

В.М. БОБРОВ

РАЗНООБРАЗИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И НАХОДОК ПРИ САНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ НА УХЕ. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

*Отд-ние оториноларингологии (зав. – В.М. Бобров) МУЗ гор. клин. больницы №8
им. И.Б. Однопозова (главврач – А.А. Есипов), г. Ижевск*

При эптитимпанитах показана как можно более ранняя хирургическая санация среднего уха. Хронические гнойные эптитимпаниты, особенно с наличием холестеатомы, часто являются причиной внутричерепных отогенных осложнений, заметной тенденции к снижению количества которых не отмечается. Часто скудная симптоматика эптитимпанита маскирует большой объем разрушений костных структур височной кости от кариеза, и при обращении к оториноларингологу становится очевидной необходимость выполнения общеполостной санирующей операции. Профессору Уайлду принадлежит остроумное образное сравнение больного, страдающего хронической отореей, с „легкомысленным джентльменом, сидящим на пороховой бочке и курящим сигару” [9]. Обычно развитию внутричерепного осложнения предшествует обострение хронического гнойного процесса в ухе. Каждый случай хронического эптитимпанита следует рассматривать как потенциальную опасность не только для слуховой функции и всего лабиринта, но и для жизни пациента [12, 13, 16, 19]. При своевременном обращении больного предупреждение осложнений целиком зависит от правильной лечебной тактики [12].

Анализ патологических находок и осложнений при санирующих операциях на ухе (на большом материале), а также характеристика патологического процесса при хроническом гнойном среднем отите достаточно полно освещены в отечественной литературе [1, 2, 10, 15].

Считаем необходимым поделиться своими наблюдениями. В настоящей работе

приводится анализ результатов неотложной и плановой хирургической помощи при хроническом гнойном среднем отите, в частности при хроническом гнойном эптитимпаните с холестеатомой, за 23 года (1985-2007 гг.) по данным оториноларингологического отделения ГКБ № 8, где круглосуточно через день оказывается urgentная помощь жителям г.Ижевска, а также осуществляется плановая ЛОР-помощь 50% взрослого его населения.

Цель исследования – проанализировать результаты 400 санирующих операций на среднем ухе за 23 года по поводу хронического гнойного эптитимпанита и провести оценку эндогенной интоксикации организма у больных с осложненным эптитимпанитом (помимо определения клинических и биохимических анализов) с помощью лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), гематологического показателя интоксикации (ГПИ), индекса распределения (ИР), определения содержания молекул средней массы (МСМ) в плазме крови, а также оценить влияние внутрисосудистого лазерного облучения крови (ВЛОК) у них в послеоперационном периоде, показать преимущества и эффективность хирургического вмешательства перед консервативным лечением и сравнить данные, полученные за период с 1985 по 1995 гг. (за 11 лет) и с 1985 по 2000 гг. (за 16 лет).

Материалы и методы

С 1985 по 2007 г. в ЛОР-отделении ГКБ №8 находилось на лечении 3625 больных хроническим гнойным средним отитом (1644 – с эптитимпанитом, 1981 – с хрониче-

ским гнойным мезотимпанитом). Хирургическая санация среднего уха проведена у 400 из них, при этом у 392 (98%) был диагностирован эптитимпанит (эпимезотимпанит), у 8 (2%) - мезотимпанит с деструктивными изменениями костной ткани. Таким образом 392 обследуемых составили 23,8% от всех наших пациентов с эптитимпанитом. По возрасту прооперированные лица распределялись следующим образом: 15-20 лет – 62; 21-30 лет – 65; 31-40 лет – 71; 41-50 лет – 88; 51-60 лет – 55; 61-70 лет – 39; 71-80 и более лет – 20 (из них 1 был в возрасте 94 лет). Как видно из представленных данных, большинство составляли больные молодого трудоспособного возраста – 286 (72,2%) в возрасте до 50 лет. При этом в каждой возрастной группе до 50 лет количество прооперированных пациентов нарастает, а после 50 лет отмечается тенденция к его уменьшению. Мужчин было 216 (54%), женщин – 184 (46%).

На операции у 275 (68,75%) человек обнаружена холестеатома (у 1 – множественные осумкованные холестеатомы: 3 вдоль „шпоры” и 1 в области верхушки сосцевидного отростка), у 197 (49,25%) выявлен кариес кости, грануляции, обтурирующие полипы отмечены у 40 (10%). Обнажение кариозным процессом твердой мозговой оболочки средней черепной ямки определялось у 203 (50,75%) обследуемых, обнажение кариозным процессом S-синуса – у 107 (26,75%), одновременное обнажение кариозным процессом твердой мозговой оболочки средней черепной ямки и S-синуса на операции наблюдалось у 70 (17,5%). Патологический процесс в основном локализовался в адитусе, антруме и у основания „шпоры” – „базальной ячейки”. Сосцевидный отросток у большинства больных имел склеротическое строение, однако у 24 (6%) кариозные разрушения были обширны, поэтому у них произведена мастоидотомия с мастоидопластикой. У 48 (12%) пациентов выполнена реоперация на ушах в различные сроки после первой радикальной операции (от 1 года до 20-30 лет и более) в других лечебных учреждениях (из 48 оперированных у 6 (1,5%) – в нашем отделении). Причины повторной операции на ушах: неполное удаление патологически

