



УДК: 616. 28-002. 2-089. 168. 1

**КЛИНИКО-ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПРИЖИВЛЯЕМОСТИ ТИМПАНОПЛАСТИЧЕСКОГО ЛОСКУТА
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ
(МЕЗОТИМПАНИТОМ)****А. А. Якшин, П. Г. Протасов****THE CLINICO-CYTOLOGIC CHARACTERISTIC OF NEOTYMPANIC
MEMBRANE HEALING IN PATIENTS WITH CHRONICLE PURULENT
OTITIS MEDIA (MESOTYMPANITIS)****A. A. Yakshin, P. G. Protasov***ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, г. Москва
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)*

На последнем этапе тимпаноластики у больных хроническим гнойным средним отитом (мезотимпанитом) для фиксации тимпанопластического лоскута и тампонады наружного слухового прохода использовались различные материалы: резиновые полоски и ватные шарики, силиконовые полоски и желатиновая гемостатическая губка «Спонгостан», полиэтиленовые полоски, с различным сроком их удаления: первая группа на 10–15 сутки, вторая и третья группы 19–21 сутки. Цитологическим исследованием раневого отделяемого установлено, что длительность тампонады наружного слухового прохода не должна превышать 14–15 суток. Нахождение тампонов в наружном слуховом проходе более 20 суток приводит к их инфицированию и усилению воспалительной реакции со стороны тимпаномеатального лоскута. При длительной тампонаде оптимально использовать силиконовые полоски и желатиновую гемостатическую губку «спонгостан».

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, тимпаноластика, тампонада.

Библиография: 6 источников.

Different materials have been used at the last stage of a tympanoplasty in patients with chronicle purulent otitis media (mesotympanitis) for fixation of neotympanic membrane and tamponade of meatus acusticus externus: rubber strips and cotton balls, silicone strips and absorbable haemostatic gelatin sponge «Spongostan», polyethylene strips. Tamponade lasted with various terms: in the first group– 10–15 days, in the second and third groups– 19–21 days. By the cytological examination of effluent was found that duration of tamponade of meatus acusticus externus should not last more than 14–15 days. The staying of tamonade in meatus acusticus externus for more than 20 days leads to infection and intensification of inflammatory reaction of the neotympanic membrane. Silicone strips and «Spongostan» are the optimal to use at the long term tamponade.

Keywords: chronic purulent otitis media, tympanoplasty, tamponade.

Bibliography: 6 sources.

Общеизвестно, что состоятельность тимпаноластики зависит от многих факторов: состояния слуховой трубы, слизистой оболочки среднего уха и трансформационной системы, локализации и размера дефекта барабанной перепонки, наличия или отсутствия, а также характера содержимого барабанной полости, вовлеченности в процесс ретротимпанальных отделов, используемого для пластики материала и, не в последнюю очередь, от послеоперационной тактики ведения данной категории больных.

В настоящее время среди отохирургов нет единого мнения о тактике послеоперационного ведения больных мезотимпанитом при прочих равных условиях: на какие сутки необходимо удалять тампоны из наружного слухового прохода, делать это одномоментно или последовательно, одновременно с фиксирующими неотимпанальную мембрану материалами или нет, какой материал использовать для тампонады и фиксации мембраны.



Среди части отоларингов бытует мнение о том, что убирать тампоны из наружного слухового прохода необходимо одномоментно и одновременно с фиксирующим материалом на 21 сутки после операции, так как раневое содержимое в наружном слуховом проходе является средой, доставляющей питательные вещества к неотимпанальной мембране [1, 5]. Другая часть отоларингов подвергает данное положение сомнению, так как считает, что при длительном нахождении тампонов в наружном слуховом проходе происходит их бактериальное обсеменение, которое усугубляется процессами гипоксии и сдавления меатотимпанального лоскута. Поэтому предлагают поэтапное, постепенное удаление тампонов из наружного слухового прохода на протяжении 7–10 дней, считая, что раневое содержимое играет положительную роль в питании лоскута лишь первые 3–4 дня, с отсроченным удалением фиксирующего материала на 14–15 сутки после операции [2,3].

