

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СРЕДНИХ ОТИТАХ

Р. М. Нурсаитова, О. А. Гурьянов

Клиническая больница № 12 (главрач — Т. Ф. Сафин), г. Казань

Хронический гнойный средний отит относится к группе наиболее распространенных заболеваний органов слуха, ведущих к развитию тугоухости [4]. При хроническом воспалении в процесс вовлекаются, как правило, все отделы среднего уха, причем характер поражения в разных отделах может быть различным [3]. В связи с этим лечение хронических гнойных средних отитов должно предусматривать окончательную ликвидацию воспалительного процесса во всех полостях среднего уха и желательное сохранение или восстановление в той или иной степени слуховой функции.

В современной отоларингологии существуют два направления: одномоментное проведение санирующего и функционального этапов операции, а также выполнение санирующей операции и функциональной тимпаноластики в два этапа [1, 2].

За полтора года в отделении патологии головы и шеи на стационарном лечении находился 501 человек с заболеваниями уха (табл. 1).

Таблица 1

Структура заболеваний уха

Нозологические формы	1993 г.	1994 г.
Заболевания наружного уха	30	29
Острые средние отиты	60	32
Хронические средние отиты	138	140
Нейросенсорная тугоухость	47	25
Всего	275	226

Как видно из табл. 1, хронические воспаления уха диагностированы у 278 человек.

Больным с хроническими воспалениями уха (117) было проведено комплексное консервативное лечение с предварительным взятием мазка из барабанной полости и наружного слухового прохода для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. У 37 больных в отделяемом из уха обнаружены стафилококки в сочетании с различными грибами, у 9 — совместно с синегнойной палоч-

кой, у 11 — с протеем, у 16 — стрептококк, и у 44 больных результаты исследования не получены. У большинства больных сохранялась чувствительность микрофлоры к ототоксическим антибиотикам, полимиксину и ристомину. Одновременно с антибиотиками широкого спектра действия (заноксин, рефмин, полимиксин, цефаджет, ципролет, цифран) назначали антигистаминные препараты, сосудосуживающие капли в нос.

Для ликвидации гнойного процесса в ухе наряду с антибиотиками применяли широкий арсенал лекарственных средств (софрадекс, отинум, диоксидин, спиртовые капли). При аллергических формах предписывали местно (для разжижения отделяемого) гидрокортизон, дексаметазон, дексазон или дексан. При отомикозах использовали противогрибковые препараты, включая мази (микозолон, кандид), местно в порошках леворин, полимиксин, гризеофульвин. Нистатин назначали вместе с незаралом (незарал по 200 мг в день) в течение 7—10 дней.

Из физиотерапевтических процедур при лечении хронических средних отитов предпочтение отдаем лазеротерапии, однако применяем и испытанные методы физиотерапии: УФО, УВЧ, микроволновую терапию, электрофорез различных лекарственных препаратов.

Консервативная терапия в большинстве случаев дает кратковременный эффект, поэтому в настоящее время широко практикуется хирургическое лечение хронического воспаления уха.

Из 278 больных с хроническими средними отитами хирургическое вмешательство было произведено 161 (57,9%). У 49 из них был хронический мезотимпанит, у 63 — эпимезотимпанит, у 7 — эпитимпанит, у 2 — абсцесс мозга, у одного — отогенный менингит, у 5 — лабиринтит, у 2 — парез лицевого нерва, у 6 — мастоидит, у 6 — адгезивный отит, у 7 — отосклероз, у 17 — состояние после радикальной операции уха, у одного — врожденная

Виды хирургических вмешательств при хронических средних отитах

Операции	1993 г.	1994 г.
Мирингопластика	7	10
Тимпанопластика (различные варианты)	30	48
Санитрующие радикальные операции	6	9
Расширенная радикальная операция	2	1
Щадящая радикальная операция	7	6
Мастоидотомия	2	4
Репозиция, ревизия уха	9	8
Тимпанотомия	2	3
Стапедопластика	2	5
Формирование наружного слухового прохода	—	1
Удаление остеомы наружного слухового прохода	—	1

атрезия наружного слухового прохода, у 3 — секреторный отит.

Таким образом, осложненные формы хронического среднего отита (абсцесс мозга — у 2, менингит — у 1, лабиринтит — у 5, парез лицевого нерва — у 2, мастоидит — у 6) были обнаружены у 16 (5,8%) больных. Этих пациентов доставила в отделение служба скорой помощи. 3 больным произведена расширенная радикальная операция (2 — с пункцией вещества мозга, одному — с обнажением твердой мозговой оболочки), 5 — ревизия области горизонтального полукружного канала и фистулы лабиринта, 2 — ревизия в области канала лицевого нерва и окон преддверия, 5 — мастоидотомия, одному — мастоидэктомия.

Аудиологическое обследование предусматривало изучение слуха на восприятие шепотной и разговорной речи, камертонное исследование, тональную пороговую и надпороговую аудиометрию. В перевязочной под операционным микроскопом ставили пробу с ваткой, смоченной вазелиновым маслом, для экранизации круглого окна. У всех больных определяли проходимость слуховых труб.

Слухоулучшающие операции проводили по следующим показаниям: а) при кондуктивной и смешанной тугоухости; б) мобильности окон лабиринта; в) нормальной или близкой к норме тубарной функции; г) наличии слизистой оболочки в барабанной полости.

