

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

УДК: 616.284-002-036.12:616.285-089.844

МАТКУЛИЕВ КАМОЛ ХАЙИТБАЕВИЧ

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ
РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ
ТИМПАНОПЛАСТИКИ**

14.00.04 – Болезни уха, горла и носа

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

ТАШКЕНТ – 2006

Работа выполнена на кафедре ЛОР-болезней Ташкентской медицинской академии.

Научный руководитель: Доктор медицинских наук, профессор
ХАКИМОВ Абдумалик Махмудович

Официальные оппоненты: Доктор медицинских наук, профессор
ДАДАМУХАМЕДОВ Абдумалик Назирович

Доктор медицинских наук, профессор
НАСРЕТДИНОВ Тахсин Хамидович

Ведущая организация: Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Защита состоится «___»_____ 2006 года в ___ час на заседании Специализированного совета Д.087.01.02 при Ташкентской медицинской академии по адресу: (700047, г. Ташкент, ул. Мусаханова, 103) в зале заседаний Ученого Совета.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской медицинской академии.

Автореферат разослан «___»_____ 2006 года.

**Учёный секретарь
Специализированного Совета,
доктор медицинских наук, профессор**

АБДУЛЛАЕВ Ш.Ю.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы. Своевременное распознавание и рациональная терапия тугоухости при воспалительных заболеваниях среднего уха составляет одну из важнейших задач современной оториноларингологии. Гнойные воспаления среднего уха как острые, так и хронические, до сих пор остаются одним из распространённых заболеваний ЛОР органов и в структуре патологии ЛОР органов составляют от 5,1 до 58% случаев, а от 8,6 до 37% случаях является причиной высокой степени тугоухости (Пальчун В.Т. и др., 2000; Патякина О.К. и др., 2001; Шайхова Х.Э., 2001; Muller R. et al., 1988).

В последние годы в связи с бурным развитием микрохирургии уха, возникла необходимость разработать более совершенствованные методы реконструктивно-пластических и слухулучшающих операций, направленные на санацию гнойного очага и достижения хороших функциональных эффектов.

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что для этой цели предлагаются различные варианты тимпаноластики, как завершающий этап «закрытых» и «открытых» вариантов saniрующих операций (Иванец И.В., 1992; Протасевич Г.С., 2002; Neely J., 1990).

Однако, высокая степень осложнений после этих операций в ближайшем и отдалённом периоде в виде развития резидуальной холестеатомы, кариозно-деструктивного процесса, роста грануляций и полипов диктовало необходимость поиска совершенствованных методов диагностики и лечения хронических гнойно-воспалительных заболеваний среднего уха (Амонов Ш.Э., 2000; Меланин В.Д. и др., 1986).

Следует отметить, что эффективность тимпаноластики как в функциональном, так и в морфологическом аспекте зависит от многих факторов, таких как – правильный подбор больных, вариантов тимпаноластики, от вида и способов укладывания трансплантатов, послеоперационного ведения больных. Поэтому на сегодняшний день, мнения различных авторов по различным вопросам тимпаноластики разнообразны; ведётся поиск оптимальных вариантов как в отношении техники операций (одно-, двух- и трёхэтапная тимпаноластика), так и в отношении выбора и фиксации трансплантата (кожа, хрящ, фасция и т.д.), а также послеоперационного ведения больных (Семёнов Ф.В., 2001; Kley W., 1988).

В плане изучения эффективности и прогнозирования результатов реконструктивно-слухулучшающих операций также не существует единого мнения, каждый автор по-разному оценивает критерии функциональных результатов (Абабий И.И. и др., 1986; Холматов Д.И., 2001; Albu S. et al., 1998).

Всё это диктовало на необходимость изучения эффективности различных вариантов тимпаноластики по программе научно-исследовательских работ ТМА «Патология органа слуха и верхних дыхательных путей» (Государственный регистрационный номер 01.990007.377).

Цель исследования. Оценить эффективность и прогнозирование результатов различных вариантов тимпаноластики.

Задачи исследования :

1. Провести комплексное клинико-аудиологическое обследование больных с гнойно-воспалительными заболеваниями среднего уха и сухими эпи- и мезотимпанитами, имеющие существенное значение для определения показаний к санирующим и слухулучшающим операциям и при оценке их эффективности и прогнозирования результатов.

2. Изучить в сравнительном аспекте эффективность реконструктивно-пластических и санирующих операций «открытого» и «закрытого» типа с мастоидопластикой для улучшения результатов слухулучшающих операций, проводимых вторым этапом.

3. Провести сравнительную оценку эффективности мирингопластики и различных вариантов тимпаноластики в ближайшем и отдалённом периодах после операции.

4. Разработать совершенствованные методы укладки трансплантата для наилучшего его приживления и повышения эффективности функциональных результатов.

5. Разработать прогностические критерии для определения показаний к различным вариантам тимпаноластики и оценки ожидаемого результата от этих операций.

Научная новизна.

В комплекс клинико-аудиологических исследований внедрено исследование слуха на низких частотах (от 20 до 100 Гц), отомикроскопическое исследование, способствующие ранней диагностике кондуктивной и сенсоневральной тугоухости, характера патоморфологических изменений в среднем ухе.

Предложены варианты санирующих операций с мастоидопластикой по «закрытому» типу как первый этап слухулучшающих операций, влияющие на их эффективность.

Разработаны объективные критерии для оценки эффективности и прогнозирования результатов мирингопластики и различных вариантов тимпаноластики.

Для восстановления целостности неотимпанальной мембраны предложен способ укладки фасциальных лоскутов в виде «ромашки» между четырьмя меатотимпанальными лоскутами на питающей ножке и фиброзным слоем барабанной перепонки. При тотальных дефектах барабанной перепонки для повышения упругости и приживления трансплантата рекомендовано использование надкостницы височной кости.

Научная и практическая значимость работы.

Полученные данные при клинико-аудиологических, отомикроскопических и рентгенологических исследованиях позволяет ранней диагностике степени и характера тугоухости, выраженности кариозно-деструктивного процесса в системе среднего уха и определить тактику хирургической реабилитации больных с хроническими гнойными средними отитами. Разработан обоснованный подход к двухэтапности тимпаноластики, в качестве первого

этапа предложено проводить saniрующую операцию – аттикоантротомию по «закрытому» типу с мастоидопластикой с аутокостью и надкостницей височной кости, и вторым этапом проведение восстановления неотимпанальной мембраны.

