



УДК 616.284-002.2-089

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ЭПИТИМПАНИТОМ**З. З. Камалова****ON SELECTION OF CHRONIC PURULENT EPITYMPANITIS SURGERY METHOD****Z. Z. Kamalova**

Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова, г. Уфа, Башкортостан
(Главный врач — канд. мед. наук Р. Я. Нагаев)

В статье сравниваются морфологические и функциональные результаты хирургического лечения больных хроническим гнойным эпитимпанитом в 2-х группах: в первой группе saniрующая операция с тимпанопластикой выполнялась по открытой методике, во второй группе была выполнена saniрующая операция закрытого типа или saniрующая операция с реконструкцией задней стенки наружного слухового прохода и облитерацией сосцевидного отростка и одномоментной тимпанопластикой. Описана методика операции. Анализ результатов показал возможность достижения полной реабилитации пациентов во второй группе исследования.

Ключевые слова: эпитимпанит, холестеатома, открытый вариант saniрующей операции, закрытый вариант saniрующей операции, реконструкция стенки наружного слухового прохода, тимпанопластика.

Библиография: 9 источников.

In this paper morphological and functional results of surgical treatment of two groups of patients with chronic purulent epitympanitis are compared. For the first group sanifying operation with tympanoplasty has been carried out using the canal wall-down technique, and for the second group sanifying operation has been performed with intact canal wall ore with reconstruction of the posterior ear canal wall and mastoid obliteration and single-stage tympanoplasty. This operation technique is described in the paper. The analysis of results has shown good possibility of full rehabilitation of patients in the second group.

Keywords: epitympanitis, cholesteatoma, sanifying operation with canal wall-down procedures, sanifying operation with intact canal wall, reconstruction of the posterior canal wall, tympanoplasty.

Bibliography: 9 sources.

На современном этапе приоритет хирургического метода лечения при хроническом гнойном эпитимпаните (ХГЭ) является общепризнанным. При наличии холестеатомы показания к saniрующей хирургии становятся абсолютными [3, 4, 5, 6, 9]. Выбор способа saniрующей операции (открытый или закрытый вариант операции) определяется множеством факторов (степень распространенности процесса, наличие холестеатомы и т.д.), и в этом вопросе у отоларингов нет единства. Накопленный опыт отоларингии показал более высокий уровень рецидива холестеатомы при использовании закрытых методов saniрующих операций по сравнению с открытыми методами. Рецидивы холестеатомы при закрытой методике saniрующих операций (СО) составляют, по данным разных авторов, 2–41 % [1], при открытой методике — 6–11% [7].

Открытый вариант saniрующей операции при ХГЭ обеспечивает широкий доступ к глубоко расположенным очагам поражения и большие возможности визуализации структур среднего уха, что создает большую надежность полной санации при холестеатоме [5, 8]. Однако выполнение saniрующей операции открытого типа предполагает формирование эпидермизированной трепанационной полости в сосцевидном отростке, и даже при хорошем морфологическом результате на пациента накладываются определенные ограничения: больной вы-



нужден беречь ухо от воды и периодически (1 раз в 6 месяцев) посещать отоларинголога для осуществления туалета полости. Эти ограничения, безусловно, снижают качество жизни этой категории больных.

В настоящее время мы придерживаемся следующей тактики при выборе способа saniрующей операции:

- в случаях гнойно-кариозного процесса без холестеатомы выполняется закрытый вариант saniрующей операции (задняя стенка наружного слухового прохода (НСП) сохраняется). В редких случаях закрытый способ выполняем также и при холестеатомном варианте эпитимпанита (кистовидный тип холестеатомы).

- при эпитимпаните с холестеатомой выполняется saniрующая операция с реконструкцией задней стенки НСП и облитерацией сосцевидного отростка и реже — открытый вариант операции.

Для реконструкции НСП и облитерации сосцевидного отростка ранее использовали реберный аутохрящ, сейчас используем реберный хрящ «Аллоплант». Во всех случаях saniрующих операций одномоментно выполняем тимпаноластику.

Методика реконструкции задней стенки наружного слухового прохода после выполнения костного этапа операции по открытому типу преследует своей целью совместить преимущества открытой методики (лучшая визуализация всех структур среднего уха и большая надежность санации при холестеатоме) и безусловные «плюсы» закрытого типа операций (сохранение естественной архитектоники слухового прохода, его резонансных характеристик). Кроме того, при сочетании с тимпанопластикой, возможно достижение хорошего функционального и морфологического результатов, что создает условия для снятия ограничений попадания воды в ухо. Таким образом, можно достичь полной реабилитации этой категории больных.

Цель исследования повысить эффективность хирургического лечения больных хроническим гнойным эпитимпанитом.

