Хирургическое лечение отосклероза является своего рода вызовом для хирурга при анатомических особенностях строения ниши овального окна (НОО): при узкой НОО или при нависании лицевого нерва. Цель данного исследования — определить роль эндоскопического вмешательства в таких трудных случаях. Для исследования были отобраны пациенты, которым проводили вмешательства за период с 2008 по 2017 г., с анатомическими особенностями строения НОО, полученные по результатам КТ (с учетом данных литературы). Интраоперационную эндоскопическую картину анатомических деталей и хирургических сложностей анализировали с помощью видеофиксации. В заключение был проведен статистический анализ корреляции эндоскопической визуализации анатомических деталей и рентгенологических находок. В исследование были включены 18 (8,7%) из 205 человек. У 94,4% пациентов удалось получить оптимальную эндоскопическую визуализацию анатомических деталей каждого этапа стапедэктомии. Авторы утверждают, что размеры НОО (ширина, глубина и фациально-промонториальный угол) незначительно влияли на эндоскопический обзор при операции. Те анатомические особенности строения ниши овального окна, которые затрудняют обзор при операции под микроскопом, не мешают обзору операционного поля при использовании эндоскопа. У пациентов, у которых имеются особенности в строении НОО, рекомендуется использовать эндоскопы, которые позволяют улучшить визуализацию во время операции.

ОТОСКЛЕРОЗ: РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОТОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫСОКОРАЗРЕШАЮЩЕЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

OTOSCLEROSIS: ANATOMICAL DISTRIBUTION OF OTOSCLEROTIC LOCI ANALYZED BY HIGH-RESOLUTION COMPUTED TOMOGRAPHY

C. Yagi, Y. Morita, K. Takahashi, M. Ogi, S. Oshima, Y. Yamamoto, A. Horii

Eur Arch Otorhinolaryngol. 2019 May;276(5):1335-1340 (англ. — Япония)

Цель исследования — подтвердить наличие отосклеротических очагов при отосклерозе. В исследование были включены 95 пациентов с хирургически подтвержденным одно- и двусторонним отосклерозом. Гиподенсные области в капсуле лабиринта, обнаруженные при высокоразрешающей компьютерной томографии, были отнесены к отосклеротическим очагам. Проанализировали количество и локализацию таких очагов, предположительный путь распространения патологического процесса и корреляцию с возрастными порогами слуха. Отосклеротические очаги при КТ были обнаружены в 77 из 115 ушей. Были выявлены 3 наиболее частые области поражения: передняя часть овального окна (ОК), передняя часть внутреннего слухового прохода (ВСП) и перикохлеарная область (ПКО) в 96,1, 46,8 и 26,0% ушей соответственно. Единичные очаги поражения только в области ОК наблюдали в 48,1% ушей; в области ВСП — в 3,9%; в перикохлеарной области не обнаружено ни одного единичного очага (статистически значимо). Отосклеротические очаги в области ОК преимущественно перекрывали очаги ВСП (44,6%), что наблюдалось чаще, чем с перикохлеарными очагами (27,0%) (p <0,05). Наиболее частыми сочетаниями при множественных областях поражения были ОК и ПКО (80%), по сравнению с ОК и ВСП (48,5%) (p <0,05). Четкой корреляции между количеством отосклеротических очагов, возрастом, и порогами слуха не выявлено. Было установлено, что отосклеротический очаг может начинаться с области ОК с дальнейшим распространением на переднюю часть внутреннего слухового прохода и гораздо позднее — на перикохлеарную область. Хотя количество отосклеротических очагов не коррелировало с возрастом и порогами слуха, анатомическая стадия заболевания может быть подтверждена локализацией очага и количеством очагов (для прогноза относительно слуховой функции).

ПРИМЕНЕНИЕ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА: РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ

EVALUATION OF ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS WITH CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY: A RETROSPECTIVE STUDY WITH REVIEW OF LITERATURE

A.A. Bajoria, S. Sarkar, P. Sinha

J Int Soc Prev Community Dent. 2019 Mar-Apr;9(2):194-204 (англ. — Индия)

Цель данной статьи — описать рентгенологические характеристики одонтогенного верхнечелюстного синусита по данным конусно-лучевой компьютерной рентгенографии (КЛКТ) и определить, патология каких зубов или каких корней зубов наиболее часто вызывает данное заболевание. Было изучено 500 изображений верхнечелюстной пазухи с обеих сторон в трех проекциях. Для определения одонтогенной природы синусита использовалась модифицированная классификация *Abrahams and Glassberg* . Акцентировали внимание на близости расположения корней зубов ко дну верхнечелюстной пазухи, периапикальной патологии, наличие целостности дна пазухи . Было проанализировано 1000 изображений гайморовых пазух (по 500 с каждой стороны). В большинстве наблюдений (74,9%) корень какого-либо зуба касался дна пазухи. Среди них в 16,9% случаев было крайне близкое расположение корня и дна пазухи, а в 8,2% случаев корень зуба проникал в пазуху. У 38 пациентов была выявлена одонтогенная природа верхнечелюстного синусита, у 273 — неодонтогенная, у 96 — причину установить не удалось, у 593 человек пазухи были интактны. Авторы статьи заключают, что частота встречаемости одонтогенного синусита недостаточно освещена в литературе. Использования низкодозной конусной КТ достаточно для установления одонтогенной причины заболевания.

Подготовили проф. ***И.В. Иванец, П.С. Иванец***