

# СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ УХА

*Хоров О.Г., Плавский Д.М.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Атрезия или заращение наружного слухового прохода наиболее распространена среди различных врождённых аномалий развития органа слуха. При этом, как правило, она сочетается с другими дефектами формирования среднего уха и является лишь частью обширной врождённой патологии развития черепа.

В нашей клинике с 2007 года мы занимаемся решением данной проблемы.

Цель исследования: оценить эффективность хирургического лечения атрезии наружного слухового прохода путём выполнения меатотимпаноластики и установки аппаратов костной проводимости типа «ВАНА».

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 10 пациентов с атрезией наружного слухового прохода, которым была выполнена меатотимпаноластика.

В план предоперационного обследования включались общие

оториноларингологические методики, компьютерная томография височных костей, тональная аудиометрия в свободном звуковом поле, акуметрия. Из прооперированных 10 пациентов - 7 мужского пола, 3 пациентки – женского. Возраст пациентов находился в пределах от 7 до 26 лет, средний возраст составил 15 лет. У 7 пациентов атрезия наружного слухового прохода носила односторонний характер, у 3 – двухсторонний. Ушная раковина была представлена в виде рудимента у 2 пациентов, условно правильно была сформирована у 6 пациентов, у двух пациентов ушная раковина полностью отсутствовала. Формирование наружного слухового прохода и поиск структур среднего уха осуществляли с учётом данных компьютерной томографии. Для формирования барабанной полости использовали собственную височную фасцию, пластины хряща. Для форми-

рования наружного слухового прохода – свободные кожные лоскуты из кожи операционной области.

Этапы техники операции:

1. Формирование костного отдела наружного слухового прохода с раскрытием барабанной полости;
2. Мобилизация или создание системы трансмиссии в среднем ухе;
3. Мембранопластика с применением хрящевых трансплантатов;
4. Меатопластика.

Ход операции: огибающий разрез кожи по переходной заушной складке или позади рудимента; обнажение площадки сосцевидного отростка. Формирование наружного слухового прохода и поиск структур среднего уха осуществляли с учётом данных компьютерной томографии. Для формирования барабанной полости использовали собственную височную фасцию, пластины хряща. Неотимпанальный лоскут создавали из хрящевого трансплантата по авторской методике с выполнением на нем продольных насечек, не совпадающих в одной плоскости, но выходящих за его середину. Для формирования наружного слухового прохода – свободные кожные лоскуты из кожи операционной области.

Результаты и их обсуждение. Оценка результата в срок 12 месяцев после операции показала эпидермизацию созданного наружного слухового прохода. Неотимпанальная мембрана у всех пациентов приобретала серый цвет, была целой и располагалась под углом к передней стенке наружного слухового прохода.

Из 10 прооперированных пациентов у 9 мы добились стойкого улучшения слуха. Костно-воздушный интервал в зоне 500 – 3000 Гц сократился с дооперационных  $56 \pm 1,2$  дБ до  $25,4 \pm 0,7$  дБ, что соответствует социально-значимому слуху ( $p < 0,05$ ). У одного пациента слух остался без изменений на дооперационном уровне.

12 пациентам с атрезией наружного слухового прохода использованы аппараты ВАНА. Операция и послеоперационный период прошли без явных осложнений. Дооперационное нарушение слуха у этих пациентов составило  $45,5 \pm 0,9$  дБ.

Аудиологическое усиление составило 33,8 дБ. Субъективная оценка функционального результата операции пациентами была высокой

Заключение: 1. Выполнение меатотимпаноластики с применением хрящевых трансплантатов позволяет добиться высоких функциональных результатов: сокращение КВИ после операции до  $25,4 \pm 0,7$  дБ ( $p < 0,05$ );

2. Прогнозирование конечного анатомического и функционального результата должно быть оценено с учетом анатомических нарушений и данных компьютерной томографии, однако только в процессе операции можно с точностью определить характер нарушений в барабанной полости и избрать вариант реконструкции уха;

3. При неэффективности или отрицательной оценке возможностей реконструкции уха во время операции или по результатам предоперационного обследования следует использовать другие способы реабилитации слуха, например, такие как аппараты ВАНА. Пациенты должны быть информированы о данном методе перед выбором тактики лечения.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ АМПЛИТУДНО-ЧАСТОТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОТЕЗОВ СРЕДНЕГО УША ИЗ ТИТАНА, ТЕФЛОНА И СВЕРХВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ПОЛИЭТИЛЕНА**

*Хоров О.Г.<sup>1</sup>, Новоселецкий В.А.<sup>1</sup>, Яничкин В.В.<sup>2</sup>, Балыкин А.С.<sup>2</sup>*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>

УО «Гродненский государственный университет  
имени Янки Купалы»<sup>2</sup>

Введение. Широкая гамма протезов, которые производятся в других странах, свидетельствует о важности проблемы оссикулопластики и в тоже время отсутствии универсальности протеза [3]. Это вызывает интерес к совершенствованию существующих моделей с направленностью к импортозамещению отечественными аналогами.

Нами предложена отечественная модель протеза цепи слуховых косточек, форма которого позволяет индивидуально