

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
оториноларинголог Департамента
здравоохранения города. Москвы


_____ А.И. Крюков

« » _____ 2022 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы, № 43



« 01 АВГУСТА » 2022 г.

ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ. КЛИНИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ
ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ.

Методические рекомендации № 73

Москва - 2022

УДК 616.28

ББК 56.8

С- 26

Учреждение-разработчик:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы.

Составители:

член-корр. РАН, Засл. деятель науки РФ, д.м.н., проф. А.И. Крюков, Засл. деятель науки РФ, д.м.н., проф. Н.Л. Кунельская, д.м.н. Е.В. Гаров, д.м.н. Е.И. Зеликович, к.м.н. Н.Г. Сидорина, к.м.н. О.В. Федорова, к.м.н. Е.Е. Загорская, к.м.н. В.Н. Зеленкова, к.м.н. И.А. Мосейкина, к.м.н. П.А. Сударев, к.м.н. А.С. Калошина, к.м.н. В.В. Мищенко, к.м.н. В.Э. Киселюс, к.м.н. Г.В. Куриленков, к.м.н. М.А. Чугунова, к.м.н. З.О. Заева, к.м.н. Янюшкина, Е.Е. Гарова, А.С. Панасова, Е.Г. Лапенко, Ф.А. Томилов, М.А. Пряхина, Э.В. Ларионова, О.В. Ковтун, З.Ж. Откуров, А.Г. Хубларян, А.И. Некрасова, Д.Г. Кареев.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой оториноларингологии
Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский
университет дружбы народов», Заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук, профессор -

В.И. Попадюк

Зам. главного врача по медицинской части ГКБ № 29
им. Н.Э. Баумана, Заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук, профессор -

М.Г. Лейзерман

Амбулаторная помощь пациентам, перенесшим хирургические вмешательства на ухе /
Методические рекомендации. – Под редакцией А.И. Крюкова. – Москва. – 2022 – 40с.

Предназначение:

В методических рекомендациях описан алгоритм амбулаторного ведения больных после операций по поводу различной патологии наружного, среднего и внутреннего уха, правильное построение которого является залогом эффективности проведённого хирургического лечения. Методические рекомендации рассчитаны на врачей оториноларингологов, сурдологов и отохирургов.

Методические рекомендации разработаны в рамках выполнения темы НИР «Разработка и внедрение инновационных высокотехнологичных методов диагностики и лечения патологии височной кости с использованием средств ассистенции и методов эндопротезирования у взрослых и детей.»

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию без соответствующего разрешения.

СОДЕРЖАНИЕ

1	Определения	5
2	Обозначения и сокращения	6
3	Введение	7
4	Материально техническое обеспечение	9
5	Основная часть	12
	Заболевания ушной раковины и наружного слухового прохода	13
	Болезни среднего уха и сосцевидного отростка	16
	Болезни внутреннего уха	27
	Доброкачественные новообразования наружного и среднего уха	34
6	Заключение	37
7	Список использованных источников	38

Определения

В настоящих методических рекомендациях применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Отоэндо- и микроскопия	метод осмотра наружного слухового прохода и барабанной перепонки с помощью эндоскопа или микроскопа для детальной оценки этих структур, а при наличии перфорации - и барабанной полости.
Тональная пороговая аудиометрия	метод исследования порогов восприятия звуков различных частот (от 0,125 до 8 кГц) при их воздушном и костном звукопроведении, результаты которого заносятся на специальный бланк-сетку.
Акустическая импедансометрия	комплексный метод исследования заболеваний органа слуха, включающий тимпанометрию, определение акустического импеданса (сопротивления) и акустического миорефлекса.
Кондуктивная тугоухость	снижение слуха за счет нарушения проведения звуковых волн от наружного уха до волосковых клеток внутреннего уха.
Сенсопневральная тугоухость	снижение слуха за счет нарушения восприятия звуковых волн.
Мукозит	хроническое катаральное воспаление слизистой оболочки среднего уха.
Тимпаносклероз	является необратимым исходом неспецифического воспаления среднего уха, характеризующегося тугоухостью, обусловленной фиксацией элементов звукопроводящей цепи за счёт мукопериостита барабанной полости со склонностью к гиаинозу и дистрофическому обызвествлению.
Тимпанофиброз	фиброзирующий средний отит, фиброзная облитерация барабанной полости - является незаконченным патологическим процессом с преобладанием текущего фиброобразования над воспалительными изменениями в барабанной полости.
Холестеатома	эпидермальное образование белесовато-перламутрового цвета, обычно имеющее соединительнотканную оболочку (матрикс), которая покрыта многослойным плоским эпителием, плотно прилежит к кости и нередко врастает в нее.
Стапедопластика	операция, при которой выполняется замена части стремени протезом.
Кохлеарная имплантация	программа мероприятий, направленных на полноценную социальную адаптацию ребенка или взрослого с сенсопневральной тугоухостью IV степени и глухотой.

Обозначения и сокращения

НСП	наружный слуховой проход.
ТПА	тональная пороговая аудиометрия.
КВИ	костно-воздушный интервал.
КП	костная проводимость.
ХГСО	хронический гнойный средний отит.
ОС	отосклероз.
СЛДЛ	селективная лазеродеструкция лабиринта.
УФО	ультрафиолетовое облучение.
УВЧ	высокочастотная электромагнитная терапия.
АГ	акустическая тимпанометрия.
ЛН	лицевой нерв.
МСКТ	мультиспиральная высокоразрешающая компьютерная томография.
ЭСО	экссудативный средний отит.
ТСК	тимпаносклероз.
ТФ	тимпанофиброз.
ETF-тест	оценка вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы.
ФЛ	фистула лабиринта.
ПК	полукружных канал.
МРТ	магниторезонансная томография.
non-EPI	режим МРТ для диагностики холестеатомы височной кости.
DWI	
ХПВК	холестеатома пирамиды височной кости.
АСО	адгезивный средний отит.
РК	ретракционные карман.
БМ	болезнь Меньера.
ЭМ	эндолимфатический мешок.
КИ	кохлеарная имплантация.

ВВЕДЕНИЕ

По данным ВОЗ в мире насчитывается 24,9 млн. жителей, страдающих выраженным социально значимым снижением слуха, вследствие различных заболеваний среднего и внутреннего уха воспалительной и не воспалительной этиологии. Отохирургия - это область оториноларингологии, которая занимается хирургической санацией и реабилитацией тугоухости у пациентов с различной патологией наружного, среднего и внутреннего уха. В настоящее время реконструктивная хирургия уха является основой лечения кондуктивной и смешанной тугоухости воспалительного и невоспалительного характера, а кохлеарная имплантация (КИ) - выраженной двусторонней сенсоневральной тугоухости и глухоты. Конечно, успехи данного направления напрямую зависят от новых методов диагностики, наличия современного оборудования, технического и инструментального сопровождения операций, применения современных методик хирургии, протезных технологий и материалов, от накопленного практического опыта, тесного сотрудничества со смежными специалистами и другими клиниками. Сегодня эффективный результат лечения больного - это большой труд коллектива единомышленников (сурдологов, рентгенологов, аудиологов, отохирургов, оториноларингологов и анестезиологов). Лечение любого пациента с хирургической патологией уха основывается на 3 этапах: диагностики, хирургического лечения, послеоперационного ведения и динамического наблюдения. От качественного выполнения этих этапов специалистами зависит эффективность лечения заболевания и реабилитация тугоухости.

Детальное обследование пациентов на догоспитальном этапе позволяет планировать объём хирургического лечения, вид анестезии и раннее послеоперационное лечение; прогнозировать возможные осложнения и сократить сроки госпитализации. Необходимо отметить, что сокращение стационарного наблюдения не привело к увеличению послеоперационных осложнений, что мы отслеживаем на протяжении длительного времени, а позволило увеличить пропускную способность стационара, а значит - и помочь большему числу пациентов. Кроме того, нахождение больных после операции в обычных домашних условиях также благоприятно сказывается на сроках их реабилитации. Изменение технологии послеоперационного ведения этого контингента больных

позволило переместить поздний послеоперационный этап в поликлинические условия, что потребовало разработки его алгоритма в зависимости от патологии височной кости и от вида хирургического вмешательства для врачей поликлинического звена.

В отечественной и зарубежной литературе обширно представлены работы по диагностике, хирургическому лечению больных различными заболеваниями уха, определяющими качество их реабилитации. Однако методическому сопровождению послеоперационного периода уделяется мало внимания, несмотря на выпуск рекомендаций после каждой научной работы в этой области. Учитывая многообразие патологии височной кости, её сложность, увеличение количества операций на структурах височной кости и изменение послеоперационного ведения необходимо современное освещение в методической литературе алгоритма послеоперационной реабилитации для врачей поликлинического звена, что повысит её эффективность. Это и определяет значимость данных методических рекомендаций.

Практическая ценность разработанного методического материала заключается в формировании у оториноларингологов, в том числе и амбулаторного звена, понимания заболеваний височной кости, вариантов их лечения и последствий, их маршрутизации, алгоритма их послеоперационного ведения и динамического наблюдения для сохранения созданной реконструкции области операции и достижения стойкого анатомического и функционального результата.

Целью составления данных методических рекомендаций является описание алгоритма послеоперационного ведения пациентов с различной патологией височной кости для повышения эффективности их реабилитации.

Материал представлен по нозологиям с подробным описанием особенностей послеоперационного периода ведения пациентов на различных этапах его лечения.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Для качественного ведения послеоперационного периода необходимо оборудование, инструментарий и лекарственные препараты. Учитывая значительное влияние патологии полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, вызывающей дисфункцию слуховой трубы, на возникновения заболеваний среднего уха, оценке состояния данных структур уделяют особое внимание. При этом область носоглотки и глоточные устья слуховых труб осматривают с помощью эндоскопа 0° и 30°. Эндо- и отомикроскопию используют для исследования наружного слухового прохода (НСП), барабанной перепонки, при её перфорации – барабанной полости, а после операции – состояния послеоперационной полости (рис. 1).

