

*А.Ю. ЗАПОРОЩЕНКО, О.Г. РЫЛЬСКАЯ, Н.А. ПЕЛЕШЕНКО,
Т.В. МАЛЯРЕНКО, Т.А. РЫСКАЛЬ*

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ, С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

*ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМНУ
(дир. – академик НАМН Украины, проф. Д.И. Заболотный)*

С целью ликвидации внутричерепного осложнения и санации первичного очага в полостях среднего уха у больных хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) производится модифицированная радикальная операция [2-4 и др.]. Однако недостатком такого вмешательства является утрата анатомических структур наружного и среднего уха, что отрицательно сказывается на морфологических и функциональных результатах тимпанопластики, произведенной в отсроченном периоде. Отсутствие задней стенки наружного слухового прохода создает дополнительные помехи для звукопроведения, помимо тех, которые обусловлены дефектом перепонки и деструкцией слуховых косточек. В этих условиях кондуктивная тугоухость достигает 60 дБ.

По данным нашей клиники, у всех оперированных больных с данной патологией на saniрующем этапе операции выявлялись воспалительные изменения в слизистой оболочке среднего уха, что, несомненно, приводило к нарушению функций слуховой трубы различной степени.

При ревизии барабанной полости у таких пациентов молоточек, наковальня, а также арка стремени могли отсутствовать или в них определялись деструктивные изменения (разрушенные длинный отросток наковальни, рукоятка молоточка и арка стремени, а иногда обнаруживались дефекты кости тела наковальни и головки молоточка). Такие слуховые косточки во время операции удалялись.

При проведении хирургического вмешательства у больных эптитимпанитом, ос-

ложненным холестеатомой, важным моментом являлся осмотр внутренней поверхности барабанной перепонки, поскольку при распространении на нее холестеатомы барабанная перепонка удалялась.

После полного заживления послеоперационной раны при наличии функционального резерва улитки, а также при отсутствии воспалительного процесса в слизистой оболочке среднего уха и нормальной проходимости слуховой трубы у таких пациентов возможно было проведение слухоулучшающей операции. Единственным абсолютным противопоказанием к тимпанопластике служит врастание эпидермиса в просвет слуховой трубы.

При выполнении saniрующего этапа у больных хроническим гнойным средним отитом с абсцессами средней или задней черепных ямок большое значение имеют данные компьютерной или магнитно-резонансной томографии, которые позволяют четко определить локализацию абсцесса и прицельно произвести его пункцию.

Благодаря этому при наличии слизистой оболочки в барабанной полости можно частично сохранить заднюю стенку слухового прохода и латеральную стенку аттика. Тогда в дальнейшем возможно формирование большой неотимпанальной полости с последующей оссикулопластикой. Такие варианты тимпанопластики являются наиболее функциональными.

При эпидермизации медиальной стенки барабанной полости и хорошо выраженной нише окна преддверия во время saniрующего этапа операции латеральная стен-

ка аттика полностью удалялась. Задняя костная стенка наружного слухового прохода по возможности сохранялась. При осуществлении санирующего этапа операции в случае, когда задняя костная стенка наружного слухового прохода сохранялась, заушная рана велась открытым способом. Рана зажила вторичным натяжением. В дальнейшем при возможности грануляционная ткань скарифицировалась и на кожу накладывали швы. При необходимости на скарифицированную грануляционную ткань можно укладывать фрагменты аутокости, взятой с краев костной раны. В дальнейшем выполнялся наиболее функциональный вариант IV типа тимпаноластики с костным экранированием окна улитки, позволяющий уменьшить в послеоперационном периоде костно-воздушный интервал на речевые частоты до 10-15 дБ. Использовались пластинки «синтекости» толщиной до 1 мм. В отличие от мягкотканной неотимпанальной мембраны, костная пластика в большей степени усиливает звуковую защиту окна улитки, при этом отраженная звуковая энергия попадает на основание стремени и дополнительно увеличивает звуковое давление. Если у больных ХГСО после санирующего этапа операции костно-воздушный разрыв составляет в среднем 30-35 дБ, то для проведения классического варианта IV типа тимпаноластики этот кондуктивный компонент тугоухости является недостаточным. В таких случаях можно проводить IV тип тимпаноластики с костным экранированием окна улитки, разработанный в нашем институте [1].

У больных ХГСО воспалительный процесс в слизистой оболочке среднего уха способствует ухудшению функционального состояния слуховой трубы. Кроме этого, у них могут встречаться анатомические нарушения в полости носа, ведущие к затруднению носового дыхания. Сужение носовых ходов чаще всего наблюдается при искривлении перегородки носа или при её смещении, а также при утолщенной перегородке носа, расположенной по средней линии.

При наличии показаний производились соответствующие операции в полости носа с целью восстановления функций носа и слуховой трубы, а в дальнейшем выпол-

нялись слухоулучшающие операции. Как правило, на подготовительный период до проведения тимпаноластики уходит не менее 6 мес.

Учитывая, что тактика хирургического вмешательства у пациентов при ХГСО с внутричерепными осложнениями в настоящее время довольно разнообразна, считаем целесообразным поделиться собственным наблюдением.

Больная А., 31 год, поступила 08.09.2007 г. в отделение воспалительных заболеваний ЛОР-органов ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины» с диагнозом: «Обострение хронического гнойного среднего отита слева. Вторичный менингоэнцефалит. Абсцесс височной доли мозга».

