

3. Значительное обнажение твердой мозговой оболочки средней черепной ямки при расширенных типах открытой санации среднего уха.

4. Большая мозговая грыжа в послеоперационной полости среднего уха.

5. Другие патологические процессы, требующие удаления значительных объемов тканей в области среднего уха и, как следствие, сопровождающиеся формированием обширных дефектов в области височной кости.

Во всех указанных случаях облитерация среднего уха избавляет пациентов от симптомов хронического воспаления, позволяет снизить частоту посещения врача, что улучшает качество жизни.

Техника облитерации предусматривает тщательное удаление эпидермиса и холестеатомы из всех отделов среднего уха. Наиболее критическими зонами являются:

- передние отделы эпитимпанума;
- перилабиринтные клетки;
- ретрофациальная зона;
- воздухоносные клетки в области арки верхнего полукружного канала;
- синодуральный угол;
- верхушка сосцевидного отростка.

Даже небольшие остатки плоского ороговевающего эпителия на твердой мозговой оболочке могут стать причиной резидуальной холестеатомы. Последнее требует обязательного МРТ-контроля в послеоперационном периоде. Облитерации подлежит также вход в слуховую трубу со стороны барабанной полости. Операция завершается созданием «слепого» мешка из кожи наружного слухового прохода.

Цель исследования. Накопление опыта жировой облитерации среднего уха у больных ХГСО с послеоперационным воспалением трепанационной полости, не поддающимся консервативным и стандартным хирургическим методам лечения.

Пациенты и методы исследования. Приводим случай облитерации среднего уха у пациентки 45 лет, обратившейся в клинику с жалобами на непрекращающуюся в течение многих лет оторею. Из анамнеза установлено, что у больной имеется врожденная аномалия развития наружного уха [микротия, атрезия наружного слухового прохода (НСП)], парааурикулярный свищ. Около 15 лет назад (выписки из историй болезни не сохранились) с интервалом от 8 месяцев до 1 года были выполнены 4 операции: две по поводу пластики ушной раковины и две по поводу атрезии НСП и парааурикулярного свища.

При осмотре отмечено наличие сформированной оперативным путем ушной раковины, форму которой с эстетической точки зрения нельзя назвать удовлетворительной. При отоскопии – вход в слуховой проход сужен. В послеоперационной

полости, сформированной в среднем ухе, определяются гнойное отделяемое, эпидермальные массы. На коже в проекции козелка – свищевой ход с гнойным отделяемым. Аудиологическое обследование выявило сенсоневральную тугоухость со снижением восприятия звуков в области речевых частот при костной проводимости до 50–60 дБ (III степень). С учетом жалоб на практически круглогодичное наличие отделяемого из наружного слухового прохода и свищевого хода, отсутствие эффекта от консервативного лечения пациенту предложена облитерация среднего уха жировой тканью.

Выполнен разрез в заушной области, после удаления свободно лежащих холестеатомных масс с помощью бормашины максимально вскрыты все группы клеток среднего уха. После контрастирования метиленовой синью удален парааурикулярный свищ с подлежащим участком хряща ушной раковины. После поперечного разреза кожа слухового прохода отслоена в латеральном направлении, выведена с помощью нитей через наружный слуховой проход. На кожу наложены швы мононитью № 4. Второй слой швов наложен на мягкие ткани с внутренней стороны викрилом № 4.

Жировая ткань в объеме 30 мл получена из области передней брюшной стенки через разрезы 0,3–0,5 см канюлей для липоаспирации G11, соединенной к шприцу объемом до 20 мл, в котором с помощью оттягивания поршня создается отрицательное давление. Сохранение тканевой структуры гарантирует целостность как жировых клеток, так и межклеточных мезенхимальных прослоек, ответственных за последующую васкуляризацию и несущих клетки-предшественники – преадипоциты.

Жировая клетчатка многократно промыта физиологическим раствором в целях освобождения от крови, разрушенных клеток и свободного жира. Раны в области донорского участка зашиты без использования дренажей, наложены асептические повязки.

Трепанационная полость в области среднего уха заполнена абдоминальным жиром, устье слуховой трубы облитерировано кусочком аутохряща из ушной раковины и фасцией височной мышцы, заушная рана послойно ушита.

Результаты и обсуждение. При контрольном осмотре через 12 месяцев после операции больная отмечает отсутствие жалоб со стороны оперированного уха. При осмотре область ушной раковины и парааурикулярные ткани не имеют признаков воспаления. В проекции входа в наружный слуховой проход углубление около 0,5 см. Пальпация тканей ушной раковины и области сосцевидного отростка безболезненна. Результаты МРТ височной области свидетельствуют о фор-