

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПЕРИЛІМФАТИЧНИХ ФІСТУЛ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЛЕСТЕАТОМОЮ СЕРЕДНЬОГО ВУХА

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)

Перилімфатична фістула (ПЛФ) – аномальне сполучення між структурами внутрішнього вуха, заповнених перилімфою, й повітряними порожнинами середнього вуха, соскоподібного паростка або інтракраніальним простором [1-4]. Перилімфатичні фістули за характером виникнення поділяються на ідіопатичні (спонтанні) та набуті (травматичного генезу та фістули при хронічному гнійному середньому отиті (ХГСО)) [3, 5, 6].

В діагностиці ПЛФ першочергового значення надають анамнестичним даним (виявленню можливого етіологічного фактору). Патогномонічними симптомами є однобічне зниження слуху різного характеру, флюктуююча приглухуватість, головокружіння, нудота, нестійкість при ходьбі, вушний шум або дзвін; позитивні проба Тулліо (посилення головокружіння при впливі гучних звуків на уражене вухо) та фістульна проба (симптом Хеннеберта) [7]. ПЛФ при

ХГСО представляють собою небезпечне ускладнення та становлять значний ризик щодо виникнення лабіринтиту, незворотних форм зниження слуху – комбінованих і сенсоневральних порушень слуху, глухоти, внутрішньочерепних ускладнень [5].

ПЛФ при ХГСО виникають внаслідок деструктивного каріонекротичного процесу або холестеатомного процесу [5]. Частота виникнення ПЛФ при хронічному гнійному середньому отиті з холестеатомою, за даними різних авторів, складає від 3 до 20 % [8, 9]. Частіше всього ПЛФ при ХГСО з холестеатомою виникає в ділянці латерального півколового каналу (ЛПК), однак в окремих випадках можуть руйнуватися інші лабіринтні структури (одночасно або окремо) [5]. Множинні ПЛФ визначаються до 10 % випадків [10, 11]. В табл. 1 представлено дані різних авторів по частоті виявлення ПЛФ у хворих на ХГСО з холестеатомою.

Таблиця 1

Частота виявлення перилімфатичних фістул у хворих на ХГСО з холестеатомою

Автори	Кількість хворих на ХГСО з холестеатомою, n	Відсоток пацієнтів з ПЛФ, %
Palva et al., 1971	830	3,6 %
Abramson et al., 1974	212	6,6 %
Tos, 1975	292	4,8 %
Sanna, 1985	859	13,5 %
Sheehy, 1988	828	4,0 %
Magliulo, 1997	1025	7,6 %
Gersdorff, 1999	769	7,0 %
Misale et al., 2019	275	10,9 %
Woongsang Sunwoo, 2020	159	5,7 %

У 80 % випадках передопераційна спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) скроневих кісток дозволяє визначити деструкцію кісткового лабіринту та ділянок лабіринтних вікон з визначенням ПЛФ [9]. ПЛФ розподіляються на два типи: розповсюджені ПЛФ з поєднаною ерозією кісткового та мембранозного лабіринту та обмежені ПЛФ з наявністю ерозії кісткового лабіринта при повністю збереженому мембранозному лабіринті [12]. Ідентифікація ПЛФ за клінічними ознаками в кореляції з даними СКТ скроневих кісток та своєчасність проведення патогенетичного лікування є основними підходами в протоколі лікування пацієнтів з даною патологією, що запобігають розвитку незворотних інвалідизуючих ускладнень.

Мета дослідження – провести оцінку ефективності лікування пацієнтів із набутими ПЛФ різної локалізації та типу у пацієнтів на ХГСО з холестеатомою шляхом дослідження клініко-аудіологічних результатів після використання отомікрохірургічних методів лікування з оптимальною комбінованою візуалізацією та диференційованим підходом до пластики ураженої ділянки.

