



УДК: 616. 282–002. 253–089. 844

АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕЦИДИВА ЭПИТИМПАНИТА ПОСЛЕ САНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ И СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

В. П. Шпотин, А. И. Проскурин, Н. В. Еремина

Астраханская государственная медицинская академии

(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. А. И. Проскурин)

Самарский государственный медицинский университет

(Зав. каф. оториноларингологии им. академика И. Б. Солдатова – проф. Н. В. Еремина)

Из практики оториноларингологии известно много способов хирургического лечения хронического гнойного среднего отита. Наиболее распространенные из них: радикальная операция на среднем ухе [17], операции, выполняемые по «открытому способу» – консервативно-радикальные, модифицированные радикальные, радикальные с тимпанопластикой и др. [3], и выполняемые по «закрытому способу» – интактная канальная мастоидэктомия [1], раздельная аттикоантротомия с тимпанопластикой [8] и др.

Прообразом радикальных операций послужила простая трепанация сосцевидного отростка (Kessel, 1885), которую потом дополнили удалением задней стенки слухового прохода и стенки аттика, в результате чего барабанная и мастоидальная полости объединяются в одну [14]. Основная цель радикальной операции – ликвидация очага инфекции в среднем ухе с целью предупреждения развития внутричерепных осложнений. В этом плане она не потеряла свою актуальность и сегодня [7, 10, 22, 29].

При «открытых» способах хирургического лечения хронического гнойного среднего отита максимально сохраняют неповрежденные участки звукопроводящей системы, иногда «мостик» или высокую «шпору». Тимпанопластику чаще выполняют вторым этапом [6]. К недостаткам радикальной и «открытых» операций следует отнести: наличие открытой мастоидальной полости, за которой требуется систематический уход; часто наблюдаемая «болезнь трепанационной полости», связанная в основном с неполной эпидермизацией [5], сопровождающаяся отореей и рецидивом холестеатомы [27, 30]; повторные функциональные хирургические вмешательства [16, 19].

Отрицательные свойства больших трепанационных полостей [21, 25] побудили отохирургов к разработке «щадящих» saniрующих операций с эндауральным и заушным подходом [13]. При «закрытых» операциях сохраняется задняя стенка слухового прохода, а мастоидальная полость дренируется через адитус в барабанную полость. Один из вариантов тимпаноластики выполняется первым или вторым этапом [6].

К недостаткам «закрытых» saniрующих операций на ухе относят: невозможный визуальный контроль за мастоидальной полостью, трудность санации всех клеток сосцевидного отростка, особенно при пневматическом типе строения, высокая частота рецидивов холестеатомы [4, 11]. Часто развивающий блок адитуса приводит к разобщению мастоидальной и барабанной полости, способствует деструкции и отогенным осложнениям [9, 20, 28].

Продолжающийся воспалительный процесс наблюдается у 15–35% пациентов, перенесших saniрующую операцию на ухе [2, 23, 24]. Считается, что реоперация на ухе при хроническом его воспалении может быть выполнена в крайнем случае, когда все остальные способы терапевтического воздействия (коррекция иммунитета, местной гемодинамики, микробного спектра уха) исчерпаны [12, 15, 18, 26].

Вышесказанное определило **цель исследования**. Проанализировать причины рецидива эпителимпанита, потребовавшее выполнения saniрующей реопераций на ухе и найти новые способы их хирургического устранения.



Материалы и методы

На лечении находилось 45 больных в возрасте от 19 до 72 лет (29 мужчин и 16 женщин) с рецидивом хронического отита после saniрующих операций. Хроническое воспаление среднего уха у всех пациентов возникло в детстве. Всем больным в силу продолжающегося воспалительного процесса или развития осложнений выполнены saniрующие реоперации на ухе. Продолжительность времени от последней saniрующей операции до настоящей (реоперации) колебалась от 4-х месяцев до 34 лет, и в среднем составила – $14,2 \pm 7,1$ лет. 31 пациент ранее перенес saniрующие операции на среднем ухе по «открытому» типу, 14 – по «закрытому» типу. Методы исследования включали отомикроскопию, зондирование выступов и карманов послеоперационной полости, определение проходимости слуховой трубы, рентгенографию височных костей по Шюллеру и Майеру. Одним из видов оценки объективного статуса явилась КТ или ЯМР рентгенограмма височных костей.

