

ГОСТРИЙ МАСТОЇДИТ – НОВА ТАКТИКА КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Гострий мастоїдит (ГМ) – захворювання, яке в останній час зустрічається не так часто, але має тяжкий перебіг та ускладнення, тому часто вимагає від лікаря максимуму концентрації уваги для вирішення питання про необхідність проведення невідкладного чи відстроченого хірургічного втручання та призначення адекватного консервативного лікування.

Як відомо, ГМ – це ускладнення гострого середнього отиту (ГСО), який є дуже поширеним захворюванням, особливо у дітей. ГСО має явну сезонність і в основному пов'язаний з епідемією вірусних захворювань (П.В. Сергиенко и соавт., 1975; М.К. Драгнева и соавт., 1984; Tos et al., 1979).

Роль вірусних інфекцій у виникненні ГСО вивчало багато вчених (М.Ю. Гариб, 1972; П.В. Сергиенко и соавт., 1975; А.И. Бикбаева, В.М. Шуленов, 1978; М.Я. Козлов, 1978, 1986; Л.Н. Петрова и соавт., 1986; Є. Янагісава, С. Кмуча, 1995; Karma et al., 1976; Hayasky, Sato, 1987). Одні з них вважають віруси основним етіологічним фактором ГСО (М.Ю. Гариб, 1972; А.И. Бикбаева, В.М. Шуленов, 1978; Berenyi, Jogi, 1983), що підтверджується імунофлюоресцентними та іншими методами дослідження (Н.И. Фаль и соавт., 1985; Л.Н. Петрова и соавт., 1986; Є. Янагісава, С. Кмуча, 1995), які виявляють в основному віруси грипу, парагрипу, аденовіруси. Інші надають вірусам роль пускового механізму з наступним приєднанням бактеріальної флори (П.С. Гуревич и соавт., 1978; М.К. Драгнева и соавт., 1984; М.Я. Козлов, 1986; Lim, De Maria, 1982).

З приводу гострого мастоїдиту вчені сходяться на думці про бактеріальну етіологію даного захворювання, хоча при визначенні поняття ГСО зрозуміло, що запальне ураження слизової оболонки відбувається

як у слуховій трубці та барабанній порожнині, так і у слизовій оболонці соскоподібного відростка. Тому, якщо ГСО вірусної етіології ускладнюється ГМ, звичайно необхідно розглядати останній з точки зору тієї ж етіологічної причини (Є. Янагісава, С. Кмуча, 1995; Brook, Schwartz, 1981).

М.К. Драгнева (1992), вивчаючи етіологічний фактор ГСО, виявила під час двох обстежень спочатку у 10 з 30, а потім у 34 з 57 пацієнтів вірусне походження отиту. Додатково вона визначила відсоток висівання бактеріальної флори на рівні 40%, а грибової – на рівні 20%, що співпадає з даними інших авторів (П.В. Сергиенко и соавт., 1975; М.Я. Козлов, 1986). Співставляючи доантибіотиковий і наступний антибіотиковий період, М.К. Драгнева наводить результати порівняння статистичних показників виявленого середнього отиту та антриту у дітей, у яких захворюваність на середній отит тримається на такому ж високому рівні і в еру антибіотиків, а виявлення антриту збільшилося і складало біля 25% від числа хворих на середній отит, не дивлячись на те, що більшість дітей з ГСО отримували декілька курсів «різнокаліберних» антибіотиків. Автор робить висновок, що бактеріальний фактор не є провідним в етіології мастоїдиту, а також вважає ГМ хірургічним захворюванням (М.К. Драгнева, 1977, 1992).

Протягом останніх 2,5 років нами обстежувалося та лікувалося 14 хворих на гострий мастоїдит, серед яких було 8 чоловіків та 6 жінок. У всіх пацієнтів в анамнезі захворювання відмічався ГСО, який потім ускладнився ГМ, причому у 6 обстежуваних спостерігався парез лицьового нерва, у 2 – субперіостальний абсцес, у 6 – бульозний мірингіт, у 2 – зовнішній герпетичний отит. У всіх хворих проводилося консерва-

тивне лікування, яке включало стандартну схему із загальних методів: антибактеріальна (комбінація 2-3 антибактеріальних препаратів широкого спектру дії), протизапальна, дегідратаційна, антигістамінна терапія та місцеві засоби (ранній парацетез, промивання барабанної порожнини антисептиками, анемізація слизової оболонки порожнини носа і т.п.). У зв'язку з відсутністю позитивного ефекту від консервативної терапії нами розроблено нову методику хірургічної санації соскоподібного відростка з дренаванням аттико-антрального ходу полоскою силіконової гуми та тефлоновими трубками з одномоментним закриттям післяопераційної порожнини, про яку ми повідомляли у попередніх статтях (М.І. Безега, В.В. Римар, 1978, 2007). Під час операції у 12 пацієнтів було виявлено блокаду адитуса за рахунок вираженого набряку та потовщення слизової оболонки антрума. Соскоподібний відросток був заповнений слизоподібною масою тягучої консистенції. Блокада дренажного шляху в ділянці адитуса призводила до розвитку остеомієлітичного процесу у замкнутій порожнині соскоподібного відростка за рахунок, як ми вважаємо, ішемічного некрозу кістки. Це проявлялося утворенням однієї чи декількох порожнин у соскоподібному відростку, які за розмірами часто були більшими, ніж антрум.