измененной костной ткани, рецидив холестеатомы, инородное тело (комочек ваты, случайно оставленный в послеоперационной полости), неполное удаление „мостика”, высокая „шпора”, повышенная склонность к келлоидообразованию в послеоперационной полости, очаги кариеса, накопление кожного эпидермиса (кожный рецидив) [4]. У 2 лиц после радикальной операции на ухе (10 и 12 лет назад) возник кожный рецидив (нагноившаяся холестеатома) в послеоперационной полости. При поступлении отмечались жалобы на болезненную припухлость в заушной области, резкое сужение наружного слухового прохода, головную боль, повышенную температуру тела. Сделана успешная попытка удаления кожного рецидива (нагноившейся холестеатомы) через наружный слуховой проход аттиковым крючком Воячека с промыванием послеоперационной полости. Таким образом, после удаления нагноившейся холестеатомы (кожного рецидива) из послеоперационной полости удалось избежать реоперации на ухе у 2 пациентов. Причиной кожного рецидива послеоперационной полости послужило несоблюдение больными рекомендации отоларинголога 2 раза в год. Эти лица длительно (10-12-15 лет) не посещали ЛОР-врача. Пренебрежение советом отоларинголога приводит в последствии к развитию кожного рецидива, а иногда и к реоперации на ухе.

У 27 (6,75%) человек патологическим процессом была разрушена задневерхняя стенка наружного слухового прохода по типу „естественной радикальной операции”. Так как в данном случае „мостик” отсутствовал, операция на ухе, как правило, заключалась в удалении костных выступов в области аттика, сглаживании стенок полости, „шпоры” и в пластике кожи наружного слухового прохода. Операция выполнялась эндоаурально с разрезом кожи наружного слухового прохода по Б.Л. Французову, костная часть операции производилась, как правило, по Штакке долотами Тисса. Эпидермизация послеоперационной полости у таких пациентов проходила в основном на 5-7 дней быстрее, и они выписывались из отделения раньше.

Редко свищи открываются в наружный слуховой проход. М.Ш. Нурбаев [14] наблюдал больного с хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой, свищом и полипом наружного слухового прохода. Свищ в наружном слуховом проходе в результате разрушения кариозным процессом его задней костной стенки был у 9 (2,25%) наших обследуемых. Считаем свищ в наружном слуховом проходе (в результате разрушения кариозным процессом) при хроническом гнойном среднем отите с холестеатомой одной из фаз формирования патологического процесса (кариеса) в ухе по типу „естественной радикальной операции”.

Предлежание S-синуса обнаружено у 25 (6,25%) обследуемых, его латеропозиция – у 19 (4,75%). При предлежании S-синуса костная часть операции выполнялась анатомическим путем по Штакке долотами Тисса. Предлежание твердой мозговой оболочки средней черепной ямки имело место у 4 (1%) лиц, её латеропозиция – у 2 (0,5%).

Холестеатома в капсуле в 4 (1%) наблюдениях интимно соприкасалась с неизменной твердой мозговой оболочкой средней черепной ямки на протяжении 0,8x0,7 см; 0,9x1,2 см; 0,7x0,9 см; 1,4x1,0 см; в 2 других – с неизменной стенкой S-синуса на протяжении 0,9x0,8 см и 0,8x0,6 см. У этих 6 (1,5%) больных значительные патоморфологические изменения в среднем ухе сопровождалась слабо выраженной симптоматикой. Можно представить, как быстро могло бы развиваться у них внутричерепное осложнение при очередном обострении хронического процесса. И в этих случаях уместно вспомнить высказывание профессора Уайлда о легкомысленном джентльмене, сидящем на пороховой бочке и курящем сигару. Между прочим, сын проф. Уайлда – известный новеллист Оскар Уайлд болел хроническим гнойным средним отитом и погиб в 1900г. от внутричерепного осложнения [9]. М.Ш. Нурбаев [14] приводит аналогичное наблюдение у ребенка 6 лет, Г.А. Гаджимирзаев [8] – у мужчины 27 лет, а Л.В. Белякова и соавторы [3] – у женщины 82 лет.

У 7 (1,75%) человек была произведена по показаниям расширенная радикальная

операция на среднем ухе с одновременным вскрытием на большом протяжении по ходу патологического процесса твердой мозговой оболочки средней черепной ямки, S-синуса с одновременным удалением костной части синодурального угла. Эти операции требуют особой осторожности при вскрытии и обнажении синодурального угла, а также больших затрат основного операционного времени.