Оценивалась степень эпидермизации послеоперационной полости, наличие продуктивных элементов, патологическое рубцевание с разобщением послеоперационной полости, формирование холестеатомы и деструктивных изменений. Чаще всего у больных диагностировались сочетания патоморфологических изменений, в связи с чем, их суммарное количество превысило число обследованных больных.

Результаты исследования

При анализе у 31 больного продолжающийся воспалительный процесс был обусловлен недостаточной хирургической санацией, чаще за счет неполного обнажения клеток сосцевидного отростка, одинаково часто встречающийся в обеих группах пациентов (67,7% и 71,4%). У обследованных больных несанированные клетки сосцевидного отростка визуализировались только при современных рентгенологических методиках, на стандартных классических рентгенограммах височных костей эти клетки в области чешуи и верхушки сосцевидного отростка маскировались экссудатом. У 14 из этих больных изучены дооперационные рентгенограммы височных костей, полученные из клинического или личных архивов. Оказалось, что планирование объема операций соответствовало рентгенологической топике болезни, но отдаленные, особенно верхушечные клетки не дифференцировались и как следствие в объем операции не входили. Только с внедрением передовых рентгенологических методик с малым шагом томограмм эти латентные зоны стали доступны для диагностики и поводом для ограниченных реопераций. Ретроспективно установлено, что у 9 больных активные манипуляции в сосцевидном отростке в свое время были сужены хирургами в силу индивидуальных топографических особенностей – прилегания сигмовидного синуса и появившегося во время операции венозного кровотечения, атипичного расположения лицевого нерва, деструктивного дефекта верхней стенки с обнажением твердой мозговой оболочки.

Таблица 1

Патоморфологические изменения полостей среднего уха
у больных с рецидивом эпитимпанита после saniрующих операций

Патоморфологические изменения	«Открытый» вариант n = 31 (100%)		«Закрытый» вариант n = 14 (100%)		p
	Абс	%	Абс	%	
Неполная эпидермизация	20	64,5	-	-	
Сохраненные клетки	21	67,7	10	71,4	>0,05
Продуктивные элементы	5	16,1	2	14,2	>0,05
Патологическое рубцевание	6	19,3	4	28,6	>0,05
Рецидив холестеатомы	3	9,7	9	64,2	<0,05
Деструктивные изменения	4	12,9	9	64,2	<0,05

Патологическое рубцевание мастоидальной полости констатировано у 6 больных прооперированных «открытыми» способами и у 4 – «закрытыми». Сформировавшаяся келоидная



ткань или избыточное рубцевание отделяли послеоперационную полость сосцевидного отростка. У данных больных не был изучен общехирургический анамнез, не выявлена и не пролечена склонность к развитию избыточных рубцов.

У 7 больных выявлено разрастание в трепанационных полостях избыточной грануляционной ткани. Такие изменения были или у больных с большими трепанационными полостями и с недостаточным покрытием костных стенок кожными лоскутами при традиционных видах пластики слухового прохода (5 человек оперированы по «открытым» методикам), или у пациентов, оперированных по «закрытым» методикам (2 человека) с сопутствующими декомпенсированными соматическими состояниями (сахарный диабет, туберкулез), понижающими репаративные процессы.

Неполная эпидермизация трепанационных полостей выявлена у 20 человек, оперированных ранее по «открытым» методикам. Почти у всех из них она сочеталась с недовскрытием воздухоносных клеток сосцевидного отростка, и, как следствие, с продуктивными и деструктивными изменениями. Это побудило к поиску новых хирургических приемов для ускорения эпидермизации и профилактики «болезни послеоперационной полости». После завершения saniрующего этапа реоперации для увеличения фронта эпидермизации мастоидальной послеоперационной полости из заушной области выкраивали кожный лоскут на питающей ножке шириной около 1 см, с основанием у нижнего угла раны. Выкроенный лоскут укладывали на дно мастоидальной полости. Для предотвращения образования свища на лоскуте, выкроенном из кожи заушной области, делалась насечка. По данной методике было прооперировано 14 больных из этой группы, и у 13 (92,8%) из них удалось добиться хорошей эпидермизации послеоперационной полости и стойкой ремиссии.