Немаловажное значение для приживления лоскута имеет материал, используемый для тампонады: желатиновая губка, ватные шарики, марлевые турунды. А также материал, используемый для фиксации неотимпанальной мембраны: силиконовые, фибриновые, резиновые полоски и другие [5]. Однако, какому из них отдать предпочтение – остается неясным.

Цель исследования. Оценить эффективность тимпаноластики у больных мезотимпанитом в зависимости от метода послеоперационного ведения.

Пациенты и методы

За период с 2008 г. по 2009 г. мы обследовали 30 пациентов с мезотимпанитом без явлений мукозита, с хорошей или удовлетворительной вентиляционной функцией слуховой трубы, не имевших обострение в течение последних 6 месяцев. В дальнейшем им была произведена тимпаноластика I типа с использованием аутохряща и/или аутофасции.

Все пациенты были разделены на 3 клинические группы. В первую группу вошли 10 пациентов, которым тимпаноластику производили эндауральным доступом. Тимпаноластический лоскут у этих пациентов фиксировали резиновыми полосками, а слуховой проход тампонируют ватными шариками с цефазолином в виде порошка.

Вторую группу составили 14 пациентов, при оперативном пособии у которых использовали доступ по Герману, а тампонаду осуществляли силиконовыми полосками и желатиновой гемостатической губкой, предварительно пропитанной раствором цефазолина.

В третью группу вошли 6 пациентов, с примененным во время операции заушным доступом и с последующей тампонадой полиэтиленовыми тампонами длиной 7–8 см и шириной 0,5 см без использования антибактериальных препаратов.

Все означенные группы были однородны по возрастному и половому составу, исходному состоянию среднего уха и операционным находкам. Кроме того, все пациенты получали одинаковое общее послеоперационное лечение.

В первой группе тампоны из слухового прохода удаляли на 4–6 сутки, резиновые полоски – на 10–15 сутки.

Во второй группе желатиновую губку удаляли поэтапно фрагментами, а силиконовые полоски – на 19–21 сутки.

В третьей группе полиэтиленовые полоски удаляли полностью одномоментно на 19–21 сутки.

Всем пациентам перед началом хирургического вмешательства в операционной с помощью зонда универсального «ЗГУ – «ЦМ»» брали мазок с кожи наружного слухового прохода и остатков барабанной перепонки в области предстоящей тампонады. После операции материал получали с удаленных тампонов, непосредственно прилежащих к тимпаномеатальному лоскуту. Полученный материал помещался на чистое обезжиренное предметное стекло. Мазок-отпечаток высушивали при комнатной температуре. Дальнейшее цитологическое исследование мазков-отпечатков производили по стандартной методике с откраской препаратов по Романовскому-Гимзе и последующим изучением их под микроскопом при 600-кратном увеличении [6].

Ближайший клинко-анатомический результат операции оценивали как «хороший», если наблюдалось полное приживление тимпанального трансплантата без его латерализации или втяжения. При втяжения трансплантата или его латерализации результат оцени-



вали как «удовлетворительный», а при образовании реперфорации – как «неудовлетворительный». Первые два результата оценивали вместе как положительный.

Функциональные результаты тимпанопластики оценивались по степени восприятия разговорной и шепотной речи, величине костно-воздушного интервала на аудиограмме. Сравнительному анализу подвергнуты результаты обследования до и после операции.

Результаты и их обсуждение

У больных всех трех групп клинико-анатомический результат тимпанопластики был положительным непосредственно после операции в 100% случаев, через 6 месяцев – в первой группе составил 90%, во второй – 92,9%, в третьей – 83,4% и через год остался прежним.