Необхідно зазначити, що у 12 посівах з барабанної порожнини та вмісту соскоподібного відростка не відмічалось росту ні аеробної, ні анаеробної бактеріальної флори. Аналізуючи гістологічне дослідження видаленої слизової оболонки соскоподібного відростка під час антростоїдотомії, ми виявили, що в епітеліальній вистилці спостерігалася десквамація епітеліоцитів, окремі клітини мали нехарактерну форму – сплющувались. Досить часто визначалися епітеліальні клітини з нечіткою межею апікальної поверхні. У розташованій під епітелієм сполучній тканині мав місце набряк, не чисельні лімфоцити і гістіоцити. У кровоносних мікросудинах відмічалось повнокров'я, сладж-синдром, набряк ендотелію. Численні параваскулярні крововиливи свідчили про підвищення проникності судинної стінки.

Такі гістологічні зміни слизової оболонки, поряд з відсутністю росту аеробної та анаеробної бактеріальної флори, недостатньою ефективністю антибіотикотерапії, даними наукової літератури про роль вірусної інфекції у виникненні ГСО, дозволили нам допустити провідну роль вірусів у розвитку та перебігу гострого мастоїдиту. Це було підставою для включення до комплексного лікування антивірусних препаратів. Проводячи пошуки ефективного протівірусного засобу, ми зупинили свій вибір на вітчизняному препараті «Протефлазид», який має антивірусні та імуномодулюючі властивості і практично не викликає побічної дії. Нами було проведено успішне консервативне лікування 2 хворих на герпетичний ГСО з використанням протефлазиду. Враховуючи його ефективність під час лікування пацієнтів з герпетичним ГСО та зважаючи на дані літератури про позитивний ефект його призначення при ГРВІ (В.Д. Москалюк, 2006; Д.К. Новиков, 1987; О.М. Цирульник, 2006), ми почали застосовувати даний препарат при ГСО та ГМ вірусного походження. В разі підозри на вірусне походження ГСО ми призначали протефлазид за стандартною базовою схемою приймання для дорослих (1-й тижд. – по 5 кр. 3р. на день; 2-3-й тижд. – по 10 кр. 3 р. на день; 4-й тижд. – по 8 кр. 3 р. на день), а також у вигляді компресів сумісно з 15-20% розчином димексиду у співвідношенні 1:1 на навколорухну ділянку, додаючи дане лікування до стандартної схеми. При цьому отримано позитивний ефект у 9 осіб з ГСО вірусного походження. Зважаючи на позитивний ефект використання протефлазиду, ми включили його для лікування 2 хворих на ГМ герпетичної етіології. Додатково до стандартної базової схеми прийому цього препарату ми промивали післяопераційну порожнину розчином протефлазиду (розведення водою для ін'єкцій, 1:6).

П'ять з 14 обстежуваних з ГМ, прооперованих за нашою методикою хірургічної санації соскоподібного відростка з використанням дренавання аттико-антрального ходу полоскою силіконової гуми та тефлоновими трубками з одномоментним закриттям післяопераційної порожнини, також отримували стандартну схему консервативної терапії без застосування

протефлазиду. Інші 9 осіб (в тому числі 2 з ГМ герпетичної етіології) прооперовані аналогічно, але додатково до стандартної схеми консервативної терапії було включено протефлазид за згаданою методикою. У всіх прооперованих нами хворих з ГМ перебіг післяопераційного періоду відбувався без ускладнень, функція лицьового нерва та слухова функція відновились повністю. У 5 пацієнтів, які лікувались без використання протефлазиду, кількість ліжко-днів в середньому складала 10,2 доби, а у 9 хворих, яким було призначено протефлазид – 8,6.

Аналізуючи наведені дані, можна припустити, що гострий мастоїдит є вірус-

ним захворюванням як наслідок ГРВІ та ГСО вірусного генезу, а у міжепідемічний період ГРВІ – як ускладнення герпетичної інфекції, а тому необхідно проводити антивірусну терапію ще на амбулаторному етапі лікування таких пацієнтів. У зв'язку із згаданим ми пропонуємо призначати стандартне лікування при ГСО вірусної етіології з додаванням протефлазиду за визначеною нами схемою, починаючи з амбулаторного періоду. У випадках ускладнень ГСО гострим мастоїдитом та неефективності консервативної терапії треба виконувати хірургічне втручання за запропонованою нами методикою.

