

*А.Ю. ЗАПОРОЩЕНКО***ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ И СЕКРЕТОРНЫМ ОТИТОМ***ГУ «Институт отоларингологии им. проф. О.С. Коломийченко НАМН Украины»  
(дир. – акад. НАМН Украины, проф. Д.И. Заболотный)*

При острых воспалительных заболеваниях среднего уха носовое дыхание и функциональное состояние слуховой трубы имеют важное значение. Поэтому у пациентов с такими заболеваниями необходимо проводить тщательное обследование полости носа и носовой части глотки. Поскольку инфекция в среднее ухо попадает главным образом через слуховую трубу из носовой части глотки, важным моментом является выявление и устранение патологических изменений в полости носа, носовой части глотки и околоносовых пазухах [1, 4].

При воспалении среднего уха в первую очередь необходимо улучшить функцию слуховой трубы. Для этого выполняется эндоскопическое обследование глоточного устья слуховой трубы и при наличии спаек последние разъединяются путем пальцевого массажа. На доперфоративной стадии острого среднего отита рекомендуется проводить тимпанометрию. При наличии тимпаногаммы типа «В», что указывает на наличие экссудата в барабанной полости, показано выполнение парацентеза барабанной перепонки. При перфоративной стадии острого среднего отита до назначения антибактериальной терапии необходимо провести бактериологическое обследование отделяемого из уха с определением флоры и её чувствительности к антибиотикам. Поскольку возбудителями острого среднего отита в настоящее время чаще всего являются пневмококки и гемофильная палочка, то для эмпирической терапии назначаются

антибиотики, которые воздействуют на эту микрофлору. К ним относятся антибиотики цефалоспоринового ряда. При неэффективности лечения с использованием указанных антибиотиков в течение 3-5 дней рекомендуется перейти на антибиотики фторхинолонового ряда или иные антибактериальные препараты с учетом чувствительности высеянного возбудителя.

При эпидемиях вирусных заболеваний у пациентов может возникнуть отит вирусной этиологии [4], который клинически проявляется буллезным мирингитом. При вирусном отите в процесс, как правило, вовлекается внутреннее ухо, что проявляется нарушением звуковоспринимающей функции слухового анализатора. Применение антибиотиков при вирусной инфекции не показано и основу лечения составляет посиндромная симптоматическая терапия, включающая противовирусные препараты. Вместе с тем, с целью предупреждения развития вторичной бактериальной флоры, использование антибиотиков в ряде случаев является обоснованным. При поражении внутреннего уха одновременно необходимо проводить соответствующий курс лечения.

Необходимо также иметь в виду, что причиной заболевания могут быть не только бактериальная или вирусная инфекция, но и внутриклеточные возбудители (хламидии и микоплазмы). В таком случае заболевание характеризуется длительным воспалительным процессом в слизистой оболочке полости носа и носовой части глотки, возник-

новением конъюнктивита или другой патологии. Из носовой части глотки эти возбудители могут проникать через слуховую трубу в барабанную полость и вызывать острый средний отит. Диагностика хламидиозного или микоплазматического острого среднего отита возможна при исследовании экссудата из барабанной полости при помощи метода полимеразной цепной реакции (ПЦР – ДНК диагностика). В отдельных случаях из-за воспалительного процесса в полости носа и носовой части глотки может развиваться гипертрофия назофарингеальной лимфоидной ткани с последующей блокадой глоточного устья слуховой трубы. В этих случаях необходимо исследовать мазки из полости носа и носовой части глотки, поскольку выявить возбудителя в экссудате из барабанной полости не всегда возможно [4]. Лечение при хламидиозном и микоплазматическом среднем отите является довольно сложным процессом в связи со стойкостью возбудителей к некоторым антибиотикам (пенициллинового ряда, цефалоспорином и др.). В этих случаях обоснованным является использование макролидов и антибиотиков фторхинолонового ряда. Использование антибиотиков должно проходить под контролем общего состояния больного с анализом эффективности терапии.

Главной причиной развития секреторных (или экссудативных) средних отитов также считается нарушение функции слуховой трубы [1, 3, 5]. Рецидивы острого среднего отита при тубарной дисфункции также могут способствовать развитию секреторного отита. Чаще это случается в детском возрасте, что связано с особенностями анатомического строения слуховой трубы, наличием аденоидных вегетаций и возможным возрастным иммунодефицитом. При дисфункции слуховой трубы нарушается аэрация не только в барабанной полости, но и в ретротимпанальном пространстве [1, 3, 5]. В результате в клетках сосцевидного отростка утолщается слизистая оболочка, возникает вялотекущий воспалительный процесс, при котором возможно замещение слизистой оболочки фиброзной тканью, формирование холестеариновой гранулемы, приводящей к деструкции клеток сосцевидного отростка и

развитию мастоидита. При исследовании слуха у этих пациентов определяется нарушение звукопроводения. При тимпанометрии регистрируется тимпанограмма типа «В», что свидетельствует о недостаточной подвижности барабанной перепонки и наличии экссудата в барабанной полости. При компьютерной томографии височной кости определяется патологическое содержимое в барабанной полости, а также утолщение слизистой оболочки в клетках сосцевидного отростка.