Матеріали та методи

Всі дані дослідження були отримані з історій хвороб пацієнтів, протоколів операцій і результатів СКТ досліджень та проаналізовані анонімно. За період 2017-2020 рр. у відділі мікрохірургії вуха та отонейрохірургії ДУ «Інститут оториноларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» проведено аналіз 410 історій хвороб хворих на ХГСО з холестеатомою. У 38 пацієнтів (9,26 %) встановлено наявність асоційованої ПЛФ. Аналіз проводився з врахуванням віку та статі пацієнта, наявності перед- та післяопераційних симптомів, даних тональної порогової аудіометрії до та після хірургічного лікування, радіологічних ознак за даними СКТ скроневих кісток, локалізації та типу ПЛФ, хірургічного доступу, форми холестеатоми, оптимальної візуалізації та виду пластики ПЛФ.

Вік пацієнтів становив від 6 до 72 років (середній вік – 38,2). В гендерному співвідношенні – 1,25 пацієнтів чоловічої статі до 1 пацієнта жіночої статі.

Аудіологічне дослідження проводилось на аудіометрії «ITERA» (Данія) за загальноприйнятою схемою за допомогою порогових тональних та мовних тестів. Оцінка слухової функції проводилась на частотах 0,5; 1; 2 та 4 кГц.

Комп'ютерна томографія виконувалась на комп'ютерному томографі Philips Brilliance 64, з товщиною зрізу 0,67 мм, з реконструкцією у сагітальній та корональній площинах. На доопераційному етапі обстеження фістула візуалізована у 36 пацієнтів (94,7%).

З метою видалення холестеатоми та відновлення зруйнованих слухових кісточок виконувалися закритий та відкритий варіанти реконструктивно-відновлюючих операцій. У пацієнтів після закритого варіанту тимпанопластики через 6-8 міс. виконувалися ревізії з метою виявлення резидуальної холестеатоми та видалення тефлонової прокладки. Вибір варіанту хірургічного втручання базувався на основних принципах: вік пацієнта, форми холестеатоми та розповсюдженості деструктивних змін в межах скроневої кістки, стану слуху на ураженому та протилежному вусі, типу ПЛФ.

Реконструктивно-відновлююча операція та одномоментна пластика фістули проводилась з використанням комбінованої мікроскопічної та ендоскопічної візуалізації. Видалення холестеатомного матриксу з поверхні фістули та її пластики виконувалися відразу по закінченню сануючого етапу операції у всіх клінічних випадках. З метою запобігання ризику розвитку лабіринтиту, інтраопераційно та у найближчому післяопераційному періоді призначалась антибіотикотерапія з урахуванням антибіотикограми, а також стероїди.

Для оптимальної інтраопераційної візуалізації були використані хірургічні мікроскопи фірми Zeiss Pico та Zeiss Opmi Movena і жорсткі ендоскопи Hopkins з оптикою 0° та 30°.

Результати ефективності лікування оцінювалися в динаміці післяопераційного періоду після хірургічного лікування з одномоментною пластикою ПЛФ.

Статистична обробка отриманих результатів проводилась з використанням ліцензійного пакету «MS Excel 2010» та «Statistica

v-8.0» з визначенням параметрів описової статистики – розподіл якісних характеристик (у %) та середня арифметична і середнє квадратичне відхилення для кількісних ознак. Порівняння кількісних параметрів в динаміці проведено за критерієм Вілкоксона з попередньою оцінкою типу розподілу первинних даних. Відмінності вважались достовірними при граничному значенні ризику похибки не більше 5% ($p < 0,05$).

Результати та їх обговорення

Розповсюджену ПЛФ з ерозією кісткового лабіринту та адгезією з мембранозним лабіринтом встановлено у 13 пацієнтів (34%); обмежена ПЛФ з наявністю ерозії лише кісткового лабіринта при відсутності вrostання в мембранозний лабіринт визначалася у 25 пацієнтів (66 %).

Передопераційну симптоматику представлено в табл. 2.

