

Surgical aspects of treatment of chronic suppurative otitis media
Karataeva L.¹, Inoyatova S.², Namaxanov A.³ (Republic of Uzbekistan)
Хирургические аспекты лечения хронического гнойного среднего отита
Каратаева Л. А.¹, Иноятлова Ш. Ш.², Намаханов А. М.³ (Республика Узбекистан)

¹Каратаева Лола Абдуллаевна / Karataeva Lola - кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра судебно-медицинской экспертизы, патологической анатомии с секционным курсом;

²Иноятлова Шахноза Шухрат кизи / Inoyatova Shakhnoza - студент;

³Намаханов Ахрорхужа Мухаммадиевич / Namaxanov Ahrorhoja – студент,
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Аннотация: патологические процессы в среднем ухе приводят зачастую к снижению слуха и поэтому в нашей работе отражена терапия хронического гнойного отита.

Abstract: pathological processes in the middle ear often leads to hearing loss and therefore in our work is reflected therapy of chronic suppurative otitis media.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, тимпаноластика, наружные отиты.
Keywords: chronic suppurative otitis media, tympanoplasty, otitis external.

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) представляет собой патологию, важную не только в клиническом, но и в социальном отношении, так как является основной причиной снижения слуха у лиц трудоспособного возраста. Распространенность ХГСО среди населения по данным различных авторов составляет от 1-5 %. В настоящее время хирургическое лечение данного заболевания является наиболее эффективным, так как не только способствует санации патологического очага, но и обеспечивает реконструкцию звукопроводящих элементов, восстановление целостности барабанной перепонки. Это позволяет улучшить слух, а также предотвратить рецидивы заболевания. На сегодняшний день накоплен значительный опыт выполнения различных типов реконструкции барабанной полости - тимпаноластики. Однако не всегда происходит стойкое закрытие перфорации барабанной перепонки. По данным литературы, возникновение реперфорации наблюдается в 7-57 % случаев. Это обуславливает актуальность поиска новых современных методов ведения больных после тимпаноластики, которые могли бы снизить частоту неудовлетворительных исходов операции.

Существует несколько направлений повышения эффективности тимпаноластики. Основные усилия отохирургов направлены на совершенствование хирургической техники, минимизацию операционной травмы. Другим направлением профилактики осложнений является воздействие на течение репаративных процессов в послеоперационном периоде, создание более благоприятных условий для приживления неотимпанального лоскута.

С 1992 года в литературе появляются данные о влиянии эндогенного оксида азота (NO) на течение раневого процесса. Это простейшее химическое соединение, непрерывно продуцирующееся в клетках организма человека, выполняет функции универсального регулятора-мессенджера, а также играет важную роль в обеспечении сосудистого тонуса, передаче нервного импульса, при стрессе, адаптации, иммунных нарушениях, инфекции, воспалении, опухолевом росте. В 1997 году был обнаружен выраженный биостимулирующий эффект газообразного NO, который проявлялся в ускорении заживления ран, трофических язв.

Полученные в ходе дальнейших научных исследований результаты нашли широкое применение в клинической практике. В настоящее время воздушно-плазменная терапия газообразным NO (NO-терапия) широко используется в онкологии, реконструктивно-пластической хирургии, военно-полевой хирургии, травматологии, стоматологии, офтальмологии [Гостищев В.К., 2001, Лукашев О.Н, 2001, Наливкин А.Е., 2006]. В оториноларингологии газообразный NO с высокой эффективностью применяется при различных заболеваниях, в том числе при лечении наружных отитов, гнойного мезотимпанита, а также для активации процессов регенерации и профилактики осложнений при реконструктивных операциях на гортани и трахее [Голубовский Г.А., 2007, Зайцев В.М., 2010, Гербергаген А.Н., 2011].

В настоящее время также остается открытым вопрос о лечебной тактике у больных ХГСО, осложнившимся лабиринтитом. Высказываются различные точки зрения по поводу решения данной проблемы. С одной стороны – хирургическое вмешательство с целью санации очага инфекции (санирующая общеполостная операция на среднем ухе) и пластическое закрытие фистулы лабиринта, если таковую удастся обнаружить, с последующей антибактериальной, дегидратационной, стимулирующей терапией [1,4]. С другой – консервативная терапия в остром периоде лабиринтита (антибактериальная, дегидратирующая, стимулирующая и т. д.) с последующим хирургическим лечением в спокойном периоде после купирования либо стихания лабиринтных расстройств [2-5].

На современном этапе приоритет хирургического метода лечения при эпитимпанитах и эпимезотимпанитах является общепризнанным [9]. Наличие холестеатомы делает показания к санирующей хирургии абсолютными [6].

При ХГЭ и ХГЭМ в сочетании с холестеатомой открытый вариант санирующих операций благодаря большим возможностям визуализации структур среднего уха является методом выбора [1]. При этом открытый вариант также может сочетаться с тимпанопластикой, которая выполняется одномоментно или вторым этапом [4]. Открытый вариант предполагает формирование эпидермизированной трепанационной полости в сосцевидном отростке. При этом особое значение приобретает вопрос быстрой и полной эпидермизации полости.