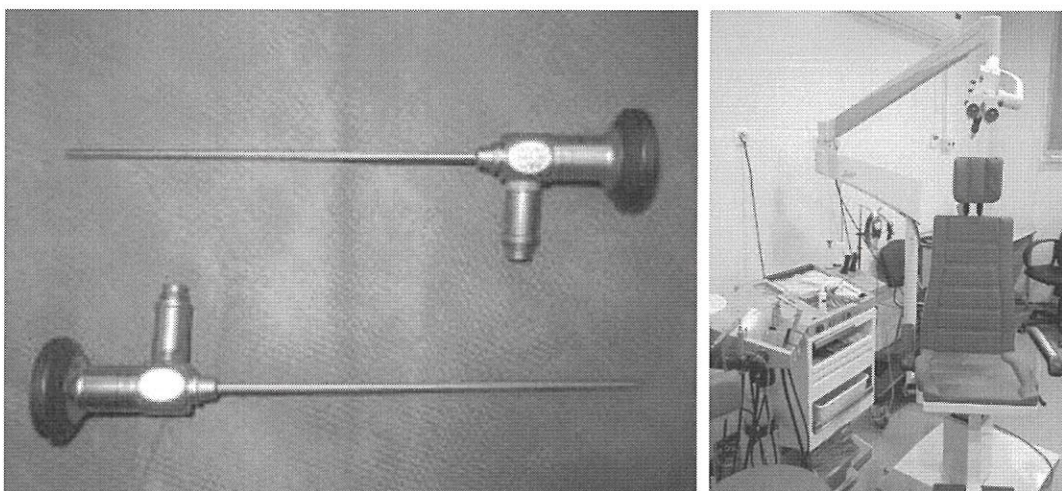


Рис. 1. Эндо- и микроскоп с рабочим местом

Для выполнения туалета НСП необходимы микроинструментарий (рис. 2) и рабочее место для проведения различных процедур (ирригации, аспирации и др.).



Рис. 2. Микроинструментарий.

Качественные камертональные тесты являются скрининговым методом исследования слуха с использованием камертонов различной частоты, преимущественно С₁₂₈₋₅₁₂ (рис. 3), для определения формы тугоухости - кондуктивной, смешанной или сенсоневральной (пробы Ринне, Левиса-Федеричи, Вебера) и выявления хуже и лучше слышащего уха.

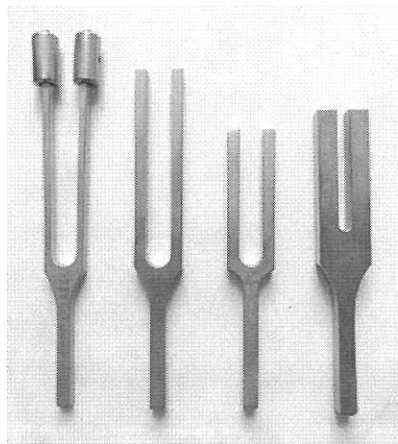


Рис. 3. Набор камертонов.

Проведение тональной пороговой аудиометрии (ТПА) позволяет определить степень и вид тугоухости (кондуктивная, смешанная и сенсоневральная), прогнозировать слухоулучшающий эффект операции на основании величины костно-воздушного интервала (КВИ) и уровня порогов костного звукопроведения (КП) и контролировать их динамику в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах. ТПА выполняется с использованием клинических аудиометров различных производителей (GSI-61, США), МА-31, Германия, АС-40, Interacoustics, и др.), калиброванных в соответствии со стандартом ISO-64 с учетом параметров возрастного изменения слуха (рис. 4).



Рис. 4. Клинический аудиометр.

Акустическая импедансометрия - включает выполнение тимпанометрии и регистрацию акустического рефлекса (рис. 5). Тимпанометрия является отражением состояния барабанной полости, барабанной перепонки, подвижности цепи слуховых косточек и вентиляционной функции слуховой трубы, а акустическая рефлексометрия характеризует регистрацию акустического рефлекса.

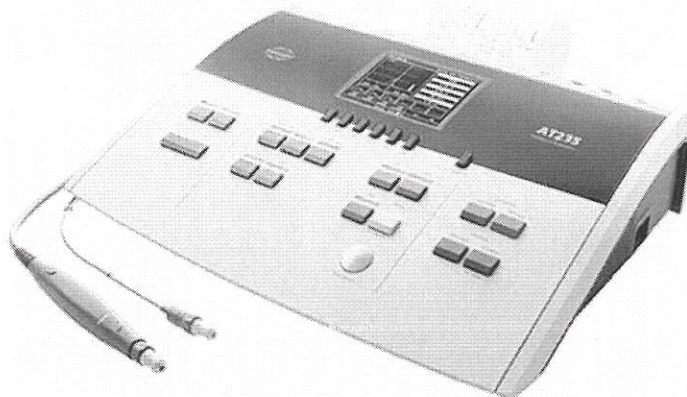


Рис. 5. Импедансный аудиометр.

Для проведения туалета НСП и ведения больных после операции необходимы различные спиртовые и антисептические растворы.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Основной способ лечения пациентов, страдающих тугоухостью, гноетечением из уха, вестибулярными расстройствами вследствие хронической патологии наружного, среднего, внутреннего уха - является хирургическое вмешательство, которое заключается в удалении образований, санации и реконструкции этих областей. Современная плановая отохирургия предусматривает одновременное выполнение этих этапов вмешательства, что уменьшает количество операций с повышением их эффективности. Однако, послеоперационный период является важной частью лечения пациента, при правильном соблюдении которого достигается стойкий положительный результат операции.

Микрохирургические вмешательства на структурах височной кости в плановом порядке выполняются под местной инфильтрационной и аппликационной анестезией или под общим обезболиванием в зависимости от объёма хирургического вмешательства, предпочтений больного или хирурга. При этом применяются интрамеатальный, эндауральный и заушный подходы трансмеатальным или транскортикальным доступами с использованием эндоскопии и/или микроскопии [21]. Применение местной анестезии возможно при любом хирургическом подходе трансмеатальным доступом при доброкачественных образованиях, фиброзной атрезии в НСП, тимпанопластике при хроническом гнойном среднем отите (ХГСО) и стапедопластике при отосклерозе (ОС), при хордо-плексуэктомии, ревизионных вмешательствах на барабанной полости, при доброкачественных образованиях тимпанальной локализации, селективной лазеродеструкции лабиринта (СЛДЛ), что сокращает время проведения операции и позволяет оценить динамику изменения слуховой и вестибулярной функций в конце

вмешательства. Общее обезболивание используется при длительных и больших по объёму хирургических вмешательствах и дополняется инфильтрационной анестезией для уменьшения геморрагии. Данный вид анестезии применяется при приобретённых стенозах и врождённой атрезии НСП, хирургии распространённой холестеатомы сосцевидного отростка и пирамиды височной кости, при доброкачественных образованиях тимпано-мастоидальной локализации, дренировании эндолимфатического мешка, СЛДЛ, КИ и др. Необходимостью при этом виде анестезии в случаях большого объёма операции является управляемая гипотония, снижающая выраженность геморрагии.

В конце любой операции НСП и созданная тимпанальная мембрана покрываются протекторами из силастика или силикона, НСП тампонируется тампонами Мероцель, на которые инстиллируются растворы антибиотика или антисептика. При использовании интрамеатального подхода швы не накладываются в НСП, а при эндауральном и заушном - применяется послойное ушивание раны. При отдельном заборе пластического аутоматериала (фасция височной мышцы, хрящ задней поверхности ушной раковины или козелка) также используются поверхностные единичные кожные швы.

Несмотря на общие принципы ведения послеоперационного периода имеются различия в зависимости от патологии височной кости.

Заболевания ушной раковины и наружного слухового прохода

D23.2 Доброкачественные образования кожи уха и НСП.

Хирургическое лечение заключается в удалении образования с пластикой в зоне операции. Объем операции и методика пластики зависят от локализации и размера образования. Наиболее часто в этой зоне встречается келлоид ушной раковины и остеома НСП.

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения обусловлены кровотечением в зоне операции и травмой барабанной перепонки при obtурирующих образованиях НСП. Ведение пациента заключается в асептической повязке или тампонаде НСП в зависимости от локализации образования на 1-3 дня. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутрь или парентерально) на 3 дня. Сроки госпитализации: 1-3 дня в зависимости от объёма образования и состояния пациента. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения связаны с неправильной укладкой кожного лоскута в НСП, что ведёт к образованию холестеатомы НСП. После удаления тампонов и протекторов на 1-3 день проводится

высушивание и обработка кожи НСП спиртосодержащими или антисептическими растворами. В течение последующих 7 дней НСП сушат теплым воздухом (феном) по 5 мин 2 раза в день. Осмотр врача проводится на 10 день после операции. В зависимости от характера образования возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. Нетрудоспособность пациента может составлять от 5 до 10 дней в зависимости от течения репаративных процессов и характера условий работы. Рекомендуется беречь НСП от попадания воды до полной эпителизации его стенок с помощью тампона пропитанного вазелиновым маслом или берушей. При рецидивах келоидных образований мочки и ушной раковины требуется консультация пластического хирурга.

Q18.1 Преаурикулярная пазуха и киста.

Хирургическое лечение заключается в тотальном удалении свища с оболочками под контролем интраоперационного контрастирования или света лазера.

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения обусловлены объемом кисты, кровотечением и инфицированием в зоне операции. Ведение пациента заключается в тугей асептической повязке на 1-3 дня, назначении антибактериальной терапии и анальгетиков (внутрь или парентерально) на 3-5 дней. Сроки госпитализации: 1-3 дня в зависимости от объема образования и состояния пациента. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения связаны с неполным удалением преаурикулярной кисты. Швы снимаются на 7 день после операции при осмотре врачом. Возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. Нетрудоспособность пациента может составлять от 7 до 10 дней в зависимости от течения репаративных процессов и характера условий работы.

Н60.4 Холестеатома наружного уха.

