

*В.В. БЕРЕЗНЮК, А.В. ЗАЙЦЕВ, Н.В. ХОБОТОВА, Н.В. ЛАМЗА,
Д.В. ЛЫЩЕНКО*, А.К.МОРГАЧЕВА**

ОСЛОЖНЕННЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ДВУСТОРОННИЙ ЭПИТИМПАНИТ

*Каф. оториноларингологии (зав. – проф. В.В. Березнюк)
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины»
(ректор – академик АМН Украины Г.В. Дзяк); * Отд-ние микрохирургии уха
(зав. – Д.В. Лыщенко) КУ «Днепропетровская областная больница
им. И. Мечникова» (гл. врач – проф. С.А. Рыженко)*

Заболевания среднего уха постоянно находятся в центре внимания отоларингологов – клиницистов и исследователей. Это сопряжено с тем, что указанная патология является причиной не только снижения слуха, но в некоторых случаях приводит к развитию тяжелых внутричерепных осложнений, угрожающих жизни больного. Особенно актуальна эта проблема при двустороннем процессе.

По данным социологических исследований известно, что около 3% взрослых страдают хроническим гнойным или адгезивным отитом. Двустороннее поражение среднего уха встречается, по данным различных авторов, у 20-28% больных.

Ранее считалось, что хронические гнойные воспалительные процессы в среднем ухе могут являться источником инфекции при развитии внутричерепных осложнений в 80% случаев [1, 3]. Однако, проанализировав публикации последних лет [2, 4], а также собственные наблюдения, мы выявили тенденцию к возрастанию роли острого отита, как причинного фактора в возникновении отогенных внутричерепных осложнений.

В развитии отогенных внутричерепных осложнений наибольшее значение имеют сообщения через верхнюю стенку барабанной полости и пещеры сосцевидного отростка. Воспалительный процесс из среднего и внутреннего уха может распространиться в полость черепа также по преформированным путям. Это места прохождения через кост-

ные стенки сосудов, соединяющих венозную и лимфатическую системы уха с полостью черепа, а также нервных стволов, особенно канала лицевого нерва. Из канала лицевого нерва инфекция имеет все возможности для проникновения в полость черепа.

В развитии отогенных внутричерепных осложнений определенное значение имеет лабиринтогенный путь проникновения инфекции. Из внутреннего уха инфекция прорывается в полость черепа, как правило, через внутренний слуховой проход или водопровод улитки, но может попадать и по другим путям. Инфекция и токсины, распространяясь по водопроводу улитки или по переневрию слухового нерва, достигают подпаутинного пространства задней черепной ямки. Воспалительный процесс вначале локализуется в задней черепной ямке, но затем очень быстро приобретает диффузный характер.

Для лабиринтного пути проникновения инфекции в полость черепа характерно предшествующее наличие гнойного лабиринтита.

Немаловажную роль в возникновении внутричерепных осложнений играет гематогенный и лимфогенный путь. Самым редким путем распространения инфекции из уха в полость черепа являются дегесценции, которые в наибольшей степени выражены в верхней стенке барабанной полости и пещеры сосцевидного отростка.

Как правило, у больного имеется одно внутричерепное осложнение, реже –

несколько одновременно [3]. Приводим наше наблюдение за пациенткой, находящейся на лечении в отделении микрохирургии уха КУ «Областная клиническая больница им. И. Мечникова».

Больная Н., 57 лет, в ургентном порядке поступила в ЛОР-клинику 25 октября 2012 г. с жалобами на снижение слуха на левое ухо, умеренную боль в нем, асимметрию лица.

Из анамнеза выяснено, что пациентка болеет хроническим двусторонним средним отитом с детства. Последнее ухудшение самочувствия отметила 22 октября 2012 года, когда после перенесенного ОРВИ появились вышеуказанные жалобы.

При поступлении у больной выявлена асимметрия лица за счет гемипареза мимических мышц лица слева, парез круговых мышц левого глаза, невозможность «надуть» щеку, нахмурить лоб. Она осмотрена невропатологом, определен диагноз: невралгия лицевого нерва.

ЛОР-статус. *Левое ухо: наружный слуховой проход – широкий, сухой. Отмечается краевая перфорация, холестеатома. ШП – 1 м, РР – 3 м.*

Правое ухо: наружный слуховой проход широкий, патологического отделяемого нет. Барабанная перепонка – серая, имеется краевая перфорация, холестеатома. ШП – 5 м, РР – 6 м. Сосцевидные отростки с двух сторон без изменений.

Другие ЛОР-органы без патологии.

На аудиограмме в левом ухе (АС) отмечается повышение порогов костной проводимости на частоте 2000 Гц до 30 дБ; воздушная проводимость снижена до 40-60 дБ; костно-воздушный интервал – 20-30 дБ; в правом ухе (АД) – повышение порога костной проводимости до 20 дБ, воздушной – до 30 дБ в диапазоне разговорных частот; костно-воздушный интервал – 10 дБ.

На основании комплексного обследования определен диагноз: хронический двусторонний средний гнойный отит, эпитимпанит, холестеатома; парез лицевого нерва слева. Принято решение о проведении хирургического вмешательства – аттикоантроми, декомпрессии лицевого нерва слева.

Под общей анестезией (26.10.2012 г.) внутренним методом и с местным обезболиванием произведен разрез кожи, отступя 0,5 см от заушной складки; Т-образно рассечена задняя стенка слухового прохода с образованием расщепленного кожного лоскута; тимпанотомия, аттикотомия. Слуховая труба проходима, в области гипотимпанума и окна улитки – воздух. Вскрыт антрум (небольших размеров), перебит мостик, сглажена «шпора». Все отделы (аттик, адитус и антрум) заполняет холестеатома, разрушившая костную стенку горизонтальной части канала лицевого нерва.