У 8 (2%) пациентов при радикальной операции выявлены инородные тела (комочки), случайно оставленные ими при хроническом гнойном среднем отите и длительно находившиеся там, что вызвало обострение хронического процесса и обусловило необходимость выполнения радикальной операции [6]. У 18 (4,5%) обследованных с двусторонним эпитимпанитом и холестеатомой радикальная операция на втором ухе проведена через 1-6 мес, 15-30 лет и более после радикальной операции на первом ухе. При поступлении в стационар у 18 (4,5%) больных с обострением хронического эпитимпанита имелся парез лицевого нерва. После срочно выполненной радикальной операции и назначенного совместно с невропатологом адекватного послеоперационного лечения с применением противовоспалительных и дегидратационных препаратов, иглорефлексотерапии произошло восстановление функции лицевого нерва у 17 из них, а у 1 – парез лицевого нерва остался. Преходящий парез лицевого нерва во время местной анестезии раствором новокаина до разреза кожи и выполнения костной части операции возник у 4 человек. Во время осуществления костной части вмешательства при сглаживании „шпоры” преходящий парез лицевого нерва определялся у 5 (1,25%) оперируемых, по завершении операции парез лицевого нерва прошел у 4 из них, а у одного - после длительного лечения (1 год). У 2 пациентов по ходу патологического процесса был обнажен канал лицевого нерва хирургическим путем.

У 5 (1,25%) лиц эпитимпанит, осложненный холестеатомой, был обусловлен перенесенной в прошлом черепно-мозговой травмой с переломом основания черепа, пирамиды височной кости, костной и мембранозной частей наружного слухового прохода.

да с разрывом барабанной перепонки (в сроки 1-1,5 года с момента получения травмы). Вывод основан на подробной выписке из истории болезни и подробном анамнезе [6].

У 59 (14,75%) обследованных с осложненным эпитимпанитом, а также у эмоциональных больных радикальная операция выполнялась под внутривенным калипсоловым наркозом [22], у 55 (13,75%) под интубационным наркозом, у остальных применялось местное обезболивание с анестезиологическим пособием (атаралгезией).

У 1 пациента обострение хронического эпитимпанита сочеталось с клещевым энцефалитом, обострение двустороннего хронического гнойного среднего отита у другого – с геморрагической лихорадкой и почечным синдромом [4]. Туберкулез среднего уха обнаружен у 1 человека.

У 3 больных эпитимпанитом наблюдался отогенный арахноидит, сильная головная боль. После санлирующей операции данные явления прошли. Пациентка Ш., 40 лет, призналась (ист. б-ни №1575), что до операции постоянно принимала таблетки от головной боли и плохо спала в течение нескольких лет. Сразу после хирургического вмешательства в 2000 г. она впервые выпала без этих таблеток и в последующем обходилась без них. В отдаленном периоде (через 0,5-1-3-5 лет) головные боли её не беспокоили, послеоперационная полость хорошо контурируется, отмечена полная эпидермизация последней.

Обследованных с обострением эпитимпанита и сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, инфаркт миокарда в анамнезе, бронхиальная астма и др.) мы оперировали после консультации у соответствующего специалиста и проведения корригирующей терапии во время предоперационной подготовки.

Отогенный менингит с обострением эпитимпанита был у 16 (4%) человек, сепсис – у 10 (2,5%), синусотромбоз – у 2, перифлебрит сигмовидного синуса – у 4; экстрадуральный абсцесс у 5 (1,25%), перисинуозный абсцесс – у 10 (2,5%), субпериостальный абсцесс – у 18 (4,5%), фистула лабиринта полукружного канала – у 28 (7%), внутримозговой абсцесс – у 3 (0,75%) (у 1 –

двусторонний). Умерли 4 (1%) больных: 1 – с двусторонним внутримозговым абсцессом, 3 – с отогенным менингитом и сепсисом. Лица с отогенным менингитом, как правило, поступали из инфекционной больницы после консультации у отоларинголога в крайне тяжелом состоянии с сопутствующей и отягощенной полиорганной патологией (сахарный диабет, абсцедирующая пневмония, токсический грипп, гепаторенальный синдром). И хотя пребывание их в инфекционной больнице составляло 2-3 суток до перевода в ЛОР-отделение, время для своевременного выполнения хирургического вмешательства было упущено. В результате 3 пациента умерли, несмотря на экстренно проведенную санлирующую операцию, а те, которые поправились после хирургического вмешательства и интенсивного лечения в условиях реанимационного отделения, находились в отделении оториноларингологии 35-40 и более дней.

Во всех случаях операционный материал исследовался гистологически. Обычно выявлялась: холестеатома, хронический кариозный процесс в кости, фиброзная и/или грануляционная ткань. В 5 (1,25%) наблюдениях при гистологическом исследовании обнаружен рак среднего уха (в 1 случае – при реоперации на ухе через 46 лет после первой радикальной операции) [6].