Заживление костной полости при пластике мастоидальной части раны кожным лоскутом реализуется по механизму вторичного заживления, длительность которого составляет в самом благоприятном случае 5-6 недель [7]. Формируемая эпидермальная выстилка часто оказывается несостоятельной и наряду с другими факторами является причиной формирования т.н. «болезни оперированного уха» [8].

Ж.Р. Милье [6] ключевым моментом неполного заживления послеоперационных ран считают границу между эпидермизированной частью послеоперационной полости и сохраненной слизистой оболочкой барабанной полости. Процесс полной эпидермизации во избежание избыточного гранулирования должен быть достаточно быстрым. Барабанная полость, выстланная слизистой оболочкой, должна быть изолирована от полости сосцевидного отростка, выстланного эпидермисом.

В последние годы накоплен большой опыт в реконструктивной хирургии среднего уха при хронических средних отитах. При выполнении функционально-реконструктивной операции на ухе задачей отохирурга является восстановление нормальных анатомических структур не только среднего, но и наружного уха (реконструкция задней стенки наружного слухового прохода при невозможности ее сохранения), тем самым восстанавливая нормальные анатомические взаимоотношения звукопроводящей системы уха [9].

Различают три основных варианта санирующих хирургических вмешательств на среднем ухе – открытый, полуоткрытый (полузакрытый) и закрытый [1,3]. Как у нас в стране, так и за рубежом в течение многих лет ведутся активные дискуссии о преимуществах и недостатках того или иного варианта операции. Длительное время в основном выполняли операции по открытому и полуоткрытому варианту. В таких случаях созданная послеоперационная полость сообщалась с остатками слухового прохода, функциональный результат таких операций был незначительным или вовсе отсутствовал. Однако, основная цель – ликвидация очага инфекции в среднем ухе, предупреждение внутричерепных осложнений, достигалась вполне. К открытым отнесли радикальную операцию, консервативную, модифицированную радикальную, а также все щадящие санирующие операции на среднем ухе. При полуоткрытых (полузакрытых) операциях малую тимпанальную полость ограничивали от антромастоидальной полости и наружного слухового прохода.

Безусловно, такой разброс данных обусловлен, распространенностью патологического процесса в каждом конкретном случае, важную роль играет и квалификация хирурга, наличие современной техники в арсенале специалиста.

Одной из проблем современной отохирургии является этапность выполняемых вмешательств при хирургическом лечении ХГСО. Учитывая наличие в арсенале современного хирургического инструментария и оборудования, у отохирургов появилась возможность производить не только санацию среднего уха, но и выполнять реконструктивный этап операции с улучшением слуха. То есть выполнять двухэтапную операцию одномоментно. Этому мнению придерживаются многие специалисты [2,4].

Подводя итоги вышеизложенного, можно сказать, что выбор метода хирургического лечения должен быть дифференцированным, с учетом распространения и патологических проявлений заболевания [8,5]. Наличие значительного числа больных, перенесших общеполостную операцию на ухе, а также сравнительно высокий процент больных с хроническим воспалением среднего уха, для санации которого показана именно радикальная операция, определяет актуальность совершенствования повторных реконструктивных операций на «оперированном» ухе с целью улучшения слуха.

Литература

1. *Горохов А. А.* Отонейрохирургия (Руководство для врачей). СПб., 2000. 214 с.
2. *Дерюгина О. В., Качков И. А., Благоевещенский С. В.* О тактике лечения больных с гнойными ото- и риносинусогенными внутричерепными осложнениями // Вестник оториноларингологии, - 2002.-№ 5.- С. 57-59.
3. *Крюков А. И.* и соавт. Показатели заболеваемости и качество оказания амбулаторной лор-помощи больным с патологией уха и верхних дыхательных путей в городе Москве // Мат-лы VII науч.- практ. конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии». – М., 2008. – с. 10–13.

4. Лучихин, Л. А. Лечение воспалительных заболеваний среднего уха./ Л. А. Лучихин. //Лечащий врач. – 2004. - №8. - С. 45-48.
5. Загайнова Н. С., Бродовская О. Б. О хирургическом лечении хронического гнойного среднего отита // Российская оториноларингология. – 2008. – Прил. 2. – с. 247–249.
6. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха. – М.: Медицина, 1988. – 185 с.
7. Тос М. Руководство по хирургии среднего уха. – Томск, 2005. – Т. 1, 2.
8. Гаров, Е.В. Современные принципы диагностики и лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом. / Е.В. Гаров, Е.Е. Гарова // Русский Медицинский Журнал. - 2012. - №27.
9. Рязанцев, С.В. Современные деконгестанты в комплексной терапии острых и хронических заболеваний ЛОР-органов / С.В. Рязанцев // Российская оториноларингология. – 2005. - № 6(19). – С. 71-74