1. Безега М.И., Римар В.В. Новые подходы к хирургическому лечению острых мастоидитов // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2007. – №3-с. – С. 26-27.
2. Безега М.И., Римар В.В. Гострий мастоїдит, особливості консервативної та хірургічної тактики залежно від етіологічного чинника // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2008. – №3-с.
3. Бикбаева А.И., Шулёнов В.М. Некоторые электрофизиологические методы исследования при отогенных внутричерепных осложнениях // Вестн. оториноларингологии. – 1978. – №5. – С. 70-74.
4. Гариб М.Ю. К вопросу этиологии, патогенеза, клиники и лечения рецидивирующих гнойных средних отитов у детей раннего возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1972.
5. Гуревич П.С., Вертлиб Я.М., Попов Н.П. О поражении среднего уха при острой респираторной вирусной инфекции // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1978. – №2. – С. 37-39.
6. Драгнева М.К. Предшествующая антибиотикотерапия и воспаление среднего уха у детей грудного возраста // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. – №2. – С. 77-81.
7. Драгнева М.К., Стовбун Ф.И., Шеврыгин Б.В. Роль инфекции среднего уха у предварительно леченых антибиотиками // Вестн. оториноларингологии. – 1984. – №4. – С. 31-34.
8. Драгнева М.К. Антрит, мастоидит и хронический средний отит. – Кишинев: Штиинца, 1992. – С. 32-33, 36-37, 46-48.
9. Козлов М.Я. Вопросы организации ЛОР-помощи больным заболеванием органа слуха // Тез. докл. науч.-практ. конф. ЛПМИ. – Л., 1986. – С. 14-16.
10. Москалюк В.Д. Застосування препарату «Протефлазид» в комплексному лікуванні хворих на грип та інші ГРВІ // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. – К.: МОЗ України, 2006. – №134-2006.
11. Новиков Д.К. Справочник по клинической иммунологии и аллергологии. – Минск, Беларусь, 1987.
12. Петрова Л.Н., Макаревич И.Г., Милькинт .К.К., Румель Н.Б. Диагностика острого вирусного неперфоративного отита с помощью иммунофлюоресцентного метода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1986. – №4. – С. 56-59.
13. Сергиенко П.В., Пушкарева Н.С., Ельчанинова И.И. Некоторые аспекты этиологии, патогенеза, клиники и лечения затяжных форм острого среднего отита // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1975. – №1. – С. 40-45.
14. Фаль Н.И., Сушко Ю.А., Римар В.В. Диагностика и лечение гнойного анаэробного сальпингоотита // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1985. – №5. – С. 10-14.
15. Цирульник О.М., Бондарчук О.Б., Авдеева Н.И. Роль противірусних препаратів у терапії часто і тривалохворюючих дітей // Перинатологія та педіатрія. – 2006. – №3. – С. 60-61.
16. Янагісава Є., Кмуча С. Оториноларингологія і хірургія голови та шиї / Під ред. Дж. Лі (США). – Київ: Здоров'я, 1995. – Розділ 6. – С. 78- 82.

17. Berenyi J., Jori J. Az otitis media ehsudativa koris merese es kerelese // Fu. orr.gegegyogy. – 1983. - V.29, №4. - P. 229-235.
18. Brook I., Schwartz R. Anaerobic bacteria in acute otitis media // Acta otolaryngol. – 1981. - 71, №1-2. – P. 111-114.
19. Hayasky M., Sato H. Eustachian tube function and otitis media with effusion. Review of literature // Pract. otol. – 1987. - 80, №5. – P. 819-824.
20. Karma P., Palva A., Kokko E. Immunological Defects in children with Otitis Media // Acta otolaryng. (Stockh.). – 1976. - 82, №3-4. – P. 193-195.
21. Lim D.J., De Maria T.F. Panel discussion: Pathogenesis of otitis media. Bacteriology and immunology // Laryngoscope. - 1982. - 98, 1,2. – P. 2-9.
22. Tos M., Poulsen G., Borch J. Etiologic Factors in Secretary Otitis // Arch. Otolaryng. – 1979. - 105, №10. – P. 582-588.

Надійшла до редакції 09.12.08.

© М.І. Безега, 2008

ОСТРЫЙ МАСТОИДИТ – НОВАЯ ТАКТИКА КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Безега М.И. (Полтава)

Резюме

Обследовано 14 больных острым мастоидитом (ОМ) как осложнение острого среднего отита (ОСО). Проводимое у всех пациентов консервативное лечение не дало эффекта. В связи с этим, а также учитывая клиническое течение ОМ, результаты микробиологических и гистологических исследований, авторы предположили вирусную природу заболевания и применили противовирусное лечение с использованием препарата «Протефлазид» по собственной схеме, а также проводили хирургическую санацию сосцевидного отростка с дренированием аттико-антрального хода разработанным способом.

ACUTE MASTOIDITIS: NEW TACTICS FOR CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT

Bezega M.I. (Poltava)

Summary

14 patients with acute mastoid disease (AMD) caused by complication of acute medium otitis were inspected. For the all patients conservative treatment became ineffective. In this connection, as well as notifying the clinical course of AMD, results of microbiological and histochemical tests the virus origin of the disease has been assumed. The authors applied the own scheme of anti-virus therapy by “Proftelasid” preparation, as well the surgery sanation of nipple-like appendix commonly with drainage of the attic-antral way by the method elaborated.