



10. Endonasal endoscopic resection of juvenile nasopharyngeal angiofibroma / P. Eloy. [et al.] // Rhinology. – 2007. – Vol. 45. – N 1 – P. 24–31.
11. Endoscopic Excision of Angiofibroma: a comprehensive approach / A. Renuka [et al.] // Indian J. of Otolaryngology and Head and Neck Surgery. – 2003. – N 55 (4). – P. 255–262.
12. Exclusively Endoscopic Removal of Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. Trends and Limits / Gilles Roger [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2002. – Vol. 128, N 8. – P. 928–935.
13. Juvenile angiofibroma: A 40-years surgical experience / R. Amedee [et al.] // ORL. – 1989. – Vol. 51. – N 1. – P. 56–61.
14. Juvenile nasopharyngeal fibroma / R. T. Acuna [et al.] // Ann. Otol. (St. Louis). – 1981. – Vol. 90, N 5. – P. 420–422.
15. Karthikeya P., Mahima V. G., Bagewadi S. B. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma // Indian J. Dent. Res. – 2005. – Vol. 16, N 1. – P. 22–68.
16. Kassir R., Coffee A. Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. – Dept. of Otolaryngology, UTMB, Grand Rounds, 1993. – 193. p.
17. Pryor S. G., Moore E. J., Kasperbauer J. L. Endoscopic versus traditional approaches for excision of juvenile nasopharyngeal angiofibroma // Laryngoscope. – 2005. – Vol. 115 (7). – P. 120–171.
18. Radkowski D., McGill T., Healy G. B. Angiofibroma. Changes in staging and treatment // Arch. Otolaryng. Head Neck Surg. – 1996. – Vol. 122, N 2. – P. 122–129.
19. Shuler F., Uretsky I., Moody D. Angiofibroma // <http://www.emedicine.com>. – 2004.
20. Surgical approaches to juvenile nasopharyngeal angiofibroma: Case report and literature review / R. A. Fatima [et al.] // The internet j. of head and neck surg. – 2006.
21. Surgical treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma / B. W. Jafek [et al.] // Laryngoscope. – 1973. – Vol. 83. – N 5. – P. 707 – 720.

Науменко Аркадий Николаевич – канд. мед. наук, н. с. Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая д. 9; тел.: 8-911-212-79-51, e-mail: naumenko-arkady@mail.ru

Верезгов Вячеслав Александрович – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; тел.: 8-911-778-12-48

Науменко Николай Николаевич – докт. мед. наук, проф. каф. оториноларингологии Северо-Западного ГМУ им. И. И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; тел.: 8-911-261-73-77

Коноплев Олег Иванович – докт. мед. наук, профессор, главный врач Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-05

УДК: 616.284-002.3-089

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

А. А. Нугуманов

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

A. A. Nugumanov

ГАОУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань
(Главный врач – Р. Ф. Гайфуллин)

Неудачи хирургического лечения хронического гнойного среднего отита (ХГСО) – это погрешности в хирургической технике, оставление большой ятрогенной полости позади слухового прохода, незавершенность вмешательства, травма кожи слухового прохода. Излагается способ оптимального формирования трепанационной полости, различные методы ее облитерации и сохранения интактной кожи наружного слухового прохода для профилактики рубцовых сужений, препятствующих самоочищению.

Ключевые слова: хронический средний отит, формирование трепанационной полости, облитерация.

Библиография: 7 источников.

Failures of surgical treatment of chronic suppurative otitis media it is errors in surgical technique, leaving of the big empty cavity behind outer ear canal, incompleteness of operation, an injury of skin of the outer ear canal. The way of optimal formation of trepanation cavity is described. Various methods of its obliteration



and preservation of intact skin of outer ear canal for prevention of narrowing that influence on self-cleaning function.

Key words: chronic suppurative otitis media, formation of trepanation cavity, obliteration.

Bybliography: 7 sources.

Успех тимпаноластики зависит от рано проведенной, еще при целостной цепи слуховых косточек, санирующей операции. Ранее предпочтительной считалась хирургия «сухого» уха, что трудно осуществимо при отсутствии постоянного наблюдения оториноларинголога. Существовавшее мнение о необходимости предоперационного лечения уха до сухого состояния, предварительное удаление полипов и грануляций на биопсию лишены смысла и только оттягивают сроки лечения. Сравнительные результаты тимпаноластики при наличии небольшого гноетечения и на сухом ухе оказались одинаковыми [1, 5, 6]. Следовательно, раннему хирургическому лечению подлежат все формы хронического гнойного среднего отита (ХГСО) по мере выявления. Об основных видах и способах современных оперативных вмешательств при ХГСО мы сообщали ранее [2, 4].