Новообразования наружного слухового прохода могут обладать ростом с деструкцией и разрушением барабанной перепонки, слуховых косточек, а также развитием в последующем эпитимпанита с холестеатомой, кариесом кости [5]. Такие разрушения были обнаружены во время удаления гидраденомы (церуминомы) наружного слухового прохода у больной, 72 лет, у которой произведена санлирующая операция на ухе [20]. У пациента В., 32 лет, при операции по поводу рецидивирующей невриномы наружного слухового прохода выявлено разрушение барабанной перепонки и слуховых косточек [5].

Пациент П., 50 лет, с осложненным правосторонним эпитимпанитом трижды отказывался от предложенного санлирующего вмешательства на ухе, лечился консервативно. После очередного обострения процесса в 1999 г. и поступления в ЛОР-

отделение (доставлен ССМП) он дал согласие на операцию. По экстренным показаниям была осуществлена saniрующая операция, а через 28 дней после операции при выполнении МРТ у него диагностирован абсцесс головного мозга справа (на стороне оперированного уха). Больной переведен в нейрохирургическое отделение, где проведено удаление абсцесса головного мозга, который находился в толстой капсуле, что указывает на давность его формирования. Послеоперационное течение было гладкое, пациент выписан в удовлетворительном состоянии. В отдаленном периоде через 0,5-1-3-5-7 лет жалоб у него нет, послеоперационная полость справа хорошо контурирует, полная её эпидермизация. Практически аналогичная ситуация имела место у больного В., 44 лет, прооперированного в 2005 г., у которого при наблюдении через 0,5-1,0-1,5 года послеоперационная полость хорошо контурировалась и полностью эпидермизировалась. Он работает инженером по специальности.

У 4 пожилых пациентов (Д. – 61 год, В. – 72 года, Т. – 66 лет, Б., 80 лет) со злокачественным (гранулирующим) некротическим наружным отитом и сопутствующей патологией (у всех был сахарный диабет), высеяна флора из уха – синегнойная палочка, а мощная противовоспалительная терапия в течение 1 мес не дала эффекта. Только saniрующая радикальная операция с иссечением кожи наружного слухового прохода привела к излечению этих 4 человек.

Мы также наблюдали ликворный свищ из послеоперационной полости после saniрующей операции у больного С., 65 лет, с обострением хронического гнойного эпитимпанита справа и холестеатомой, кариезом кости, перисинуозным абсцессом, отогенной септикопиемией, абсцедирующей пневмонией справа, гепато-ренальным синдромом, у которого 22.12.95 г. под местной анестезией с анестезиологическим пособием (атарактаналгезией) выполнена расширенная saniрующая операция на правом ухе с обнажением твердой мозговой оболочки средней черепной ямки, сигмовидного синуса и синодурального угла. В послеоперационном периоде проводилась противовоспалительная, гипосенсибилизи-

рующая терапия. Он был выписан через 1,5 мес после операции. Перед выпиской послеоперационная полость оказалась практически эпидермизирована, хорошо контурировалась. Однако у него вскоре открылся ликворный свищ из верхнего угла послеоперационной полости, который периодически закрывался и вновь возобновлялся. Пациент периодически лечился консервативно в ЛОР-отделении стационара. Через 2,5 года свищ самостоятельно (спонтанно) закрылся.

В печати имеются сообщения о возможности развития внутричерепных осложнений в отдаленном периоде после радикальной операции на ухе. Так, С.А. Гершман [10] за 40 лет дважды наблюдал внутричерепное осложнение в отдаленном периоде; Б.М. Кутовой [11] сообщал о 2 случаях синусотромбоза через 11 и 12 лет после радикальной операции; С.С. Ромашов [17] описал внутричерепное осложнение после радикальных операций на ухе у 3 человек. Мы имеем 2 наблюдения внутричерепных осложнений в отдаленном периоде после радикальной операции на ухе через 17 и 21 год у больных Г., 37 лет, и Н., 31 года. Только расширенная saniрующая реоперация на ухе с широким обнажением мозговых оболочек привела к выздоровлению и вернула их к активному труду по профессии [6].

У 3 лиц с эпитимпанитом и холестеатомой, а у 1 – со злокачественным (гранулирующим) некротическим наружным отитом определялся врожденный околоушный свищ. После радикальной операции на ухе у 1 из них выполнено иссечение околоушного свища, остальные поставлены в известность о наличии врожденного околоушного свища и при необходимости могут обратиться в наше ЛОР-отделение для хирургического вмешательства.

При исследовании гноя из среднего уха у больных эпитимпанитом обнаруживались протей, синегнойная палочка, грамотрицательные бактерии группы кишечной палочки, гемолитический, золотистый, эпидермальный стафилококк. В некоторых случаях роста микрофлоры не было.

У 149 лиц до операции имелся слух в значимых для них пределах (разговорная

речь - 2-3 м и более), поэтому у них произведена слухосохраняющая операция, при которой сохранены звукопроводящие элементы среднего уха. В дальнейшем у многих выполнялась стимулирующая, рассасывающая терапия и физиолечение с целью улучшения слуха. Средняя длительность пребывания больного хроническим гнойным эпитимпанитом после санирующей операции составила 27-30 дней, при осложненном эпитимпаните 35-40 и более дней.