Н61.3 Приобретенное сужение НСП.

Н61.8 Другие уточненные поражения наружного уха (экзостоз НСП).

Оперативное вмешательство предусматривает удаления причины сужения НСП (экзостозы, фиброз), каналопластики (расширения костного его отдела), удаления холестеатомы, пластики стенок НСП кожными лоскутами и тимпанопластики при необходимости.

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения обусловлены травмой барабанной перепонки и распространением холестеатомы из НСП. Ведение пациента заключается в асептической повязке и тампонаде НСП на 14-21 день в зависимости от хирургического подхода и характера процесса. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутри или парентерально) на 3-5 дня. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха ежедневно проводятся камертональные тесты $C_{128-512}$ (Вебера, Ринне, Федеричи), которые оцениваются с учётом их дооперационных значений. Сроки госпитализации: 3-5 дня в зависимости от объёма операции и состояния пациента. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения связаны с неправильной укладкой кожного лоскута в НСП, что ведёт к рецидиву атрезии, латерализации переднего угла барабанной перепонки и образованию холестеатомы. Швы в зоне операции и забора пластического материала снимаются на 7 день после операции при осмотре врачом. До момента удаления тампонов на них инстиллируются растворы антибиотика или антисептика. После удаления тампонов и протекторов на 14-21 день проводится высушивание и обработка кожи НСП спиртосодержащими или антисептическими растворами. В течение последующих 7-14 дней НСП сушат теплым воздухом (феном) по 5 мин 2 раза в день. Осмотр врача проводится 1 раз в неделю до полной эпидермизации НСП. Нетрудоспособность пациента может составлять от 7 до 30 дней в зависимости от течения репаративных процессов и характера условий работы. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты $C_{128-512}$ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. В зависимости от характера образования возможно назначение УФО, УВЧ или микроволновой терапии. Рекомендуется беречь НСП от попадания воды до полной эпителизации его стенок с помощью тампона, пропитанного вазелиновым маслом, или берушей. При фиброзной дисплазии височной кости необходима консультация и наблюдение эндокринолога для профилактики рецидива стеноза НСП. Пациенты с холестеатомой НСП нуждаются в длительном динамическом наблюдении вследствие недостаточной очищаемости созданной полости и НСП. Аудиологическое исследование (ТПА, акустическая тимпанометрия - АТ) проводится после окончания репаративных процессов (через 3 и 12 месяцев). Повторное вмешательство при рецидиве атрезии и тугоухости (по данным эндо- и микроотоскопии, ТПА) рекомендуется через 8-12 месяцев.

Q16.1 Врожденное отсутствие, атрезия и стриктура НСП (атрезия или стриктура костной части канала).

Хирургическое лечение при наличии показаний включает формирование НСП, оссикуло-, тимпаноластику и пластику стенок НСП кожными лоскутами.

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения могут быть обусловлены травмой рядом располагающихся образований (лицевой нерв, ЛН, и нижне-челюстной сустав). Ведение пациента заключается в асептической повязке и тампонаде НСП на 21 день. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты $S_{128-512}$ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутрь или парентерально) на 3-5 дня. При изменении латерализации теста Вебера проводится ТПА для оценки порогов КИ и при их повышении (> 15 дБ) применяется коротким парентеральным курсом глюкокортикостероидная терапия. Сроки госпитализации: 3-5 дня в зависимости от объёма операции и состояния пациента. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения связаны с неправильной укладкой кожных лоскутов в НСП, что ведёт рецидиву рубцовой атрезии и образованию холестеатомы НСП. Швы в зоне операции и забора пластического материала снимаются на 7-10 день после операции при осмотре врачом. До момента удаления тампонов на них инстиллируются растворы антибиотика или антисептика. После удаления тампонов и протекторов на 21 день проводится высушивание и обработка кожи НСП спиртосодержащими или антисептическими растворами. Возможная повторная тампонада НСП тампонами с глюкокортикостероидами. В течение последующих 7-14 дней НСП сушат теплым воздухом (феном) по 5 мин 2 раза в день. Осмотр врача проводится 1 раз в неделю до полной эпидермизации НСП. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты $S_{128-512}$ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. В зависимости от характера образования возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. Рекомендуются беречь НСП от попадания воды до полной эпителизации его кожи с помощью тампона, пропитанного вазелиновым

маслом, или берушей. Нетрудоспособность пациента может составлять от 7 до 30 дней в зависимости течения репаративных процессов и характера условий работы. Пациенты нуждаются в длительном динамическом наблюдении вследствие частого формирования повторной атрезии НСП. При формировании НСП, но недостаточном функциональном результате при возможности (по данным ТПА и мультиспиральной компьютерной томографии, МСКТ, височных костей) рекомендуется повторное реконструктивное вмешательство на структурах среднего уха через 8-12 месяцев.

Болезни среднего уха и сосцевидного отростка

S09.2 Травматический разрыв барабанной перепонки.

В ранние сроки после травмы барабанной перепонки (до 14 дней) при отсутствии вестибулярной симптоматики возможно проведение амбулаторной мирингопластики - закрытие дефекта искусственным материалом (полоской перчаточной резины, силикона, сдавленной гемостатической губкой, пропитанной спиртосодержащими или антисептическими растворами, и др.), являющимися опорой для самостоятельного расправления травмированной тимпанальной мембраны. Данная манипуляция, эффективная в адекватные сроки, снижает риск развития стойкой перфорации. Она может применяться и при наличии остаточной перфорации барабанной перепонки вследствие острого гнойного среднего отита или удаления шунта. После процедуры, как правило, отмечается улучшение слуха и отсутствие чувства заложенности в ухе. При наличии вестибулярной симптоматики больного следует направить в специализированный стационар для обследования на предмет необходимости ревизионной операции для исключения перилимфатической фистулы лабиринта с одновременной тимпанопластикой [15].

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения после амбулаторной мирингопластики не наблюдаются при отсутствии вестибулярной симптоматики, поэтому пациенты в госпитализации не нуждаются. Ведение пациента заключается в применении ватного тампона в НСП и профилактике попадания воды. Необходимо избегать эффекта продувания (при чихании и сморкании), что приведёт к отслойке трансплантата и появлению прежних жалоб.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздних осложнений не наблюдается при отсутствии вестибулярной симптоматики. Через 2 недели пациент закапывает в НСП 5 капель вазелинового (оливкового и др.) масла для малотравматичной

самостоятельной отслойки установленного трансплантата. Повторный осмотр врача проводится через 4 недели для оценки состояния барабанной перепонки. При случайном смещении трансплантата в эти сроки и появлении прежних жалоб требуется повторная амбулаторная миринопластика. Трудоспособность пациентов определяется общим состоянием и характером работы.

И65.2 Хронический серозный средний отит.

И65.3 Хронический слизистый средний отит.

В настоящее время увеличилось количество пациентов с экссудативным средним отитом (ЭСО), обусловленным в 50% патологией полости носа, носоглотки и околоносовых пазух. При лечении ЭСО важными принципами являются установление причин заболевания и дренирование полости среднего уха для восстановления функций слуховой трубы и профилактики развития тимпаносклероза (ТСК) и тимпанофиброза (ТФ). Диагностика этиологии заболевания определяет объём и методику операции и влияет на эффективность его лечения особенно при рецидивирующих формах. При длительности ЭСО более 1-3 месяцев и отсутствии эффекта от консервативного лечения выполняют шунтирование барабанной полости, а при наличии патологии в полости носа, носоглотке и околоносовых пазухах одновременно saniруют эти структуры. При рецидивирующем течении заболевания причинами могут явиться аллергический фон и отолитворея, что влияет на тактику лечения данной группы пациентов [16].

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Осложнений после шунтирования барабанной перепонки не наблюдается. Тампонада после операции в НСП не используется. Ведение пациента заключается в применении растворов глюкокортикостероидов и адреномиметиков местно транстимпанально через шунт 2 раза в день в течение 7 дней. Возможно проведение электростимуляции слуховой трубы. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутрь или парентерально) на 3-5 дня. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха ежедневно проводятся камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. Сроки госпитализации: 1-3 дня в зависимости от объёма операции и состояния пациента. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные неудачи связаны с неправильной диагностикой причин заболевания, что ведёт к его рецидиву. В течение последующих 7-14 дней рекомендуется самостоятельные ежедневные

продувания слуховых труб. Осмотр врача проводится 1 раз в неделю до полного восстановления функций слуховой трубы. Нетрудоспособность пациента может составлять от 7 до 21 дней в зависимости от течения репаративных процессов и характера условий работы. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. В зависимости от характера образования возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. Рекомендуются беречь ухо от воды до момента удаления шунта (3 месяца). После удаления шунта (при необходимости) проводится миринопластика для закрытия дефекта барабанной перепонки. Аудиологическое исследование (ТПА, АТ) проводится после удаления шунта через 3 и 12 месяцев. В случаях рецидива заболевания необходима оценка МСКТ височных костей, тимпанометрии (ETF-тест), отделяемого из шунта на наличие количества сахара для диагностики отоликвореи. Для больных отоликвореей характерно наличие проходимой слуховой трубы – по данным отоскопии с пробой Вальсальве, ETF-теста и наличие воздуха в устье слуховой трубы по данным МСКТ височных костей. Все пациенты нуждаются в наблюдении оториноларинголога.

Н66.1 Хронический туботимпанальный гнойный средний отит.

Н66.2 Хронический эптитимпано-антральный гнойный средний отит.

Н74.8 Другие уточненные поражения среднего уха и сосцевидного отростка.

Н95.1 Другие поражения вследствие мастоидэктомии

В специализированных отделениях ХГСО и его последствия являются самой частой патологией и составляют в среднем 59,8% при хирургической активности данному контингенту больных в среднем 98,9% [5]. В настоящее время при длительном течении туботимпанальной формы ХГСО (мезотимпанит) катаральное воспаление слизистой оболочки (мукозит) в барабанной полости констатируют у 22-54,6% больных, ТСК – у 3,3-38%, холестеатому – у 8-42%, дефекты цепи слуховых косточек – у 10-22%, ТФ - у 4% и их сочетание, что свидетельствует о динамике хронического воспаления и его исходах [1, 3, 17, 18, 19, 22, 28, 37]. Подобный полиморфизм изменений в среднем ухе затрудняет разграничение клинических форм ХГСО («доброкачественный» или нет) и определяет активную хирургическую тактику в каждом случае заболевания [11, 20].

