

Использование реконструированного тела наковальни в качестве мостика между молоточком и стремечком стояло у истоков оссикулопластики. Титановые протезы начали использовать с 1990 г. Для восстановления цепи слуховых косточек использовались различные графты (как ауто-, так и алло-): плоские кости, части молоточка, хрящи ушной раковины или реберные хрящи, а также полные или частичные протезы цепи слуховых косточек (TORP или PORP) [1]. Идеальный трансплантат должен быть биосовместимым, иметь соответствующую жесткость, долговечность и легко устанавливаться с технической точки зрения. В настоящее время нет однозначного ответа, какой именно трансплантат адекватно сочетает в себе все эти качества.

Цель исследования

Сравнение послеоперационного улучшения слуха у пациентов, перенесших тимпаноластику и оссикулопластику с аутографтом и аналогичную операцию с применением титанового протеза.

Пациенты и методы исследования

В данное исследование были включены 60 пациентов с ХГСО. Критериями включения в исследование были:

- 1) пациенты с ХГСО с разрушением слуховых косточек, которым была проведена раздельная атикоантротомия (РААТ) с тимпанопластикой (ТП) и оссикулопластикой;
- 2) возраст от 15 до 50 лет;
- 3) согласие пациента на операцию.

Пациенты с кондуктивной тугоухостью, вызванной другими причинами, пациенты со смешанными нарушениями слуха, а также пациенты, подвергающиеся ревизионной операции, были исключены из исследования.

Все пациенты были тщательно обследованы, им были проведены тональная пороговая аудиометрия и отомикроскопия. Если по результатам рентгенологических исследований височной кости было обнаружено разрушение слуховых косточек, пациенты подвергались оссикулопластике с использованием аутографта (группа А) или титанового протеза (группа Б).

В первой группе (группе А) реконструкция проводилась с использованием аутологичного трансплантата – собственной реконструированной наковальни, во второй группе (группе Б) применялись титановые протезы ТТР-VARIO фирмы KURZ. Всем пациентам была проведена РААТ с ТП и оссикулопластикой под общей анестезией, выполненная через заушный доступ.

В группе А наковальня и ее некротизированный отросток были отделены от молоточково-наковального сустава и удалены. Первичная оссикулопластика выполнялась внешне здоровой наковальной,

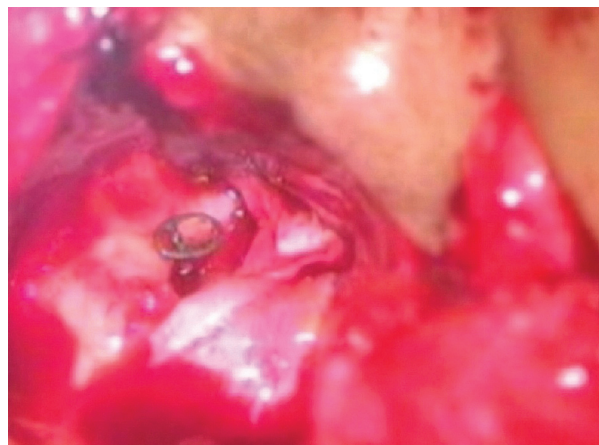


Рис. Тотальный титановый протез
Fig. Total titanium prosthesis

с соединением шейки молоточка с головкой стремени. У пациентов с отсутствующей головкой стремени аутографт устанавливался между рукояткой молоточка и подножной пластинкой стремени.

В группе Б титановые протезы – частичные или полные – использовались в зависимости от сохранности головки стремени. На рисунке показан тотальный титановый протез, установленный на подножную пластинку стремени.

Поверх титанового протеза помещался хрящ ушной раковины для предотвращения экстружии, укладывалась поверхностная височная фасция и производилась пластика наружного слухового прохода.

Все пациенты получали антибиотики, анальгетики в послеоперационном периоде.

Последующее наблюдение проводилось в течение 6 месяцев. Слуховые пороги оценивались на 3-й и 6-й месяцы после операции в четырехчастотном диапазоне 0,5/1/2/4 кГц.

Улучшение слуха оценивалось по параметрам уменьшения костно-воздушного разрыва (КВР) и улучшения воздушной проводимости (ВП).

Статистический анализ

Мы проанализировали наши данные, используя статистический пакет для социальных наук SPSS 17.0 (IBM Corp., 2011). Различия между группами оценивались *t*-критерием Стьюдента, а внутри групп – парным *t*-критерием. Номинальные различия между группами оценивались критериями Хи-квадрат и тестом Фишера. *P* < 0,05 считалось статистически значимым.

Ограничения

В нашем исследовании пациенты наблюдались в течение 6 месяцев, однако для оценки долгосрочных результатов оссикулопластики требуется гораздо более длительный период наблюдения.

Результаты исследования

Анализ данных всех 60 пациентов представлен в табл. 1.