

## **ОСТРЫЙ МАСТОИДИТ. АЛГОРИТМ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины»  
(дир. – академик НАМНУ Д.И. Заболотный), Полт. обл. клин. больница  
им. Н.В. Склифосовского (гл. врач – Е.В. Скалянский)*

Острый мастоидит (ОМ) – заболевание, которое в последнее время встречается не так часто, но имеет тяжелое течение и осложнения [18], и поэтому требует от врача максимума концентрации внимания для решения вопроса о необходимости проведения неотложного или отсроченного хирургического вмешательства, а также назначения адекватного консервативного лечения.

Как известно, ОМ – это осложнение острого среднего отита (ОСО), который является очень распространенным заболеванием, особенно у детей [10]. ОСО имеет явную сезонность и в основном связан с эпидемией вирусных заболеваний [8, 17, 27].

Роль вирусной инфекции в возникновении ОСО изучали многие ученые [3, 4, 16, 21, 24, 25]. Одни из них считают вирусы основным этиологическим фактором развития ОСО [3, 4, 22], что подтверждается иммунофлюоресцентными и другими методами диагностики [19, 21], которые в основном выявляют вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы. Остальные приписывают вирусам роль пускового механизма с последующим присоединением бактериальной флоры [6, 9, 12, 26].

По поводу острого мастоидита ученые сходятся во мнении о бактериальной этиологии данного заболевания, хотя исследования последних лет подтверждают выявление при ОСО герпес-вируса I и II типов в 40% случаев, аденовирусной инфекции – в 26%, а при заболеваниях околоносовых пазух – вируса Эпштейна-Барра в 56,7%, аденовирусной инфекции – в 40% [11, 13]. При определении понятия ОСО подразумевается, что воспаление слизистой оболочки

происходит как в слуховой трубе и барабанной полости, так и в слизистой оболочке сосцевидного отростка. Поэтому, если ОСО вирусной этиологии осложняется ОМ, необходимо рассматривать последний, как имеющий вирусное происхождение [21, 23].

М.К. Драгнева [9], изучая этиологический фактор ОСО, выявила во время двух курсов обследования сначала у 10 из 30, а затем у 34 из 57 пациентов вирусы. Дополнительно она определила 40% уровень высеваемости бактериальной флоры, а грибковой – в 20%, что совпадает с данными других авторов [5, 12, 17]. Сопоставляя доантибиотиковый и последующий антибиотиковый периоды, М.К. Драгнева [9] приводит результаты сравнения статистических показателей выявленного среднего отита и антрита у детей, у которых заболеваемость средним отитом остается на том же высоком уровне и в эру антибиотиков, а частота обнаружения антритов увеличилась и составила 25% от всего количества больных средним отитом, несмотря на то, что большинство детей с ОСО получило несколько курсов «разнообразных» антибиотиков. Автор делает вывод, что бактериальный фактор не является ведущим в этиологии мастоидита, а также считает ОМ хирургическим заболеванием [7, 9].

Ф.А. Тышко, О.И. Вильчинский [18] при изучении данного вопроса формируют понятие новой формы мастоидита – мукопериостита и видят необходимость в разработке новых стандартов для лечения пациентов с разными формами воспаления среднего уха.