Основной принцип хирургии ХГСО – санация среднего уха для лечения очага инфекции и тугоухости, предупреждения развития внутрилабиринтных и внутричерепных осложнений. При обострении

ХГСО и осложнённом его течении (внутрилабиринтные и внутричерепные осложнения) проводится операция «открытого» типа (антромастоидотомия с удалением задней стенки НСП) или эта операция в расширенном варианте. В плановом порядке при лечении больных ХГСО сегодня большинством хирургов приветствуется одномоментность санации и реконструкции с сохранением (и при возможности улучшением) слуховой функции, малым объёмом хирургического вмешательства с низким процентом осложнений и без снижения качества жизни пациента. Самым распространённым вмешательством в хирургии ХГСО без холестеатомы является тимпаноластика (у 72%). Различные варианты saniрующих операций с реконструкцией структур среднего уха (с тимпано- и мастоидопластикой) выполняются в среднем у 24,7% больных ХГСО при холестеатоме среднего уха. При этом «закрытые» методики saniрующих операций на среднем ухе проводятся у 54,9% и «открытые» - у 45,1% с тимпано- и мастоидопластикой. Повторные ревизионные вмешательства у 3,3% пациентов с ХГСО обусловлены недостаточной санацией среднего уха, открытой барабанной полостью, наличием КВИ > 30 дБ и большой, неспособной к самоочищению полости в сосцевидном отростке после первой операции, а также желанием больного улучшить слух и качество жизни [5]. В случаях выявления фистул лабиринта (ФЛ) различных полукружных каналов (ПК) у 5,7-8,3% больных ХГСО проводится их пластика или пломбировка для лечения периферических кохлеовестибулярных расстройств [14]. Анатомо-функциональная эффективность хирургического лечения зависит от времени, прошедшего с последнего обострения, полиморфизма изменений в среднем ухе, локализации и размера дефекта, состояния функций слуховой трубы и слизистой оболочки среднего уха, способа реконструкции и качества послеоперационного периода.

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения после тимпаноластики при различных вариантах saniрующих операций с реконструкцией (тимпано- и мастоидопластика) вследствие дефектов тимпанальной мембраны и ее лизиса, фиксации цепи слуховых косточек встречаются очень редко и в виде пареза ЛН, который обычно обусловлен его обнажением в среднем ухе. Ведение пациента заключается в асептической повязке и тампонаде НСП на 14-21 день в зависимости от хирургического доступа и объёма операции. До момента удаления тампонов на них инстилируются растворы антибиотика или антисептика. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутрь или парентерально) на 3-5 дня. При возникновении пареза ЛН и при хирургии ФЛ используется дегидратационная и глюкокортикостероидная терапия внутривенно в течение 3-5 дней. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся

камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. При изменении латерализации теста Вебера проводится ТПА для оценки порогов КП и при их повышении (> 15 дБ) применяется коротким парентеральным курсом глюкокортикостероидная терапия. В случаях закрытия ФЛ ТПА проводится на 2 день после операции для оценки динамики порогов КП. В случаях плохой функции слуховой трубы возможно проведение её электростимуляции. Сроки госпитализации: 1-5 дней в зависимости от объёма операции и состояния пациента. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения обусловлены осложнениями ХГСО в виде кохлеовестибулярных расстройств, вызванными ФЛ, или временным парезом ЛН. Тампоны вместе с протекторами после тимпаноластики удаляют на 14 день, после санирующей операции с тимпано- и мастоидопластикой – на 21 день после операции. До удаления на тампоны инстилируют растворы антибиотика или антисептика. После удаления тампонов и туалета НСП спиртосодержащими или антисептическими растворами под контролем эндоскопа или микроскопа проводят продувание слуховой трубы по Вальсальве. В течение последующих 7-14 дней НСП сушат теплым воздухом (феном) по 5 мин 2 раза в день. Возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. В случаях плохой функции слуховой трубы возможно проведение её электростимуляции или катетеризации с растворами кортикостероидов и адrenomиметиков. Осмотр врача проводится 1 раз в неделю до полной эпителизации НСП и мастоидальной полости с туалетом этих областей спиртосодержащими или антисептическими растворами. При необходимости на повторных осмотрах удаляются грануляции, назначаются местные антибактериальные капли. Ежедневно в течение последующих 14-21 дней рекомендуется самостоятельные продувания слуховых труб по Вальсальве. При наличии пареза ЛН необходимо совместное с неврологом лечение и оценка динамики состояния с электромиографическим контролем. Нетрудоспособность пациента после выписки может составлять от 14 до 21 дня в зависимости от течения репаративных процессов и характера условий работы. В случаях рецидива перфорации барабанной перепонки вследствие послеоперационного воспаления и нарушения проходимости слуховой трубы необходимо назначать местно антибактериальные или антисептические растворы с кортикостероидами транстимпанально 2 раза в день в течение недели с последующей амбулаторной мирингопластикой. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их

дооперационных значений. Рекомендуется беречь ухо от воды до 3 месяцев. Противопоказаны полеты на самолёте в течение 3 месяцев. Аудиологическое исследование (ТПА, АТ) проводят через 3 и 12 месяцев. В случаях рецидива кондуктивной тугоухости после тимпаноластики и санирующей операции с тимпанопластикой через 8-12 месяцев показана ревизия для повторной реконструкции и диагностики рецидива холестеатомы. При отсутствии прогрессирования тугоухости после санирующей операции на среднем ухе по «закрытому» типу или облитерации сосцевидного отростка рекомендуется проведение магниторезонансной томографии (МРТ) в non-EPI DWI режиме для верификации рецидива холестеатомы через 1, 3 и 5 лет. В пользу холестеатомы будет свидетельствовать низкоинтенсивный сигнал T1, высокоинтенсивный сигнал T2 и высокоинтенсивный сигнал non-EPI DWI [10]. КТ височных костей малоинформативно при оценке состояния послеоперационного уха, поскольку рубцовая ткань, грануляции и пластический аутоматериал имеют одинаковую плотность с холестеатомой. Подозревать холестеатому можно только при оценке результатов КТ височных костей в динамике (рост «подозрительного» образования) [8, 30]. Все пациенты с ХГСО нуждаются в ежегодном наблюдении оториноларинголога для точной диагностики рецидива холестеатомы в послеоперационной полости.

Н71. Холестеатома пирамиды височной кости.

Холестеатома пирамиды височной кости (ХПВК) составляет менее, чем 4% от всех холестеатом височной кости. Холестеатомы этой локализации могут быть первичными (врождёнными), приобретёнными и ятрогенными [33, 40]. Редкость патологии, медленное бессимптомное течение заболевания, сложная локализация холестеатомы в основании черепа, близкое расположение с жизненно важными сосудисто-нервными структурами и её склонность к рецидивированию приводят к сложностям в диагностике и хирургическом лечении [31, 34]. Лечение всех видов ХПВК - хирургическое. Хирургический подход планируется в зависимости от её локализации образования в пирамиде височной кости и в основании черепа. Проводятся обычно расширенные санирующие операции на височной кости с реконструкцией и сохранением слуха и без, с облитерацией созданной полости и ушиванием НСП и без в зависимости от локализации и распространения холестеатомы в пирамиде височной кости с применением нейромониторинга и навигации. Частота рецидива ХПВК по данным различных авторов колеблется от 5 до 28% [31].

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения таких операций обусловлены локализацией холестеатомы, объемом операции и обнажением рядом расположенных жизненно важных структур, что проявляется парезом ЛН, отоликвореей, повышением порогов КП и глухотой. Ведение пациента заключается в наложении асептической повязки и тампонаде НСП на 21 день или только повязки при ушивании НСП. Рекомендуется постельный режим 1-2 дня. До момента удаления тампонов на них инстилируются растворы антибиотика или антисептика. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутрь или парентерально) на 5-7 дней. При возникновении пареза ЛН, отоликвореи рекомендуется дегидратационная и глюкокортикостероидная терапия внутривенно в течение 5-7 дней. В некоторых случаях устанавливается люмбальный дренаж на 3 дня. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертоновые тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. При изменении латерализации теста Вебера проводится ТПА для оценки порогов КП и при их повышении > 15 дБ применяется коротким парентеральным курсом глюкокортикостероидная терапия. Швы удаляются на 7-10 день в зависимости от объёма операции. Сроки госпитализации: 7-10 дней в зависимости от состояния пациента. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения обусловлены теми же факторами, что и в раннем послеоперационном периоде. При тампонаде НСП тампоны и протекторы удаляются на 21 день после операции. До удаления на тампоны инстилируют растворы антибиотика или антисептика. После удаления тампонов и туалета НСП спиртосодержащими или антисептическими растворами под контролем эндоскопа или микроскопа проводят продувание слуховой трубы по Вальсальве. В течение последующих 7-14 дней НСП сушат теплым воздухом (феном) по 5 мин 2 раза в день. Осмотр врача проводится 1 раз в неделю до полной эпителизации НСП и мастоидальной полости с туалетом этих областей спиртосодержащими или антисептическими растворами. При необходимости на повторных осмотрах удаляются грануляции, местно назначаются ушные капли с антибиотиками. При операциях с одновременной реконструкцией в среднем ухе ежедневно рекомендуется самостоятельные продувания слуховых труб по Вальсальве в течение последующих 14-21 дня. При наличии пареза ЛН необходимо совместное лечение и оценка динамики состояния с неврологом с электромиографическим контролем. Нетрудоспособность пациента после выписки может составлять от 21 до 28 дней в зависимости от течения репаративных процессов и характера условий работы. Для оценки

динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертоновые тесты $S_{128-512}$ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. Рекомендуется беречь ухо от воды до 3 месяцев. Противопоказаны полеты на самолёте в течение 3 месяцев. Аудиологическое исследование (ТПА, АТ) проводится через 3 и 12 месяцев. В случаях рецидива кондуктивной тугоухости после тимпаноластики и санирующей операции с тимпанопластикой показана ревизия для повторной реконструкции и диагностики рецидива холестеатомы через 8-12 месяцев. После хирургии ХПК рекомендуется проведение МРТ в non-EPI DWI режиме для верификации её рецидива через 1, 3 и 5 лет. После операции необходимо длительное наблюдение за пациентами, поскольку рецидивы заболевания могут наблюдаться через 8-10 лет после хирургического лечения.

