

УДК 616.284-002.2-07

Ю.А. СУШКО, О.Н. БОРИСЕНКО, И.А. СРЕБНЯК, А.Е. ПЕДАЧЕНКО,  
Ю.П. ТЕРНИЦКАЯ, А.О. СКОРОХОДА

## ДВУСТОРОННЯЯ ФИСТУЛА УЛИТКИ У БОЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Отд. микрохирургии уха и отонейрохирургии (зав. – проф. Ю.А. Сушко)  
Гос. учреждения «Ин-т отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН  
Украины» (дир. – чл.-кор. АМНУ, проф. Д.И. Заболотный);  
Научно-практический центр лучевой диагностики

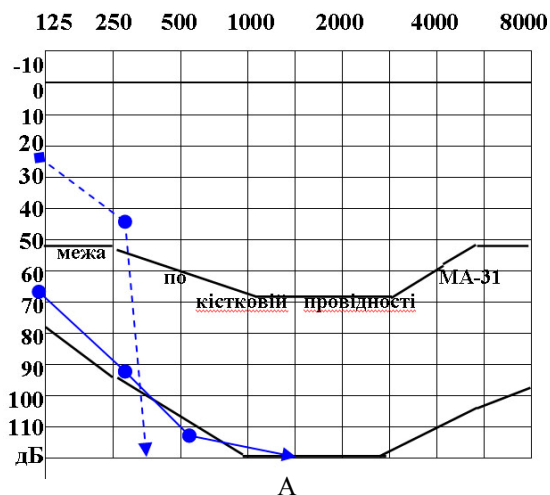
Одним из осложнений холестеатомной формы хронического гнойного среднего отита (ХГСО) является фистула лабиринта. Этой проблеме посвящено большое количество работ в оториноларингологической литературе, где описывается частота встречаемости этого осложнения, наиболее часто поражаемые участки лабиринта, механизмы разрушения костной капсулы лабиринта, хирургическая тактика и особенности реабилитации (Sheehy, Brackmann, 1979; Gormley, 1986; Parisier et al., 1991; Pules, 1996).

При не холестеатомной форме ХГСО фистула лабиринта или улитки наблюдается редко. В доступной нам литературе имеются лишь единичные сообщения по обнаружению фистулы улитки у такой категории пациентов. Так, Chul Ho Jang и соавторы (1997) описали 3 случая фистулы лабиринта у лиц с не холестеатомной формой ХГСО, у одного из которых фистула располагалась в области основного завитка улитки, у двух других – в области латерального полукружного канала. Busaba (1999) привел 34 наблюдения фистулы лабиринта, но лишь в одном из них обнаружил ее у больного ХГСО без холестеатомы. Redaelli de Zinis и соавторы (2005) также выявили фистулу улитки у пациентки с ХГСО без холестеатомы. Во всех вышеперечисленных работах имело место одностороннее поражение улитки.

Приводим собственное наблюдение двусторонней фистулы улитки у больной двусторонним ХГСО без холестеатомы.

Обследуемая М., 42 лет, страдает двусторонним ХГСО с раннего детского возраста. Пациентка поступила в отдел микрохирургии уха и отонейрохирургии в плановом порядке с жалобами на значительное понижение слуха на правое ухо, наступившее около 6 мес назад, снижение слуха на левое ухо и периодическую оторею из обеих ушей. При отомикроскопическом исследовании отмечается тотальный дефект обеих барабанных перепонок, резко утолщенная слизистая оболочка покрывает медиальную стенку барабанной полости, в области промоториума с обеих сторон определяются плоские грануляции, распространяющиеся кпереди по направлению к тимпанальному отверстию слуховой трубы.

При аудиометрическом исследовании (рис. 1) определяется глухота справа и сочетанное поражение звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата слева.