Исходя из того, что обычно при классических методах санирующих операций (радикальной операции, раздельной аттико-антральной) для прокладывания пути к некротическому очагу удаляется слишком много здоровой кости, последние 12 лет мы оперируем через наружный слуховой проход с разрезом по Б.Л. Французову (при неосложненных формах хронических средних отитов). Костная часть операции проводится, как правило, по Штакке долотами Тисса с оптическим расширением по методу Л.Т. Левина-Е. Zaufal (костная часть задневерхней стенки наружного слухового прохода) стаместками Воячека. Пластику наружного слухового прохода осуществляется нижним лоскутом. При таком подходе и методе операции на ухе послеоперационная полость, как правило, была маленькой (небольшой), быстро покрывалась тонким слоем грануляционной ткани, а затем эпидермисом. Задняя стенка наружного слухового прохода обычно была низкой и выступала над уровнем дна слухового прохода меньше чем на 3 мм (по определению) [18]. Эндоауральный подход позволяет при узком слуховом проходе в хрящевом отделе расширить его, т.к. разрез по Б.Л. Французову дает возможность это выполнить при наложении швов на кожу после завершения операции путем смещения кожи. Если в ходе операции возникает необходимость резекции верхушки сосцевидного отростка, производился дополнительный заушный (экстрауральный) разрез и мастоидопластика мышечно-надкостничным лоскутом мастоидальной части послеоперационной раны, которая ведется открыто 2-3 недели. Затем накладываются швы на заушный дефект. Второй вариант: мы ведем заушную рану открытым способом до уменьшения мас-

тоидальной полости за счет гранулирования мягких тканей, а через 2-3 нед накладываем швы. Имея теоретическое обоснование способа уменьшения трепанационной ушной полости за счет рубцовой облитерации [7], мы разработали в нашем отделении свой способ (рационализаторское предложение №1.99, выданное БРИЗ ГКБ №8 от 15.06.99). Описанный выше способ, примененный у 54 пациентов с хорошим результатом, свидетельствует о целесообразности его использования в практике отоларинголога.

Приведенные данные указывают на необходимость четкой выработки и обоснования показаний к санирующим операциям на ухе у детей и взрослых. Среди слухоулучшающих операций у взрослых следует отдать предпочтение вмешательствам типа эндоауральной аттико-антротомии по Штакке с разрезом наружного слухового прохода по Б.Л. Французову (при неосложненном эпитимпаните), т.к. это позволяет в послеоперационном периоде сформировать небольшую послеоперационную полость с низкой задней костной стенкой наружного слухового прохода, незначительным карманом в области верхушки сосцевидного отростка или с его отсутствием. При необходимости резекции верхушки сосцевидного отростка эндоауральный разрез дополняется заушным, проводится мастоидопластика. Эндоауральный разрез по Б.Л. Французову позволяет завершить операцию формированием широкого входа в наружный слуховой проход путем смещения кожи при наложении швов. Имеется наблюдение с хорошим результатом у ребенка И., 12 лет, (ист. б-ни №1519), прооперированного эндоаурально в 2001 г. по поводу эпитимпанита с холестеатомой. Отдаленное наблюдение через 0,5-1,0-3-5 лет – послеоперационная полость маленькая, хорошо контурируется, полная эпидермизация полости.

Все больные после радикальной санирующей операции на ухе через 1 мес после выписки из стационара приглашаются для контрольного осмотра лечащим врачом, затем (в зависимости от состояния послеоперационной полости) назначается срок повторного осмотра (чаще – 2 раза в год). При появлении грануляций в послеоперацион-

ной полости и/или гноетечения назначается лечение (чаще амбулаторно).

Сравнительный анализ операционных находок и внутричерепных осложнений при общеполостных операциях на ухе по данным ЛОР-отделения ГКБ №8 за 23 года (табл.) оказывает, что соотношение холестеатомного и кариозного процесса остается более или менее постоянным (со-

ответственно, 67 и 45%). Такие же данные мы находим и в работе В.М. Асмоловского и соавторов [1]. Остается стабильным (постоянным) число прооперированных больных эптитимпанитом – 24% (или каждый четвертый больной эптитимпанитом). Соотношение поступивших пациентов с эптитимпанитом и прооперированных – 4:1.