В первой группе до операции шепотная речь на расстоянии более 3 м воспринималась в 10% наблюдений, во второй – в 14,3%, в третьей – в 16,6%, а после операции соответственно в 70%, 71,4% и 66,6% наблюдений. Разговорная речь в первой группе воспринималась на расстоянии более 6 м до операции в 10% наблюдений, во второй – в 7,14%, в третьей – в 16,6%, а после операции этот показатель наблюдался соответственно в 80%, 78,54% и 66,6% наблюдений. По данным тональной пороговой аудиометрии на частотах 500 – 4000 Гц сокращение костно-воздушного интервала до 10 Дб непосредственно после операции наблюдалось в среднем в первой группе у 57,6% пациентов, во второй – у 62,6%, в третьей – у 36,9%. Средний послеоперационный койко-день равнялся в первой группе 17, во второй – 23, в третьей – 26.

При цитологическом исследовании мы получили следующие результаты. Ядра неидентифицированных клеток у пациентов всех групп составляли до операции в среднем 14,6%. При динамическом наблюдении на 14 сутки в 1 группе отмечался рост клеточного детрита, в среднем до 19,5%, во 2 группе – отмечалось незначительное увеличение, в среднем до 15,5%, в 3 группе – умеренное снижение, в среднем до 11%. Дальнейшее наблюдение в 1 группе не производилось (см. методику). Во второй группе с 15 суток отмечалось значительное снижение количества разрушенных клеток. Сходная тенденция отмечалась и у больных третьей группы с 17 суток до конца наблюдения, в среднем до 6–8%.

Плоский эпителий в мазке до операции у пациентов всех групп в среднем составлял 50%. В первой группе к 14–15 суткам отмечалось снижение относительного количества плоского эпителия практически в 2 раза (до 26–27%). Во второй и третьей группах к 19–20 суткам наблюдения также отмечалось снижение данного показателя, в среднем до 22% и 14,3% соответственно. При удалении тампонов на 20–21 сутки во 2 и 3 группах отмечалось увеличение плоского эпителия в цитологическом материале до 53–58%.

Нейтрофилы в мазках всех пациентов до операции в среднем составляли 31%. Во всех группах больных отмечается тенденция к умеренному увеличению данного показателя. В первой группе к концу срока наблюдения (на 14–15 сутки) нейтрофилы в мазке составляли в среднем 55%. Во второй и третьей группах на 19 сутки отмечался пик относительного их количества, в среднем 72–73%, а к концу наблюдения (на 20–21 сутки) наблюдалось значительное снижение данного показателя (до 30–39%). Это обусловлено десквамацией эпителия с одной стороны, а с другой – инфицированностью бактериями.

Эозинофилы до операции в мазках всех пациентов составляли в среднем 0,45%. В ходе динамического наблюдения у пациентов всех групп значимых изменений данного показателя не выявлено. Показатель колебался от 0 до 0,33%, за исключением 2 пациентов в третьей группе, у которых данный показатель к 19 суткам составлял 5 и 3% соответственно.

Базофилы, лимфоциты, моноциты на дооперационном этапе в мазках составляли 0–1%. В процессе динамического наблюдения во всех группах значительного повышения их не отмечалось. Однако на 19 сутки у одного пациента второй группы и одного пациента третьей группы лимфоциты в мазках составили 16,1% и 15% соответственно, что коррелировало с геморрагическим характером эксудата.

Уровень эритроцитов оценивался в баллах: от 0 – полное отсутствие до 3 – покрывают все поля зрения. До операции у всех пациентов выраженность данного компонента в среднем составил 0,8 балла. В ходе динамического наблюдения отмечался рост количества эрит-



роцитов в мазках: 1,75 балла в первой группе на 14 сутки, 1,5 балла во второй группе на 19 сутки, 2 балла в третьей группе на 20 сутки. У пациентов второй и третьей групп, наблюдавшихся на 20–21 сутки, уровень геморрагического компонента снижался до минимальных значений и составил в среднем 0,5 балл.