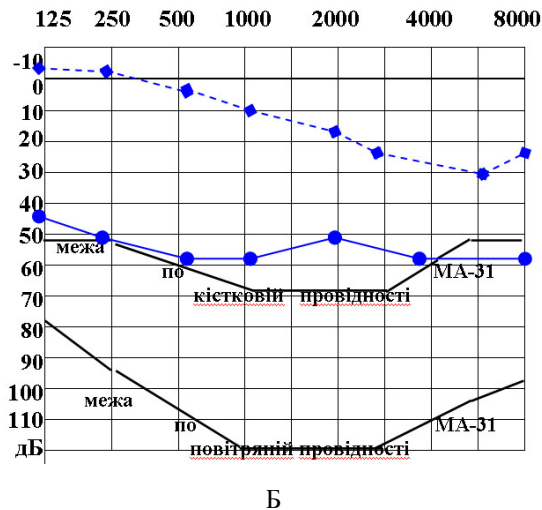


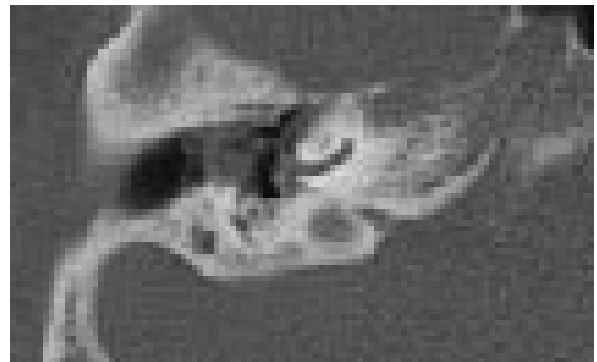
Рис. 1. – Аудиограма у больной М.: А – правое ухо, Б – левое ухо.

В декабре 2005 г. по настоянию пациентки была произведена эндомеатальная морфологическая тимпаноластика на правом ухе. Сделан циркулярный разрез кожи наружного слухового прохода по всей полуокружности, она отсепарована на всем протяжении до барабанной полости и временно удалена вместе с фиброзным анньюсом. Из аттика извлечены остатки наковальни (без длинного отростка) и молоточка (без рукоятки). Слизистая оболочка аттика резко утолщена. Стремя – целое, подвижное. После отсепаровки грануляционно измененной слизистой оболочки с медиальной стенки барабанной полости обнаружена фистула в области основного завитка улитки размером около 4 мм по вертикали и около 10 мм по горизонтали. В просвете улитки просматривается лабиринтная жидкость, четко дифференцируется перепончатый лабиринт. Выявленная фистула прикрыта фрагментом аутофасции височной мышцы. Выполнена тотальная мирингопластика с применением аутофасциального лоскута. Временно удаленный меатальный кожный лоскут возвращен на место и прикрывает края фасциального трансплантата. Осуществлена тампонада слухового прохода мероцелевыми тампонами. В послеоперационном периоде пациентка принимала антибактериальную терапию, стероиды, вестибулоплектики. В первые 10 сут после операции отмечались вестибулярные нару-

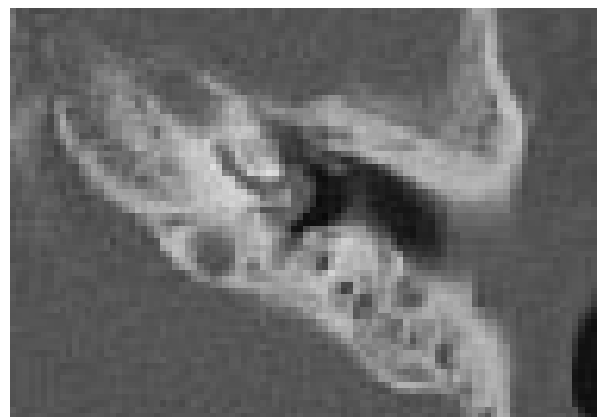
шения в виде тошноты, неустойчивость и шаткость при ходьбе. К 18-му дню наступило полное приживление тимпанального трансплантата. Слух после операции не изменился.

4.01.2006 произведена компьютерная томография височных костей. На серии томограмм определялся дефект костной капсулы улитки с двух сторон приблизительно одинаковых размеров (рис. 2).

В настоящее время больная пользуется слуховым аппаратом на левое ухо.



А



Б

Рис. 2. – Компьютерная томография височных костей в аксиальной проекции (А – правая, Б – левая). Разрушена стенка костной капсулы улитки с обеих сторон; фистула прикрыта грануляционной тканью.

1. Busaba N. Clinical presentation and management of labyrinthine fistula caused by chronic otitis media // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1999. – Vol. 108(5). – P.435-9.

2. Gormley P. Surgical management of labyrinthine fistula with cholesteatoma // J. Laryngol. Otol. – 1986. – Vol.100. – P. 1115-23.
3. Parisier S., Edelstein D., Han J. et al. Management of labyrinthine fistulas caused by cholesteatoma // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1991. – Vol.104. – P. 110-5.
4. Pulec J. Labyrinthine fistula from cholesteatoma: surgical management // Ear Nose Throat J. – 1996. – Vol.75. – P.143-8.
5. Redaelli de Zinis L., Campovecchi Ch., Gadola E. Fistula of the cochlear labyrinth in noncholesteatomatous chronic otitis media // Otolology & Neurotology. – 2005. – Vol.26. – P. 830-833.
6. Sheehy J., Brackmann D. Cholesteatoma surgery: management of the labyrinthine fistula – report of 97 cases // Laryngoscope. – 1979. – Vol.89. – P. 78-87.

Поступила в редакцию 18.07.07.

© Ю.А. Сушко, О.Н. Борисенко, И.А. Сребняк, А.Е. Педаченко, Ю.П. Терницкая, А.О. Скорохода, 2008