Предложенные виды укладки фасциального и надкостничного трансплантатов при различных вариантах тимпаноластики на «сухом» ухе повышают эффективность морфологических и функциональных результатов в ближайшем и отдалённом периодах после операций. Разработанные прогностические критерии на основе данных комплексных аудиологических и отомикроскопических исследований ориентируют больного на ожидаемый результат от предстоящей операции, а отохирурга при выборе определённой методики реконструктивно-слухулучшающих операций.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. При часто рецидивирующих гнойно-воспалительных процессах в среднем ухе, проведение saniрующих операций «закрытого» типа с мастоидопластикой предупреждает частоту развития возможных осложнений и способствует стиханию воспалительного процесса в среднем ухе, что существенно влияет на эффективность слухулучшающих операций, проводимых вторым этапом.

2. Реконструктивно-слухулучшающие операции – мирингопластика, тимпаноластика в различных его вариантах, проводимые на «сухом» ухе повышают эффективность функциональных и морфологических результатов, при этом в прогнозировании ожидаемого результата существенное значение имеет состояние воздушной и костно-тканевой проводимости, проходимость слуховой трубы, объём и характер деструктивных изменений в слизистой и оссиккулярной системе среднего уха.

Реализация результатов. Результаты исследований внедрены в практику детского и взрослого ЛОР-отделений 2-клиники Ташкентской медицинской академии, в учебный процесс студентов Ташкентской медицинской академии.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы были доложены и обсуждены на заседаниях Ассоциации оториноларингологов Узбекистана (Ташкент, 2004, 2005, 2006); на научно-практической конференции молодых учёных (Ташкент, 2004); во II – съезде оториноларингологов Узбекистана (Ташкент, 2005); в IV – Медицинской Научной конференции в Болгарии (Пливен, 2005); на кафедре ЛОР-болезней 2-клиники Ташкентской Медицинской Академии (Ташкент, 2005); на заседании кафедры ЛОР-болезней с курсом челюстно-лицевой хирургии и глазных болезней Ташкентской медицинской академии (Ташкент, 2005); на объединённом научном семинаре кафедры ЛОР-болезней ТашИУВ, ТашПМИ и ТМА (Ташкент, 2006).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликованы 3 журнальных статьи, 7 тезисов в сборниках научных трудов, съездов и конференций (1 из которых опубликован в Санкт-Петербурге и 1 в Болгарии).

Структура и объём диссертации. Диссертационная работа изложена на 201 страницах машинописи, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 342 источников, из них 200 названия авторов из стран СНГ и 142 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 28 таблицами, 19 рисунками, 4 аудиограммами и 3 диаграммами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 447 больных, из них 235 находились на стационарном лечении в период 2000-2005 г.г. в ЛОР-клиниках П-ТашГосМИ и просмотрены 212 истории болезни больных, находящихся на стационарном лечении в период 1995-1999 г.г., которые служили группой сравнения.

Клинический материал был разделён на следующие группы:

I группа – 68 больных с хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями среднего уха, которые нами условно разделены на две подгруппы: в I подгруппу вошли 25 больных, которым проведена аттикоантротомия по «закрытому» типу с мастоидопластикой (основная группа) и во II подгруппу включены 43 больных, которым были проведены saniрующие операции – аттикоантротомия по «открытому» типу (группа сравнения);

II группа – 379 больных с «сухим» эпи- и мезотимпанитами, которые условно разделены на три подгруппы: в I подгруппу включены 86 больных, которым произведена мирингопластика, во II подгруппу включены 124 больных, которым произведены различные варианты тимпанопластики, в III подгруппу вошли 169 больных, которые явились группой сравнения.

В I группе из 68 больных 13 (19,1%) были в стадии обострения и 55 (80,9%) больных с рецидивирующими формами ХГСО, лица мужского пола составили 38, женского – 30. При сборе анамнеза особое внимание обратили на давность заболевания и течение ХГСО, так как от длительности и частых рецидивов заболевания зависит состояние трансформационной системы среднего уха.

При анализе возможных причин частых рецидивов ХГСО, нами отмечены определённые изменения со стороны носа и носоглотки. Среди них наиболее частым выявлено искривление носовой перегородки (у 36 или 52,9%), вазомоторный ринит (у 12 или 17,6%) и другая патология ЛОР-органов.

Из общего числа больных II группы 303 были молодые люди в возрасте от 16 до 40 лет, мужчин было 129, женщин – 250, причём большинство больных (284) обратились в более поздние сроки (от 11 до 30 лет) заболевания.

Исследование слуха шёпотной и разговорной речью проводили по общепринятой методике. Камертональные исследования проводили с помощью

камертонов C_{128} и C_{2048} . Проводили камертональные пробы – Ринне, Вебера, Швабаха, Желе, Бинга и окклюзионный тест Федеричи. Аудиологические исследования выполнены на аудиометре «МА – 31» фирмы Klamann и Grahnert (Германия), нулевой уровень которого был откалиброван по стандарту ISO – 64, определяли пороги восприятия по воздушной и костной проводимости по всей тон шкале (от 125 до 8000 Гц) по общепринятой методике, учитывая различные возрастные особенности различия остроты слуха (Лопатко А.И. и др., 1986). Дифференциальный порог восприятия интенсивности звука (ДП) определяли по методу Luscher на частоте 2000 Гц и при интенсивности звука 40 дБ над порогом, по общепринятой методике (Минский О.В., 1975). Речевая аудиометрия проведена на аудиометре «МА – 31», во входное отверстие которого подключали магнитофон фирмы «Sanyo». Использовались стандартные фонограммы «Тест слов реальной речи» Г.И. Гринберга и Г.В. Дофмана (1957), Г.И. Гринберга и Л.Р. Зиндера (1957), и для узбекской популяции «Тест слов на узбекском языке» С.К. Агзамовым (1966) и Г.С. Агзамовой (2003). Определение слуховой чувствительности к ультразвуку осуществляли по методу Б.М. Сагаловича (1963) с использованием генератора ультразвуковых частот ГЗ – 102 и пьезокерамического излучателя с резонансной частотой 50 КГц. Исследование слуха в низком и расширенном диапазоне частот нами проведено на этом же звуковом генераторе ГЗ – 102 на частотах 20-100 Гц и 10-20 КГц по предложенной методике Б.М. Сагаловича (1981). Для выявления морфологических изменений всем больным проведена отомикроскопия при помощи отоскопа фирмы Welch Allyn и операционного микроскопа – Operation mikroskop 220 фирмы «Carl Zeiss» при увеличении 4x20. Перед операцией и в послеоперационном периоде произведено эндауральное фотографирование при помощи эндоскопа барабанной перепонки 465-80. Определяли состояние проходимости Евстахиевой трубы по общепринятой методике, что имело решающее значение для достижения хорошего функционального результата. Учитывая состояние барабанной перепонки и слизистой оболочки барабанной полости нами проведены рентгенографические исследования по Шумскому, Майеру, Шюллеру, компьютерная томография среднего уха для исключения костной деструкции и наличия холестеатомы. Компьютерная томография произведена на аппарате Siemens «Somatom AR. Sp» с шагом сканирования 1 мм параллельно орбитальной линии.

