

УДК 616.724-008.6:(611.715.3+611.854

## ЧИ ЩІЛИНА ГЛЯСЕРА Є СПРАВДІ ЩІЛИНОЮ ГЛЯСЕРА?

Олександр КИЦЕРА, Леся МАТЕШУК-ВАЦЕБА

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
Львів, Україна, Ivatseba@gmail.com*

*Стаття присвячена полеміці щодо ототожнення термінів «кам'янисто-барабанна щілина» і «щілина Глясера». Кам'янисто-барабанна щілина, *fissura petrotympanica*, добре відома оториноларингологам, стоматологам і, звичайно, анатомам. З подразненням судинно-нервового пучка, що міститься у кам'янисто-барабанній щілині, пов'язують симптомокомплекс, який носить ім'я Джеймса Брея Костена або синдрому скронево-нижньощелепної дисфункції. У фаховій літературі часто кам'янисто-барабанну щілину називають щілиною Глясера. Результати наукового пошуку, представлені у статті, доводять, що немає жодних підстав ототожнювати кам'янисто-барабанну щілину, *fissura petrotympanica* зі щілиною Глясера.*

**Ключові слова:** кам'янисто-барабанна щілина, щілина Глясера, синдром Костена.

## DO GLYASER'S FISSURE IS TRULY GLYASER'S FISSURE?

Alexander KITSERA, Lesya MATESHUK-VATSEBA

*Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine, Ivatseba@gmail.com*

*The article is devoted to the controversy regarding the identification of the terms « petrotympanic fissure » and «Glyaser's fissure». Fissura petrotympanica, well-known to the otolaryngologists, dentists and of course to the anatomists. The symptoms, which bears the name of James Bray Costen or temporomandibular dysfunction syndrome are associated with irritation of the neurovascular bundle that is located in the petrotympanic fissure. Petrotympanic fissure is often called Glyaser's fissure in professional literature. The results of scientific research work that are presented in the article show that there is no reason to equate petrotympanic fissure, *fissura petrotympanica*, with Glyaser's fissure.*

**Key words:** petrotympanic fissure, Glyaser's fissure, Costen's syndrome.

Йдеться про кам'янисто-барабанну щілину, *fissura petrotympanica*, добре відому оториноларингологам, стоматологам і, звичайно, анатомам, утворення, що з його деформацією пов'язують симптомокомплекс, який носить ім'я американського оториноларинголога Джеймса Брея Костена (J. Costen, 1896 – 1962) або синдрому скронево-нижньощелепної (теморо-мандибулярної) дисфункції. Цей синдром виникає в разі відсутності кутніх зубів або зниження їхньої висоти (внаслідок патологічного стирання), а також при зламах нижньої щелепи та про-

являється порушенням прохідності слухової труби, зниженням слуху кондуктивного типу, шумами та болем у вухах. Дещо рідше виникають глосалгії, порушується смакова чутливість на солодке, солоне, гірке. До перелічених симптомів інколи приєднуються такі: біль голови, шиї, потилиці, сухість порожнини рота або ж, навпаки, гіперсаливація, запаморочення (без ністагму), тризм, хрустіння в скронево-нижньощелепних суглобах. Синдром може проявлятися усіма перерахованими симптомами або лише деякими з них.

До сьогодні науковці описують синдром Костена як один з яскравих проявів подразнення елементів судинно-нервового пучка у щілині Глясера [1]. Топографія щілини, донині позначеної, як кам'янисто-барабанна (*fissura petrotympanica*), або щілина Глясера така: в нижній частині луски скроневої кістки, попереду і дещо вище від зовнішнього слухового ходу, двома коренями відходить виличний відросток. Між цими коренями розташовується нижньощелепна ямка для головки нижньої щелепи, відділена від передньо-нижньої стінки кісткової частини зовнішнього слухового ходу нахиленою щілиною. Доки головка нижньої щелепи перебуває в нижньощелепній ямці у звичайному положенні, передня барабанна артерія функціонує нормально. Але за ситуації, описаної вище, головка нижньої щелепи зміщується догори і дозад, передня барабанна артерія, а за нею також супутні лімфатичні судини, волокна симпатичного барабанного сплетення і, звичайно, барабанна струна стискаються. Інколи зміщується і деформується також слухова труба.

Після ортопедичної нормалізації висоти нижньої третини обличчя симптоми, що складають синдром Костена, минають практично безслідно.

І, якщо роль Костена в первинному описі цього синдрому не викликає жодних сумнівів, то щодо терміну «щілина Глясера» такі сумніви цілком обґрунтовані. Докторові Альбертові Мудри з Лозанни [6] нещодавно пощастило знайти трактат Глясера і скопіювати опис того утворення, що його згодом назвали щілиною Глясера. Ось що писав Johann Heinrich Glaser далекого 1680 року:

*«Quia in vitulo observare est, circillum illum osseum, qui tympanum continent, prope mallei caput findi, fissure haec exiguum foramen efformat ex pelvi in meatum auditorium; meatus auditorius pericranio succingitur, hoc pericranium continuator per fissuram, eamque succingit, cum fissuram transiit, expanditur, et facit tympanum. Ergo humor ex pelvi per hunc canalem in meatum auditorium fluit, super pericranio; in meatu auditio reperit carnem glandulosam quae humorem imbibit, et per poros suos in ematum auditorium fundit» [4].*