Одноэтапная тимпаноластика при хронических средних отитах была выполнена 78 больным, в два этапа после предшествующего хирургического вмешательства в различные сроки — 17, заушный доступ использовали у 71 больного, эндоуральный — только у 7.

При всех вариантах санитрующих и пластических операций проводили тщательную ревизию барабанной полости, причем объем вмешательства зависел от патологических изменений, обнаруженных в ходе операции. После удаления патологических образований (грануляций, полипов, холестеатомных масс, утолщенной и измененной слизистой) проверяли проходимость устья слуховой трубы.

8 больным после улучшения проходимости евстахиевой трубы была выполнена ее катетеризация. К пластической части операции при одно-

ментной тимпаноластике приступали только после того, как убеждались в полном удалении патологических образований. В качестве пластического материала для формирования неотимпанальной мембраны использовали кожу заушной области, фасцию височной мышцы, двухслойный лоскут и трехслойный трансплантат, состоящий из аутофибриновой пленки, истонченного хряща или перихондрия и кожи наружного слухового прохода. Приживление пластического материала и образование неотимпанальной полости были отмечены у 83 из 90 больных. У 30 прооперированных перфорация лоскута наступила в разные сроки после вмешательства; у 3 — лоскут не прижился; у одного возник его некроз. У 7 больных с остеосклерозом после стапедопластики получены хорошие функциональные результаты. После операции больных переводили в палату интенсивной терапии ЛОР-отделения, где они находились под наблюдением врача-реаниматолога и медсестры.

Всем больным в зависимости от антибиотикограммы предписывали антибиотики в течение 7 — 10 дней и в первые сутки анальгетики на ночь. Первую перевязку производили через 7 — 8 дней. Исходя из величины сформированной полости, назначали электростимуляцию слуховой трубы при пониженной ее проходимости.

Таким образом, классическая радикальная операция вытесняется щадящим saniрующим вмешательством с различными формами пластики среднего уха. При хронических средних отитах показана наиболее ранняя хирургическая санация среднего уха, что позволяет, во-первых, сохранить элементы среднего уха и расширить возможности его реконструкции, во-вторых, уменьшить риск снижения слуховой функции, а по большому счету — и опасность для жизни больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петушков Е. В., Демина Г. Б. Современные методы диагностики и лечения заболеваний уха.— Казань, 1985.
2. Погосов В. С. Атлас оперативной отоларингологии.— М., 1983.

УДК 616.21—06—07—08

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОТОГЕННЫХ И РИНОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

С. Н. Серебрякова, Е. В. Петушков, А. Ю. Довгалаук, П. Д. Фирсов,
И. В. Ключикин, М. М. Ибатуллин

Республиканская клиническая больница (главврач — канд. мед. наук С. В. Абуладзе) МЗ РТ,
Республиканский медицинский диагностический центр
(главврач — доц. И. В. Ключикин), г. Казань

Внутричерепные осложнения имеют значительный удельный вес в структуре ЛОР-патологии, дают высокую летальность и потому их диагностика и лечение остаются актуальной задачей отоларингологов.

Поэтапному сравнительному анализу подвергнуто 912 истории болезни, составленных по поводу отогенных внутричерепных осложнений за 70 лет существования ЛОР-клиники. Частота их неуклонно снижается по десятилетиям [1] за счет уменьшения абсолютного числа больных гнойным средним отитом среди пациентов стационара. В настоящее время больные с внутричерепными отогенными осложнениями составляют 2—3% от общего числа госпитализированных с гнойными заболеваниями среднего уха [5]. По данным нашей клиники, частота внутричерепных осложнений за последнее десятилетие снизилась до 1%.

В подавляющем большинстве внутричерепные патологические процессы возникают при хронических гнойных эпителимпанитах с длительностью заболевания около 10 лет и более. В последние годы возрос удельный вес внут-

3. Потапов И. И., Овчинников Ю. М., Случанко А. П. Пособие по овладению слухоулучшающими операциями.— М., 1970.

4. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха.— М., 1988.

Поступила 01.11.94.

MEDICAL TACTICS IN CHRONIC OTITIS MEDIA

R. M. Nursaitova, O. A. Guryanov

Summary

It is advisable to perform cautious radical operations at the same time with plasty elements. The early surgical sanation of the middle ear is recommended allowing to preserve its elements, to increase the possibilities of reconstruction and consequently, to decrease a potential danger for acoustic function of a patient as well as for his life as a whole.

ричерепных осложнений при острых отитах, особенно отогенных менингитов, что совпадает с данными других авторов [6]. Осложнения в виде менингитов возникают в первые дни заболевания острым отитом, что дало основание называть такие формы «молниеносными». Параллельно со снижением частоты внутричерепных осложнений уменьшается вызываемая ими летальность, однако ее уровень пока достаточно высок — от 8 до 33% [4, 7]. Снижение летальности по различным нозологическим формам происходит неравномерно. Если при отогенном менингите, синус-тромбозе и сепсисе летальность упала в десятки раз, то при абсцессах мозга и мозжечка, тем более при комбинированных осложнениях она снижается незначительно и еще довольно высока — от 36 до 58% [3, 5].

За последнее десятилетие (1984—1993) в клинике Казанского медицинского университета были лечены 2533 человека с воспалительными заболеваниями уха. Внутричерепные осложнения выявлены у 23 (около 1%), умерли 13 больных, то есть более полови-