При оценке эффективности слухулучшающих операций учитывались две критерии – приживление трансплантата и улучшение слуха, то есть морфологический и функциональные результаты.

Независимо от типа тимпаноластики и миринголастики нами были применены четыре варианта укладки трансплантата:

I вариант – укладывание трансплантата над деэпителизированной поверхностью барабанной перепонки (у 36 больных);

II вариант – укладывание трансплантата в виде конверта (у 19 больных);

III вариант – укладывание трансплантата под остатками барабанной перепонки (у 40 больных);

IV вариант - разработан нами, когда эпидермальный слой барабанной перепонки делится на сектора: от 11 до 1, от 2 до 4, от 5 до 8 и от 9 до 11 по часовой стрелке, которые отсепааровываются от перфорации в сторону костного отдела наружного слухового прохода, то есть таким образом формируются четыре меато-тимпанальных лоскута в виде «ромашки» с основанием на питающей ножке в костном отделе наружного слухового прохода (у 115 больных).

В плане прогнозирования ожидаемого функционального результата от предстоящей операции, основываясь на результаты отомикроскопических, аудиологических и рентгенологических исследований, нами разработаны прогностические критерии. Так, при получении прогностического критерия от 10 до 35 баллов, можно ожидать отличные результаты, от 36 до 50 баллов – хорошие результаты, от 51 до 65 баллов – удовлетворительные, от 66 до 120 баллов – незначительное улучшение слуха после слухулучшающих операций.

Результаты проведенных исследований обрабатывались методом вариационной статистики.

Результаты собственных исследований и их обсуждение.

Анализ жалоб больных показал, что у больных I группы с обострением ХГСО усиливалось гноеотечение из ушей (у 13 или 19,1%), появились боли в ушах (у 11 или 16,1%), головные боли (у 9 или 13,2%), шум в ушах (у 8 или 11,6%), головокружение (у 2 или 2,9%), общая слабость (у 12 или 17,6%) и субфебрильная температура до 38⁰С (у 12 или 17,6%).

В отличие от обострения ХГСО доминирующими жалобами больных с рецидивирующими формами ХГСО были постоянные (у 49 или 72,7%) и периодические (у 6 или 8,7%) слизисто-гнойные выделения из ушей, понижение слуха (у 67 или 98,5%), шум в ушах (у 12 или 17,6%). Как указывалось выше, выделения из ушей то усиливались, то отмечалось кратковременное прекращение их, но все больные указывали на постоянную влажность, то есть скудные выделения из уха.

Основными жалобами обследованных больных II группы были – понижение слуха (у 208 больных или 99,04%) и шум в ушах (у 86 больных или 41%). Степень потери слуха была различной степени – от лёгкой до высокой степени, 6 больных даже носили слуховой аппарат.

Шум в ушах был различного характера и интенсивности: из 86 больных II группы низкочастотный шум наблюдался у 68 (79%) больных, высокочастотный шум у 18 (21%) больных. У 62 (72,1%) больных шум в ушах носил постоянный характер. У 24 (28%) больных шум в ушах был нестабильным в течение дня, то есть то усиливался, то уменьшался. У 7 больных шум в ушах был настолько интенсивным, что явился причиной нарушения сна, раздражительности, нервного состояния. Этим больным

наряду с реконструктивно-слухулучшающими операциями произведена хордоплексусотомия, то есть резекция chorda tympani и plexus tympanicus.

При отоскопии I группы больных у 49 (72,7%) диагностирован мезотимпанит, у 10 (14,7%) эпимезотимпанит, у 9 (13,2%) эптитимпанит, грануляционная ткань у 9 (27,9%), полип уха у 5 (7,3%), холестеатомные чешуйки у 42 (61,7%), спаянность рукоятки молоточка с промоториальной стенкой у 3 (4,4%) больных. Учитывая, что результаты отоскопии дают лишь общее представление о состоянии барабанной перепонки и барабанной полости, нами проведена отомикроскопия, результаты которых приведены в таблице № 1.

В отличие от I группы, у больных II группы с ХСО при отомикроскопии в основном выявлен рубцово-спаечный процесс барабанной полости, эпидермизация слизистой оболочки, тимпаносклеротические бляшки, а холестеатомные образования встречались редко, изолированно в аттике или в антруме (у 24 или 19,3%).

Результаты отомикроскопических исследований подтвердились данными рентгенологических, компьютерно-томографических исследований. Так, у больных I группы во всех случаях выявлены костно-деструктивные изменения в аттике, в антруме, в клеточных структурах сосцевидного отростка, и в 10 случаях было подозрение на наличие холестеатомных образований, а во II группе больных с ХСО выявлены невыраженные костные изменения в аттике и в антруме, которые нами были учтены при проведении слухулучшающих операций.

Проведенное нами комплексное аудиологическое исследование в I группе больных с ХГСО показало, что у всех обследованных больных преобладало поражение звукопроводящей системы, но с увеличением длительности заболевания (10 лет и более) наблюдался и сенсоневральный компонент тугоухости (у 15 больных или 22%).

Результаты аудиометрических исследований во II группе больных с ХСО показали разнообразие изменений порогов костно-тканевого и воздушного звукопроведения, и характеризовались от незначительных (25-30 дБ) до выраженных изменений, заканчивающихся обрывами костной и воздушной проводимости, но при всём этом сохранялся костно-воздушный интервал и слуховой резерв, что указывало на звукопроводящий тип тугоухости (табл. № 2).