Таблиця 2

Передопераційні симптоми в залежності від типу ПЛФ

Симптоми	Обмежена ПЛФ (n=25)		Розповсюджена ПЛФ (n=13)	
	абс.	%	абс.	%
Глухота	0	0	5	38 %
Кондуктивна приглухуватість	25	100 %	8	62 %
Головокружіння	12	48 %	11	84 %
Вушний шум	5	20 %	6	46 %
Парез VII	0	0	3	23 %

Як видно з даних, наведених в табл. 2, зниження слуху різного характеру визначалось у всіх пацієнтів з ПЛФ, у 5 пацієнтів з розповсюдженою ПЛФ встановлено приглухуватість 4 ст. (глухота). Головокружіння виявлено у 23 (60 %) пацієнтів з ПЛФ, серед яких у 11 (84 %) – з розповсюдженою ПЛФ та у 12 (48%) – з обмеженою ПЛФ. На вушний шум скаржились 11 пацієнтів (29 %). У 3 пацієнтів з розповсюдженою ПЛФ встановлено парез мімічної мускулатури обличчя зі сторони ураження. Позитивна фістульна

проба при передопераційному обстеженні встановлена лише у 7 % пацієнтів.

Всім досліджуваним пацієнтам в рамках передопераційного обстеження виконувалася СКТ скроневиx кісток. Рентгенологічні ознаки наявності ПЛФ з кістковою деструкцією в поєднанні з наявністю патологічного м'якотканинного компоненту в порожнинах середнього вуха визначались у 21 (55,3 %) пацієнта. Передопераційні дані по виявленню ПЛФ за даними СКТ скроневиx кісток представлені в табл. 3.

Таблиця 3

Передопераційні знахідки за даними СКТ скроневиx кісток

Обмежена ПЛФ (n=25)	Розповсюджена ПЛФ (n=13)
9 підтверджених випадків (36 %)	12 підтверджених випадків (92 %)

Вибір хірургічного доступу (закритий або відкритий варіант тимпаноластики) залежав від ряду критеріїв. В табл. 4 представлено варіанти реконструктивно-відновлювальних операцій в залежності від форми холестеатоми та типу ПЛФ (обмежена або розповсюджена).

Вибір способу хірургічного втручання залежав від розповсюженості холестеатоми, ступеню пневматизації соскоподібного паростку, передопераційного стану слуху на оперованому вусі та на другому вусі, розповсюженості холестеатоми та деструктивних змінах кісткових структур в межах

скроневої кістки. Як видно з даних, представлених в табл. 4, у переважній більшості пацієнтів (30 осіб) виконувався відкритий варіант тимпанопластики, з яких у 20 (80 %) – з обмеженою ПЛФ та у 10 (77 %) – з екстенсивно розповсюдженою ПЛФ. Етапи операції включали в себе санацію на першому етапі та виконання реконструктивно-відновлювального етапу. Видалення матриксу з фістули виконувалося на заключному етапі санації з одночасним виконанням пластики ПЛФ. Холестеатомний матрикс з поверхні ПЛФ видалено у 36 пацієнтів (94,7

%), у 2 пацієнтів матрикс залишено на поверхні фістули внаслідок щільного зростання зі стінкою перетинчастого лабіринту та для запобігання виникнення незворотніх ускладнень у післяопераційному періоді. Одномоментно реконструкцію зруйнованого осигулярного апарату виконано у 7 пацієнтів (18,4 %), відстрочену – у 22 (57,9 %). Інтраопераційно та в найближчому післяопераційному періоді пацієнтам інтравенозно вводилися кортикостероїди та антибактеріальні препарати. Локалізацію фістули представлено в табл. 5.