Пациенты и методы

За период 2009–2010 гг. прооперировано 55 больных хроническим гнойным эпитимпанитом в возрасте от 15 до 65 лет. Холестеатома была обнаружена у 51 (92,7 %) пациента. В исследуемую группу вошли лица мужского пола 39 (70,9 %), женского — 16 (29,1 %). Длительность заболевания у большинства пациентов (61,8 %) составила более 10 лет. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, осмотр ЛОР-органов, включающий эндоскопический осмотр полости носа, носоглотки и отомикроскопию. Проведено исследование слуха шепотной, разговорной речью, исследование с помощью камертонов, тональная пороговая аудиометрия, компьютерная томография височных костей.

Обследуемые пациенты были разделены на 2 группы: первую группу составили 35 пациентов, которым saniрующая операция с тимпанопластикой была выполнена по открытому варианту с пластикой мастоидального отдела раны кожно-надкостнично-фасциальным лоскутом [2], вторую группу — 20 пациентов, которым была выполнена СО закрытого типа (8 пациентов) или СО с реконструкцией задней стенки НСП и облитерацией сосцевидного отростка реберным аутохрящом (7 пациентов) или хрящом «Аллоплант» (5 больных) и одномоментной тимпанопластикой. Кроме того, в каждой группе выделены по 2 подгруппы: в подгруппе А при сохранном стремени СО выполнялась с тимпанопластикой III типа, в подгруппе В — при отсутствии арки и ножек стремени — СО с тимпанопластикой IV типа.

Морфологические и функциональные результаты операции оценивали на 20–26 день после операции и во время контрольных осмотров через 1–3 месяца после операции. Морфологический результат в 1-й группе оценивали по сроку наступления полной эпидермизации послеоперационной полости, во 2-й группе — по сроку заживления тимпаномеатального лоскута (когда визуализировался обычный контур НСП и целая вторичная барабанная перепонка).

Для характеристики состояния дооперационного слуха и функциональных результатов после операции оценивали средние пороги по воздуху (СПВ) и костно-воздушный разрыв (КВР) в речевом диапазоне частот (500, 1000, 2000, 4000 Гц). Результаты представлены в виде $M \pm m$, где M — средняя арифметическая, m — стандартная ошибка средней арифметической. Статистически значимыми считали различия при $P < 0,05$.



Обсуждение и выводы

В таблице представлены параметры дооперационного слуха, а также показатели функциональных и морфологических результатов у пациентов обеих групп.

Начало эпидермизации мастоидального отдела раны у пациентов первой группы отмечали на 9-10 день, полная эпидермизация завершалась к 21–28 дню после операции. Из данных таблицы видно, что морфологические результаты операции не зависели от варианта выполненной тимпаноластики и сроки заживления составили $24,68 \pm 1,01$ дней в первой подгруппе и $24,08 \pm 1,27$ дней во второй подгруппе соответственно. Однако функциональные результаты в подгруппе А были значительно лучше, СПВ после операции составил $19,03 \pm 2,88$ дБ, а у 9 пациентов СПВ не превысил 15 дБ. При выполнении санирующей операции с тимпанопластикой IV типа как исход всегда оставалась I степень тугоухости.

У пациентов второй группы сроки заживления в обеих подгруппах также отличались незначительно и не являлись статистически значимыми ($14,69 \pm 1,36$ дней в подгруппе А и $15,75 \pm 1,71$ дней в подгруппе В соответственно). Однако при сравнении с группой, где санирующая операция выполнялась по открытому варианту, следует отметить, что сроки заживления во второй группе оказались короче на 8–9 дней ($p < 0,001$). Функциональный результат также в подгруппе А был значительно лучше, СПВ после операции составил $17,80 \pm 5,16$ дБ, а в подгруппе В — $30,44 \pm 4,05$ дБ.

Таблица

Показатели дооперационного слуха и результаты лечения пациентов (n=55)

	СПВ до операции (дБ)	СПВ после операции (дБ)	КВР до операции (дБ)	КВР после операции (дБ)	Заживление (день)
I ГРУППА					
Подгруппа А (ТП III типа), n = 22	$32,84 \pm 4,57$	$19,03 \pm 2,88$	$24,93 \pm 4,23$	$12,95 \pm 1,13$	$24,68 \pm 1,01$
Подгруппа В (ТП IV типа), n = 13	$44,23 \pm 6,02$	$29,33 \pm 3,46$	$33,17 \pm 5,33$	$16,92 \pm 1,91$	$24,08 \pm 1,27$
II ГРУППА					
Подгруппа А (ТП III типа), n = 16	$32,19 \pm 8,19$	$17,80 \pm 5,16$	$22,80 \pm 4,45$	$11,17 \pm 2,93$	$14,69 \pm 1,36$
Подгруппа В (ТП IV типа), n = 4	$39,69 \pm 3,29$	$30,44 \pm 4,05$	$25,31 \pm 3,44$	$18,75 \pm 2,04$	$15,75 \pm 1,71$

Функциональные результаты при выполнении санирующей операции с тимпанопластикой не зависели от способа операции (закрытый или открытый вариант) — различия в соответствующих подгруппах двух групп не являлись статистически значимыми — $p > 0,05$, а зависели только от варианта (III или IV тип) выполненной тимпаноластики.