Находки и осложнения saniрующих операций на ухе

Находки и осложнения операций	Общее количество общеполостных операций		
	за 23 г. (с 1985 по 2007 г.)	за 16 лет (с 1985 г. по 2000 г.)	за 1985-1995 гг.
	400 (100%)	300 (100%)	200 (100%)
Обнаружение холестеатомы	275 (68,75%)	203 (67,66%)	135 (67,5%)
Кариес кости, грануляции	197 (49,25%)	136 (45,3%)	65 (32,5%)
Обтур. полипы уха	40 (10%)	30 (10%)	22 (11%)
Обнажение процессом твердой мозговой оболочки средней черепной ямки	203 (50,75%)	147 (49%)	103 (51,5%)
Обнажение процес. S-синуса	107 (26,75%)	95 (31,6%)	81 (40,5%)
Одновременное обнажение кариозным процессом средней черепной ямки и S-синуса	70 (17,5%)	62 (20,7%)	49 (24,5%)
Мастоидотомия	24 (6%)	20 (6,7%)	13 (6,5%)
Реоперации на ушах	48 (12%)	32 (10,7%)	21 (10,5%)
Разрушение задне-верхн. стенки нар. слух. прохода по типу „ест. RO	27 (6,75%)	21 (7%)	11 (5,5%)
Предлежание S-синуса	25 (6,75%)	24 (8%)	15 (7,5%)
Латеризация S-синуса	19 (4,75%)	18 (6%)	14 (7%)
Свищ в наружном слуховом проходе	9 (2,25%)	7 (2,3%)	5 (2,5%)
Парез n. facialis	18 (4,5%)	9 (3%)	6 (3%)
Отогенный менингит	16 (4%)	13 (4,3%)	12 (6%)
Сепсис	10 (2,5%)	7 (2,3%)	6 (3%)
Синусотромбоз	2 (0,5%)	1 (0,33%)	1 (0,5%)
Экстрадуральный абсцесс	5 (1,25%)	5 (1,66%)	4 (2%)
Перисинуозный абсцесс	10 (2,5%)	10 (3,33%)	8 (4%)
Субпериостальный абсцесс	18 (4,5%)	16 (5,33%)	12 (6%)
Абсцесс мозга	3 (0,75%)	2 (0,66%)	1 (0,5%)
Фистула лабиринта	28 (7%)	16 (5,33%)	9 (4,5%)
Умерли	4 (1%)	4 (1,33%)	4 (2%)
Эпитимпаниты, обусловленные в прошлом ЧМ травмой с переломом основания черепа, пирамиды височной кости	5 (1,25%)	4 (1,3%)	2 (1%)
Прооперированы больные с эптитимпатитом	23,8%	24,46%	24%
Туберкулез среднего уха	1 (0,25%)	-	-

При оценке эффективности проводимого лечения учитывались клиническое течение заболевания, выраженность болевого синдрома, температурная реакция, динамика пульса. Изучалась также динамика содержания молекул средней массы (МСМ), индекс распределения (ИР), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), гематологический показатель интоксикации (ГПИ), данные коагулограммы, биохимические показатели крови и ее стерильность, гематокритное число. Молекулы средней массы (МСМ) определяются с 1989 г. Показатель МСМ определяется скрининговым методом на спектрофотометре СФ-46 в УФ-свете при длине волны 254 нм [21]. ЛИИ рассчитывается по формуле Я. Кальф-Калифа. ГПИ просто рассчитывается и учитываются три показателя анализа крови: $ГПИ = ЛИИ \times Кл \times Кс$, где: Кл – коэффициент на количество лейкоцитов, а Кс – коэффициент на СОЭ. ЛИИ, ГПИ реагируют на тяжесть болезни в разгаре патологического процесса. В стадии реконвалесценции ЛИИ становится практически нормальным, тогда как ГПИ существенно выше нормы. В оценке тяжести патологического процесса ГПИ оказывается более информативным. Тромбоэластограмма записывается на гемокоагулографе ГКГМ-1-03.

При поступлении пациентов с осложненным эпитимпанитом имели место симптомы выраженной интоксикации: вялость, недомогание, повышение температуры тела, боли в ухе, головная боль на стороне больного уха. Отмечался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ. Степень интоксикации характеризовали высокие цифры ЛИИ (от 2,5 до 3,0 и выше); ГПИ, как правило, был вдвое больше ЛИИ, увеличение содержания МСМ было значительным и находилось в пределах от 0,34 до 0,56 ед. (за норму принимался показатель МСМ, равный 0,24-0,28 ед.), тенденция к гиперкоагуляции. Динамика изменений индекса распределения имеет противоположную направленность. Гнойно-воспалительные процессы сопровождаются снижением ИР.

Всем больным осложненным эпитимпанитом после экстренно проведенного хирургического вмешательства в день поступления назначалась интенсивная терапия, включающая противовоспалительные, де-

зинтоксикационные, симптоматические препараты и антибиотики. В комплекс интенсивной терапии этим пациентам включали внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) [23]. Использовался гелий-неоновый лазер ЛГ-75 (длина волны – 632,8 нм). Мощность на торце световода – 5-6 мВт. Число сеансов на курс – 5-6 при ежедневном облучении крови в течение 40 мин. ВЛОК выполнялось на фоне приема экзогенных антиоксидантов – "Аевита", витамина Е. Наиболее выраженный клинический эффект отмечен после 4-5 сеансов ВЛОК. Динамика результатов лабораторных исследований свидетельствовала о снижении токсичности плазмы при ВЛОК. У обследуемых лиц выявлено уменьшение количества лейкоцитов, увеличение показателя лимфоцитов, нормализовалось содержание палочкоядерных и сегментоядерных форм, снизились ЛИИ и уровень МСМ.