Таблиця 4

Хірургічний доступ для видалення холестеатоми у пацієнтів з ПЛФ

Доступ	Обмежена ПЛФ (n=25)	Розповсюджена ПЛФ (n=13)	Всього (n=38)
Закритий варіант тимпанопластики	5 (20 %)	1 (7,7 %)	6 (15,8 %)
Відкритий варіант тимпанопластики	20 (80 %)	10 (77 %)	30 (78,9 %)
Субтотальна петрозектомія	-	2 (15,3 %)	2 (5,3 %)

Таблиця 5

Локалізація ПЛФ

Локалізація фістули	Кількість, n	%
Латеральний напівколовий канал (ЛНК)	23	60,5
Верхній напівколовий канал (ВНК)	5	13,1
Задній напівколовий канал (ЗНК)	2	5,3
Підножна пластинка стремена/овальне вікно	3	7,9
ЛНК+ЗНК	2	5,3
ЛНК+ЗНК+овальне вікно/присінок	3	7,9

При аналізі даних, представлених в табл. 5, встановлено, що у більшості пацієнтів визначалася деструкція на рівні ЛНК (23 (60,5 %)); ПЛФ в ділянці ВНК визначалася у 5 пацієнтів (13,1 %); ЗНК – у 2 (5,3 %) та в ділянці підніжної пластинки стремена – у 3 (7,9 %). У 5 пацієнтів (13,1 %) визначалася множинна локалізація ПЛФ: в 3 (7,9 %) випадках – з одночасною деструкцією ЛНК, ЗНК та підніжної пластики стремена та в 2 (5,3 %) – поєднане ураження ЛНК та ЗНК.

Для пластики дефекту у 23 (63 %) пацієнтів використано кістковий пил, у 8 (21 %) – кістковий пил з трансплантатом

фасції скроневого м'язу, у 5 (13 %) – кістковий віск (рис. 1).

У 2 пацієнтів холестеатомний матрикс залишено на поверхні ПЛФ внаслідок його щільного зростання з перетинчастим лабіринтом для запобігання розвитку незворотних сенсоневральних і вестибулярних ускладнень.

Стан слухової функції до та після хірургічних втручань представлено в табл. 6.

Як видно з даних, представлених в табл. 6, у 27 (71 %) пацієнтів (у 23 – з обмеженою ПЛФ та у 4 – з екстенсивно розповсюдженою ПЛФ) після реконструктивно-

відновлювальних втручань порогови кістково-проведених звуків зберігались на доопераційному рівні, що розцінюється як позитивний результат хірургічного втручання. У 9 пацієнтів встановлено сенсоневральну глухоту (СНГ), з яких у 8 – з розповсюдженою ПЛФ. При аналізі клінічних випадків, у 5 пацієнтів з сенсоневральною глухотою перед операцією визначалися множинні ПЛФ.

Стан слуху по кістковій та повітряній провідності і величини кістково-повітряного інтервалу у обстежених пацієнтів представлено в табл. 7-9. Як видно з даних, наведених в табл. 7, у обстежених пацієнтів визначалось зменшення порогів сприйняття звуків по КП на всіх досліджуваних частотах в терміні 6 місяців після хірургічного лікування, достовірне зменшення порогів визначалося на частоті 2 кГц. Достовірне зменшення порогів по середнім значенням показників в дБ визначалося на всіх досліджуваних частотах.

При аналізі даних табл. 8 встановлено достовірне зменшення порогів сприйняття звуків по ПП у всіх пацієнтів з найбільш вираженими значеннями на частотах 500 Гц – 2 кГц.