H74.0 Тимпаносклероз.

H74.1 Адгезивная болезнь среднего уха.

H74.3 Другие приобретенные дефекты слуховых косточек.

В настоящее время под адгезивным средним отитом (АСО) понимают последствия воспаления в среднем ухе, такие как ретракционные карманы (РК), ТСК и ТФ. Больные с наличием изменений барабанной перепонки (рубцы, атрофия и петрификаты), но без снижения слуховой функции нуждаются только в динамическом наблюдении. РК являются предвестником развития холестеатомы, ТСК – фиксации цепи слуховых косточек, а ТФ – зарастания барабанной полости соединительной тканью. Данные морфологические изменения характеризуются лизисом и фиксацией элементов слуховой цепи, а вследствие этого – тугоухостью различной степени выраженности. Реконструктивная хирургия при РК может ограничиться только тимпанопластикой, а может и санирующей операцией по «закрытому» типу, при ТСК – также тимпанопластикой, но и стапедопластикой на втором этапе, а при ТФ – часто многоэтапными вмешательствами [4].

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения после тимпано- и оссикулопластики, «закрытых» вариантов санирующих операций с реконструкцией встречаются очень редко в виде преходящего пареза ЛН и кохлеовестибулярных расстройств. Ведение пациента заключается в тампонаде ИСП на 2-21 день в зависимости от объёма операции. До момента удаления тампонов на них инстиллируются растворы антибиотика или антисептика. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутри или парентерально) на 3-5 дней. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертоновые тесты $S_{128-512}$

(Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. При изменении латерализации теста Вебера проводится ТПА для оценки порогов КП и при их повышении > 15 дБ применяется коротким курсом парентеральная глюкокортикостероидная терапия. В случаях плохой функции слуховой трубы возможно проведение её электростимуляции. Сроки госпитализации: 1-3 дней в зависимости от объёма операции и состояния пациента, а после стапедопластики при ТСК – 7-10 дней. При стапедопластике ТПА проводится после удаления тампонов на 3 сутки для оценки динамики порогов КП. При ТФ практикуется раннее продувание слуховой трубы по Вальсальве и проведение электростимуляции слуховой трубы. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения обусловлены осложнениями в виде кохлеовестибулярных расстройств или возникновением преходящего пареза ЛН. После тимпаноластики тампоны вместе с протекторами удаляются на 14 день, после элементов санлирующей операции с тимпанопластикой – на 21 день после операции. До удаления на тампоны инстилируют растворы антибиотика или антисептика. После удаления тампонов и туалета НСП спиртосодержащими или антисептическими растворами под контролем эндоскопа или микроскопа проводят продувание слуховой трубы по Вальсальве. В течение последующих 7-14 дней НСП сушат теплым воздухом (феном) по 5 мин 2 раза в день. В случаях плохой функции слуховой трубы возможно проведение её электростимуляции или катетеризации с растворами глюкокортикостероидов и адrenomиметиков. Осмотр врача проводится 1 раз в неделю до полной эпителизации НСП и мастоидальной полости с туалетом этих областей спиртосодержащими или антисептическими растворами. Ежедневно рекомендуется самостоятельные продувания слуховых труб по Вальсальве в течение последующих 14-21 дней. Возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. При наличии пареза ЛН необходимо совместное лечение и оценка динамики состояния с неврологом с электромиографическим контролем. Нетрудоспособность пациента после выписки может составлять от 14 до 21 дней в зависимости от течения репаративных процессов и характера условий работы. В случаях рецидива перфорации барабанной перепонки вследствие послеоперационного воспаления и нарушения проходимости слуховой трубы необходимо назначать местно транстимпанально антибактериальные или антисептические растворы с глюкокортикостероидами 2 раза в день в течение недели с последующей амбулаторной миринопластикой. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся

камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. Рекомендуется беречь ухо от воды до 3 месяцев. Противопоказаны полеты на самолёте в течение 3 месяцев. Аудиологическое обследование (ТПА, АТ) проводится через 3 и 12 месяцев. В случаях рецидива кондуктивной тугоухости после тимпаноластики и санирующей операции с тимпанопластикой показана ревизия для повторной реконструкции среднего уха через 8-12 месяцев. Стапедопластика при ТСК вторым этапом выполняется после восстановления тимпанальной мембраны также через 8-12 месяцев для уменьшения вероятности возникновения кохлеовестибулярных расстройств. Все пациенты с ХГСО нуждаются в ежегодном наблюдении оториноларинголога.

Н74.2 Разрыв и дислокация слуховых косточек.

Посттравматические изменения цепи слуховых косточек часто сопровождаются дефектами тимпанальной мембраны, но возможны и без таковых. Встречаются различные их варианты, в том числе с люксацией стремени. Данные изменения в среднем ухе будут проявляться различными видами тугоухости, а при повреждении стремени - с вестибулярными расстройствами. Вариантами хирургии могут быть тимпано- и оссикулопластика, а также - стапедопластика [15].

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения после тимпано- и оссикулоластики встречаются очень редко в виде преходящего пареза ЛН, а после стапедопластики - часто и в виде кохлеовестибулярных расстройств. Ведение пациента заключается в тампонаде НСП на 2-14 дней в зависимости от объёма операции. До момента удаления тампонов на них инстиллируются растворы антибиотика или антисептика. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутрь или парентерально) на 3-5 дня. При выраженных кохлеовестибулярных расстройствах рекомендуется дегидратационная и глюкокортикоидная парентеральная терапия. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. При изменении латерализации теста Вебера проводится ТПА для оценки порогов КП и при их повышении > 15 дБ применяется коротким курсом парентеральная глюкокортикостероидная терапия. Сроки госпитализации: 1-3 дня в зависимости от объёма операции и состояния пациента, а после стапедопластики - 7-10 дней. При стапедопластике ТПА проводится после удаления тампонов на 3 суток для оценки динамики порогов КП и перед

выпиской. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения чаще обусловлены кохлеовестибулярными расстройствами после стапедопластики. После тимпаноластики тампоны вместе с протекторами удаляются на 14 день. До удаления на тампоны инсталлируют растворы антибиотика или антисептика. После удаления тампонов и туалета НСП спиртосодержащими или антисептическими растворами под контролем эндоскопа или микроскопа проводят продувание слуховой трубы по Вальсальве. В течение последующих 7-14 дней НСП сушат теплым воздухом (феном) по 5 мин 2 раза в день. Осмотр врача проводится 1 раз в неделю до полной эпителизации НСП с его туалетом спиртосодержащими или антисептическими растворами. Ежедневно в течение последующих 14-21 дней рекомендуется самостоятельные продувания слуховых труб по Вальсальве. Возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. Нетрудоспособность пациента после выписки может составлять от 14 до 21 дней в зависимости от вида операции, течения репаративных процессов и характера условий работы. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. При сохранении кохлеовестибулярных расстройств рекомендуется консультация отоневролога и назначение препаратов, улучшающих микроциркуляцию и метаболизм улитки в течение 1 месяца. Рекомендуется беречь ухо от воды до 3 месяцев. Противопоказаны полеты на самолёте в течение 3 месяцев. Аудиологическое исследование (ТПА, АТ) проводится через 3 и 12 месяцев. В случаях рецидива кондуктивной тугоухости после тимпаноластики показана ревизия для повторной реконструкции среднего уха через 8-12 месяцев. Все пациенты нуждаются в ежегодном наблюдении оториноларинголога.

Болезни внутреннего уха

Н80 Отосклероз.

Н80.0 Отосклероз, вовлекающий овальное окно, необлитерирующий.

Н80.1 Отосклероз, вовлекающий овальное окно, облитерирующий.

Н80.2 Кохлеарный отосклероз.

Отосклероз (ОС) – это ограниченный остеодистрофический процесс в виде очагов новообразованной костной ткани в капсуле лабиринта. Выделяют фенестральную, кохлеарную и смешанную формы ОС, которые сопровождаются различными видами тугоухости в зависимости от его

локализации, которые в настоящее время подтверждаются данными МСКТ височных костей. Локализация очагов в области окна преддверия сопровождается фиксацией стремени и кондуктивной или смешанной тугоухостью, а очаги в области улитки, ПК, внутреннего слухового прохода – сенсоневральной [2, 29, 38]. Выделение активного и неактивного ОС по данным клинических проявлений и МСКТ височных костей с денситометрией влияет на тактику лечения ОС. Назначение курсов патогенетической инактивирующей терапии при активной форме ОС снижает процент реоссификации окна преддверия при фенестральном ОС и стабилизирует пороги КП – при кохлеарном [2, 6, 13]. Учитывая, что в настоящее время ОС у 74,9% больных проявляется смешанной тугоухостью (кондуктивная – у 22,2% и кохлеарная – у 2,9%), то для полноценного закрытия КВИ играет роль методика стапедопластики, при этом лучшие результаты отмечаются при широкой стапедотомии и использовании протеза стремени на аутовену, закрывающую окно преддверия, и частичной стапедэктомии с использованием аутохрящевой протеза на аутовену, закрывающую окно преддверия [7, 9, 13].