В течение последних 3,5 лет нами было проведено обследование и лечение 21

больного острым мастоидитом, среди которых было 13 мужчин и 8 женщин. У всех обследуемых в анамнезе заболевания отмечался ОСО, который потом осложнился ОМ, причем у 10 лиц он сопровождался парезом лицевого нерва, у 3 – субпериостальным абсцессом, у 9 – буллезным мирингитом, у 4 – наружным герпетическим отитом. Всем пациентам назначалось консервативное лечение, которое включало стандартную схему: антибактериальная (комбинация 2-3 антибактериальных препаратов широкого спектра действия), противовоспалительная, дегидратационная, антигистаминная терапия и местное воздействие (ранний парацентез, промывание барабанной полости антисептиками, анемизация слизистой оболочки полости носа и др.). В связи с отсутствием положительного эффекта от консервативного лечения нами разработана новая методика хирургической санации сосцевидного отростка с дренированием аттикоантрального хода полоской силиконовой резины и тефлоновыми трубками с одномоментным закрытием послеоперационной полости, о которой мы сообщали в предыдущих публикациях [1, 2]. Во время операции у 17 лиц была выявлена блокада адитуса за счет выраженного отека слизистой оболочки. Сосцевидный отросток был заполнен тягучей слизью. Блокада дренажного пути в адитусе приводила к развитию остеомиелитического процесса в замкнутой полости сосцевидного отростка в результате, как мы считаем, ишемического некроза кости. Это проявлялось образованием одной или нескольких полостей в сосцевидном отростке, которые по размерам часто были больше, чем антрум, а также наличием костных секвестров.

Необходимо отметить, что в 18 посевах из барабанной полости и содержимого сосцевидного отростка не отмечалось роста ни анаэробной, ни аэробной микрофлоры. Анализируя результаты гистологического исследования удаленной слизистой оболочки сосцевидного отростка во время антромастоидотомии, мы выявили, что в эпителиальной выстилке имела место десквамация эпителиоцитов, отдельные клетки были нехарактерной уплощенной формы. Достаточно часто определялись эпителиальные

клетки с нечеткими границами апикальной поверхности. В расположенной под эпителием соединительной ткани наблюдался отек, незначительное количество лимфоцитов и гистиоцитов. В кровеносных микрососудах обнаружено полнокровие, сладж-синдром, отек эпителия. Многочисленные параваскулярные кровоизлияния свидетельствовали о повышении проницаемости сосудистых стенок.

Такие гистологические изменения слизистой оболочки, наряду с отсутствием роста аэробной и анаэробной бактериальной флоры, недостаточной эффективностью антибиотикотерапии, а также данными научной литературы о роли вирусной инфекции в возникновении ОСО, позволили нам думать о ведущей роли вирусной инфекции в развитии и течении острого мастоидита. Это стало основанием для включения в комплексное лечение таких больных антивирусных препаратов. Проведя поиск эффективного противовирусного средства, мы остановили свой выбор на отечественном препарате «Протефлазид» растительного происхождения с выраженными адаптогенными, иммуномодулирующими и противовирусными свойствами. В состав протефлазида входят флаваноидные гликозиды, которые содержатся в диких злаках *Deschampsia caespitosa* L. и *Calamagrostis epigeous* L. и способны блокировать ДНК-полимеразную активность в клетках, инфицированных вирусами. Это приводит к снижению способности или полной блокаде репликации вирусной ДНК и, как следствие, препятствует размножению вирусов. Одновременно протефлазид увеличивает продукцию эндогенных альфа- и гамма-интерферонов, что повышает неспецифическую резистентность организма к вирусной и бактериальной инфекции. Также данный препарат не токсичен и практически не вызывает побочных явлений. В то же время форма препарата в виде раствора позволяет одновременно использовать его как в общей, так и в местной терапии при ОМ.

Нами было проведено консервативное лечение 4 больных герпетическим ОСО с использованием протефлазида. Учитывая его эффективность для лечения пациентов с герпетическим ОСО и опираясь на данные

литературы о позитивном эффекте его назначения при ОРВИ [14, 15, 20], мы начали применять этот препарат при ОСО и ОМ вирусного происхождения. Протефлазид назначался по стандартной базовой схеме применения для взрослых (1-я неделя – по 5 капель 3 раза в сутки; 2-3-я недели – 10 капель 3 раза в сутки; 4-я неделя – по 8 капель в сутки), а также в виде компрессов с 15-20% раствором димексида в соотношении 1:1 на околоушную область, добавляя данное лечение к стандартной схеме. При этом был получен положительный результат у 15 человек с ОСО вирусного происхождения. Учитывая такой эффект использования протефлазида, мы включили его в лечение 4 больных ОМ герпетической этиологии. Дополнительно, кроме базовой схемы приема этого препарата, мы промывали послеоперационную полость раствором протефлазида, разведенного водой для инъекций в соотношении 1:6.