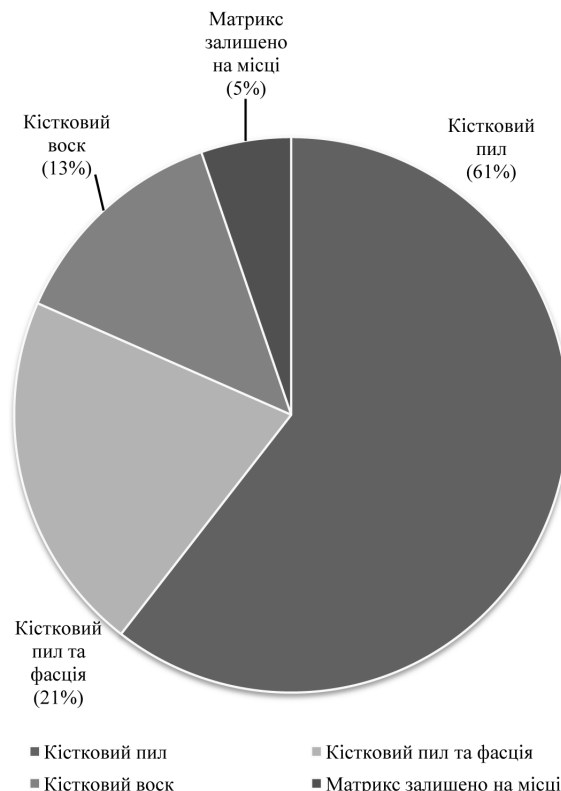


Рис. 1. Матеріали, застосовані для пластики перилімфатичної фістули.

Таблиця 6

Стан слухової функції до та після хірургічних втручань

	Обмежена ПЛФ n=25	%	Розповсюджена ПЛФ n=13	%	Всього n=38
Пороги по КП зберігались на доопераційному рівні	23	92 %	4	30,8 %	27 (71 %)
СНП	1		1		2
Глухота	1		8	61,5 %	9 (23 %)

Таблиця 7

Середні величини порогів сприйняття звуків по кістковій провідності (КП) за даними тональної порогової аудіометрії у хворих з ПЛФ до та після хірургічного лікування

Пороги слуху	Досліджувані частоти, Гц				Середнє значення, дБ
	500 Гц	1 кГц	2 кГц	4 кГц	
До лікування, дБ	6,3±1,4	11,3±2,2	18,8±2,5	25,0±4,4	15,3±2,0
Після лікування, дБ	4,5±1,1	8,8±2,2	14,5±2,4	21,8±3,9	12,4±1,9
p (до-після)	0,129	0,144	0,002*	0,199	0,002*

Примітка: * – статистично значима різниця показників порогів сприйняття по КП до та після лікування (тест Вілкоксона).

Таблиця 8

Середні величини порогів сприйняття звуків по повітряній провідності (ПП) за даними тональної порогової аудіометрії у хворих з ПЛФ до та після хірургічного лікування

Пороги слуху	Досліджувані частоти, Гц				Середнє значення, дБ
	500 Гц	1 кГц	2 кГц	4 кГц	
До лікування, дБ	43,4±2,5	45,6±3,1	39,5±9,6	55,3±3,6	45,9±2,2
Після лікування, дБ	34,0±2,7	39,3±3,3	33,9±3,1	51,5±4,6	39,7±2,9
p (до-після)	0,0001*	0,008*	0,031*	0,247	0,002*

Примітка: * – статистично значима різниця показників порогів сприйняття звуків по ПП до та після лікування (тест Вілкоксона).

При аналізі середніх величин кістково-повітряного інтервалу (КПІ) за даними тональної порогової аудіометрії у хворих з ПЛФ до та після хірургічного лікування встановлено, що через 6 міс. після операції досягалось достовірне зменшення величини КПІ в терміні (з 40,8±2,7 дБ до 30,5±2,6 дБ), що вказує на функціональну ефективність та атравматичність проведеного малоінвазивного етапу операції з видаленням холестеатоми та одномоментною пластикою ПЛФ з використанням оптимальної комбінованої візуалізації.

Головокружіння зменшилось в динаміці післяопераційного періоду у 28 (74 %) пацієнтів.

Висновки

ПЛФ є небезпечним ускладненням при ХГСО з холестеатомою. В залежності від типу ПЛФ визначено клінічні, рентгенологічні та інтраопераційні особливості та обґрунтовано підходи до вибору способу реконструктивно-відновлювальної операції.

За локалізацією частіше ПЛФ визначалася на рівні ЛНК.