Из приведенной таблицы видно, что хотя у больных этой группы данные тональной пороговой аудиометрии показывают не высокую степень потери слуха, то исследование слуха на низких частотах показали выраженную степень нарушения слуха по типу звукопроведения. Анализ результатов восприятия тонов в расширенном диапазоне частот (10-20 КГц) показал, что при звукопроводящем характере тугоухости резких изменений в воздушной и костно-тканевой проводимости на этих частотах не наблюдается. Только в тех случаях, когда при обычной тональной пороговой аудиометрии наблюдается повышение порогов костной проводимости на частотах 6-8 КГц выше 35-40 дБ, появляется повышение порогов как воздушной, так и костно-тканевой

Таблица № 1

**Результаты отоскопического и отомикроскопического обследования
больных с ХГСО в дооперационном периоде**

№	Отоскопические признаки	Количество выявленных признаков							
		Закрытый тип (n=25)				Открытый тип (n=43)			
		Отоскопия		Отомикроскопия		Отоскопия		Отомикроскопия	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Перфорация барабанной перепонки:								
	а) мезотимпанит								
	- центральная	8	32	6	24	16	37,2	-	-
	- субтотальная	6	24	5	20	12	27,9	-	-
	- тотальная	4	16	4	16	3	7	-	-
	б) эптитимпанит	3	12	4	16	6	13,9	-	-
	в) эпимезотимпанит	4	16	6	24	6	13,9	-	-
2.	Патологическое отделяемое:								
	- гнойное	16	64	16	64	28	65,1	-	-
	- слизисто-гнойное	5	20	5	20	12	27,9	-	-
	- серозное	1	4	1	4	3	7	-	-
3.	Состояние остатков барабанной перепонки:								
	- спаянность с медиальной стенкой	3	12	8	32	4	9,3	-	-
	- участки атрофии и уплотнений	2	8	9	36	6	13,9	-	-
	- отложения солей	6	24	9	36	-	-	-	-
4.	Состояние слизистой барабанной полости:								
	- нормальная	7	28	5	20	32	74,4	-	-
	- эпидермизация	5	20	12	48	-	-	-	-
	- мукозит	4	16	8	32	-	-	-	-
	- холестеатома	6	24	16	64	36	83,7	-	-
	- грануляции, полипы	13	52	6	24	23	53,5	-	-
	- рубцовые спайки	2	8	7	28	8	18,6	-	-
5.	Состояние цепи слуховых косточек:								
	- сохранено, подвижные	12	48	8	32	-	-	-	-
	- спаянность с промонториальной стенкой	3	12	9	36	-	-	-	-
	- кариес и разрушение:								
	молоточка	4	16	8	32	-	-	-	-
	наковальни	1	4	3	12	-	-	-	-
6.	Состояние устья слуховой трубы:								
	- нормальная	18	72	10	40	-	-	-	-
	- грануляции	2	8	6	24	-	-	-	-
	- рубцы	2	8	5	20	-	-	-	-
	- эпидермис	3	12	4	16	-	-	-	-
7.	Состояние слизистой барабанной перепонки:								
	- фибромы	-	-	3	12	-	-	-	-
	- тимпаносклеротические бляшки	1	4	8	32	-	-	-	-

проводимости на частотах 14-16 КГц (у 46 больных или 37,4%), указывающие на присоединение сенсоневрального компонента тугоухости, что и может быть ранним признаком поражения рецепторного органа слуха.

Эти данные подтверждаются результатами исследований дифференциального порога (ДП) интенсивности звука. В данной группе у большинства больных показатель ДП находился в пределах нормы (1,0-1,2 дБ у 54% больных), в пределах от 1,6 до 1,8 дБ (у 24,2% больных). Только в 17,7% случаях отмечены пороги восприятия в пределах 0,6-0,8 дБ, указывающие на наличие ФУНГа, то есть на сенсоневральный компонент нарушения слуха. при определении слуховой чувствительности к ультразвуку из 124 больных у 28 (22,5%) выявлено повышение порога восприятия на 2-6 Вольт.

Анализ результатов речевой аудиометрии в I группе больных с ХГСО показал, что повышение уровня I порога отмечено у 25 (100%) больных в среднем $21,6 \pm 3,2$: от 10 до 20 дБ – у 19 (76%), от 21 до 30 дБ – у 6 (24%),

Таблица № 2

**Усреднённые показатели аудиограмм у больных с ХСО
до проведения слухолучшающих операций**

Частоты Гц	Состояние слуха, дБ					
	I – группа (n=86)		II – группа (n=124)		III – группа (n=169)	
	В	К	В	К	В	К
20	39,7±5,3	-	43,8±4,4	-	-	-
40	41,8±5,3	-	43,4±4,4	-	-	-
50	49,3±5,4	-	48,2±4,5	-	-	-
60	49,4±5,4	-	47,9±4,5	-	-	-
80	41,1±5,3	-	45,0±4,4	-	-	-
100	36,7±5,2	-	44,3±4,4	-	-	-
125	35,6±5,1	1,7±1,4	47,6±4,5	13,4±3,0	44,1±3,8	4,3±1,5
250	32,0±5,0	1,4±1,2	47,6±4,5	12,6±2,9	44,4±3,8	4,2±1,5
500	30,8±4,9	1,7±1,4	44,6±4,4	13,4±3,0	43,3±3,8	4,0±1,5
1000	31,3±5,0	1,6±1,3	43,5±4,4	13,4±3,0	43,3±3,8	3,9±1,5
2000	33,6±5,1	1,6±1,3	47,8±4,5	14,3±3,1	45,8±3,8	4,2±1,5
4000	33,6±5,1	1,7±1,4	46,8±4,5	13,4±3,0	46,7±3,8	5,3±1,7
6000	34,4±5,1	1,6±1,3	50,7±4,5	16,4±3,3	48,1±3,8	5,7±1,7
8000	35,7±5,1	1,9±1,4	52,1±4,5	16,0±3,3	48,8±3,8	6,1±1,8
10000	-	-	14,4±3,1	6,5±2,2	-	-
12000	-	-	15,3±3,2	6,9±2,3	-	-
14000	-	-	16,6±3,3	6,4±2,2	-	-
16000	-	-	18,2±3,4	6,4±2,2	-	-
18000	-	-	-	10,4±2,7	-	-
20000	-	-	-	10,1±2,7	-	-

изменение III порога наблюдалось у 18 (72%) больных, в среднем $28,4 \pm 4,2$: от 20 до 30 дБ – у 10 (40%), от 31 до 40 дБ – у 4 (16%), от 41 до 50 дБ – у 3 (12%), от 51 до 60 дБ – у 2 (8%). Повышение V порога отмечено у 14 (56%) больных, в среднем $52,4 \pm 5,6$: от 30 до 40 дБ – у 7 (28%), от 41 до 50 дБ – у 4 (16%), от 51 до 60 дБ – у 6 (24%), от 61 до 70 дБ – у 4 (16%) обследованных. Только у 3 (12%) больных 100 % разборчивости речи добиться не удалось, а у 2 (8%) больных при увеличении интенсивности подаваемого речевого сигнала отмечено парадоксальное падение разборчивости речи.