Опыт множества реопераций и наблюдения за молодыми отохирургами позволяют констатировать: основная причина неудовлетворительных послеоперационных результатов – это неполноценная техника, незавершенность оперативных вмешательств, слабая анестезиологическая помощь.

Мы сочли уместным еще раз напомнить, казалось бы, об общеизвестных вещах и поделиться собственным опытом хирургической санации ХГСО. Операции на ухе мы производим преимущественно под местной анестезией по следующим причинам. Во-первых, зависимость от анестезиологической службы снижает темп оперативной активности более чем в два-три раза. Например, врач в день делает 5–7 операций под местным обезболиванием, под наркозом успеет сделать не более 2–3. Во-вторых, сложившаяся для хороших клиник анестезиологическая формула: «систолическое давление во время операции, должно равняться диастолическому, измеренному перед операцией» – не везде еще принята как стандарт. Анестезиологи предпочитают под разными предлогами избегать управляемой гипотонии при наших вмешательствах. Таким образом, при отсутствии постоянно закрепленной анестезиологической бригады не удастся добиться стабильно удовлетворительной общей анестезии и оперативное вмешательство часто превращается в попытку добиться приемлемого гемостаза. Как подчеркивает Мирка Тос (2004), местная анестезия более предпочтительна и на фоне сегодняшних тенденций к краткосрочному пребыванию больных в стационаре [7]. В частности,

хирургическое лечение эпитимпанита нашим подходом протоколно выглядит следующим образом. Косой разрез кожи по заушной складке до кости, проходящий по гребешку Генле от начала завитка ушной раковины, по заднему краю костного канала к верхушке сосцевидного отростка. После введения чехырехзубого ранорасширителя горизонтальный разрез по сухожилию височной мышцы от корня скулового отростка кзади на 3–4 мм выше линии прикрепления височной мышцы с обнажением височной линии – *linea temporalis*. Отсепаровка сухожилия височной мышцы с формированием сухожильно-надкостничного лоскута, включая сухожилие *m. Sternocleidomastoideus*, с обнажением треугольника Шипо (*planum mastoideum*). Вводится второй двухзубый ранорасширитель перпендикулярно к первому от височной мышцы к основанию отслоенного сухожильно-надкостничного лоскута в области верхушки сосцевидного отростка. Отслойка кожи наружного слухового прохода сзади на 2/3 от окружности вместе с остатками барабанной перепонки, отцепив ее от костных швов сверху, сзади и снизу. Отслоенная таким образом кожа слухового прохода в виде чулка ложится на переднюю стенку, не нависает, что позволяет избежать повреждения при работе фрезой на задней стенке костного канала. Трепанация височной кости сводится к аттикоантротомии. Не следует в самом начале углубляться в узкую щель, превращая трепанацию сосцевидного отростка лишь в поиски антрума. Режущими фрезами в треугольнике Шипо широко высверливается кортикальный слой, далее клетки сосцевидного отростка, вскрывая антрум, периантральные клетки, аттик, адитус. Снимая кортикальный слой со всего «треугольника» нужно подбираться к медиальной стенке упомянутых полостей среднего уха, чтобы удалить все патологическое. При таком подходе описанные в старых руководствах как этапы операции: вскрытие антрума, истончение и снятие мостика, сглаживание шпоры, снятие навеса (латеральной стенки аттика) – произойдут одновременно и сами по себе. По завершению трепанации костная полость напоминает полугую трехгранную пирамиду или воронку, расположенную широким основанием кнаружи. Такая форма трепанационной полости способствует в послеоперационном периоде оптимальному стяжению заушного рубца, препятствуя этим западению задней стенки с образованием ятрогенной мастоидальной полости позади наружного слухового прохода.