Деструктивные изменения и рецидив холестеатомы достоверно чаще ($p < 0,05$) наблюдались у больных, оперированных «закрытыми» способами. Манифестные изменения и наличие осложнений у 11 из 14 человек этой группы побудили к выполнению saniрующей реоперации по «открытому» типу. Обнаружение при saniрующей реоперации не измененной задней стенки слухового прохода на фоне склеротического типа строения сосцевидного отростка и малых размеров мастоидальной полости создавало предпосылки для мастоидопластики. В качестве материала, заполняющего трепанационную костную полость, нами использовался лоскут на питающей ножке, сформированный из височной мышцы. Лоскут на питающей ножке формировали из задней 1/3 височной мышцы длиной 5–7 см в зависимости от операционной ситуации и шириной, соответствующей ширине мастоидальной полости. Лоскут разворачивали, проводили под поверхностной фасцией и укладывали в мастоидальную полость. Лоскут из височной мышцы, хорошо кровоснабжаясь, не подвергается резорбции и сохраняет свою физиологическую активность, начиная сокращаться при жевании, выдавливая раневой экссудат в слуховую трубу.

Выводы:

Причинами рецидива эпителиомы после saniрующей операции у больных, оперированных по «открытым» методикам наиболее часто является неполная эпидермизация трепанационной полости, что побуждает к совершенствованию хирургических приемов для ускорения эпидермизации.

При рецидиве эпителиомы после «закрытых» saniрующих операций при КТ диагностике чаще выявляются на фоне несанированных клеток сосцевидного отростка рецидив холестеатомы и деструктивные изменения. Saniрующая реоперация у этой группы больных не исключают мастоидопластику с использованием в качестве материала, заполняющего трепанационную полость, лоскута на питающей ножке, сформированного из височной мышцы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас оперативной оториноларингологии / Под ред. проф. В. С. Погосова. – М.: Медицина, 1983. – 416 с.
2. Бобров В. М. Реоперация на ухе и хирургическая тактика после ранее произведенной радикальной операции / В. М. Бобров // Вестн. оторинолар. – 1994. – №3. – С. 35–40.
3. Борисенко О. Н. Клинико-экспериментальное обоснование методов хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом: Автореф. дис.... докт. мед. наук / О. Н. Борисенко. – Киев, 2001. – 38 с.