Показатели ТЭГ и коагулограммы при лазеротерапии свидетельствуют об активации гипокоагуляционных изменений, о повышении фибринолитической активности крови. По мере разрешения воспалительного процесса происходит нормализация ИР. Плохим прогностическим признаком является увеличение содержания МСМ до 0,8-1,0 усл. ед. Стойкое увеличение этого показателя до предельно высоких значений, как правило, соответствовало развитию терминальных состояний.

После санирующей радикальной операции определялось повышение содержания МСМ, что можно объяснить операционной травмой. Кроме того, проведение инфузионной терапии и применение препаратов, улучшающих реологические свойства крови, способствуют выбросу МСМ из микроциркуляторного русла. Уменьшение явлений интоксикации после санирующей операции на фоне и инфузионной, и симптоматической терапии подтверждалось клинической симптоматикой, лабораторными данными, снижением содержания МСМ в сыворотке крови. При этом нормализация показателя МСМ наступала быстрее у больных после хирургического вмешательства. Пациентов выписывали из стационара при нормализации показателей МСМ, ИР, ЛИИ, ГПИ и коагулограммы.

Выводы

1. Часто скудная симптоматика эптитимпанита маскирует большой объем разрушений костных структур височной кости кариесом, и при обращении к отоларингологу становится очевидным необходимость общеполостной санирующей операции.

2. Каждый случай хронического гнойного эптитимпанита следует рассматривать как потенциальную опасность не только для слуховой и вестибулярной функции, но и для жизни больного.

3. При эптитимпанитах показана как можно более ранняя хирургическая санация среднего уха, а консервативное лечение следует рассматривать как предоперационную подготовку.

4. Целесообразно определять уровень эндотоксикоза (ЛИИ, ГПИ, ИР, МСМ) при лечении лиц с осложненным эптитимпанитом. Это позволит индивидуально подходить к состоянию пациента, а также оценивать эффективность проводимой терапии и при необходимости корректировать ее.

5. В комплекс интенсивной терапии лицам с осложненным эптитимпанитом необходимо включать внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК), т.к. это

приводит к снижению эндогенной интоксикации организма.

6. Сравнительный анализ операционных находок и внутричерепных осложнений при общеполостных операциях на ухе, по нашим данным за 23 года, показывает, что соотношение холестеатомного и кариозного процессов остается более или менее постоянным (соответственно, 67 и 45%). Остается стабильным (постоянным) число прооперированных больных эптитимпанитом – 24% (или каждый четвертый). Соотношение поступивших пациентов с эптитимпанитом и прооперированных – 4:1.

7. Данное сообщение позволит, даже на ранних этапах, прогнозировать ход лечения до начала операции, а также оценивать эффективность хирургического вмешательства, снижать риск развития осложнений и последующих реопераций на ухе.

8. Анализ полученных данных изучения патологического процесса при хроническом среднем отите на материале 400 санирующих операций за 23 года может способствовать прогнозированию развития данного вида патологии и отдельных его форм по регионам и для городов с аналогичной г. Ижевску численностью населения.

1. Асмоловский В.М., Якушкин А.Е. К 100-летию общеполостной операции на ухе // Вестн. оториноларингологии. – 1991. – №2. – С. 87-89.
2. Белякова Л.В. Характеристика патологического процесса при хроническом среднем отите, хирургическая тактика // Вестн. оториноларингологии. – 1989. – №6. – С. 66-67.
3. Белякова Л.В., Григорьева Н.В. Бессимптомное длительное течение хронического отита с выраженными деструктивными изменениями // Вестн. оториноларингологии. – 1997. – №4. – С. 51-52.
4. Бобров В.М. Анализ патологического процесса при хроническом среднем отите; хирургическая тактика // Вестн. оториноларингологии. – 1997. – №3. – С. 49-51.
5. Бобров В.М., Кирьянов Н.А. Характеристика опухолей и опухолевидных заболеваний наружного и среднего уха // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – №3. – С. 73-77.
6. Бобров В.М. Разнообразие находок на ухе после ранее произведенной радикальной операции: хирургическая тактика // Рос. оториноларингологии. – 2006. – №6. – С. 38-42.
7. Быстренин В.А., Быстренина Л.В. Обеспечение полного и стойкого санирующего эффекта – основные требования к операциям, выполняемым при эптитимпаните // Вестн. оториноларингологии. – 1999. – №3. – С. 31-32.
8. Гаджимирзаев Г.А. Гигантская холестеатома среднего уха, приведшая к разрушению пирамиды и обнажению черепных ямок // Вестн. оториноларингологии. – 1997. – №3. – С. 52.
9. Гаудинь Э.П. Замечания по поводу статьи „Из истории становления ЛОР-службы” // Вестн. оториноларингологии. – 1993. – №1. – С. 52.
10. Гершман С.А. Хирургическое лечение хронических гнойных эптитимпанитов. – Л., 1969.
11. Кутовой Б.М. Два случая тромбоза сигмовидного синуса после радикальной операции уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1963. – №5. – С. 75.
12. Левин Л.Т., Я.С.Темкин Хирургические болезни уха. – М., 1948.