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения после различных вариантов стапедопластики встречаются часто в виде кохлеовестибулярных расстройств и редко - в виде преходящего пареза ЛН. Ведение пациента заключается в тампонаде НСП на 2 дня. Рекомендуются строгий постельный режим на 1 сутки после поршневой стапедотомии и методики установки протеза на аутовену и 2 дня - после применения аутохрящевой протеза стремени на аутовену. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутрь или парентерально) на 3-5 дней. При интра- и послеоперационных кохлеовестибулярных расстройствах рекомендуется глюкокортикоидная парентеральная терапия. После удаления тампонов проводится ежедневный туалет НСП, удаление рыхлого отделяемого ватником и обработка кожи спиртосодержащими или антисептическими растворами под контролем эндоскопа или микроскопа. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. При изменении латерализации теста Вебера проводится ТПА (стандартно выполняется на 2-3 день) для оценки порогов КП и при их повышении > 15 дБ корректируется или назначается коротким курсом глюкокортикостероидная терапия. Возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. В этот период противопоказаны резкие повороты головы, провоцирующие головокружения. Для профилактики акустической травмы при хорошем слухе после операции рекомендуется использование противошумовых наушников или тампонов с вазелином, устанавливаемых в НСП. Сроки госпитализации составляют 7-10 дней в

зависимости от состояния пациента. Перед выпиской проводится ТПА для оценки динамики слуховой функции. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения чаще обусловлены кохлеовестибулярными расстройствами после стапедопластики. Выполняется туалет НСП спиртосодержащими или антисептическими растворами под контролем эндоскопа или микроскопа 1 раз в неделю. Удаление корок в НСП рекомендуется через 3-4 недели после операции с применением масляных растворов. Возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. Нетрудоспособность пациента после выписки составляет до 21 дня в зависимости от течения репаративных процессов и характера условий работы. Для профилактики акустической травмы при хорошем слухе после операции рекомендуется использование противошумовых наушников или тампонов с вазелином, устанавливаемых в НСП, до периода полной адаптации пациента к звукам. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. При сохранении кохлеовестибулярных расстройств рекомендуется консультация отоневролога и назначение препаратов, улучшающих микроциркуляцию и метаболизм улитки, в течение 1 месяца. Рекомендуется беречь ухо от воды до 3 месяцев. Противопоказаны резкие подъёмы давления в среднем ухе (после чихания, сморкания), подъём тяжестей и полеты на самолёте в течение 3 месяцев. Аудиологическое исследование (ТПА, АТ) проводится через 3 и 12 месяцев. В случаях появления системного головокружения с повышением порогов КП, вызванных нарушением рекомендаций, следует предполагать возникновение перилимфатической фистулы окна преддверия и планировать ревизию барабанной полости. Чаще данное осложнение возникает после поршневой стапедопластики. Появление рецидива тугоухости в диапазоне низких частот может быть обусловлено гидропсом лабиринта, который устраняется назначением дегидратационной терапии. При рецидиве кондуктивной тугоухости после операции показана МСКТ височных костей и ревизия для повторной реконструкции среднего уха через 8-12 месяцев. Хирургическое лечение второго уха проводится также через 8-12 месяцев. Все пациенты нуждаются в ежегодном наблюдении оториноларинголога.

Н81.0 Болезнь Меньера.

Среди всех причин головокружений болезнь Меньера (БМ) занимает 8-30% и обусловлена идиопатическим гидропсом лабиринта [24, 36].

Проведение регулярных консервативных мероприятий эффективно в стабилизации течения БМ при качественной диагностике заболевания (на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных клинических, аудиологических, вестибулометрических исследований и КТ височных костей). Хирургическое лечение больным БМ рекомендуется при неэффективности консервативной терапии в течение 6 месяцев и в основном направлено на ликвидацию тяжёлых приступов головокружения.

Методики хирургического лечения – разнообразны, и в большинстве случаев зависят от состояния слуховой функции. Так при сохранённом слухе (до тугоухости 2 степени) применяют шунтирование барабанной полости с трастимпанальным нагнетанием раствора гентамицина 1 раз в неделю, хордоплексусэктомия, тенотомия мышц барабанной полости, тампонада окон с губкой, пропитанной гентамицином, дренирование (шунтирование) эндолимфатического мешка (ЭМ), СЛДЛ без вскрытия просвета латерального ПК на стороне больного уха. Возможна и комбинация методик. При асоциальном слухе (тугоухость 3 степени и более) используют СЛДЛ с вскрытием просвета латерального ПК, нейрэктомия и кохлеарную имплантацию (КИ). При точно установленном диагнозе все методики эффективны в отношении уменьшения частоты и интенсивности приступов головокружения, но при СЛДЛ со вскрытием просвета латерального ПК и КИ - с потерей слуха и вестибулярной арефлексией. Факт арефлексии лабиринта после вскрытия просвета ПК подтверждает наличие БМ.

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения определяются объёмом операции и характером воздействия на лабиринт, а проявляются различной степени выраженности кохлеовестибулярными расстройствами, что и предполагает различные варианты ведения послеоперационного периода. После шунтирования барабанной полости, СЛДЛ и дренирования ЭМ тампонада НСП может не использоваться, а в случаях применения интрамеатального подхода - на 2 дня. Рекомендуется строгий постельный режим 1-2 суток в зависимости от состояния больного. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутри или парентерально) на 3-5 дней. При выраженных кохлеовестибулярных расстройствах после слухосохраняющих методик операции рекомендуется дегидратационная и глюкокортикоидная парентеральная терапия, а в случаях деструктивных - только дегидратационная. После удаления тампонов проводится ежедневный туалет НСП и обработка кожи спиртосодержащими или антисептическими растворами под контролем эндоскопа или микроскопа. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. При изменении латерализации теста Вебера

после слухосохраняющих методик проводится ТПА (стандартно выполняется на 2-3 день) для оценки порогов КП и при их повышении > 15 дБ корректируется или назначается короткий курс глюкокортикостероидной терапии. Возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. В этот период противопоказаны резкие повороты головы, провоцирующие головокружения. При заушном подходе швы снимаются на 7 сутки. Сроки госпитализации составляют 2-8 дней в зависимости от объёма операции и состояния пациента. Перед выпиской проводится ТПА для оценки динамики слуховой функции. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения обусловлены продолжением кохлеовестибулярных расстройств. При этом наблюдается длительная центральная вестибулярная компенсация особенно у возрастных пациентов после деструктивных операций. Выполняется туалет НСП спиртосодержащими или антисептическими растворами под контролем эндоскопа или микроскопа 1 раз в неделю. Удаление корок в НСП рекомендуется через 3-4 недели после операции с применением масляных растворов. Возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. Нетрудоспособность пациента после выписки составляет до 21 дня в зависимости от состояния пациента и характера условий работы. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты C_{128} S_{12} (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. При сохранении кохлеовестибулярных расстройств рекомендуется консультация отоневролога, назначение дегидратационных лекарственных средств, препаратов, улучшающих микроциркуляцию и метаболизм улитки в течение 1 месяца, вестибулярная гимнастика. Рекомендуется беречь ухо от воды до 3 месяцев. Противопоказаны резкие подъёмы давления в среднем ухе (сильное чиханье, сморкание), подъём тяжестей и полеты на самолёте в течение 3 месяцев. Аудиологическое исследование (ТПА, АТ) и вестибулометрия проводятся через 3, 6 и 12 месяцев. Все пациенты пугаются в ежегодном наблюдении отоневролога, оториноларинголога и проведении регулярных курсов консервативной терапии.

Н83.1 Лабиринтная фистула.

Н83.3 Шумовые эффекты внутреннего уха (акустическая травма).

Большую группу представляют пациенты с кохлеовестибулярными расстройствами, обусловленными часто «вторичным» гидропсом лабиринта, которые клинически имитируют БМ - спонтанные и травматические фистулы окон лабиринта, верхнего и заднего ПК, дегисценции водопровода преддверия [12, 15]. Данная патология является

редкой, как и методики операций, которые проводятся при фистулах окон лабиринта и дегисценции верхнего ПК.

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения определяются объёмом операции и характером воздействия на лабиринт, а проявляются также различной степени выраженности кохлеовестибулярными расстройствами, что также предполагает различные варианты ведения послеоперационного периода. После пластики окон лабиринта интрамеатальным подходом тампонада НСП применяется в течении 2 дней, а после хирургии дегисценции верхнего ПК заушным подходом - не используется. Рекомендуется строгий постельный режим 1-2 суток в зависимости от состояния больного. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутрь или парентерально) на 3-5 дней. При выраженных кохлеовестибулярных расстройствах рекомендуется дегидратационная и глюкокортикоидная парентеральная терапия. После удаления тампонов проводится ежедневный туалет НСП и обработка кожи спиртосодержащими или антисептическими растворами под контролем эндоскопа или микроскопа. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. При изменении латерализации теста Вебера проводится ТПА (стандартно выполняется на 2-3 день) для оценки порогов КП и при их повышении > 15 дБ корректируется или назначается коротким курсом глюкокортикостероидная терапия. Возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. В этот период противопоказаны резкие повороты головы, провоцирующие головокружения. При заушном подходе швы снимаются на 7 сутки. Сроки госпитализации составляют 5-7 дней в зависимости от объёма операции и состояния пациента. Перед выпиской проводится ТПА для оценки динамики слуховой функции и вестибулометрия. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения обусловлены продолжением кохлеовестибулярных расстройств. Выполняется туалет НСП спиртосодержащими или антисептическими растворами под контролем эндоскопа или микроскопа 1 раз в неделю. Удаление корок в НСП рекомендуется через 3-4 недели после операции с применением масляных растворов. Возможно назначение УФО-, УВЧ- или микроволновой терапии. Нетрудоспособность пациента после выписки составляет 14-21 день в зависимости от состояния пациента и характера условий работы. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с

учётом их дооперационных значений. При сохранении кохлеовестибулярных расстройств рекомендуется консультация отоневролога, назначение дегидратационных лекарственных средств, препаратов, улучшающих микроциркуляцию и метаболизм улитки в течение 1 месяца, вестибулярная гимнастика. Рекомендуется беречь ухо от воды до 3 месяцев. Противопоказаны резкие подъёмы давления в среднем ухе (после чихания, сморкания), подъём тяжестей и полеты на самолёте в течение 3 месяцев. Аудиологическое исследование (ТПА, АТ) и вестибулометрия проводятся через 3, 6 и 12 месяцев. Все пациенты нуждаются в ежегодном наблюдении отоневролога, оториноларинголога.