Результаты речевой аудиометрии во II группе больных с ХСО также подтвердили результаты тональной пороговой аудиометрии, исследование слуха в низком и расширенном диапазоне частот, слуховой чувствительности к ультразвуку. Повышение порогов восприятия речи на I пороге наблюдалось у 70 или 56,4% больных, в среднем $18,4 \pm 3,2$: от 10-20 дБ наблюдалось у 48 или 38,7% больных, от 21-31 дБ у 32 или 25,8% больных. Изменение III порога наблюдалось у 100 или 80,5% больных, в среднем $36,3 \pm 4,6$: от 20-30 дБ у 51 (41,1%) больных, от 31-40 дБ у 38 (30,6%), от 41-50 дБ у 11 (8,8%). Повышение V порога выявлено у 112 (90,2%) больных, в среднем $54,1 \pm 5,2$: от 30-40 дБ у 66 (53,2%), от 41-50 дБ у 33 (26,6%), от 51-60 дБ у 9 (7,25%), от 61-70 дБ у 6 (4,8%), только у 4 (3,2%) больных несмотря на повышение порогов речевого сигнала, не удалось добиться 100% разборчивости речи, что даёт предположить о присутствии у этих больных чисто сенсоневрального компонента тугоухости.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что если при ХГСО превалирует воспалительный процесс в слизистой барабанной полости, кариозно-деструктивный процесс костной ткани, образование холестеатомы, то при ХСО наблюдается стабилизация воспалительного процесса, прекращение выделений из уха, сопровождающиеся различной степенью кондуктивной тугоухости, а при длительном течении процесса и присоединением сенсоневрального компонента тугоухости.

Поэтому, для повышения эффективности тимпаноластики при ХГСО первым этапом проведены реконструктивно-санирующие, а вторым этапом слухулучшающие операции. При этом в сравнительном аспекте изучена эффективность реконструктивно-санирующих операций «открытого» и «закрытого» типов с мастоидопластикой в I группе, а во II группе различные варианты тимпаноластики.

В I группе из 68 больных у 25 нами проведены «закрытые» варианты аттикоантротомии с мастоидопластикой и 43 больным «открытый» вариант аттикоантротомии без мастоидопластики. Для мастоидопластики мы использовали аутокость здоровой костной ткани сосцевидного отростка взятых во время трепанации, и фасциальный лоскут с двумя надкостничными лоскутами – нижний, прикрывающий и фиксирующий фасциальный лоскут задней стенки слухового прохода, и верхний надкостнично-мышечный лоскут, прикрывающий стружки аутокости.

В отдалённом периоде, через 5 лет, при проведении операции по «закрытому» варианту у 2 или в 8% случаях наблюдался рецидив отореи и рост

резидуальной холестеатомы, а у остальных 23 или в 92% случаях отмечено полное прекращение слизисто-гнойных выделений и нормализация слизистой оболочки барабанной полости. При «открытом» варианте рецидив резидуальной холестеатомы отмечен у 9 или в 20,9% случаях, рост грануляций и кариес костной ткани у 16 или в 37,2% случаях. В данной группе повторные saniрующие операции проведены однократно у 6 или в 13,9% случаях, двукратно у 4 или в 9,3% случаях.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что saniрующие операции по «закрытому» типу с мастоидопластикой с аутокостью, периостом и височной фасцией даёт восстановление архитектоники системы среднего уха, предупреждает рецидивы и улучшает прогноз слухулучшающих операций. После saniрующих операций по «закрытому» варианту слухулучшающие операции проведены вторым этапом у 21 или в 84% случаях, по «открытому» варианту у 7 или в 16,2% случаях. Из приведенных данных видно, что при проведении одноэтапно saniрующих и слухулучшающих операций частота рецидивов резидуальной холестеатомы оказывается очень высокой (от 8 до 20,9%), что снижает эффективность слухулучшающих операций. Поэтому, проведение реконструктивно-слухулучшающих операций на «сухом» ухе считается оправданным, о чём свидетельствуют также и наблюдения ряда авторов.

Во II группе слухулучшающие операции проведены 379 больным на «сухом» ухе. Как указывалось выше, больные данной группы были разделены на три подгруппы: I – 86 больных, которым проведена мирингопластика, II – 124 больных – различные варианты тимпаноластики, III – 169 больных – мирингопластика и тимпаноластика, которые составили группу сравнения.

При проведении миринголастики (I подгруппа), мы руководствовались следующими показателями – у всех больных были центральные перфорации, проходимость слуховой трубы 0-I степени, отсутствовали морфологические изменения в слизистой барабанной перепонки, положительная ватная проба, при аудиологических исследованиях костно-тканевая проводимость находилась в пределах нормы, а порог воздушной проводимости находился в пределах 35-45 дБ, шёпотная речь в пределах от 1,1 до 5 м, разговорная от 3 до 5 м и более. Во второй подгруппе при наличии рубцово-спаечных процессов, патологических изменений в слизистой барабанной полости, тотальных и субтотальных перфораций, эпи- и мезотимпанита и других патоморфологических изменениях в зависимости от состояния оссиккулярной системы среднего уха, нами проведена тимпаноластика в различных его вариантах.

В зависимости от интраоперационных находок, у больных II группы наряду с тимпаноластикой нами проведены различные варианты оссиклопластики: при разрушении молоточка у 36 или в 29% случаях фасциальный лоскут укладывали на тело наковальни – тимпаноластика II типа, при сохранности стремени и кариесе молоточка с наковальней у 14 или в 11,2% случаях проводили мирингоколумеллостапедопексию, при разрушении

ножек стремени и подвижности его подножной пластинки у 9 или в 7,2% случаях – маллеоколумеллостапедопексию.

Завершающим этапом слухулучшающих операций является формирование неотимпанальной полости и функционирующей неотимпанальной мембраны. В наших исследованиях в 87,1% случаях использовали фасцию височной мышцы и в 12,9% случаях использовали надкостницу височной кости.

При оценке эффективности приживления трансплантатов при I варианте его укладки хорошее приживление отмечено у 8 больных (22,2%), удовлетворительное у 23 (63,8%), неудовлетворительное у 15,8%; во II варианте следовательно у 68,4%, у 21,1% и у 10,5%; при III варианте – у 60%, у 35% и у 5%; при IV варианте – у 78,2%, у 19,1% и у 2,6%. Таким образом, наибольшая эффективность приживления трансплантата отмечена при укладывании фасциального лоскута между меатотимпанальными лоскутами и фиброзным слоем барабанной перепонки в виде ромашки, при котором в 97,4% случаях отмечено приживление трансплантата (табл. № 3).

Возможно, укладывание фасциального лоскута под меатотимпанальными лоскутами обеспечивает хорошую фиксацию и прорастание кровеносных капилляров в трансплантат. Однако, независимо от варианта слухулучшающих операций в отдалённом периоде у 11 (10,7%) больных наблюдалась перфорация лоскута. Возможно перфорация лоскута связана и с другими факторами (проходимость слуховой трубы, состояние перфорации, квалификации отохирурга), но тем не менее учитывалась идентичность условий в техническом плане, хотя и эти осложнения встречались меньше, чем при других способах укладки фасциального лоскута. Так, эти осложнения при I варианте отмечены в 20% случаях, при II – в 12%, при III – в 16%.