Наковальня и стремя разрушены, резецирована головка молоточка, окруженная холестеа-

томой. Остатки барабанной перепонки покрывают нишу окна улитки. Проведена декомпрессия горизонтальной части канала лицевого нерва. Все патологические ткани удалены, полости санированы. Мастоидопластика выполнена мышечно-надкостничным лоскутом; наложены швы на рану, асептическая повязка.

Во время операции и в послеоперационном периоде осложнений не было. В отделении больная получала ежедневный аспирационный туалет левого уха с растворами антисептиков, антибактериальную и противовоспалительную терапию.

На 8-е сутки послеоперативного лечения пациентка выписана под наблюдение ЛОР-врача по месту жительства. Объективно на момент выписки состояние её – удовлетворительное. Отмечается неполное восстановление функции лицевого нерва слева. Было рекомендовано явиться в ЛОР-отделение 24.12 2012 г. для проведения плановой радикальной операции на правом ухе по поводу хронического среднего гнойного отита и холестеатомы справа. После выписки из отделения больная находилась под динамическим наблюдением ЛОР-врача по месту жительства.

За 10 дней до назначенного срока выполнения плановой операции на правом ухе по поводу хронического среднего гнойного отита и холестеатомы справа больная внезапно почувствовала резкую головную боль, появилось головокружение, неоднократная рвота. В ургентном порядке 13.12.12 г. в 2 ч ночи бригадой скорой помощи пациентка была доставлена в приемный покой областной больницы им. Мечникова. При поступлении она осмотрена нейрохирургом, невропатологом. Произведено компьютерное исследование головного мозга, дано заключение: объемно-очаговых образований головного мозга нет; образования средней линии не смещены. При исследовании спинномозговой жидкости изменений не выявлено.

ЛОР-статус. *При осмотре выражен мелко-размашистый горизонтально-ротаторный нистагм вправо II степени, усиливающийся при изменении положения тела. Фистульная проба – положительная. При отоскопии в правом ухе в наружном слуховом проходе определяется серозное отделяемое, холестеатомные массы; на барабанной перепонке видна краевая перфорация. Сосцевидный отросток – без изменений. ШП – у раковины, РР – 0,5 м. Левое ухо (АС): слуховой проход – широкий, сухой, послеоперационная полость – чистая, без патологического отделяемого; ШП – 1 м, РР – 5 м.*

На основании комплексного обследования поставлен диагноз: хронический средний гнойный отит, эпитимпанит, холестеатома справа, лабиринтит; состояние после радикальной операции на левом ухе. Принято решение о проведении функционально-реконструктивной операции справа.

Под общей анестезией внутривенным методом и с местным обезболиванием 13.12.2012 г. произведен разрез кожи, отступя 0,5 см от заушной складки; Т-образно рассечена задняя стенка слухового прохода с образованием расщепленного кожного лоскута; тимпанотомия, аттикотомия. Цепь косточек сохранена, основание стремени подвижно. Барабанная перепонка сохранена над окном улитки. На головке молоточка и на теле наковальни определяется эпидермис, удалена головка молоточка. Слуховая труба проходима, в области гипотимпанума и окна улитки – воздух.

Вскрыт антрум, перебит мостик, сглажена «шипора». Все отделы (аттик, адитус и антрум) заполняет холестеатома, разрушившая костную стенку горизонтального полукружного канала с образованием фистулы 1 x 3 мм. Дефект закрыт аутовисочной фасцией. Все патологические ткани удалены, полости санированы. Мастоидопластика мышечно-надкостничным лоскутом; наложены швы на рану, асептическая повязка.

Во время операции и в послеоперационном периоде осложнений не было. В отделении больная получала ежедневный аспирационный туалет правого уха с растворами антисептиков, анти-

бактериальную и противовоспалительную терапию.

На 8-е сутки после операции пациентка выписана под наблюдение ЛОР-врача по месту жительства. Объективно на момент выписки её состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Лицо симметрично. Нистагма нет. При отоскопии справа слуховой проход – широкий, имеется скудное сукровичное отделяемое, послеоперационная полость – чистая. На фоне проводимого лечения достигнута положительная динамика.

Особенность представленного случая заключается в том, что у пациентки, 57 лет, которая с детства болела хроническим двусторонним гнойным средним отитом (холестеатомная форма), в течение 2 мес развилось два отогенных осложнения: слева – отогенный парез лицевого нерва, справа – отогенный лабиринтит, по поводу которых она urgently прооперирована с хорошим результатом и полным восстановлением функции лицевого нерва, а также вестибулярной функции.

1. Гаджимирзаев Г.А. Современная оценка некоторых положений проблемы отогенных внутричерепных осложнений // Вестн. оториноларингологии. – 1999. – № 3. – С. 22-25.
2. Гарюк Г.И., Почуева Т.В., Лисовец В.Т. и соавт. Современные подходы к тактике ведения больных с отогенными гнойными внутричерепными осложнениями // Журн. вушных, носовых і горлових хвороб. – 2007. – № 6. – С. 53-54.
3. Косаковський А.Л. Хронічний епітимпаноантральний гнійний середній отит з множинними внутрішньочерепними ускладненнями // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2010. – № 4. – С. 73-75.
4. Почуева Т.В. Особенности течения острого среднего отита на фоне гнойно-воспалительных заболеваний головного мозга на современном этапе (критерии дифференциальной диагностики и выбор лечебной тактики) // Журн. вушных, носових і горлових хвороб. – 2012. – № 3. – С. 28-39.

Поступила в редакцию 21.01.13.

© В.В. Березнюк, А.В. Зайцев, Н.В. Хоботова, Н.В. Ламза, Д.В. Лыщенко*, А.К. Моргачева*, 2013