Результат лечения больных экссудативным средним отитом зависит от сроков его начала.

При отсутствии адекватной терапии острый экссудативный средний отит может перейти в хроническую форму. При этом может сформироваться частичная или полная блокада тимпанальных соустьев и, как следствие, возникает отрицательное давление в аттикоантральной области с втяжением ненатянутой части барабанной перепонки и последующим образованием ретракционного кармана с холестеатомой в аттике.

На ранних стадиях развития экссудативного среднего отита производить катетеризацию слуховой трубы нецелесообразно, поскольку наличие экссудата в барабанной полости препятствует попаданию воздуха в среднее ухо, поэтому необходимо проводить эндоскопическое или пальцевое исследование глоточного устья слуховой трубы с назначением системного консервативного лечения [3]. При наличии спаек, последние разъединяются с помощью пальцевого массажа. Через 1 неделю больные повторно обследуются. Если регистрируется тимпанограмма типа «С», то к консервативным методам лечения добавляется катетеризация слуховой трубы. При отсутствии положительной динамики через 1 неделю после разъединения спаек производится операция миринготомия с удалением экссудата из барабанной полости. В дальнейшем у этой категории пациентов возможно проведение катетеризации слуховой трубы с целью улучшения пневматизации в полостях среднего уха. В некоторых случаях у больных экссудативным средним отитом положительного эффекта от проведенного лечения не наступает, таким пациентам необходимо

производить шунтирование барабанной полости с последующим наблюдением.

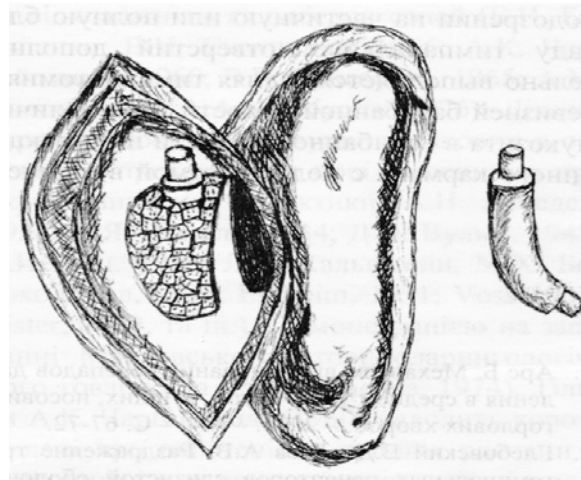
При длительном течении экссудативного среднего отита у больных может сформироваться частичная или полная блокада тимпанальных отверстий с втяжением ненатянутой части барабанной перепонки. При рентгенологическом исследовании височной кости у этих пациентов с пневматическим типом строения сосцевидного отростка определяется снижение пневматизации в ячейках сосцевидного отростка. Для такой категории больных в отделении воспалительных заболеваний ГУ «Института отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины» разработаны методики хирургического лечения больных экссудативным средним отитом в зависимости от типа строения сосцевидных отростков [2, 5].

При проведении операций используются долгосрочные вентиляционные трубки из биокомпозита «Синтекость», который представляет собой синтетический гидроксиапатит [1]. Данный материал по своему составу является аналогом минеральных веществ кости. Дистальная часть трубки изогнута под углом  $120^\circ$  с целью введения ее в адитус.

При втяжении ненатянутой части барабанной перепонки и снижении пневматизации в ячейках сосцевидного отростка выполняется операция антромастотомия с удалением гиперплазированной слизистой оболочки из клеток сосцевидного отростка и последующей мастоидопластикой с использованием биоактивных и биологических материалов [6-8]. Вентиляционная трубка из синтекости вводится дистальным изогнутым концом в адитус, а проксимальная ее часть остается на уровне верхнего края трепанационной полости. В эту трубку вводится тефлоновая трубка, выступающая над кожей на 2 мм. Просвет между трубкой и стенками костной полости заполняется фрагментами аутокости, а при необходимости дополнительно используются костный биоимплант «Тутопласт», биоактивный керамический материал «Синтекость» или остеоматрикс (рис.).

Кожа задней стенки наружного слухового прохода отсепаровывается от кости и производится тимпанотомия. При хрониче-

ском экссудативном среднем отите с частичной или полной блокадой тимпанальных отверстий формируется сообщение между эпи- и мезотимпанумом. Рана в заушной области ушивается. Дополнительно осуществляется шунтирование барабанной полости. Если в течение 1 мес. после хирургического вмешательства сообщение между эпи- и мезотимпанумом нормально функционирует, то шунт удаляется. Вентиляция барабанной полости может происходить длительное время через пересаженную трубку из синтекости. В случае восстановления функции слуховой трубы, тефлоновая трубка извлекается из пересаженной трубки. После этого кожа над наружным краем костной трубки нарастает и закрывает ее просвет. Если при повторных респираторных заболеваниях или по каким-либо другим причинам функциональное состояние слуховой трубы нарушается, то делается небольшой разрез кожи и через вентиляционное отверстие вновь вводится тефлоновая трубка на то время, пока не будет восстановлена аэрация барабанной полости через слуховую трубу.



