**Кушнір Антон Семенович. Клініко-морфологічні паралелі при хронічних гнійних середніх отитах в залежності від краніологічних особливостей будови печерно-соскоподібної частини середнього вуха: дис... канд. мед. наук: 14.03.01 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2004.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | ***Кушнір А.С.****Клініко-морфологічні паралелі при хронічних гнійних середніх отитах в залежності від краніологічних особливостей будови печерно-соскоподібної частини середнього вуха. – Рукопис.*  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.01 – нормальна анатомія. – Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця МОЗ України, Київ, 2004.  Дисертація присвячена вивченню краніологічних відмінностей будови печерно-соскоподібної частини середнього вуха, її патологічних змін та клінічного значення при хронічних гнійних середніх отитах, а також встановленню особливостей топографії каналу лицевого нерва в соскоподібних відростках при різних формах черепа.  На основі секційних досліджень 136 скроневих кісток померлих людей, а також клінічних обстежень 197 хворих на хронічний гнійний середній отит визначено залежність будови коміркової системи соскоподібних відростків, ширини входу до соскоподібної печери та її розмірів від краніометричних показників. Вперше досліджено особливості патологічного процесу в середньому вусі при ХГСО в залежності від краніологічних відмінностей будови печерно-соскоподібної ділянки середнього вуха. Зокрема при доліхоцефалічній формі черепа, якій притаманна поширена коміркова система відростків, найчастіше відзначається інвазивний ріст холестеатоми в соскоподібні комірки (36,4% осіб), що робить несприятливим перебіг захворювання і вимагає проведення адекватного лікування.  Досліджено, що при брахіцефалічній формі черепа відстань від каналу лицевого нерва в соскоподібній частині до задньої кісткової стінки зовнішнього слухового ходу більша, ніж при інших краніологічних варіантах. Розроблено спосіб попередження травматизації лицевого нерва при оперативних втручаннях на соскоподібному відростку. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертаційній роботі подано вирішення науково-практичної задачі, яка полягає у вивченні краніологічних відмінностей будови печерно-соскоподібної частини середнього вуха, її патологічних змін та клінічного значення при хронічних гнійних середніх отитах, а також встановлено особливості топографії каналу лицевого нерва в соскоподібних відростках при різних формах черепа, що дало можливість розробити спосіб попередження травматизації лицевого нерва при сануючих оперативних втручаннях на вусі.  2. Розміри надходової ості (середня довжина 7,0+1,5 мм, ширина – 3,1+1,2 мм) не залежать ні від особливостей будови коміркової системи соскоподібних відростків, ні від форми черепа. Проте довжина барабанно-соскоподібної щілини достовірно більша при доліхоцефалічній формі черепа (20,1+2,8 мм).  3. При брахіцефалічній формі черепа відзначається найнижчий ступінь розвитку коміркової системи соскоподібних відростків (поширений комірковий тип – 25,0%, обмежений комірковий – 54,1%), на відміну від доліхоцефалічної форми черепа, яка відзначається значно розвинутішою комірковою системою (80,0% – поширений комірковий тип) відростків.  4. Незалежно від типу будови коміркової системи соскоподібних відростків, при брахіцефалічній формі черепа відзначаються найбільші розміри соскоподібної печери та показники ширини входу до соскоподібної печери (4,2 – 4,6 мм) в порівнянні з мезо- і доліхоцефалічною (2,6 – 2,8 мм).  5. При брахіцефалічній формі черепа редукція коміркової системи соскоподібних відростків при ХГСО виражена найбільше, склеротична структура спостерігалася у 76,2% хворих на епітимпаніт і 20,0% – на мезотимпаніт даної групи. Доведено можливість вторинного склерозування коміркової системи відростків під впливом протікаючого хронічного гнійного середнього отиту.  6. Найменші показники площі соскоподібної печери у хворих на хронічний гнійний епітимпаніт без розповсюдження холестеатомного процесу в цей відділ визначалися при доліхо- (16,8+4,6 мм2) і мезоцефалічній формі черепа (24,7+5,8 мм2). У хворих на ХГЕ даної групи відзначалося достовірне зменшення площі соскоподібної печери на хворому вусі в порівнянні із протилежним здоровим при всіх формах черепа.  7. При доліхоцефалічній формі черепа, якій притаманна поширена коміркова система відростків, найчастіше відзначається інвазивний ріст холестеатоми в соскоподібні комірки (36,4% осіб), що робить несприятливим перебіг та прогноз захворювання у даної категорії пацієнтів і вимагає проведення адекватного лікування.  8. При брахіцефалічній формі черепа відзначається достовірно більша віддаленість каналу лицевого нерва від задньої кісткової стінки зовнішнього слухового ходу (5,20,6 мм) в порівнянні з мезо- (4,20,5 мм) та доліхоцефалічною (3,60,4 мм), а також найменша відстань від задньої стінки слухового ходу до борозни сигмоподібної пазухи (11,91,9 мм). | |