

УДК 616.284-002-089

*А.Ю. ЗАПОРОЩЕНКО, Н.П. ЗАПОРОЩЕНКО, Н.А. ПЕЛЕШЕНКО,
Т.А. РЫСКАЛЬ, В.Д. ГАЙДУК*

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО МАСТОИДИТОМ С СУБПЕРИОСТАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ

ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины»

Несмотря на явные успехи в разработке новых антибактериальных препаратов, проблема лечения больных острым средним отитом (ОСО) остается до конца не решенной. Данная патология имеет существенное медицинское и социальное значение: приводит к частой потере трудоспособности, снижению или потере слуха, а также может стать причиной таких грозных осложнений, как мастоидит, менингит, абсцессы мозга и другие, требующие срочного хирургического лечения.

Возникновение осложнений объясняется развитием антибиотикорезистентных штаммов, нарастанием вирулентности микроорганизмов, вызывающих острый средний отит, неадекватной противовоспалительной терапией, а также анатомическими особенностями каменистой части височной кости. По той же причине течение и клинические проявления острого среднего отита значительно изменились. Возросло количество вялотекущих и латентных форм острого среднего отита и мастоидита. Увеличилось число больных ОСО, трансформирующимся в хронический гнойный средний отит [1].

По нашим наблюдениям, при нарушении функций слуховой трубы и склеротическом типе строения сосцевидного отростка, как правило, формируется хронический туботимпанальный гнойный средний отит. В случае неадекватного лечения при пневматическом или смешанном типах строения

сосцевидного отростка развивается хронический эпитимпаноантральный гнойный средний отит.

В последнее время в литературе появились сведения об увеличении числа заболеваний острым средним отитом, осложненным мастоидитом [1]. Среди них особый интерес вызывают такие осложнения, как мастоидит с субпериостальным абсцессом, что представляет собой довольно редкое сочетание.

В основе патогенеза такого заболевания, как уже отмечалось, лежит особенность пневматизации височной кости, характер течения ОСО, а также иммунологические свойства организма. Своевременно недиагностированный ОСО нередко приводит к возникновению или прогрессированию сенсоневральной тугоухости [2].

Тактика хирургического лечения таких больных довольно разнообразная. Поэтому считаем целесообразным поделиться собственным наблюдением.

Больная П., 46 лет, поступила 06.08.09 г. в отделение воспалительных заболеваний ЛОР-органов с диагнозом: острый средний отит, осложненный мастоидитом с субпериостальным абсцессом справа. Она предъявляла жалобы на снижение слуха на правое ухо и припухлость мягких тканей в верхних и задних отделах околоушной области.

Из анамнеза выяснено, что гноетечение из правого уха у пациентки не было. Месяц назад появилось снижение слуха.

После аудиометрического исследования в поликлинике по месту жительства был поставлен диагноз: острая сенсоневральная тугоухость справа. По этому поводу больная получала лечение, в том числе парамеатально инъекции АТФ.

При наружном осмотре ушная раковина справа оттопырена. В заушной и височной областях отмечается выраженная инфильтрация мягких тканей, при пальпации которых определяется флюктуация.

При отоскопии справа определяется сужение наружного слухового прохода за счет инфильтрации кожи в задних и верхних отделах. Барабанная перепонка просматривается в передненижнем квадранте. Она была розового цвета. Отделяемого в наружном слуховом проходе нет. AS – норма. Слух справа: ш.р.-0, р.р. – 0,1 м. На аудиограмме выявлено повышение порогов восприятия костнопроведенных звуков – на речевые частоты в среднем на 50 дБ, а воздушнопроведенных звуков в среднем на 70 дБ. При риноскопии носовые ходы умеренно сужены. Отмечается недостаточность носового дыхания. Перегородка носа искривлена, слизистая оболочка полости носа несколько отечная, розового цвета.

Результаты клиническо-лабораторных исследований – в пределах нормы, за исключением СОЭ – 40 мм/ч. На рентгенограмме височных костей по Шюллеру обнаружено снижение пневматизации ячеек правого сосцевидного отростка; слева – пневматизация ячеек сосцевидного отростка не нарушена. На основании рентгенологических данных был заподозрен правосторонний мастоидит с субпериостальным абсцессом. 6.08.09 произведена операция антростомастомии с задней тимпанотомией. После разреза кожи из заушной раны выделилось до 50,0 мл гноя. В области проекции антрума обнаружен свищевой ход. Антрум и ячейки сосцевидного отростка выполнены грануляционной тканью и гноем. Патологические ткани из ячеек сосцевидного отростка удалены. В барабанной полости обнаружена утолщенная слизистая оболочка, покрытая гнойным отделяемым. Слуховые косточки сохранены. Заушная рана оставлена открытой. Взят мазок из раны для определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам. В комплексе с

противовоспалительными средствами больная получала физиотерапию. Ежедневно на рану назначались сеансы аэроионотерапии (франклинизация) с аппарата «АФ-3-1» по 15 мин игольчатым электродом с высоты 7-10 см над раной в положении пациентки лежа. Результатом применения аэроионотерапии было достижение бактерицидного эффекта в ране (местное воздействие), а также стимуляция метаболических и репаративных процессов через сегментарные зоны (общее воздействие). После получения антибиотикограммы 11.08.09 г. у больной произведена отсроченная мастоидопластика биокерамическим трансплантатом «Синтекоств». Рана ушита наглухо. Пациентка получала антибиототики с учетом показателей антибиотикограммы и противоневритное лечение. В комплексной терапии в послеоперационном периоде с целью уменьшения локального отека и воспалительной реакции был использован метод магнитолазеротерапии. На проекцию сосцевидного отростка воздействовали магнитным полем до 30 мТл, инфракрасным лазером до 50 мВт, частотная модуляция – 40 Гц и на проекцию бифуркации сонной артерии на стороне операции действовали магнитным полем до 30 мТл, красным лазером до 40 мВт, частотная модуляция – 40 Гц. Воздействие проводилось одновременно, продолжительность процедуры – 10 мин.

20.08.09 г. больная была выписана из отделения в удовлетворительном состоянии. Заушная рана зажила первичным натяжением. Через 1 месяц после операции при контрольном обследовании была сделана повторная аудиограмма. Пороги восприятия костнопроведенных звуков на речевые частоты снизились в среднем до 15 дБ, а пороги воздушнопроведенных звуков – в среднем до 30 дБ.

Отоскопически барабанная перепонка справа была серого цвета, без признаков воспаления.

Интерес данного наблюдения заключается в отсутствии болевых симптомов в ухе и заушной области, характерных для острого мастоидита, и в трудности его диагностики в связи с вялотекущим воспалительным процессом. Мастоидит с субпериостальным абсцессом и отсутствием перфорации барабанной перепонки является до-

вольно редким явлением. Интерес представляет также новая методика хирургического лечения, а именно отсроченная мас-

тоидопластика с использованием фрагментов биокерамического трансплантата «Синтекость».

1. Иванец И.В. и соавт. Современные особенности течения мастоидита // Вестн. оториноларингологии. – 2007. – №5. – С. 62-65.

2. Петрова Л.Г. и соавт. Рентгенологический метод исследования в диагностике экссудативного среднего отита // Новости лучевой диагностики. – 1999 - №3 - С. 2-3.

Поступила в редакцию 23.11.09.

© А.Ю. Запорощенко, Н.П. Запорощенко, Н.А. Пелешенко, Т.А. Рыскаль, В.Д. Гайдук, 2010