Трубка из синтекости своим дистальным изогнутым концом введена в адитус.

При втяжении ненатянутой части барабанной перепонки и склеротическом типе сосцевидного отростка производится шунтирование барабанной полости. При подозрении на частичную или полную блокаду тимпанальных отверстий дополнительно выполняется задняя тимпанотомия с ревизией барабанной полости.

При наличии мукозита в барабанной полости, ретротимпанальном пространстве, а также при сформированном ретракционном кармане с холестеатомой в аттике, у лиц с пневматическим типом сосцевидного отростка производится раздельная аттико-антромастоидотомия с введением вентиляционной трубки из синтекости в аттик, и мастоидопластикой. После этого выполняется шунтирование барабанной полости. При склеротическом типе сосцевидного отростка производится операция аттико-

томия с удалением холестеатомы трансмезитально или заушным доступом. После этого выполняется шунтирование барабанной полости.

Полученные результаты наблюдения за пациентами с острыми воспалительными заболеваниями среднего уха и секреторными отитами позволяют сделать вывод об эффективности предложенных хирургических методик и целесообразности применения синтекостных вентиляционных трубок.

### *Литература*

1. Запорощенко А.Ю. Связь воспалительных заболеваний среднего уха с функциональным состоянием слуховой трубы и тактика хирургического лечения // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2010. – №5. – С.83-88.
2. Запорощенко О.Ю., Кікоть Ю.В. Хірургічне лікування хворих на хронічний ексудативний середній отит в залежності від анатомічної будови processus mastoidei // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2011. – №3-с. – С. 98.
3. Запорощенко А.Ю., Чемеркин А.С., Запорощенко Н.П., Рыльская О.Г., Смагина Т.В., Кравченко С.В. Особенности диагностики и лечения при экссудативных средних отитах // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – №2. – С.80-84.
4. Запорощенко А.Ю., Рыльская О.Г., Кравченко С.В. Тактика лечения больных острым средним отитом в современных условиях // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – №3-с. – С.101-102.
5. Запорощенко А.Ю., Кравченко С.В., Чемеркин А.С., Рыльская О.Г., Пелешенко Н.А., Смагина Т.В. Опыт лечения больных с экссудативным средним отитом // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – №3-с. – С.99-100.
6. Кіщук В.В., Стечишин О.О., Бондарчук А.Д., Лобко К.А. Використання біокомпозиту «Синтекість» для мастоїдопластики після сануючих операцій у хворих на хронічний гнійний середній отит // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – №4. – С. 31-36.
7. Запорощенко А.Ю., Кравченко С.В., Савицкая И.М. Замещение биоактивного керамического материала «Синтекость» новообразованной костью в эксперименте // Клін. хірургія. – 2014. – №12. – С.62-64.
8. Запорощенко А.Ю., Кравченко С.В., Савицкая И.М. Сравнительная оценка биологических свойств костного биоимплантата Тутопласт® и биоактивного керамического материала «Синтекость» при имплантации в среднее ухо в эксперименте // Морфологія. –2014. –Vol. 8, №3. – С. 35-42.

### *References*

1. Zaporoshenko AYu The association of inflammatory diseases of the middle ear with the functional state of the auditory tube and tactics of surgical treatment. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2011;(5):83-8. Russian.
2. Zaporoshenko AYu, Kikot' YuV Surgical treatment of patients with chronic exudative otitis media, depending on the anatomical structure of processus mastoidei. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2011;(3-с):98. Ukrainian.
3. Zaporoshenko AYu, Chemerkin AS, Zaporoshenko NP, Rylskaya OG, Smagina TV, Kravchenko SV Features of diagnosis and treatment with exudative otitis media. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2012;(2):80-4. Russian.
4. Zaporoshenko A.Yu., Rylskaya OG, Kravchenko SV Tactics of treatment of patients with acute otitis media in modern conditions. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2013;(3-с):101-2. Russian.

5. Zaporoshenko AYu, Kravchenko SV, Chemierkin AS, Rylskaya OG, Peleshenko NA, Smagina TV Experience in the treatment of patients with exudative otitis media. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2013;(3-c):99-100.
6. Kishchuk VV, Stechishin AA, Bondarchuk AD, Lobko KA Use of the biocomposite "Synthebone" for mastoidoplasty after sanitizing operations in patients with chronic suppurative otitis media. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2012;(4):31-6. Ukrainian.
7. Zaporoshenko AYu, Kravchenko SV, Savitskaya IM Substitution of bioactive ceramic material "Synthebone" with a newly formed bone in the experiment. Klinichna hirurgiya. 2014(12):62-4. Russian.
8. Zaporoshenko AYu, Kravchenko SV, Savitskaya IM Comparative evaluation of the biological properties of the bone bioimplant Tutoplast and the bioactive ceramic material "Synthebone" implanted in the middle ear in experiment. Morfologiya. 2014;8(3):35-42. Russian.

Надійшла до редакції 27.07.17

© А.Ю. Запорощенко, 2017