13. Марков Г.И., Молчанов И.А. Организация неотложной помощи при обострениях хронического эпитимпанита. Неотложная помощь в оториноларингологии. Патология голоса и речи. – М., 1983. – С. 44-45.
14. Нурбаев М.Ш. Хронический гнойный средний отит с холестеатомой, свищем и полипом наружного слухового прохода // Вестн. оториноларингологии. – 1993. – №4. – С. 47.
15. Пяткина О.К. Холестеатомные эпитимпаниты // Современные методы диагностики и лечения заболеваний уха: Науч. тр. Казан. гос. мед. ин-та. – Казань, 1985. – С. 86-91.
16. Розенфельд И.М. Многотомное руководство по оториноларингологии. – М., 1960. – Т. 2. – С. 164-211.
17. Ромашов С.С. Три случая внутричерепных осложнений в отдаленном периоде после радикальных операций на ухе // Вестн. оториноларингологии. – 1973. – №6. – С. 88-90.
18. Семенов Ф.В., Риденко В.А., Немцева С.В. Анализ некоторых причин рецидива хронического гнойного отита в послеоперационном периоде // Вестн. оториноларингологии. – 2005. – №3. – С. 48-49.
19. Тарасов Д.И., Федорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.: ил.
20. Черных В.Г., Бобров В.М., Кирьянов Н.А. Гидраденома (церуминома) наружного слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1986. – №1. – С. 82-83.
21. Шишкин С.А., Бобров В.М., Молчанова Л.И. Молекулы средней массы – показатель интоксикации при гнойных заболеваниях ЛОР-органов // Казанский мед. журн. – 1991. – Т. LXXII № 4. – С. 310.
22. Шишкин С.А., Бобров В.М. Калипсоловый наркоз в неотложной оториноларингологии // XV съезд оториноларингологов России. – СПб., 1995. – Т. 2. – С. 445-448.
23. Шишкин С.А., Бобров В.М. Внутрисосудистое лазерное облучение крови при лечении гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов // 1-й международный конгресс "Лазер и Здоровье '97". Кипр, 1997, ноябрь 11-16. – 1997. – С. 22. – С. 22.

Поступила в редакцию 20.11.09.

© В.М. Бобров, 2010

РІЗНОМАНІТНІСТЬ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ І ЗНАХІДОК ПРИ САНУЮЧИХ ОПЕРАЦІЯХ НА ВУСІ. ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА

Бобров В.М. (Іжевськ, Росія)

Резюме

Проведено аналіз результатів невідкладної та планової допомоги при хронічному гнійному епітимпаніті з холестеатомою за 23 роки (1985-2007р.) за даними ЛОР-відділення МКЛ №8 м. Іжевська. Показано, що хронічний гнійний епітимпаніт слід розглядати як потенційну небезпеку не тільки для стану слухової і вестибулярної функції, але й для життя пацієнта. При епітимпаніті необхідно проводити по можливості найбільш ранню хірургічну санацію середнього вуха, а консервативне лікування розглядати як передопераційну підготовку. Доцільно визначити рівень ендотоксикозу (ЛПІ, ГПІ, МСМ, ІР) при лікуванні хворих на ускладнений епітимпаніт. Це дозволить індивідуально підходити до стану хворого, а також оцінювати ефективність проведеної терапії і за необхідності коригувати її. Аналіз отриманих результатів дослідження патологічного процесу при хронічному гнійному епітимпаніті на матеріалі 400 сануючих операцій може сприяти прогнозуванню розвитку даного виду патології та окремих його форм у відповідних за чисельністю населення містах та регіонах.

DIVERSITY OF PATHOLOGIC PROCESS AND FINDINGS AT SANATION OPERATION ON THE EAR. SURGICAL APPROACH.

Bobrov V.M. (Izhevsk, Russia)

Summary

There were analyzed the results of urgent and planned relieve at chronic purulent epitympanitis with cholesteatoma for period of 23 years (1985-2007) by data of otorhinolaryngology department of clinical hospital №8 (Izhevsk). It were shown that chronic purulent epitympanitis has be regarded as potential threat not for the status of auditory and vestibular functions, but for the life of patient. At epitympanitis, is necessary to pass as possible the most early surgical sanitation of middle ear, where as the conservative sanitation has be considered as preoperative preparation.. It is reasonable to evaluate the level of endotoxycosis (LPI, GPI, MCM, IP) at cure of patients with aggravated epitympanitis. It allows to approach the state of patient individually as well to evaluate the efficacy of treatment and correlate it at necessity. Analysis of results of the testifying of pathologic process at chronic pulmonary epitympanitis on the data of 400 sanitation operations may further prognosis of development of this kind of pathology and quotient its forms in correspondent by quantity cities and regions.