2 случаях мукоперист в этих участках был замещён фиброзной тканью, и дальнейшее вмешательство было признано нецелесообразным. У остальных 9 пациентов на дезэпидермизированную медиальную стенку в области гипотимпанума укладывалась тонкая полоска силиконизированной резины, поверх которой укладывался лоскут перихондрашной раковины. Сверху трансплантат прикрывался отсепарованным ранее эпидермисом.

Результаты оперативного лечения были следующими. Морфологические – ни у одного пациента в ближайшие сроки наблюдения не наблюдалось неприживания трансплантата, а в отдалённые сроки – его перфорации. Функциональные – добиться полной ликвидации костно-воздушного интервала не удалось ни у одного больного. Однако снижение уровня порогов воздушной проводимости составило, в среднем,  $24 \pm 4,2$  дБ, что позволило во всех без исключения случаях достигнуть социально-адекватного уровня слуха.

**Выводы:** считаем целесообразным в случаях далеко зашедшего адгезивного процесса в среднем ухе формирование малой тимпанальной системы с восстановлением нижнего пути аэрации барабанной полости, что приводит к хорошим морфологическим и вполне удовлетворительным функциональным результатам операции.

© К.Г. Богданов, И.К. Тагунова, А.В. Андреев, В.К. Богданов, 2021

*О.М. БОРИСЕНКО, Г.Ю. МІНІНА, О.В. ПАПП, М.І. СІТУХО, О.В. ШЕРБУЛ  
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **ДЕГІСЦЕНЦІЯ ВЕРХНЬОГО ПІВКОЛОВОГО КАНАЛУ. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ**

Порушення функції вестибулярного та слухового аналізаторів може бути як прояв наявності дегісценції верхнього півколового каналу. Вестибулярні симптоми проявляються головокружінням та осцилопсією, що виникають на фоні гучних звуків або рухах, які призводять до зміни інтракраніального тиску або тиску в середньому вусі.

З 2020 по 2021р. під нашим наглядом знаходилися три хворих з дегісценцією верхнього півколового каналу, двом з яких в подальшому

було проведено хірургічне лікування з закриттям фістули верхнього півколового каналу кістковим пилом. За даними КТ піраміди скроневої кістки визначався дефект кісткової тканини верхнього півколового каналу. Скарги хворих при первинному огляді були на відчуття головокружіння при жуванні їжі, періодичні головні болі на стороні ураження, погіршення слуху на стороні хворого вуха, шум в вусі. У одного пацієнта ми спостерігали при гучних звуках спонтанний рух очних яблук (феномен Tullio), у двох інших – при