

УДК 616.284–0.89

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СУБКОРТИКАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ САНИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ НА СРЕДНЕМ УХЕ*Ярошевич А. И.¹, Ядченко Е. С.², Грибач А. Л.¹, Паращенко М. Н.¹*¹Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) страдает от 1,5 до 4 % населения в мире, из них дети составляют 1,5 %. Помимо прогрессирующей тугоухости, ХГСО может приводить к развитию внутричерепных осложнений. Основным методом лечения заболевания является хирургический, который предусматривает ликвидацию гнойно-деструктивного процесса в полостях среднего уха, а также создание нормальных анатомических взаимоотношений наружного и среднего уха. В случае несоответствующего варианта операции или недостаточном ее объеме возможен рецидив. Основным недостатком наиболее часто используемых saniрующих операций на среднем ухе является излишнее удаление здоровой костной ткани сосцевидного отростка, что в последующем приводит к формированию трепанационной полости больших размеров, что не позволяет добиться полного прекращения воспалительного процесса после хирургического вмешательства [1].

Цель

Внедрение способа хирургического лечения ХГСО у детей, с использованием принципа щадящего и безопасного операционного доступа к адито-антральной области и формирования малой трепанационной полости.

Материал и методы исследования

На базе ЛОР отделения У «ГОДКБ» в 2017–2019 гг. было проведено щадящее saniрующее хирургическое лечение 14 пациентов с различными клиническими формами ХГСО.

Всем пациентам, поступившим на оперативное лечение, проводилось полное общеклиническое, лабораторное (в том числе микробиологическое исследование ушного отделяемого) и аудиологическое обследование, компьютерная томография (КТ) височных костей. Все пациенты прошли предварительный курс консервативного лечения.

Все операции выполнены под общей анестезией, в обязательном порядке проводилось гистологическое исследование биоматериала, взятого из среднего уха во время операции. В 6 случаях одномоментно с saniрующим этапом произведены различные виды тимпаноластики.

Пациенту проводился эндауральный разрез по Геерману, после чего в области задне-верхней стенки наружного слухового прохода в 6–8 мм от шипа Генле, шаровидной фрезой производилось сверление кости под углом 45° во фронтальной плоскости черепа до проникновения в анtrum. Далее выполнялась классическая saniрующая радикальная операция на среднем ухе по Штаке. Под контролем операционного микроскопа производилась ревизия полостей среднего уха с элиминацией патологического очага. Через 6 месяцев 4 пациентам в связи с отсутствием рецидива воспалительного процесса в ухе, вторым этапом произвели тимпаноластику.

Для улучшения дренирования барабанной полости, в течение десяти дней после операции, проводилась адренализация слизистой оболочки глоточного устья слуховой трубы 0,18 % раствором адреналина гидротартрата.

Результаты хирургического лечения оценивались суммарно в зависимости от наличия или отсутствия интра- и послеоперационных осложнений, степенью и скоростью эпи-

дермизации трепанационной полости, повышением качества жизни за счет прекращения оторреи и рецидивов заболевания. Ближайшие морфологические результаты оценивались при выписке пациентов из стационара на 10–14 сутки с помощью микроотоскопии. Всем пациентам через 1 месяц после операции проводилось аудиометрическое исследование, повторное микробиологическое исследование отделяемого послеоперационной полости. В дальнейшем прооперированные пациенты находились под контролем отохирурга в течение 3, 6, 12 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение

По данной методике было прооперировано 8 девочек и 6 мальчиков в возрасте от 8 до 18 лет с эпитимпаноантральным ХГСО (из них у 9 имелась холестеатома), часто рецидивирующее течение отмечалось у 5 пациентов. Двусторонний процесс установлен в 2 случаях. Длительность заболевания ХГСО составила от 2 до 14 лет. По данным тональной пороговой аудиометрии тугоухость I степени отмечена у 7 пациентов, II степени — 4, III степени — 3. У 11 (78,5 %) обследуемых костно-воздушный интервал в зоне речевых частот составил от 30 до 40 дБ. Результаты исследования проходимости слуховой трубы были следующими: I степень проходимости — 28,5 %; II степень — 57,1 %; III степень — 14,4 %. При КТ височных костей выявлены признаки деструкции сосцевидного отростка в 8 (57,1 %) случаях ХГСО.

При микробиологическом исследовании ушного отделяемого в 71,4 % случаев выделены различные возбудители. Наиболее часто высеивали стафилококк (42 %), преимущественно обладающий патогенными свойствами, реже — синегнойную (21 %) и кишечную (11 %) палочки, протей (5 %). Смешанная грибково-бактериальная природа заболевания подтверждена у 14,3 % пациентов. Среди грибов этиологически значимыми являлись *Aspergillus spp.*

У пациентов интраоперационно выявлено наличие блока адитуса в 5 случаях, в антруме обнаружен патологический секрет у 4 пациентов, кариозно-грануляционный процесс с холестеатомой установлен у 9 пациентов, у 2 пациентов патологических изменений не найдено.