Таким образом, преимуществами методики санирующей операции с реконструкцией задней стенки НСП хрящевым трансплантатом и одномоментной тимпанопластикой является то, что она позволяет восстановить естественную архитектуру наружного уха, избавить больных от необходимости быть под постоянным наблюдением отоларинголога, позволяет улучшить слух и сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулмуслимов К. Д. Клиническая оценка некоторых современных вариантов закрытых методов лечения хронического гнойного среднего отита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новокузнецк, 1988. 24 с.
2. Камалова З. З. Оптимизация диагностики и хирургического лечения больных хроническим средним отитом: автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Москва, 2009. 24 с.
3. Левин Л. Т., Темкин Я. С. Хирургические болезни. М. : Медицина, 2002. 432 с.
4. Мишенькин Н. В., Кротов Ю. А. Закрытая санирующая операция при хроническом гнойном среднем отите // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1993. — № 2. — С. 64–71.
5. Санирующая хирургия при хроническом гнойном среднем отите с холестеатомой / Крюков А. И. [и др.] // Вестн. оторинолар. — 2011. — № 1. — С. 62–65.



6. Семенов Ф.В. Тактика хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом при различных формах патологического процесса в среднем ухе. Мат. Рос. науч.-практ. конф. оториноларингологов. Оренбург, 2002. С. 110–112.
7. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха. М.: Медицина, 1988. 288 с.
8. Canal wall down tympanoplasty with canal reconstruction for middle-ear cholesteatoma: post-operative hearing, cholesteatoma recurrence, and status of re-aeration of reconstructed middle-ear cavity / M. Ikeda [et al.] // J. Laryngol. Otol. — 2003. — Vol. 117. — P. 249–255.
9. Tos M. Manual of middle ear surgery. Vol. 2. Stuttgart; New York: Thieme 1995.

Камалова Зилия Закиевна – к. м. н., оториноларинголог ЛОР-отделения РКБ им. Г. Г. Куватова, 450005, г. Уфа, ул. Достоевского, 132, тел. (347) 272-82-63; тел. сот. 89273192217; 999box@mail.ru

УДК: 616.286-072.1

ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ ПРИ ЭКССУДАТИВНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ

В. П. Карпов^{1,2}, И. В. Енин¹, В. И. Агранович²

DIAGNOSTICS OF THE EUSTACHIAN TUBE DYSFUNCTIONS IN SECRETORY OTITIS MEDIA

V. P. Karpov, I. V. Enin, V. I. Agranovich

¹ ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ

(Ректор – проф. В. Н. Муравьева)

² МУЗ «Городская клиническая больница №3, г. Ставрополь»

(Главный врач – К. А. Муравьев)

В работе приведены данные обследования больных с расстройствами слуховой трубы у больных экссудативными средними отитами. Для диагностики применен комплекс современных методов обследования, включающий в динамике эндоскопию полости носа и носоглотки, ото-микроскопию, аудиометрию, тимпанометрическое исследование. Точное выявление причин дисфункции слуховой трубы позволяет проводить успешное лечение функциональных тубарных расстройств, как в стационарных, так и в поликлинических условиях.

Ключевые слова: дисфункция слуховой трубы, экссудативные средние отиты, эндоскопия носоглотки, ото-микроскопия, тимпанометрия.

Библиография: 7 источников.

The work presents the results of examination of patients with disorders of the auditory tube, occurred for various reasons. For their diagnosis applied to a complex of modern methods of examination, including endoscopy of the nasal cavity and nasopharynx, otomicroscopy, audiometry, tympanometry performed in the dynamics. The exact identification of the causes dysfunction of auditory tube allows for the successful treatment of functional auditory tube disorders in stationary or polyclinic conditions.

Key words: eustachian tube dysfunctions, secretory otitis media, endoscopy nasopharynx, otomicroscopy, tympanometry.

Bibliography: 7 sources.

Вопрос своевременной и точной диагностики тубарной дисфункции является одним из наиболее сложных в оториноларингологии [1, 4, 6]. Это связано с особенностями анатомического строения слуховой трубы, и определенными техническими сложностями её визуализации, в результате чего детальному, прицельному осмотру носоглотки и устьев слуховых труб не всегда уделяется должное внимание [5, 7]. Развитие экссудативного среднего отита, как правило, непосредственно связано с патологией носоглотки [2, 3].