4. Быстренин В. А. Обеспечение полного и стойкого saniрующего эффекта – основное требование к операциям, выполняемым при эпителипаните / В. А. Быстренин, Л. В. Быстренина // Вестн. оторинолар. – 1999. – №3. – С. 31–32.
5. Волошина И. А. Послеоперационное воспаление в трепанационных полостях височной кости / И. А. Волошина, А. А. Миронов // Там же. – 2004. – №2. – С. 56–58.
6. Вульштейн Х. Слухоулучшающие операции / Х. Вульштейн. – М.: Медицина, 1972. – С. 226–234.
7. Гаров Е. В. Эффективность традиционных способов хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой и фистулой лабиринта / Е. В. Гаров, А. С. Шеремет, Р. Г. Антонян // Вестн. оторинолар. – 2006. – №3. – С. 8–10.
8. Гусаков А. Д. Реконструкция звукопроводящего аппарата при закрытых вариантах функционально-реконструктивных операций у больных хроническим гнойным средним отитом: Автореф. дис. .. докт. мед. наук / А. Д. Гусаков. – Запорожье, 1985. – 42 с.
9. Джапаридзе Ш. В. О нецелесообразности дренажа антро-мастоидальной полости при одномоментной тимпанопластике. / Ш. В. Джапаридзе, Д. В. Вачарадзе, Л. С. Ломидзе // Вестн. оторинолар. – 2001. – №5. – С. 41.
10. Загайнова Н. С. О хирургическом лечении хронического гнойного среднего отита / Н. С. Загайнова, О. Б. Бордовская // Рос. оторинолар. – 2008. – Приложение №2 – С. 247–249.
11. К вопросу о выборе типа хирургического вмешательства при хроническом гнойном среднем отите / Н. В. Бойко, В. И. Колесников, Н. И. Уханкова, Л. В. и др. Мат. II науч.-практ. конф. оториноларингологов Южного федерального округа. – Сочи, 2006. – С. 13–14.
12. Комбинированное лечение больных с отсутствием эпидермизации трепанационной полости после saniрующих операций на ухе / Г. Н. Никофорова, Е. М. Хон, В. М. Свистушкин и др. // Рос. оторинолар. – 2005. – №5 (18). – С. 115–117.
13. Корвяков В. С. Хирургическое лечение больных воспалительными заболеваниями среднего уха по закрытому типу / В. С. Корвяков. ХУП съезд оториноларингологов РФ. Мат. – СПб.: – РИА-АМИ. – 2006. – С. 315–316.
14. Левин Л. Т. Хирургические болезни уха / Л. Т. Левин, Я. С. Темкин. – М.: Медицинская литература, 2002. – 432 с.
15. Патент РФ №2286753, МПК А61F 11/00. Способ эпидермизации трепанационной полости у больных перенесших радикальную операцию на среднем ухе / Дайхес Н. А., Туманов В. П., Ахмедов Ш. М., Корвяков В. С.; заявитель ФГУ НКЦ оториноларингологии. – №2005116424/14; заявл. 30.05.2005; опублик. 10.11.2006.
16. Полякова С. Д. Отдаленные функциональные результаты после реконструктивных и saniрующих операций на среднем ухе / С. Д. Полякова // Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. – №2 (26). – С. 84.
17. Преображенский Ю. Б. Очерки по истории радикальной операции уха (за 100-летнее развитие) / Ю. Б. Преображенский // Вестн. оторинолар. – 1992. – №4. – С. 39–42.
18. Рязанцев С. В. Влияние рекомбинантного интерлейкина-1-бета (беталейкина) на микробную флору среднего уха у больных хроническим гнойным отитом / С. В. Рязанцев, И. И. Чернушевич // Там же. – 2000. – №3. – С. 50–51.
19. Семенов Ф. В. Анализ некоторых причин рецидива хронического гнойного среднего отита в послеоперационном периоде / Ф. В. Семенов, В. А. Ридненко, С. В. Немцева // Там же. – 2005. – №3. – С. 48–49.
20. Тимошенко П. А. Некоторые вопросы хирургии хронического гнойного среднего отита / П. А. Тимошенко, А. П. Тимошенко, Л. Э. Макарина. Мат. конф. «Спорные вопросы современной оториноларингологии». – М., 1999. – С. 17–18.
21. Толстов Ю. П. О клиническом значении состояния трепанационной полости у больных, перенесших радикальную операцию на среднем ухе / Ю. П. Толстов, И. А. Аникин // Вестн. оторинолар. – 1999. – №1. – С. 44–46.
22. Федосеев В. И. Реоперации уха при хроническом гнойном среднем отите / В. И. Федосеев, С. Я. Косяков, Н. С. Дмитриев // Новости оторинолар. и логопатол. – 1999. – №3 (19). – С. 63–65.
23. Beutner D. Long-term results following mastoid obliteration in canal wall down tympanomastoidectomy / D. Beutner, R. Stumpf, T. Zahnert // Laringorhinootologie, 2007. – Vol. 86, №12. – P. 853–861.
24. Fernandez C. M. Intracranial oto-genic complications. A persising problem / C. M. Fernandez, G. Samuel, G. L. Steinberg // Larungoscope. – 1986. – Vol. 96, №3. – P. 272–278.
25. Managing chronic otitis media with cholesteatoma report of 223 patients seen in a 5-year period / Mustafa A., Hysenaj Q., Latifi X. et al. // Niger J. Med., 2008. – Vol. 17, №1. – P. 20–24.
26. Miro N. Controlled multicenters study on chronic suppurative otitis media treated with topical applications of ciprofloxacin 0,2% solution in sungledose containers or combination of polymyxin B, neomycin and hydrocortisone suspension / N. Miro // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2000. – Vol. 125, №5. – P. 617–623.
27. Montesano L. Otitis externa en paciente con cavidad mastoidea radical / L. Montesano, A. Arribi, A. Del Palacio // Enferm Infecc Microbiol Clin. – 1998. – Vol. 16. – P. 35–37.
28. Roden D. Outcome of residual cholesteatoma and hearing in mastoid surgery / D. Roden, V. F. Honrubia, R. Wiet // Otolaryngol. – 1996. – Vol. 25, №3. – P. 178–181.
29. Sigmoid sinus thrombosis following mastoiditis: early diagnosis enhances good prognosis / D. Ozdemir, H. Cakmakci, A. O. Ikiz et al. // Pediatric Emergency Care. – 2005. – Vol. 21, № 9. – P. 60–69.
30. Treatment of postoperative otorrhoea by grafting of mastoid cavities with cultured autologous epidermal cell / D. J. Premachandra., B. M. Woodward, C. M. Milton et al. // Lancet. – 1990. – №335. – P. 365–367.