Більш агресивною за перебігом визначено розповсюджену ПЛФ, особливо при холестеатомній деструкції кісткової стінки лабіринту та одночасною адгезією з перетинчастим лабіринтом.

Найбільша небезпека при хірургічному лікуванні ПЛФ пов'язана з виникненням ускладнень з боку внутрішнього вуха у вигляді сенсоневральних порушень слуху, глухоти та персистуючого головокружіння. Щільні адгезії з мембранозним лабіринтом є фактором ризику розвитку вищезазначених уражень.

Раннє виявлення ПЛФ при наявності неураженого ендосту та своєчасно проведене реконструктивно-відновлювальне хірургічне втручання з оптимальною комбінованою мікроскопічно-ендоскопічною візуалізацією у пацієнтів на ХГСО з холестеатомою дозволить зберегти пороги кістково-проведених звуків та запобігатиме розвитку незворотніх ускладнень з боку внутрішнього вуха.

Література

1. Lehrer J, Rubin R, Poole D, Hubbard J, Wille R, Jacobs G. Perilymphatic fistula a definitive and curable cause of vertigo following head trauma. *West J Med.* 1984; 141(1): 57-60.
2. Minor B. Labyrinthine fistulae: pathobiology and management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003; 11(5): 340-6. DOI: 10.1097/00020840-200310000-00006.
3. Hornibrook J. Perilymph Fistula: Fifty Years of Controversy. *ISRN Otolaryngol.* 2012; 2012: 281248. DOI: 10.5402/2012/281248.
4. Shabi F, Abdullah A. Perilymphatic Fistula. *Stat-Pearls [Internet].* 2020 Sep 25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563221>.
5. Sagar P, Devaraja K, Kumar R, Bolu S, Sharma S. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017; 69(2): 204-9. DOI: 10.1007/s12070-017-1072-y.
6. Comacchio F, Mion M. Sneezing and Perilymphatic Fistula of the Round Window: Case Report and Systematic Review of the Literature. *J Int Adv Otol.* 2018; 14(1): 106-11. DOI: 10.5152/iao.2018.4336.
7. Ga Young Park, Ha Young Byun, Il Joon Moon, Sung Hwa Hong, Yang-Sun Cho, Won-Ho Chung. Effects of Early Surgical Exploration in Suspected Barotraumatic Perilymphatic Fistulas. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2012;5(2):74-80. DOI: 10.3342/ceo.2012.5.2.74.
8. Manolidis S. Complications associated with labyrinthine fistula in surgery for chronic otitis media. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 123(6): 733-7. DOI: 10.1067/mhn.2000.111288.
9. Woongsang Sunwoo, Sang-Youp Lee, Jeon Seong, Young Eun Han, Min-Hyun Park. Clinical Characteristics of Patients with Cochlear Fistulas Caused by Chronic Otitis Media with Cholesteatoma. *J Int Adv Otol.* 2020; 16(1): 40-6. DOI: 10.5152/iao.2020.7018.
10. Magliulo G, Terranova G, Varacalli S, Sepe C. Labyrinthine fistula as a complication of cholesteatoma. *Am J Otol.* 1997; 18: 697-701.
11. Meyer A, Bouchetemple P, Costentin B, Dehesdin D, Lerosey Y, Marie JP. Lateral semicircular canal fistula in cholesteatoma: diagnosis and management. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016; 273: 2055-63.
12. Gersdorff MCH, Nouwen J, Decat M, Degols JC, Bosch Ph. Labyrinthine fistula after cholesteatomatous chronic otitis media. *Am J Otol.* 2000 Jan; 21(1): 32-5. PMID: 10651432.