По-видимому, при неудовлетворительной вентиляции среднего уха и тотальных дефектах барабанной перепонки в дооперационном периоде, приводит изменение положения трансплантата чревато образованием ретракционных карманов и в отдельных случаях перфорацией трансплантата. В связи с этим, при субтотальных и тотальных дефектах барабанной перепонки нами применялась надкостница височной кости, которая имеет более хорошую упругость из-за толщины и способность к меньшей потребности к питанию, поэтому в большинстве случаев отмечена хорошая приживляемость (в 98%) данного трансплантата.

Наблюдение в динамике за состоянием слуха в ближайшие и отдалённые периоды и сравнительной оценкой улучшения слуха в до и послеоперационном периоде после мирингопластики показало, что если до операции шёпотную речь от 1,1 до 3 м воспринимало 67,4% больных, от 3,1 до 5 м и более до операции было у 32,5% больных, а после операции в ближайшем периоде улучшение слуха от 3,1 до 5 м отмечено – у 87% и в отдалённом периоде – у 79% больных. Приведенные данные свидетельствуют о том, что в ближайшем периоде после мирингопластики в большинстве случаев наблюдается резкое улучшение слуха, а в отдалённом периоде отмечается увеличение числа

Таблица № 3

Оценка эффективности приживления трансплантата после проведенных слухулучшающих операций в зависимости от способа его укладки (n = 210)

№	Эффективность приживления	Критерии	I вариант n=36		II вариант n=19		III вариант n=40		IV вариант n=115	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Хорошая	Трансплантат белесоватого цвета, отмечается инъецирование сосудов со стороны меатального лоскута и рукоятки молоточка, выделений нет, сухой	8	22,2	13	68,4	24	60	90	78,2
2.	Удовлетворительное	Трансплантат белесоватого цвета, отмечается незначительное инъецирование сосудов со стороны рукоятки молоточка, выделений нет, сухой	23	63,9	4	21,1	14	35	22	19,1
3.	Неудовлетворительное	Трансплантат белого цвета, инъецирования сосудов не отмечается, имеются слизистогнойные выделения	5	13,9	2	10,5	2	5	3	2,6

больных (от 5,9 до 18%) с ухудшением восприятия шёпотной речи. По-видимому, в послеоперационном периоде в течении 1-6 месяцев происходят определённые морфологические изменения, дающие такую изменчивость восприятия шёпотной речи. В отдалённом периоде, то есть в сроки 1-3-5 лет процесс перестройки неотимпанальной мембраны стабилизируется и слух мало изменяется. Разговорную речь до операции более 3 м воспринимали абсолютно все больные, и в послеоперационном периоде наблюдалось улучшение разговорной речи, восприятие его превышало расстояние более 5 м у всех больных.

Результаты аудиологических исследований после мирингопластики показали, что наиболее высокий прирост слуха наблюдается в речевых частотах. Так, на частотах 500-2000 Гц улучшение порогов воздушной проводимости на 11-20 дБ отмечен у 25,6% больных, на 21-30 дБ у 74,4% больных, то есть во всех случаях наблюдался прирост слуха от 11 до 30 дБ, и эти данные мало изменялись как в ближайшем, так и в отдалённом периоде после мирингопластики.

Во II – подгруппе у 124 больных, которым были произведены различные варианты тимпанопластики, эффективность функциональных результатов непосредственно зависела от степени выраженности патоморфологических изменений в среднем ухе и состояния воздушной и костно-тканевой проводимости. При отсутствии выраженных повышений порогов (до 30-40 дБ) получены хорошие и удовлетворительные результаты.

Следует отметить, что при аудиологических исследованиях независимо от варианта слухулучшающих операций, наблюдались положительные результаты от незначительных до хороших. Так, если до операции в 79% случаях отсутствовало восприятие тонов на низких частотах, то после операции в ближайшем периоде отмечено восстановление восприятия звуков на этих же частотах, только у 41 (33%) больных сохранились высокие уровни порогов воздушной проводимости, то есть на уровне 45-50 дБ и у 6 (4,8%) больных отсутствовало восприятие на частотах 20-60 дБ. Отсутствие восприятия тонов и незначительные функциональные результаты на низких частотах свидетельствовало о том, что у этих больных полное восстановление системы звукопроведения не наблюдалось, и эти изменения наблюдались у тех больных, которым была произведена тимпанопластика III и IV типа по Вульштейну.

Анализ результатов пороговой тональной аудиометрии во II подгруппе показал, что наиболее существенное улучшение слуха наблюдалось в речевой зоне диапазона частот (от 500 до 2000 Гц), где максимальный прирост слуха составил 21-40 дБ (28,5% случаев) и минимальный 11-20 дБ (60,5% случаев), притом что во всех случаях наблюдалась положительная динамика улучшения порогов воздушной и костно-тканевой проводимости от 5 до 20 дБ по всей тон шкале. На этих частотах величина костно-воздушного интервала у 94 больных составил 5-10 дБ, у 18 больных 11-20 дБ и у 12 больных 21-30 дБ и выше. Следует отметить, что ни в одном случае после проведенной тимпанопластики полное прикрытие костно-воздушного интервала в ближайшем и отдалённом

послеоперационном периоде не наблюдалось, особенно высокие его величины сохранялись после тимпаноластики IV типа.

При оценке эффективности функциональных результатов в ближайшем и отдалённом периодах после проведенных реконструктивных слухулучшающих операций отличные и хорошие результаты отмечены у 178 (84,7%) больных, которым проведена мирингопластика и тимпаноластика I и II типов, удовлетворительные у 7 (3,3%) больных при тимпаноластике III типа и незначительные у 1 (0,5%) больного, которым произведена тимпаноластика IV типа. Приведенные данные свидетельствуют о том, что ближайшие и отдалённые функциональные исходы слухулучшающих операций непосредственно зависели от объёма произведенных вмешательств: при создании большой неотимпанальной полости и меньшем повреждении оссиккулярной системы (мирингопластика, тимпаноластика I и II типов), отмечено большее количество больных с отличными и хорошими результатами, чем при создании плоской (тимпаноластика III типа) и малой (тимпаноластика IV типа) тимпанальных полостей.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что эффективность реконструктивно-пластических и слухулучшающих операций зависит от выраженности функциональных и морфологических изменений в среднем ухе и во многом зависит от степени санации гнойно-воспалительного процесса в среднем ухе, от способа укладки трансплантата, варианта реконструктивно-слухулучшающих операций и соответствующего послеоперационного наблюдения за больными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы:

1. Диагностика нарушений слуха во всём диапазоне воспринимающих частот (от 20 Гц до 20 КГц) позволяет ранней диагностике кондуктивной и сенсоневральной тугоухости, что позволяет выбору адекватных методов saniрующих и слухулучшающих операций. При диагностике кондуктивной тугоухости наиболее информативным оказалась аудиометрия в низком диапазоне частот, а при сенсоневральной – в расширенном диапазоне частот.
2. Проведение saniрующих реконструктивно-пластических операций по «открытому» и «закрытому» типу направлены на ликвидацию воспалительного процесса, что предупреждает развитие грубых кариозно-деструктивных процессов в структуре среднего уха при хронических гнойно-воспалительных процессах и является первым этапом проведения реконструктивно-слухулучшающих операций.