H90 Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.

H90.3 Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя.

Хирургическое лечение у пациентов с двусторонней сенсоневральной тугоухостью выполняется при 4 степени тугоухости и глухотой, которое не корректируется слуховыми аппаратами в виде проведения КИ. Данная технология является комплексным многоэтапным методом реабилитации детей и взрослых, в котором участвуют аудиологи, рентгенологи, отохирурги, сурдопедагоги, психологи, инженеры и физиологи. Система реабилитации с помощью КИ состоит из 3 этапов: диагностический - качественный отбор пациентов; хирургический - выполнение антромастоидотомии, задней тимпанотомии, кохлеостомии, правильное расположение электродов, оценка работы импланта; реабилитационный - подключение, настройка речевого процессора и обучение пациентов.

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения определяются течением операции и анатомическими особенностями строения височной кости (расположение ЛН, низкое стояние средней черепной ямки, предлежание сигмовидного синуса, аномалии развития внутреннего уха) и могут проявляться парезом ЛШ, отоликвореей и редко - кохлеовестибулярными расстройствами. После операции 5 дней используется давящая повязка на заушную область для профилактики образования гематомы. НСП не тампонируется. Рекомендуется постельный режим 1 сутки в зависимости от состояния больного. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутрь или парентерально) на 3-5 дней. Швы в заушной области снимаются на 7 сутки. Сроки госпитализации составляют 5-7 дней в зависимости от состояния пациента. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения обусловлены травмой зоны импланта, что приводит к его экструзии. Нетрудоспособность пациента после выписки составляет 21 день. Через 4-6 недель после операции больной осматривается отоларингологом, проводится подключение и настройка речевого процессора. Сурдопедагогом параллельно проводятся занятия по обучению восприятия речи с речевым процессором. Необходима самостоятельная работа пациента с речевым процессором. Реабилитация взрослых составляет 3 года. Рекомендуются беречь область операции от ударов. Противопоказаны резкие подъёмы давления в среднем ухе (сильное чихание, сморкание), подъём тяжестей и полеты на самолёте в течение 3 месяцев. Аудиологическое исследование (ТПА) проводится через 12 месяцев. Все пациенты нуждаются в ежегодном наблюдении оториноларинголога и отоларинголога. Неудачи реабилитации обусловлены неправильным подбором больных на операцию и отказом больных от настроечных сессий.

G96.0 Истечение спинномозговой жидкости (ликворея).

Отоликворея может быть спонтанной (вследствие особенностей строения височной кости, явлений остеопороза и врождённой аномалии развития внутреннего уха) и травматической. Часто спонтанная отоликворея имитирует ЭСО [16]. Хирургическое лечение заключается в диагностике локализации места отоликвореи и его пластике интрамеатальным или заушным подходом.

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения обусловлены локализацией отоликвореи и объёмом операции, что может проявляться парезом ЛН, отоликвореей, повышением порогов КП и глухотой. Ведение пациента заключается в тугей асептической повязке и тампонаде НСП на 21 день. Рекомендуются постельный режим 1-2 дня. До момента удаления тампонов на них инстиллируются растворы антибиотика или антисептика. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутрь или парентерально) на 5-7 дней. При возникновении пареза ЛН, отоликвореи рекомендуется дегидратационная и глюкокортикостероидная терапия внутривенно в течение 5-7 дней. В некоторых случаях устанавливается люмбальный дренаж на 3 дня. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертональные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. При изменении латерализации теста Вебера проводится ТПА для оценки порогов КП и при их повышении > 15 дБ применяется коротким парентеральным курсом глюкокортикостероидная терапия. Швы в заушной области удаляются на 7 день. Сроки госпитализации 5-7 дней в зависимости от состояния

пациента. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения обусловлены теми же факторами, что и в раннем послеоперационном периоде. При тампонаде НСП тампоны и протекторы удаляются на 21 день после операции. До удаления на тампоны инстилируют растворы антибиотика или антисептика. После удаления тампонов и туалета НСП спиртосодержащими или антисептическими растворами под контролем эндоскопа или микроскопа проводят продувание слуховых труб по Вальсальве. В течение последующих 7-14 дней НСП сушат теплым воздухом (феном) по 5 мин 2 раза в день. Осмотр врача проводится 1 раз в неделю до полной эпителизации НСП. Нетрудоспособность пациента после выписки может составлять до 28 дней в зависимости от течения репаративных процессов и характера условий работы. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертоновые тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. Рекомендуется беречь ухо от воды до 3 месяцев. Противопоказаны полеты на самолёте, подъёмы тяжестей в течение 3 месяцев. Аудиологическое исследование (ТПА, АТ) проводится через 3 и 12 месяцев. В случаях рецидива отоликвореи показана ревизия для повторной реконструкции через 6-12 месяцев. После операции необходимо длительное наблюдение за пациентами и коррекция гормонального статуса.

Доброкачественные новообразования наружного и среднего уха.

D14.0 Среднее ухо, полость носа и придаточные пазухи.

Из доброкачественных образований височной кости встречаются невринома ЛН, параганглиома, аденома и другие. Невринома (шваннома) ЛН встречается в 0,8-1% от всех опухолей височной кости [23, 27, 35, 39]. По локализации образования различают экстратемпоральную, интратемпоральную и интракраниальную невриному. Параганглиома височной кости диагностируются в 1% среди всех опухолей головы и шеи, относится к нейроэндокринным образованиям и характеризуется различным распространением в височной кости [26, 32], как и аденома, выявляется в 2% случаев среди новообразований полостей среднего уха [25]. Хирургия данных образований определяется локализацией и распространением в височной кости, что и определяет различную тактику и хирургические подходы, с реконструкцией среднего уха и без, с нейропластикой ЛН и без с использованием нейромониторинга и навигации.

Ведение пациента в раннем послеоперационном периоде

Ранние послеоперационные осложнения таких операций обусловлены локализацией образования, объёмом операции и обнажением рядом расположенных жизненно важных структур, что проявляется парезом ЛН, отоликвореей, кровотечением, повышением порогов КП и глухотой. Ведение пациента заключается в асептической повязке и тампонаде НСП на 14-21 день в зависимости от распространения образования или только в асептической повязке - при ушивании НСП. Рекомендуется постельный режим 1-2 дня. До момента удаления тампонов на них инстилируются растворы антибиотика или антисептика. Назначается антибактериальная терапия и анальгетики (внутрь или парентерально) на 3-7 дней. При возникновении пареза ЛН, отоликвореи рекомендуется дегидратационная и глюкокортикостероидная терапия внутривенно в течение 5-7 дней. Для оценки динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертоновые тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Рише, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. При изменении латерализации теста Вебера проводится ТПА для оценки порогов КП и при их повышении > 15 дБ применяется коротким курсом парентеральная глюкокортикостероидная терапия. Швы удаляются на 7-10 день в зависимости от объёма операции. Сроки госпитализации: 3-10 дней в зависимости от объёма и локализации образования и состояния пациента. После выписки больной обращается в поликлинику по месту жительства.

Послеоперационное лечение и рекомендации

Поздние послеоперационные осложнения обусловлены теми же факторами. Что и ранние послеоперационные. При тампонаде НСП тампоны и протекторы удаляются на 3-21 день после операции. До удаления на тампоны инстилируют растворы антибиотика или антисептика. После удаления тампонов под контролем эндоскопа или микроскопа проводится туалет НСП спиртосодержащими или антисептическими растворами. В течение последующих 7-14 дней НСП сушат теплым воздухом (феном) по 5 мин 2 раза в день. Осмотр врача проводится 1 раз в неделю до полной эпителизации НСП и мастоидальной полости с туалетом этих областей спиртосодержащими или антисептическими растворами. При необходимости на повторных осмотрах удаляются грашуляции, назначаются местные антибактериальные капли. При одновременной реконструкции в среднем ухе ежедневно рекомендуется самостоятельные продувания слуховых труб по Вальсальве в течение последующих 14-21 дня. При наличии пареза ЛН необходимо совместное лечение и оценка динамики состояния с неврологом с электромиографическим контролем. Нетрудоспособность пациента после выписки может составлять от 14 до 28 дней в зависимости от течения репаративных процессов и характера условий работы. Для оценки

динамики порогов слуха оперированного уха проводятся камертоналильные тесты С₁₂₈₋₅₁₂ (Вебера, Ринне, Федеричи) с учётом их дооперационных значений. Рекомендуется беречь ухо от воды до 3 месяцев. Противопоказаны полеты на самолёте в течение 3 месяцев. Аудиологическое исследование (ТПА, АТ) проводится через 3 и 12 месяцев при проведении реконструкции среднего уха и сохранении слуховой функции. В случаях рецидива кондуктивной тугоухости после тимпаноластики и санирующей операции с тимпанопластикой показана ревизия для повторной реконструкции и диагностики рецидива образования через 8-12 месяцев. Через 1, 3 и 5 лет после хирургии образований рекомендуется проведение МСКТ или МРТ с контрастированием для выявления рецидива заболевания. После операции необходимо длительное наблюдение за пациентами в поликлинике и стационаре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многообразие патологии височной кости, её сложность, увеличение количества операций на структурах височной кости и изменение послеоперационного ведения больного требуют ознакомления врачей поликлиник с заболеваниями ушей, при которых выполняется хирургическое лечение, его объём и возможные осложнения в зависимости от патологии, с современными алгоритмами динамического наблюдения и лечения больных после операций на височной кости для повышения эффективности реабилитации этого контингента больных и снижения частоты их повторных госпитализаций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аникин, И.А. О хирургическом лечении больных с приобретённой холестеатомой / И.А. Аникин, Т.А. Бокучава // Российская оториноларингология. - 2015. - №4. - с. 16-23.
2. Байбакова, Е.В. Отосклероз. Клинические рекомендации. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов / Е.В. Байбакова, Л.В. Белякова, Е.В. Гаров и др. - М., 2014. - 32 с.
3. Гаров, Е.В. Анализ эффективности тимпаноластики у больных хроническим перфоративным средним отитом / Е.В. Гаров, Н.Г.

