



## СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ИНФРАЛАБИРИНТНОЙ АПИКАЛЬНОЙ ХОЛЕСТЕАТОМЫ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ С СОХРАНЕНИЕМ УЛИТКИ

Хамгушкеева Н. Н.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 190013, Санкт-Петербург, Россия  
(Директор – засл. врач РФ, академик РАН, проф. Ю. К. Янов)

## THE METHOD OF COCHLEA-SPARING SURGICAL SANATION OF INFRA LABYRINTHINE-APICAL CHOLESTEATOMA OF THE PETROUS PART OF THE TEMPORAL BONE

Khamgushkeeva N. N.

Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Хирургическое лечение пациентов с инфралабиринтной апикальной холестеатомой пирамиды височной кости заключается в радикальном удалении образования, зачастую вместе с улиткой, что приводит к развитию у пациентов в послеоперационном периоде хронической сенсоневральной тугоухости IV степени.

В статье представлен способ хирургической санации инфралабиринтной-апикальной холестеатомы пирамиды височной кости с сохранением улитки. Данный способ применим к пациентам с сохраненной функцией слухового анализатора при отсутствии распространения холестеатомы в лабиринт и высоко-го стояния луковицы яремной вены. Способ включает скелетирование фаллопиева канала, расширение гипотимпанума путем удаления костного навеса нижней стенки наружного слухового прохода вместе с барабанным кольцом до луковицы яремной вены, а также за счет удаления костного навеса передней стенки наружного слухового прохода до височно-нижнечелюстного сустава и истончения костной капсулы улитки до перепончатого его отдела. После этого выполняют удаление синусов гипотимпанума, инфралабиринтного клеточного тракта, перикаротидных и предкаротидных клеток до внутренней сонной артерии, углубляясь к вершине пирамиды височной кости. При этом до скелетирования фаллопиева канала выполняют доступ заушным подходом с проведением расширенной антростомаидотомии, удалением молоточка, наковальни, всех клеток ячеистого тракта височной кости. Одновременно с выполнением скелетирования фаллопиева канала проводят интраоперационный мониторинг лицевого нерва, используя игольчатую электромиографию посредством бормашины до появления пороговых событий при силе тока от 0,8 до 0,5 мА, проводят санацию сформированной трепанационной полости, а затем выполняют пластическое расширение наружного слухового прохода, тимпаноластику по III или IV типу с оссикулопластикой в зависимости от степени поражения звукопроводящей системы среднего уха, при этом в послеоперационном периоде трепанационную полость ведут открыто. Способ позволяет снизить риск развития рецидива холестеатомы и сохранить слух пациентам. Результат лечения оценивался с использованием отомикроскопии, МСКТ височной кости, МРТ среднего уха в DWI-режиме в сроки наблюдения от 6 месяцев до 3 лет.

**Ключевые слова:** холестеатома, пирамида височной кости, хронический гнойный средний отит, интраоперационный мониторинг лицевого нерва, инфралабиринтная апикальная холестеатома.

**Библиография:** 11 источников.

Surgical treatment of patients with infralabyrinthine-apical cholesteatoma of the petrous part of the temporal bone involves the radical excision of the formation, often together with the cochlea, which results in the development of the degree 4 of chronic sensorineural hearing loss in the postoperative period.

This article presents a method of cochlea-sparing surgical sanitation of infralabyrinthine-apical cholesteatoma of the petrous part of the temporal bone. This method is applicable to the patients with the preserved function of the auditory analyzer without the extension of cholesteatoma to the labyrinth and high position of the bulb of the jugular vein. The method includes skeletonization of the fallopian canal, expansion of the hypotympanum by removal the bone shelf of the lower wall of the external auditory canal together with the tympanic ring up to the jugular vein bulb, as well as by removal the bone shelf of the anterior wall of the external auditory canal up to temporo-mandibular joint, and thinning of the cochlear capsule up to its membranous region. After that, the sinuses of hypotympanum, infralabyrinthine cellular tract, pericarotid