5 из 21 обследованного с ОМ, прооперированных по нашей методике с использованием дренирования аттико-антрального хода полоской силиконовой резины и тefлоновыми трубками с одновременным закрытием послеоперационной полости, получали также стандартную схему консервативной терапии без применения протефлазида. Остальные 16 человек (в том числе 4 с ОМ герпетической этиологии) прооперированы аналогично, но дополни-

тельно в стандартную схему терапии был включен протефлазид по упомянутой методике. Кроме того, у 5 прооперированных пациентов дополнительно выполнялся фонфорез с протефлазидом на область послеоперационной полости. У всех прооперированных больных ОМ течение послеоперационного периода проходило без осложнений, функция лицевого нерва, а также слуховая функция полностью возобновились. У 5 лиц, которые были пролечены без применения протефлазида, количество койко-дней в среднем составило 10,2, а у 9, которым был назначен протефлазид, оно равнялось 8,8.

Анализируя полученные данные, можно допустить, что острый мастоидит является вирусным заболеванием как следствие ОРВИ и ОСО вирусного генеза, а в межэпидемический период ОРВИ – как осложнение герпетической инфекции, поэтому необходимо проводить противовирусную терапию уже на амбулаторном этапе лечения таких пациентов. В связи с вышеупомянутым мы предлагаем назначать стандартное лечение больным ОСО с добавлением протефлазида по предложенной нами схеме, начиная с амбулаторного периода. В случае осложнений ОСО острым мастоидитом и неэффективности консервативной терапии рекомендовано выполнять хирургическое вмешательство по предложенной нами методике.

1. Безега М.М., Рымар В.В. Новые подходы к хирургическому лечению острых мастоидитов // Журн. ушных, носовых и горловых хвороб. – 2007. – №3-с. – С. 26-27.
2. Безега М.М. Острый мастоидит, особенности консервативной и хирургической тактики в зависимости от этиологического фактора // Журн. ушных, носовых и горловых хвороб. – 2008. – №6. – С. 28-31.
3. Бикбаева А.И., Шуленов 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. Гинькут В.М., Гинькут В.В. Бактериология острых гнойных средних отитов // Журн. ушных, носовых и горловых хвороб. – 2007. – №5-с. – С. 23.
6. Гуревич П.С., Вертлий 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.
7. Драгнева М.К. Предшествующая антибиотикотерапия и воспаление среднего уха у детей грудного возраста // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. – №2. – С. 77-81.
8. Драгнева М.К. Антрит, мастоидит и хронический средний отит. – Кишинев: Штиинца, 1992. – С. 32-33, 36-37, 46-48.
9. Драгнева М.К., Стовбун Ф.И., Шеврыгин Б.В. Роль инфекции среднего уха у предварительно