Закрытый тип предусматривает сохранение задней и задневерхней стенок толщиной около 2–3 мм. Если сносится одновременно задняя стенка слухового прохода при открытом типе, то при завершении операции задняя стенка реконструируется. В обоих случаях мастоидальная полость облитерируется. Для облитерации предлагают сухожильно-надкостничный лоскут, взятый в заушной области, костные стружки, костную муку из-под фрезы или аутохрящ, а также всевозможные биоинертные синтетические материалы: метакрилат, керамика, гипс, ксенокость, титановые пластинки, биостекло и пр. [1–7]. В разное время мы также применяли все выше-названные материалы [2, 3]. В последние годы мы приспособились их сочетать: костная мука + сухожильно-надкостничный лоскут; биосит + абдоминальный жир и окружающие мягкие ткани при реоперациях. Использование биосита или костной муки из-под фрезы для облитерации желательно и возможно только при сухой и бескровной операционной ране. Если рана излишне кровоточит, то уложенная в трепанационную полость заготовленная паста из костной муки или биосита растекается по всей ране. В последующем нижний угол раны может долго «сочиться» серозной жидкостью по типу «лигатурного свища», увеличивая сроки заживления. Не достигается желаемая облитерация ятрогенной полости. То есть перед тампонадой мастоидальной полости указанными материалами и зашиванием заушной раны необходим очень тщательный гемостаз. А кровоточивость во многом зависит, как мы упомянули, от качества анестезии. Мы убедились, чтобы получить самоочищающийся слуховой проход и не нарушить механизм самоочищения помимо удачной облитерации мастоидальной полости нужно избежать рубцовых сужений и максимально щадить кожу слухового прохода, стараться не рвать ее фрезой, не делать на ней никаких разрезов. Завершая санирующую опера-

цию тимпанопластикой, производят очень рыхлую тампонаду слухового прохода на 2–3 недели губкой из коллагена (гемостатическая губка) или гиалуроновой кислоты (мерогель), пропитанной антибиотиками, и можно выписать больного под амбулаторное наблюдение в ближайшее время.

По современным представлениям тимпанопластику желательно производить одномоментно с санирующей операцией. Раньше перечислялись определенные показания и противопоказания для реконструктивных вмешательств, не утратившие своей актуальности. В настоящее время ранее многочисленные противопоказания к тимпанопластике с реконструкцией звукопроводящей системы можно обозначить одной короткой фразой – «неработающее среднее ухо». Это, в свою очередь, является прямым показанием к слухопротезированию, в том числе к имплантируемому [2, 3].

Таким образом, чтобы избежать болезни оперированного уха после санирующей операции по открытому типу, в первую очередь следует ликвидировать ятрогенную мастоидальную полость и сформировать естественных форм самоочищающийся наружный слуховой проход. Облитерация мастоидальной полости иногда не дает ожидаемых результатов ввиду интенсивного рассасывания уложенных тканей. В этом случае ликвидации или максимальному уменьшению способствуют формирование широкой и пологой трепанационной полости, ведущей к западению заушного рубца, и сохранение интактной кожи наружного слухового прохода, ее рыхлая тампонада.

При невозможности содержать неработающее среднее ухо сухим, при полной глухоте, после удаления массивных опухолей среднего уха, ликворее из уха целесообразно произвести облитерацию тимпаномастоидальной полости (всей общей полости!) и зашить наружный слуховой проход кистным швом по модификации Рэмбо, предварительно удалив весь эпителий и кожу слухового прохода [3].

Выводы

Таковыми мероприятиями удается избежать рецидивов гноетечения и одновременно подготовиться к любому варианту реабилитации слуха, в том числе и имплантируемыми средствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косяков С. Я. Избранные вопросы практической отохирургии. – М.: МЦФЭР, 2012. – 224 с.
2. Нугуманов А. А., Нугуманов А. Я. Реконструктивная хирургия хронического гнойного среднего отита // Рос. оторинолар. – 2010. – № 6 (49). – С. 45–50.
3. Нугуманов А. А., Нугуманов А. Я. О показаниях к операции Рэмбо // Там же. – 2011. – № 4 (53). – С. 126–128.
4. Хирургическая реабилитация пациентов с «болезнью оперированного уха» / З. Б. Агаронова [и др.] // Там же. – 2012. – № 5 (60). – С. 10–14.
5. Janke R. Middle Ear Surgery. Stuttgart. – New York, 2003. – 164 p.
6. Plester D., Hildmann H., Steinbach E. Atlas der Ohrchirurgie. – Stuttgart; Berlin; Köln, 1989. – 174 s.
7. Тос М. Руководство по хирургии среднего уха. Хирургия сосцевидного отростка. Реконструктивные операции. Томск, 2005. – 436 с.

Нугуманов Айрат Азатович – врач-оториноларинголог ЛОР-отделения Республиканской клинической больницы. 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138; тел.: 8-843-269-82-74.