Осложнений при проведении оперативного вмешательства не отмечено. У пациентов отмечалась полная эпидермизация небольших по размеру трепанационных полостей на 18 сутки в 78,6 % случаев. Это обычно соответствовало полному исчезновению отека пластического лоскута и прекращению отделяемого из трепанационной полости. Все пациенты были выписаны из стационара с купированным обострением воспалительного процесса в ухе. В течение последующих 6 месяцев 4 пациентам основной группы вторым этапом проведена тимпаноластика. Через 1 год повторно обследовано 7 пациентов — рецидив в течение указанного периода времени отсутствовал, послеоперационная полость содержала умеренное количество ушной серы и слущенного эпидермиса. Исследование слуха выявило улучшение у 9 (64,3 %) пациентов, ухудшение — у 1 (7,1 %), исходный уровень слуха сохранился у 4 (28,6 %) пациентов.

Таким образом, наш опыт проведения и анализа исходов внедренного способа санитизирующей операции на среднем ухе у пациентов, страдающих ХГСО, показал хороший функциональный и морфологический результат.

Выводы

1. Подход к антруму субкортикально через точку, находящуюся в области верхней задней стенки наружного слухового прохода в 6–8 мм от шипа Генле является наименее травматичным, сохраняется неповрежденным кортикальный слой сосцевидного отростка и формируется малая трепанационная полость.

2. В отдаленном периоде у всех пациентов отмечается полная эпидермизация небольших по размеру послеоперационных полостей, что позволяет добиться прекращения оторреи и, при необходимости, через 3–6 месяцев провести тимпаноластику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин, И. А. Причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения хронического гнойного среднего отита / И. А. Аникин, С. В. Астащенко, Т. А. Бокучава // Российская оториноларингология. — 2007. — № 5. — С. 3–8.
2. Способ хирургического лечения хронического гнойного среднего отита: пат. № 15810 — Респ. Беларусь, МПК А 61F 11/00, А 61В 17/00 / В. П. Ситников [и др.]; заявитель УО «Гомельский гос. мед. ун-т». — № а 20101054; заявл 09.07.2010; опубл. 30.04.2012 // Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. — 2012. — № 2. — С. 70.

УДК 616.284-002.2:3:611.013.38

**ХРОНИЧЕСКИЙ ГНОЙНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ НА ФОНЕ НАЛИЧИЯ
ЭКТОПИРОВАННОЙ ДЕРМЫ В ПОЛОСТЯХ СРЕДНЕГО УША
(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)***Ярошевич А. И.¹, Ядченко Е. С.², Слизько Е. В.¹, Морева Е. В.¹*¹Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По определению хронический гнойный средний отит (ХГСО) — это заболевание среднего уха, характеризующееся стойкой перфорацией барабанной перепонки, постоянной или периодической отореей, а также снижением слуха [1].

Цель

Демонстрация редкого клинического случая наличия эктопированной дермы в полостях среднего уха, имитирующей хронический гнойный средний отит.

Материал и методы исследования

Материалом послужила медицинская карта стационарного пациента.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент М., 10 лет, житель Жлобинского района, находился на стационарном лечении в ЛОР отделении У «ГОДКБ» с 22.08.2018 г. по 05.09.2018 г. с диагнозом: хронический левосторонний гнойный эпитимпаноантральный средний отит в стадии обострения.

При поступлении жалобы на головную боль, головокружение, гноетечение из левого уха. Из анамнеза известно, что болеет с 2-х лет, обострения отита отмечаются более 6 раз в год. При отоскопии справа — норма, слева — в наружном слуховом проходе гной с неприятным запахом, барабанная перепонка гиперемирована, перфорация в эпитимпанум. При акуметрии ШР определяется ушной раковины, разговорная речь воспринимается с 4 м.

При общеклиническом обследовании показатели в пределах возрастной нормы. При микробиологическом исследовании отделяемого из левого уха роста микрофлоры не получено. Обследование офтальмолога показало: диски зрительных нервов светло-розовые, границы четкие, сосуды не изменены, сетчатка без патологии. Неврологический осмотр патологии не выявил. Компьютерная томография (КТ) височных костей: ячейки левого сосцевидного отростка, пещера, барабанная полость заполнены патологическим содержимым, костно-деструктивных изменений не выявлено, слуховые косточки без особенностей.

Учитывая выставленный диагноз, в качестве предоперационной подготовки проведен курс противовоспалительной терапии, после чего планировалось выполнение санлирующей операции на левом среднем ухе по открытому типу [2]. Интраоперационно обнару-