
Ситников В.П., Эль-Рефай Хусам, Колесник Т.И., Шляга И.Д., Ядченко Е.С.,
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь,
Гомельская областная специализированная клиническая больница, Гомель, Беларусь

Хирургические подходы к лечению больных с хроническими воспалительными заболеваниями среднего уха

Разработка средств и методов лечения тугоухости является одной из актуальных проблем современной оториноларингологии. Распространенность тугоухости составляет 92,9 случаев на тысячу населения (Тарасов Д.И., 1991). На кондуктивную и смешанную формы тугоухости, обусловленные заболеваниями среднего уха, приходится свыше 30 случаев на 1000 населения, а на сенсоневральную тугоухость – около 60 случаев (Murineri S et al., 2002).

■ ЦЕЛЬ

Разработка диагностического предоперационного комплекса и унификация вариантов хирургической реконструкции среднего уха у пациентов различных возрастных групп, страдающих кондуктивной тугоухостью.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано и прооперировано 167 пациентов с хроническим гнойным мезотимпанитом. В основной группе (167 чел.) мужчин – 72, женщин – 95. По возрасту пациенты распределялись следующим образом: от 5 до 17 лет – 25, от 18 до 29 лет – 35, от 30 до 39 лет – 32, от 40 до 49 лет – 39, от 50 до 59 лет – 36.

При отборе пациентов на операцию определялась клинико-морфологическая форма заболевания, локализация и размеры дефекта барабанной перепонки. У 72,6% обследованных пациентов отмечены обширные дефекты барабанной перепонки.

В зависимости от локализации и величины перфорации барабанной перепонки больные были разделены на 6 групп:

- 1) тотальный мезотимпанит – 55 пациентов;
- 2) передний некраевой большой мезотимпанит – 19 пациентов;
- 3) задний некраевой большой мезотимпанит – 10 пациентов;
- 4) передний краевой большой мезотимпанит с выстоянием (экзостозом) передней стенки наружного слухового прохода – 33 пациента;
- 5) задне-передний некраевой мезотимпанит – 7 пациентов;
- 6) тотальный тимпанит, состояние после консервативно-щадящей радикальной операции – 43 пациента.

При обработке тональных и речевых аудиограмм установлено, что у 73,5% пациентов выявлена тугоухость кондуктивного характера, у 26,5% – смешанного. Тугоухость I степени отмечена у 53,7% пациентов, II степени – у 33,9%, III степени – 12,4% пациентов.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Существует ряд неблагоприятных клинических форм хронического гнойного воспаления среднего уха, при которых результаты хирургического лечения не приводят к желаемому морфологическому и функциональному эффекту. По нашим клиническим наблюдениям и последним литературным данным, к ним относятся:

- обширные дефекты барабанной перепонки, занимающие свыше 50% ее площади, что сопровождается высокой степенью тугоухости у 32,9% пациентов;
- локализация перфорации в передненижних квадрантах тимпанальной мембраны в сочетании с выстоянием или экзостозом передней костной стенки наружного слухового прохода – 19,6% пациентов;
- частые рецидивы заболевания (более 2-х раз в год), причиной которых является мукозит, а также блок адитуса и тимпанального соустья, наличие которого ведет к нарушению эвакуации патологического содержимого и аэрации клеточной системы сосцевидного отростка, – 21,8% пациентов;
- тотальный и субтотальный дефекты барабанной перепонки у лиц, перенесших в прошлом радикальную операцию уха с большой трепанационной полостью, – 25,7% пациентов.

Анализ исходов операции у подобных пациентов показал, что неудачи мирингопластики обусловлены смещением пластического лоскута и рубцовой облитерацией барабанной полости, затуплением переднего мезо-тимпанального угла, атрофией или некрозом лоскута, рецидивом перфорации и гноетечения.

Для профилактики подобных осложнений при обширных дефектах барабанной перепонки применяется двухслойный трансплантат, состоящий из ультратонкой пластинки аллохряща (100–150 мкм), служащей каркасом, и аутоотрансплантат височной фасции.

У пациентов, страдающих хроническим гнойным часто рецидивирующим мезотимпанитом и его клиническими разновидностями – мукозитом и тубарно-тимпанальным отитом, тактика хирургического лечения обычно определяется интраоперационно выявляемым «блоком» адитуса. При его наличии на первом этапе производится антродренаж. Однако, в отличие от

классической антротомии, антрум вскрывается субкортикально с последующим истончением костной задней стенки наружного слухового прохода со стороны адитуса и ликвидацией «блока» с обязательным применением операционного микроскопа. Критерием окончания операции является хороший обзор короткой ножки наковальни. В последующем осуществляется промывание антрума антисептическим раствором в течение 7–8 дней. Через 1–3 месяца (вторым этапом) выполняется мирингопластика. При отсутствии «блока» антродренаж и мирингопластика осуществляются одновременно, а полиэтиленовая трубочка вводится в антрум на 8–10 дней в целях его дренирования и аэрации. Технически выполнение этих операций не отличается от классических вариантов, однако эффективность их значительно выше и достигает 90%.

У лиц, перенесших в прошлом радикальную операцию уха, основной задачей хирургического лечения на первом этапе является ликвидация или значительная редукция мастоидального сегмента трепанационной полости с помощью мышечно-периостального лоскута с основанием в области задней стенки хрящевой части наружного слухового прохода. Указанный лоскут помещается между предварительно отслоенной рубцово-эпидермальной выстилкой трепанационной полости и костными ее стенками, способствует улучшению трофики окружающей тканей, стимулируя в последующем лучшее приживание пластического лоскута. В этом мы видим преимущества нашей методики мастоидопластики перед аналогичными операциями с применением формализированного алло- и аутохряща и алло- и аутокости.

■ ВЫВОДЫ

1. Оптимальная тактика хирургического лечения неблагоприятных форм хронического гнойного часто рецидивирующего мезотимпанита включает в себя антротомию с истончением костной задней стенки наружного слухового прохода со стороны адитуса и ликвидацией «блока» с последующей мирингопластикой.
2. При обширных дефектах барабанной перепонки, занимающих более 30%, следует проводить мирингопластику с использованием двойного трансплантата ультратонкого аллохряща и аутофасции височной мышцы, при которой морфологический эффект достигается у 94,01%, функциональный – у 88,5%.