3. Эффективность приживления и восстановления неотимпанальной мембраны непосредственно зависит от вида трансплантата и способа его укладки. При этом хорошие и удовлетворительные результаты получены при использовании фасции височной мышцы, а при тотальных дефектах – надкостницы височной кости. Наиболее хорошая приживляемость отмечена при укладывании трансплантата между эпидермальным и фиброзным слоем барабанной перепонки, между меатотимпанальными лоскутами и фиброзным слоем барабанной перепонки в виде «ромашки».
4. При оценке эффективности мирингопластики и тимпанопластики отличные и хорошие результаты отмечены при мирингопластике и при тимпанопластике I и II типа, а при тимпанопластике III и IV типа – удовлетворительные. При этом функциональная эффективность тимпанопластики непосредственно зависела от состояния неотимпанальной полости. При малой и плоской тимпанальной полости функциональные результаты оказались незначительными (тимпанопластика IV типа), поэтому проведение этих операций предусматривает больше санирующую цель, чем слухулучшающую.
5. Морфологические и функциональные результаты после реконструктивно-слухулучшающих операций в ближайшие периоды после операции не стабильны, что связано с тем, что в неотимпанальной мембране и полости происходят в определённой степени патоморфологические изменения – прораствание кровеносных капилляров, утолщение трансплантата, восстановление слизистой оболочки барабанной полости, уменьшение реактивного отёка и уменьшение тканевой секреции. В дальнейшем, через 6 месяцев и до 1 года этот процесс стабилизируется, и отмечаются стабильные морфологические и функциональные результаты, которые в отдалённом (1-3-5 лет) периоде после реконструктивно-слухулучшающих операций мало изменяются.
6. При планировании слухулучшающих операций существенное значение имеют данные прогностических критериев, основанные на результаты комплексного аудиологического, отомикроскопического и рентгенологического исследования. При прогностическом критерии от 10 до 50 баллов можно ожидать отличные и хорошие результаты, от 51 до 65 баллов – удовлетворительные и от 66 до 120 баллов – сомнительные. Эти данные как бы настраивают больного на ожидаемый результат от планируемой операции, а врачу помогает при выборе той или иной методики слухулучшающих операций.

Практические рекомендации:

1. В комплекс обследования больных с хроническими гнойными воспалительными заболеваниями среднего уха, особенно с рецидивирующими его формами, обязательно должно быть включено обследование слуха в низком и расширенном диапазоне частот для ранней диагностики кондуктивной и сенсоневральной тугоухости.
2. После стабилизации гнойно-воспалительного процесса в среднем ухе, через 6 месяцев и более, и при сухих мезо- и эпимезотимпанитах, после проведенной консервативной терапии и saniрующих операций по «закрытому» варианту с мастоидопластикой рекомендовать проведение реконструктивно-слухулучшающих операций.
3. При оценке эффективности ожидаемого результата от различных вариантов реконструктивно-пластических и слухулучшающих операций в ближайшем и отдалённом периодах, руководствоваться прогностическими критериями и проводить подготовку больных в плане ожидания определённых результатов в каждом конкретном случае.
4. Для предупреждения развития рубцово-спаечных процессов в неотимпанальной полости и послеоперационных осложнений, необходимо проводить катетеризацию слуховой трубы с введением эмульсии гидрокортизона, раствора антибиотика в зависимости от чувствительности микрофлоры, ферментных препаратов, в наружный слуховой проход – турунды с мазью «Левомеколь», назначить УФО с тубусом по схеме и низкочастотную магнитотерапию.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Маткулиев К.Х., Хакимов А.М. Хирургическая реабилитация больных с хроническим мезотимпанитом // В сб.: Медико-социальная реабилитация инвалидов. Респ. научно-практический семинар. – Ташкент. – 2003. – С. 136.
2. Маткулиев Х.М., Маткулиев К.Х. Зависимость функционального эффекта реконструктивных слухулучшающих операций от показателей аудиометрических исследований // В сб.: Медико-социальная реабилитация инвалидов. Респ. научно-практический семинар. – Ташкент. – 2003. – С. 126-127.
3. Маткулиев К.Х. Отомикроскопическая картина слизистой оболочки барабанной полости и её значение при слухулучшающих операциях // Материалы научно-практических конференций аспирантов, соискателей, магистров и студентов. – Ташкент. – 2004. – С. 103-104.
4. Маткулиев К.Х., Маткулиев Х.М., Шомахаматов У.Ш. Этапы реабилитации больных после слухулучшающих операций // В сб.: Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. Респ. научно-практический семинар с международным участием. – Ташкент. – 2004. – С. 166.
5. Маткулиев К.Х., Хакимов А.М., Маткулиев Х.М. Эффективность аттикоантротомии с мастоидопластикой при слухулучшающих операциях // В сб.: Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. Респ. научно-практический семинар с международным участием. – Ташкент. – 2004. – С. 167.
6. Karimov J.Z., Matkuliev K.X., Karimova Z.X. Increase of efficiency hear improvement operations in chronic purulent otitis media // Fourth Medical Scientific conference for students and young doctors. – Pleven, Bulgaria. – 2005. – P. 68.
7. Маткулиев Х.М., Шаякубова Л.Б., Маткулиев К.Х., Давидюк Л.Г. Компьютерно-томографическое исследование при врождённых пороках развития уха. Вестник Российской Военно-Медицинской Академии. Санкт-Петербург, приложение 1 (13), 2005. – С.361.
8. Маткулиев Х.М., Маткулиев К.Х. Современные взгляды на реконструктивно-слухулучшающие операции при хронических гнойных воспалительных заболеваниях среднего уха // Журнал «Stomatologiya». Материалы II съезда оториноларингологов Узбекистана. – Ташкент. – 2005. – № 1-2. – С. 166-168.
9. Маткулиев К.Х. Оценка эффективности результатов тимпаноластики // Журнал «Stomatologiya». Материалы II съезда оториноларингологов Узбекистана. – Ташкент. – 2005. – № 1-2. – С.170-171.
10. Маткулиев К.Х., Хакимов А.М., Маткулиев Х.М. Ўрта кулоқнинг сурункали йирингли яллигланишини жаррохлик услуги билан даволаш самарадорлигини ошириш натижалари // Журнал «Патология». – Ташкент.– 2005. – №2. – Б. 54-56.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгар Маткулиев Камол Хайитбаевичнинг 14.00.04 – кулок, томок ва бурун касалликлари ихтисослиги «Тимпанопластикани турли вариантлари натижаларини самарадорлигини ва прогнозини баҳолаш» мавзусидаги диссертация ишининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг мухим) сўзлар: ўрта кулок, сурункали йирингли ўрта отит, мастоидопластика, тимпанопластика.