Надійшла до редакції 04.08.2021

© І.А. Сребняк, О.В. Шербул, А.Є. Педаченко, 2021

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПЕРИЛІМФАТИЧНИХ ФІСТУЛ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЛЕСТЕАТОМОЮ СЕРЕДНЬОГО ВУХА

Сребняк ІА, Шербул ОВ, Педаченко АЄ

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»

Email: amtc@kndio.kiev.ua

А н о т а ц і я

При аналізі 410 історій хвороб пацієнтів у 38 (9,26 %) встановлено наявність перилімфатичної фістули (ПЛФ) різної локалізації. Встановлено клінічні, рентгенологічні інтраопераційні відмінності та підходи до вибору способу реконструктивно-відновлювальної операції в залежності від типу ПЛФ.

Більш агресивною за перебігом визначено екстенсивно розповсюджену ПЛФ, особливо у випадках холестеатомної деструкції кісткової стінки лабіринту та одночасною адгезією з перетинчастим лабіринтом.

На етапі передопераційної діагностики за даними КТ скроневої кістки наявність ПЛФ встановлено у 21 (51,3 %) пацієнтів. Вона визначалась майже у всіх пацієнтів з екстенсивною розповсюдженою ПЛФ (у 12 з 13 пацієнтів) і у 9 пацієнтів з обмеженою ПЛФ. За локалізацією частіше ПЛФ визначалася на рівні ЛНК – у 23 пацієнтів (60,5 %). Множинна локалізація ПЛФ з поєднаним ураженням кісткової стінки двох та більше напівколових каналів виявлена у 5 пацієнтів (13,1 %).

При передопераційному обстеженні фістульна проба виявилась позитивною лише у 7 % пацієнтів.

Відкритий варіант тимпанопластики виконано у 30 пацієнтів (78,9 %), закритий варіант – у 6 (15,8 %).

Раннє виявлення ПЛФ за наявності не ураженого ендосту та своєчасно проведене реконструктивно-відновлювальне хірургічне втручання з оптимальною комбінованою мікроскопічно-ендоскопічною візуалізацією у пацієнтів на ХГСО з холестеатомаю дозволить зберегти слух та запобігатиме розвитку незворотніх ускладнень з боку внутрішнього вуха.

Ключові слова: хронічний гнійний середній отит, холестеатома, перилімфатична фістула, діагностика, лікування.

PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF PERILYMPHATIC FISTULAS AND EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH MIDDLE EAR CHOLESTEATOMA

Srebniak IA, Sherbul OV, Pedachenko AE

State Institution "Institute of otolaryngology named after Prof. O.S. Kolomiychenko of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine"; Kyiv, Ukraine

Email: amtc@kndio.kiev.ua

Abstract

By the analysis of the 410 histories of illnesses of patients in 38 (9,26 %) are set perilymphatic fistula of different localization. Clinical, radiological intraoperative differences and going are set near the choice of method reconstructively operation depending on the type of perilymphatic fistula.

After motion the extensive is certain more aggressive perilymphatic fistula is widespread, especially in the cases of cholesteatoma destruction of bone wall of labyrinth and simultaneous adhesion with a membranous labyrinth.

On the stage of preoperative diagnostics from data of KT of temporal bones of perilymphatic fistula set for 21 (55,3 %) patients and determined almost for all patients with extensive widespread perilymphatic fistula (in 12 patients from 13) and in 9 patients with limit perilymphatic fistula.

By the preoperative inspection the positive test of fistula was determined only in 7 % patients.

After localization more often perilymphatic fistula was determined at the level of lateral semicircular canal – for 23 patients (60,5 %). Plural localization of perilymphatic fistula with the united defeat of bone wall two and more semicircular canals educed 5 patients (13,1 %).

The open variant of tympanoplasty is executed in 30 patients (78,9 %). The closed variant of tympanoplasty is in 6 (15,8 %) patients.

Early exposure of perilymphatic fistula after the presence of not staggered endost and in good time reconstructive surgical interference is conducted with optimal combined by microscopically-endoscopic visualization for patients with chronic otitis media with cholesteatome will allow saving a rumor and will prevent development of irreversible complications from the side of internal ear.

Key words: chronic suppurative otitis media, cholesteatoma, perilymphatic fistula, diagnosis, treatment.