- Сидорина, В.Н. Зеленкова, А.С. Лаврова, Н.Р. Акмулдиева // Вестник оториноларингологии. - 2014. - №6. - с. 8-11.
4. Гаров, Ф.В. Распространенность тимпаносклероза и эффективность его хирургического лечения / Е.В. Гаров, Н.Г. Сидорина, Е.Е. Загорская, П.А. Сударев, А.С. Мепаришвили // Вестник оториноларингологии. - 2017. - Т. 82, №2. - с. 4-10.
 5. Гаров, Е.В. Обрацаемость и лечение больных хроническим гнойным средним отитом в Москве / Е.В. Гаров, Р.Б. Хамзалиева, В.П. Зеленкова, Е.Е. Гарова, А.С. Мепаришвили, Е.Г. Лапенко // Вестник оториноларингологии. - 2018. - Т. 83, №5. - с. 26-30.
 6. Дондитов, Д.Ц. Функциональные результаты хирургического и инактивирующего лечения отосклероза / Д.Ц. Дондитов // Автореф. дис... канд. мед. наук. - М.; 2000. - 30 с.
 7. Зеленкова, В.Н. Лазерная стапедопластика у больных отосклерозом / В.Н. Зеленкова // Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М.; 2013. - 29 с.
 8. Зеликович, Е.И. КТ височной кости в диагностике хронического гнойного среднего отита / Е.И. Зеликович // Вестник оториноларингологии. - 2004. - №4. - с. 31-36.
 9. Киселюс, В.Э. Сравнительная эффективность различных вариантов стапедопластики у больных отосклерозом / В.Э. Киселюс // Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 2019. - 30 с.
 10. Косяков, С.Я. Избранные вопросы практической отохирургии; монография / С.Я. Косяков // – М.: МЦФЭР, 2012: 224 с.
 11. Крюков, А.И. Современная тактика лечения больных хроническим гнойным средним отитом / А.И. Крюков, Е.В. Гаров // Вестник «МЕДСИ». - 2011. - №11. - с. 54-60.
 12. Крюков, А.И. Диагностика и лечение синдрома Минора / А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, Е.В. Гаров, Е.И. Зеликович, О.В. Фёдорова, Д.И. Красникова // Вестник оториноларингологии. - 2012. - №5. - с. 8-13.
 13. Крюков, А.И. Современная диагностика больных отосклерозом / А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, Е.В. Гаров, Е.И. Зеликович, Н.Г. Сидорина, Е.Е. Загорская, О.В. Фёдорова, В.Н. Зеленкова, Г.В. Куриленков, В.Э. Киселюс // Folia Otorhinolaryngol Patholog Respirat - 2019 - 25(?) - с. 29-43.
 14. Крюков, А.И. Варианты лечения головокружения при фистулах лабиринта воспалительного генеза / А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, Е.В. Гаров, Е.В. Байбакова, В.Н. Зеленкова, Е.Е. Гарова, Т.Г.

- Мартиросян // Вестник оториноларингологии. - 2019. - Т. 84, №5. - с. 20-25.
15. Крюков, А.И. Диагностика и лечение травм среднего уха на амбулаторном этапе / А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, Е.В. Гаров и др. // Методические рекомендации №47. - М., 2020. - 18 с.
 16. Крюков, А.И. Экссудативный средний отит как проявление спонтанной отоликвореи / А.И. Крюков, Е.В. Гаров, Е.И. Зеликович, М.В. Тардов, О.В. Фёдорова, Т.Г. Мартиросян // Вестник оториноларингологии. - 2020. - Т. 85, №2. - с. 6-13.
 17. Крюков, А.И. Холестеатома при мезотимпаните: варианты распространения и лечения / А.И. Крюков, Е.В. Гаров, Е.Е. Гарова, Ф.А. Томилов, М.А. Пряхина // Тезисы XIX Московской научно-практической конференции «Оториноларингология: традиции и современность». - М., 2021. - с. 29-30.
 18. Полшкова, Л.В. Особенности формирования холестеатомы у больных с туботимпанальной формой хронического гнойного среднего отита / Л.В. Полшкова // Автореф. дисс.... канд. мед. наук. - С-П., 2013. - 33 с.
 19. Сударев, П.А. Стапедопластика в реабилитации тугоухости у больных тимпаносклерозом / П.А. Сударев // Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 2016. - 28 с.
 20. Тарасов, Д.И. Заболевания среднего уха / Д.И. Тарасов, О.К. Фёдорова, В.П. Быкова // М.: Медицина, 1988. - 185 с.
 21. Тос, М. Руководство по хирургии среднего уха. Том 2. / М. Тос // Томск, 2005. - 399 с.
 22. Albera, R. Ossicular chain lesions in tympanic perforations and chronic otitis media without cholesteatoma / R. Albera, F. Dagna, C. Filippini, A. Albera, A. Canale // J Int Adv Otol. - 2015. - 11(2). - p. 143-146.
 23. Back, L. Management of facial nerve schwannoma: a single institution experience / L. Back, T. Heikkila, F. Passador-Santos, R. Saat., I. Leivo, A. Makitie // Acta Oto-Laryngologica. - 2010. - 130. - p. 1193–1198.
 24. Brandt, T. Vertigo and dizziness / T. Brandt, M. Dieterich, M. Strupp // London, Springer-Verlag., 2005. - 148 p.
 25. Bruschini, L. Middle ear neuroendocrine adenoma: a case report and literature review / L. Bruschini, R. Canelli, C. Cambi, G. Fiacchini, S. Berrettini, F. Forli // Cas Rep Otolaryngol. - 2020, Article ID 8863188. - 5 p.

26. Carlson, M. Glomus tympanicum: a review of 115 cases over 4 decades / M. Carlson, A. Sweeney, S. Pelosi, G. Wanna, M. Glasscock III, D. Haynes // *Otolaryngol Head Neck Surg.* - 2015. - 152(1). - p. 136–142.
27. Falcioni, M. Facial nerve tumors / M. Falcioni, A. Russo, A. Taibah, M. Sanna // *Otol Neurotol.* - 2003. - 24(6). - p. 942-947.
28. Ho, K-Y. Clinical analysis of intratympanic tympanosclerosis: etiology, ossicular chain findings, and hearing results of surgery / K-Y. Ho, S-M. Tsai, C-Y. Chai, H-M. Wang // *Acta Otolaryngol.* - 2010. - 130(3). - p. 370-374.
29. Kanzara, T. Diagnostic performance of high resolution computed tomography in otosclerosis / T. Kanzara, J. Virk // *World Clin Cases.* - 2017. - 5 (7). - p. 286-291.
30. Khater, N. Chronic inflammatory middle ear disease: postoperative CT and MRI findings / N. Khater, H. Fahmy, H. Shahat, A. Khater // *Egyp J Radiol Nucl Medicine.* - 2015. - 46(3). - p. 629-638.
31. Kim, M. Hearing and facial function after surgical removal of cholesteatomas involving petrous bone / M. Kim, Y. An, M. Jang, Y. Cho, J. Chung // *Clin Exp Otorhinolaryngo.* - 2014. - 7. - p. 264–268.
32. Marchioni, D. Transcanal endoscopic treatment of benign middle ear neoplasms / D. Marchioni, M. Alicandri-Ciufelli, F. Gioacchini, M. Bonali, L. Presutti // *Eur Arch Otorhinolaryngol.* - 2013. - 270. - p. 2997–3004.
33. Prasad, S. Surgical strategy and facial nerve outcomes in petrous bone cholesteatoma / S. Prasad, G. Piras, E. Piccirillo, A. Taibah, A. Russo, J. He, M. Sanna // *Audiol Neuroto.* - 2016. - 21. - p. 275–285.
34. Sanna, M. Petrous bone cholesteatoma: classification, management and review of the literature / M. Sanna, Y. Pandya, F. Mancini, G. Sequino, E. Piccirillo // *Audiol Neurotol.* - 2011. - 16. - p. 124-136.
35. Shirazi, M. Surgical management of facial neuromas: lessons learned / M. Shirazi, J. Leonetti, S. Marzo, D. Anderson // *Otol Neurotol.* - 2007. - 28(7). - p. 958-963.
36. Taura, A. Clinical study of vertigo in the outpatient clinic of Kyoto University Hospital / A. Taura, H. Ohgita, K. Funabiki, M. Miura, Y. Naito, J. Ito // *Acta Oto-Laryngologica.* - 2010. - 130. - p. 29–33.
37. Tono, T. Staging and classification criteria for middle ear cholesteatoma proposed by the Japan Otological Society / T. Tono, M. Sakagami, H. Kojima, Y. Yamamoto, K. Matsuda, M. Komori, N. Hato, Y. Morita, S. Hashimoto // *Auris, nasus, larynx.* - 2017. - 44(2). - p. 135-140.

38. Wegner, I. A systematic review of the diagnostic value of CT imaging in diagnosing otosclerosis / I. Wegner, A. van Waes, A. Bittermann, S. Buitinck, C. Dekker, S. Kurk, M. Rados, W. Grolman // *Otol Neurotol.* - 2016. - 37. - p. 9–15.
39. Wiggins III, R. The many faces of facial nerve schwannoma / R. Wiggins III, H. Harnsberger, K. Salzman, C. Shelton, T. Kertesz, C. Glastonbury // *Am J Neuroradiol.* - 2006. - 27(3). - p. 694-699.
40. Zanoletti, E. Surgery of the lateral skull base: a 50-year endeavour / E. Zanoletti, A. Mazzoni, A. Martini, R. Abbritti, R. Albertini // *Acta Otorhinolaryngol Ital.* - 2019. - 39. - p. 1–146.