Микрофлора в подавляющем большинстве случаев была представлена кокками. Уровень обсемененности оценивался в баллах: от 0 – полное отсутствие, до 3 – покрывает все поля зрения. До операции средний уровень обсемененности составил в среднем 1,6 балла. В первой группе этот уровень на конец наблюдения (14–15 сутки) составил в среднем 1,7 балла. Во второй группе отмечался незначительный рост обсемененности и у 3 пациентов на 15 сутки составил в среднем 2 балла. На 20 сутки у 4 больных отмечалось повышение данного показателя до 2,3 балла в среднем. У 4 пациентов третьей группы на 21 сутки уровень обсемененности составил 2 балла в среднем. Наибольшая выраженность обсемененности отмечалась в третьей группе на 19 сутки – у 4 пациентов составила 3 балла. При этом у 2 других пациентов третьей группы на 20–21 сутки отмечался незначительный уровень обсемененности – 1 балл в среднем.

Уровень неклоточного компонента в мазках также оценивался в баллах. До операции у всех пациентов он составлял в среднем 0,76 балла. В первой группе на 14–15 сутки отмечалось повышение данного показателя в среднем в два раза – до 1,66 балла. Во второй группе к 19 суткам у 3 пациентов отмечалось полное отсутствие неклоточных элементов в мазках, но у 4 пациентов на 20 сутки данный показатель повышался в среднем до 1,66 балла, а у 4 пациентов на 21 сутки практически не изменился и составил в среднем 0,6 балла. В третьей группе не замечено значительных колебаний данного параметра, в среднем на 19–20 сутки он составил 1 балл.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что наилучшие цитологические показатели отмечались в первой группе: низкий уровень десквамации эпителия, обсемененности на фоне незначительной выраженности реактивного (нейтрофильного) воспаления. Во второй группе отмечался более высокий уровень нейтрофильного воспаления, на фоне умеренной обсемененности и геморрагического компонента. В третьей группе отмечалось более выраженное реактивное воспаление – нейтрофилы достигали 70% элементов в мазке, уровень обсемененности достигал 3 баллов, на фоне умеренной выраженности геморрагического компонента.

Выводы:

1. *Оптимальным материалом при тампонаде наружного слухового прохода являются резиновые полоски с ватными шариками с антибиотиками при сроке удаления их на 14–15 день после операции.*
2. *При нахождении тампонов в наружном слуховом проходе более 20 суток происходит их инфицирование и усиление воспалительной реакции со стороны тимпаномеатального локуста, что подтверждается повышенным уровнем обсемененности и нейтрофильно-геморрагическим характером экссудата.*
3. *При сроке удаления тампонады на 19–20 сутки воспалительная реакция и инфицирование тимпаномеатального локуста менее выражены при использовании силиконовых полосок с желатиновой гемостатической губкой по сравнению с тампонадой полиэтиленовыми полосками.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов А. В. Новые технологии консервативного и малоинвазивного хирургического лечения тугоухости: автореф. дис. ... док. мед. наук. – Томск, 2008 г. – 31 с.
2. Корвяков В. С. Современные аспекты хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом: Автореф. дисс. ... док. мед. наук / В. С. Корвяков. – М., 2007 г. – 24 с.
3. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха. М.: Медицина, 1988. – 280 с.
4. Тос М. Руководство по хирургии среднего уха. В 4 томах. Том 1. Подходы, миринопластика, оссикулопластика и тимпанопластика. Томск 2004. – 86 с.
5. Хоров О. Г. Первичная тимпанопластика в реабилитации больных хроническим гнойным эпи- и эпимезотимпанитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ленинград, 1990 г. – 12 с.



6. Эксфолиативный цитологический анализ в дифференциальной диагностике заболеваний ЛОР-органов / П. Г. Протасов [и др.]. Пособие для врачей. – М., 2006 – 24 с.

Якшин Андрей Александрович. ФГУ НКЦО ФМБА России, врач. 123098, г. Москва, ул. Гамалеи, д. 15. Тел.: 8-499-196-64-59. sky1000@mail.ru; **Протасов Павел Геннадиевич.** ФГУ НКЦО ФМБА России, врач-лаборант. 123098, г. Москва, ул. Гамалеи, д. 15. Тел.: 8-495-942-38-22.