Пациентка предъявляла жалобы на боли в левом ухе, гноетечение из него. Из анамнеза выяснено, что она болеет с детства. Обострение хронического процесса в ухе возникло 5 дней назад, у отоларинголога не лечилась. С момента поступления больной назначено адекватное лечение. Температура тела от 09.09.2007 г. – 38,4⁰С, в остальные дни – в пределах нормы. При отоскопии слева в слуховом проходе определялось слизисто-гнойное отделяемое. Барабанная перепонка розового цвета, в задневерхнем квадранте имеется перфорация, через которую видны грануляции в барабанной полости. Камертонално и аудиометрически обнаружено нарушение звукопроводения слева. Костно-воздушный интервал на речевые частоты – в среднем 40 дБ. Справа – барабанная перепонка в нормальном состоянии. Слух не изменен. При осмотре окулистом глазное дно - без видимой патологии. Калибр сосудов не изменен. Заключение невропатолога: вторичный менингоэнцефалит. Показано проведение спинномозговой пункции. ОАК от 09.09.2007 г.: лейкоцитоз – 16,4 на 10⁹/л, СОЭ – 24 мм/ч. Ликвор от 08.09.2007 г.: слегка мутный, цитоз – 356 кл (превалируют лимфоциты), белок – 0,33г/л.

На МРТ от 11.09.2007 г. определялся сформировавшийся абсцесс височной доли мозга слева, выявлены признаки отека мозга.

11.09.2007 г. в порядке скорой помощи произведена санирующая операция на

левом ухе со вскрытием абсцесса левой височной области.

При операции в антруме обнаружены грануляции, гной. Вскрыты ячейки сосцевидного отростка. Все патологические ткани удалены. Выявлена блокада адитуса грануляционной тканью. Учитывая, что аттик узкий, во время операции его латеральная стенка и частично задняя костная стенка наружного слухового прохода были удалены.

В барабанной полости наковальня отсутствовала, молоточек был разрушен. Удалены головка молоточка, грануляции и холестеатома. Арка стремени сохранена. Крыша антрума удалена, обнажена твердая мозговая оболочка, которая была покрыта грануляциями. Последние удалены. При пункции височной доли мозга удалено до 20 мл гноя. По игле полость абсцесса вскрыта и промыта физраствором. Полость абсцесса дренирована резиновой полоской. Пластика кожи задней стенки наружного слухового прохода не производилась. Заушная рана рыхло тампонирована и оставлена открытой. В наружный слуховой проход введена турунда. Наложена асептическая повязка. Назначено лечение в полном объеме.

В послеоперационном периоде состояние пациентки улучшилось. Боли в ухе уменьшились. Ежедневно проводилась перевязка уха, полость абсцесса промывалась диоксицином; резиновая полоска дренировала полость абсцесса в течение 6 дней, а затем была удалена. Послеоперационная рана заживала вторичным натяжением. ОАК от 18.09.2007 г.: лейкоцитоз – 9,4 на 10⁹/л, СОЭ – 17 мм/ч.

03.10.2007 г. после местной анестезии 2% раствором лидокаина поверхностный слой грануляционной ткани в трепанационной полости скарифицирован, края раны освежены, на кожу наложены швы.

09.10.2007 г. общее состояние больной удовлетворительное, температура тела - в пределах нормы. Жалоб нет. Сняты швы в заушной области. Рана полностью зажила. Отоскопически слева слуховой проход нормальных размеров, барабанная перепонка серого цвета, перфорация закрылась. Слух улучшился. Исход болезни - благополучный.

В течение 2 лет пациентка находилась под наблюдением. На аудиограмме через 2 года костно-воздушный интервал на речевых частотах - 10 дБ. Контуры наружного слухового прохода не изменены. Барабанная перепонка серого цвета. Перфорации нет.

Интерес данного наблюдения заключается в том, что использованная нами методика хирургического вмешательства позволила ликвидировать воспалительный процесс в полостях среднего уха и в височной доле мозга, сохранить контуры наружного слухового прохода и барабанную перепонку. Созданные условия для спонтанной тимпаноластики по III типу дали возможность улучшить слух у больной на 30 дБ.

По нашему мнению, при выполнении санирующей операции у данной категории пациентов необходимо создавать оптимальные условия для возможной спонтанной тимпаноластики. Если улучшения слуха в послеоперационном периоде не произошло, то классические варианты тимпаноластики можно производить при полном заживлении послеоперационной раны, а также при наличии показаний к слухоулучшающим операциям и отсутствии противопоказаний.

Осуществление закрытого варианта санирующей операции у таких больных позволяет не допустить образования мозговых грыж в послеоперационном периоде, а также улучшает морфологические и функциональные результаты.

1. Запорощенко А.Ю., Цисаренко А.Н., Мороз Б.С. Способ улучшения остроты слуха: Патент №1084015, СССР МКИ³ А61 в 17/00 Киевский НИИ отоларингологии №3480735; заявл.

4.08.82; опубл. 07.04.84, Бюл.№13. Действует с 01.07.91.

2. Нечипоренко В.П., Лозицкая В.И., Кизим В.В., Нечипоренко П.В., Мироненко Н.Г. Отогенные

абсцессы головного мозга // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №3 (додаток). – С. 403-405.

3. Нечипоренко В.П., Лозицкая В.И., Нечипоренко П.В., Коваль О.Н. Отогенные внутричерепные осложнения. Тактика хирургического лечения // Журн. вушних, носових і горлових

хвороб. – 2001. – №3 (додаток). – С. 123.

4. Шкорботун В.А. Слухоулучшающие операции в ближнем периоде после санации экстра- и интракраниальных осложнений у больных хроническим гнойным средним отитом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – К., 2005. – 42 с.

Поступила в редакцию 18.12.09.

© А.Ю. Запорощенко, О.Г. Рыльская, Н.А. Пелешенко, Т.В. Маляренко, Т.А. Рыскаль, 2010