Перекладемо цей відривок з латини: «Як це спостерігається у теляти, персне-подібна кістка (мабуть барабанне кільце, *annulus tympanicus*, – тут і далі коментарі наші), що охоплює барабанну перетинку, поділяється поблизу головки молоточка і провадить із барабанної порожнини в зовнішній слуховий хід; слуховий хід (вочевидь – зовнішній) оточений перикраніумом, цей перикраніум розповсюджується на вузьку щілину, вистилає її і формує барабанну перетинку. Рідина впливає цим ходом з барабанної порожнини у зовнішній слуховий хід понад перикраніумом, сягає залозистого тіла в слуховому (вочевидь – зовнішньому) ході, яке всмоктує цю рідину і видаляє її через власні ходи (отвори залоз?) назовні»

Отже, йдеться зовсім не про кам'янисто-барабанну щілину, *fissura petrotympanica*, а про якийсь хід, чи щілину поміж барабанною порожниною і зовнішнім слуховим ходом в голові теляти, можливо – патологічну, що виникла при поділі туші.

Щось подібне, що його описав Йоганнес Август Рівіні-молодший 1717 року, названо отвором Рівіні (*foramen Rivini*). Це був ніби-то отвір в ненацягненій (звислій) частині барабанної перетинки біля самої верхньої стінки зовнішнього слухового ходу. Пауль Вірц (Paul Wirtz) 1886 року захистив дисертацію про роль отвору Рівіні в розвитку запальних процесів надбарабанного простору [6]. Щойно Політцер (Adam Politzer) 1907 року цитуючи Munnik заперечив наявність цього отвору [7]. Цікаво, що деякі анатоми XVIII століття однозначно вказували, що щілина Глясера спостерігається в зовнішньому слуховому ході поблизу барабанної перетинки, пов'язана з м'язом-натягачем барабанної перетинки, який прикріплюється до молоточка і є альтернативним шляхом відпливу рідини з барабанної порожнини. Згаданий м'яз ніби-то знаходиться в зовнішньому слуховому ході, проходить крізь барабанну перетинку і прикріплюється до молоточка. Анатоми пізнішого часу не знаходили в зовнішньому слуховому ході і барабанній перетинці людини ні отвору Рівіні, ні щілини Глясера, відповідної наведеному описові [6].

Отже, те, що ми нині називаємо щілиною Глясера не має нічого спільного з Й. Г. Глясером. Кам'янисто-барабанна щілина,



трьох років вивчав філософію, а після цього вісім років студював медицину в Гайдельбергу та в Парижі. В рідному Базелі 1661 року захистив докторат з медицини, відкрив приватну лікарську практику і продовжив філософські студії. 1665 року його номіновано професором грецької мови, анатомії і ботаніки в Базельському університеті. Дещо пізніше отримав ще посаду лікаря Базельського шпиталю. 1672 року його обирають ректором університету. Глясер приділяв багато уваги праці зі студентами біля ліжка хворого, а також навчав їх в секційному залі, особисто проводячи розтини, зіставляючи клінічні спостереження з патологоанатомічними знахідками. Залишив мало наукових праць, та й ті здебільшого не збереглися [6]. Праці, які

вдалося відшукати, присвячено остеології, краніології та анатомії черепних нервів. Г. Глясер базувався, передусім, на працях британця Вілізія (Thomas Willis, 1621-1675) і його анатомічній класифікації, а також на працях голландського анатома Isbrand van Diemerbroeck (1609-1674) [2]. Генріх Глясер помер у віці 46 років від висипного тифу, що ним заразився від приватного пацієнта.

#### **ВИСНОВКИ**

Вказане вище свідчить, що синдром Костена дійсно можна вважати проявом подразнення судинно-нервового пучка у кам'янисто-барабанній щілині. Але немає жодних підстав називати кам'янисто-барабанну щілину, *fissura petrotympanica*, щілиною Глясера.

#### **БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ**

1. Bluvshstein, G.M., Kalashnik, J.M., Pavlova, O.A., Cholodenko, E.V., 2011. Rare pathology: Costen's syndrome (To feature of clinical and audiological manifestations). J. of EAR, nose and throat diseases. 3, 2-12.
2. Burkhardt, A., 1917. Geschichte der medizinischen Fakultät zu Basel 1460-1900. Basel-Reinhardt. 185-189.
3. Duverney, J.G., 1683. Traité de l'organe de l'ouïe. Paris. Michallet. 51.
4. Glaser, J.H., 1680. Tractatus posthumus de cerebro in quo ujus non fabrica tantum. Basileae: Bertschi.-Francofurti.-Rüdiger. 71.
5. König, E., 1682. Regnum animale. Coloniae Munitianae. König. 94.
6. Mudry, A., 2014. Johann Heinrich Glaser (1629-1675) und die Fissura petrotympanica. Schweiz. Medizin. Forum. 14. 27-28. 511-513.
7. Politzer, A., 1907. Geschichte der Ohrenheilkunde: I Band: Verlag v. Enke.-Stuttgart. 299.