- леченных антибиотиками // Вестн. оториноларингологии. – 1984. - №4. – С. 31-34.
10. Дячук В.В., Дячук В.В., Семенюк М.И. Отдаленные результаты антротомии у детей грудного возраста // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2007. - №5-с. – С. 31.
  11. Заболотный Д.И., Самбур М.В., Кикоть Ю.В., Костюченко А.Л., Пелешенко Н.А., Савченко Т.Д., Кривохатская Л.Д. Значение вирусологических методов исследования в оториноларингологии // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2008. – №5-с. – С. 67.
  12. Козлов М.Я. Вопросы организации ЛОР-помощи больным заболеванием органа слуха: Тез. докл. науч.-практ. конф. ЛПМИ. – Л., 1986. – С. 14-16.
  13. Комашко Н.А. Лечение больных хроническим катаральным синуситом и Эпштейн-Барр вирусной инфекцией: Автореф. дис... канд. мед. наук. – К., 2009.
  14. Москалюк В.Д. Использование препарата «Протифлазид» в комплексном лечении больных гриппом и ОРВИ // Информационный лист о нововведениях в системе здравоохранения. – К., МОЗ Украины, 2006. – №134.
  15. Новиков Д.К. Справочник по клинической иммунологии и аллергологии. – Минск: Беларусь, 1987.
  16. Петрова Л.Н., Макаревич И.Г., Милькинт К.К., Румель Н.Б. Диагностика острого вирусного неперфоративного отита с помощью иммунофлюоресцентного метода // Журн. ушних, носовых и горловых болезней. – 1986. – №4. – С. 56-59.
  17. Сергиенко П.В., Пушкарева Н.С., Емельчанинова И.И. Некоторые аспекты этиологии, патогенеза, клиники и лечения затяжных форм среднего отита // Журн. ушних, носовых и горловых болезней. – 1975. – №1. – С. 40-45.
  18. Тышко Ф.А., Вильчинский О.И. От антрита до мастоидита // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2007. – №5-с. – С. 70.
  19. Фаль Н.И., Сушко Ю.А., Рымар В.В. Диагностика и лечение гнойного анаэробного салпингоотита // Журн. ушних, носовых и горловых болезней. – 1985. – №5. – С.10-14.
  20. Цирульник О.М., Бондарчук О.Б., Авдеева Н.И. Роль противовирусных препаратов в терапии часто и длительно болеющих детей // Перинатология и педиатрия. – 2006. – №3. – С. 60-61.
  21. Янагисава Е., Кмуча С. Оториноларингология и хирургия головы и шеи / Под ред. Дж. Ли (США). Киев: Здоровье, 1995. – Раздел 6. – С. 78-82.
  22. Berenyi J., Jori J. Az otitis mediae hsdudativa koris merese es kerelese // Fur. Orr. gegegyogy. – 1983. – N4. – P. 229-235.
  23. Brook I., Schwartz R. Anaerobic bacteria in acute otitis media // Acta otolaryngol. – 1981. – 71, N1-2. – P. 111-114.
  24. Hayasky M., Sato H. Eustachian tube function and otitis media with effusion. Review of literature // Pract. otol. – 1987. – 80, N5. – P. 819-824.
  25. Karma P., Palva A., Kokko E. Immunological defects in children with Otitis Media // Acta otolaryng. (Stockh.). – 1976. – 82, N3-4. – P. 193-195.
  26. Lim D.J., De Maria T.F. Panel discussion: Pathogenesis of otitis media. Bacteriology and immunology // Laryngoscope. – 1982. – 98, 1-2. – P. 2-9.
  27. Tos M., Poulsen G., Borch J. Etiologic Factors in Secretory Otitis // Arch. Otolaryng. – 1979. – 105, N10. – P. 582-588.

Поступила в редакцию 8.04.10.

© М.И. Безега, А.И. Розкладка, В.В. Рymar, 2011

#### ГОСТРИЙ МАСТОЇДИТ. АЛГОРИТМ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

*Безега М.І., Розкладка А.І., Рymar В.В. (Київ, Полтава)*

##### *Резюме*

Обстежено 21 хворого на гострий мастоїдит (ГМ), який був ускладненням гострого середнього отиту. Консервативне лікування, що проводилось у всіх пацієнтів, не дало ефекту. В зв'язку з цим, а також враховуючи клінічний перебіг ГМ, результати мікробіологічного та гістологічного дослідження, вважалось, що захворювання має вірусну природу, а тому здійснювалась антивірусна терапія з використанням препарату «Протифлазид» за власною схемою авторів та виконувалась хірургічна санація соскоподібного відростка з дренажуванням аттико-антрального ходу за розробленим способом.

#### ACUTE MASTOIDITIS: ALGORITHM FOR CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT

*Bezega M.I., Rozkladka A.I., Rymar V.V. (Kyiev, Poltava)*

##### *Summary*

21 patients with acute mastoiditis (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 "Proteflazid" preparation, as well as the surgical sanation of nipple-like appendix commonly with drainage of the attic-antral way by the method elaborated.