Тадкикот объектлари: 447 нафар бемор, улардан 68 тасида сурункали йирингли ўрта отит бўлган ва 379 тасида курук мезо- ва эптитимпанит бўлган.

Ишнинг мақсади: тимпанопластикани турли вариантлари натижаларини самарадорлигини ва прогнозини баҳолаш.

Тадкикот усули: умумий клиник тадкикот, акуметрия, тонал бўсага ва бўсага усти аудиометрияси, эшитишни паст ва кенгайтирилган частоталар диапазонида таддик этиш, нутк аудиометрияси, эшитишни ультратовуш тўлкинлари оркали таддик этиш, сўргичсимон ўсимталарни рентгенография килиш, компьютер ёрдамида томограмма килиш, ногора пардани суратга олиш, отомикроскопия.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: сурункали йирингли ўрта отитларда тимпанопластикани икки боскичда ўтказиш: биринчи боскичда – реконструктив-санацион - мастоидопластика билан аттикоантротомия ва иккинчи боскичда – эшитишни тикловчи жаррохлик услубларини ўтказиш асосланиб берилган. Трансплантатни битиш жараёнини ва функционал натижаларини самарадорлигини ошириш мақсадида «ромашка» услубида имплантация килиш ишлаб чиқилди ва амалиётга тадбик килинди. Мирингопластика ва тимпанопластика операцияларини «курук» кулоқда ўтказишда самарадорлиги аниқланди. Режалаштирилган жаррохлик услубларидан кутилаётган натижаларини аниқлашда объектив кўрсаткичларига асосланган ҳолда прогностик критериялар ишлаб чиқарилди.

Амалий аҳамияти: ўрта кулокнинг сурункали яллигланиш касалликларида реконструктив-пластик ва эшитишни тикловчи операция турлари ва уларнинг самарадорлигини баҳолаш, кутилаётган натижаларни олдиндан прогноз килиш критериялари ишлаб чиқилди.

Тадбик этиш даражаси ва иктисодий самарадорлиги: изланиш натижалари ва хулосалари Тошкент тиббиёт академиясининг ЛОР-касалликлари бўлимларига ва поликлиникасига, ўқув жараёнига тадбик этилди.

Кўлланиш соҳаси: оториноларингология.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Маткулиева Камола Хайитбаевича на тему: «Оценка эффективности и прогнозирование результатов различных вариантов тимпаноластики», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.04 – болезни уха, горла и носа.

Ключевые слова: среднее ухо, хронический гнойный средний отит, мастоидопластика, тимпаноластика.

Объекты исследования: 447 больных, из них 68 с хроническими гнойными средними отитами и 379 с сухими мезо- и эпитимпанитами.

Цель исследования: оценить эффективность и прогнозирование результатов различных вариантов тимпаноластики.

Метод исследования: общеклиническое обследование, тональная пороговая и надпороговая аудиометрия, исследование слуха в низком и расширенном диапазоне частот, речевая аудиометрия, ультразвуковое исследование слуха, рентгенография сосцевидных отростков, компьютерная томография, эндауральное фотографирование, отомикроскопия.

Полученные результаты и их новизна: при хронических гнойных средних отитах обоснована двухэтапности проведения тимпаноластики – в качестве первого этапа реконструктивно-санирующих операций и в качестве второго этапа слухулучшающих операций. Разработан и внедрён способ укладывания трансплантата в виде «ромашки», повышающий эффективность приживления и функциональные результаты. Выявлена эффективность при проведении миринголастики и тимпаноластики на «сухом» ухе. Разработаны прогностические критерии, основанные на объективные данные для определения ожидаемого результата от планируемых операций.

Практическая значимость: разработаны способы реконструктивно-пластических и слухулучшающих операций, оценки их эффективности и прогнозирования ожидаемого результата у больных с хроническими воспалительными заболеваниями среднего уха.

Степень внедрения и экономическая эффективность: результаты и выводы исследования внедрены в практику ЛОР-отделений и поликлиники, в учебный процесс Ташкентской медицинской академии.

Область применения: оториноларингология.

RESUME

of thesis of Matkuliev Kamol Hayitbaevich on the theme: “Estimation of efficiency and forecasting of results of various variants of tympanoplasty”, the scientific degree of the candidate submitted on competition medical sciences on specialty 14.00.04 – diseases of ear, throat and nose.

Key words: middle ear, chronic purulent middle otitis, mastoidoplasty, tympanoplasty.

Objects of research: 447 patients, from them 68 with chronic purulent middle otitis and 379 with dry meso- and epitympanitis.

Purpose of research: to estimate efficiency and forecasting of results of various variants of tympanoplasty.

Methods of research: common clinical investigation, voice-frequency threshold and over threshold audiometry, research of hearing in low and expanded range of frequencies, speech audiometry, ultrasound research of hearing, rontgenography of mastoid, computer tomography, otomicroscopy.

Received results and their novelty: at chronic purulent middle otitis it is proved carrying out two stage tympanoplasty – as the first stage reconstructive-sanitary operations – atticoantrotomy on to the “closed” type with mastoidoplasty, and as the second stage hear improving operations. The way of laying of a transplant is developed and introduced as the “romashki”, raising efficiency of engraftment and functional results. Efficiency is revealed at carrying out myringoplasty and tympanoplasty on a “dry” ear. Developed forecasting criteria, based on the objective data for planned operations.

Practical value: developed the ways of reconstructive-plastic and hear improving operations, estimation of their efficiency and forecasting expected result at patients with chronic inflammatory diseases of middle ear.

Degree of embed and economic effectivity: results and conclusions of research are introduced into practice in ENT-departments and polyclinics, in educational process of Tashkent medical academy.

Field of application: otorhinolaryngology.