

Диагностический алгоритм перед хирургическим лечением
хронического гнойного среднего отита.

С. С. Зарубин

Кафедра оториноларингологии СГМУ, г. Архангельск, Россия

Хронический гнойный средний отит – хроническое воспалительное заболевание среднего уха, характеризующееся наличием стойкой перфорации барабанной перепонки, периодической или постоянной отореей и снижением остроты слуха различной степени.

По данным ВОЗ, хроническим гнойным средним отитом страдают 65-330 млн. человек [11]. По данным отечественных исследований распространенность достигает 3-5 % [7,9,10].

Как правило, хронический гнойный средний отит (ХГСО) возникает в детском возрасте вследствие острых гнойных средних отитов. Основными причинами перехода острого гнойного отита в хронический считают нелеченный средний отит, нерациональное лечение среднего отита, атипичные формы среднего отита (на фоне кори, скарлатины, осложненные формы), рецидивирующие средние отиты, стойкая дисфункция слуховой трубы.

Возбудителями ХГСО являются бактерии и бактериально-грибковые ассоциации. Часто воспалительный процесс вызывает несколько возбудителей одновременно. При микробиологическом исследовании преобладают аэробы: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*. При холестеатоме среднего уха нередко выделяют анаэробов – *Bacterioides*, *Peptostreptococcus*. Из грибковой флоры обнаруживаются *Candida* и *Aspergillus*.

Опираясь на современные представления о патогенезе хронического гнойного среднего отита, можно выделить три ключевых момента.

Возникновение, поддержание и прогрессирование воспалительного процесса обусловлено инфицированием стерильных полостей среднего уха (слуховой трубы, барабанной полости и клеток сосцевидного отростка) условно-патогенными и патогенными микроорганизмами. Но, несмотря на значительный прогресс, достигнутый в микробиологии и антимикробной химиотерапии проблема ХГСО не решена. Следует полагать, что одного микробного фактора для развития патологического процесса недостаточно. Значение имеют также предрасполагающие факторы. Большинство исследователей считают основными из них дисфункцию слуховой трубы и наличие перфорации барабанной перепонки [2-5]. Слуховая труба выполняет четыре основных функции: вентиляционную, дренажную, защитную и акустическую [6,8,9]. Все эти функции неразрывно взаимосвязаны и при нарушении одной из них неизбежно нарушаются другие.

Таким образом, для рационального лечения ХГСО необходимо действовать по трём основным направлениям для разрыва порочного патогенетического круга:

- рациональная антибактериальная терапия;
- восстановление/улучшение функции слуховой трубы;
- закрытие перфорации барабанной перепонки.

В нашей клинике мы используем принципы симультанной оторинохирургии, т.е. одномоментных вмешательств на среднем ухе с целью санации гнойного очага и восстановления цепи звукопроводения и на полости носа, околоносовых пазух и носоглотки с целью устранения возможных причин тубарной дисфункции.

Исходя из данной концепции в план обследования пациентов включены: клинический минимум обследования для хирургического вмешательства под наркозом, осмотр уха, горла и носа (наружный осмотр, пальпация, передняя и задняя риноскопия, отоскопия), рутинные методы

исследования слуха (шепотная и разговорная речь, камертональные пробы, тональная пороговая аудиометрия), сбор вестибулярного паспорта (с обязательным проведением фистульной пробы).

Кроме того, обязательными являются:

- отомикроскопия (считаем данное исследование обязательным в диагностике хронического гнойного среднего отита, так как позволяет детально изучить барабанную перепонку, состояние слизистой оболочки барабанной полости при наличии перфорации в натянутой части перепонки, дифференцировать ретракционный карман от перфорации в ненатянутой части, проведение осмотра в положении пациента лежа, позволяет безболезненно и аккуратно зондировать «подозрительные» места стенок наружного слухового прохода и барабанной перепонки);

- эндовидеоринофарингоскопия (при подозрении и/или обнаружении рутинными методами патологии полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, высоких степенях нарушения функций слуховой трубы);

- проходимость слуховых труб (простые качественные пробы: простой/пустой глоток, проба Тойнби, проба Вальсальвы, продувание слуховых труб по Политцеру и катетеризация слуховых труб (металлическим катетером);

- исследование дренажной функции слуховых труб оцениваем при хромосальпингоскопии по модифицированной нами методике Л. В. Авраменко и М. П. Кениг [1]. В барабанную полость вводится красящее вещество, больной наклоняет голову вперед под углом 45° и в сторону, противоположную исследуемой трубе, затем делает глотательные движения. Определяется появление красящего вещества в носоглотке при задней риноскопии (в некоторых случаях при эндовидеоринофарингоскопии). Появление препарата в носоглотке в течение первых 2 мин расценивается как I степень дренажной функции; от 2 до 4 мин - как II степень; и от 4 до 10 мин - как III степень; если препарат

не попадает в носоглотку, то это следует считать IV степенью дренажной функции;

- микробиологическое исследование (с определением родовой и видовой принадлежности возбудителей и чувствительности к современным антибактериальным средствам). Отдельное внимание мы уделяем грибам и при малейших клинических проявлениях отомикоза в направлении указываем на необходимость и микологического исследования. Забор материала выполняем специальными ватными палочками диаметром не более 1,5-2 мм, таким образом, чтобы, не касаясь стенок наружного слухового прохода проникнуть через перфорацию в барабанную полость. Посевы выполняем до операции и интраоперационно (из аттика, пещеры).

- спиральная компьютерная томография височных костей (СКТ ВК) в аксиальной и коронарной проекциях. Исследование проводится обязательно всем пациентам перед хирургическим лечением. СКТ ВТ позволяет оценить распространенность патологического процесса (деструктивные изменения костных стенок среднего уха, лицевого канала, слуховых косточек), наличие и распространенность холестеатомы, оценить риск повреждения потенциально «опасных» структур (лицевой нерв, внутренняя сонная артерия, сигмовидный синус, луковица яремной вены, ампула горизонтального полукружного канала). Имея эти данные, хирург заранее может составить план и объем оперативного вмешательства, приготовить необходимые импланты среднего уха, по ходу операции заготовить ткани (фасция, хрящи, аутожир, костная стружка), которые потребуются для реконструктивного этапа операции.

Исходя из положения высказанного выше, что для рационального лечения среднего отита необходимо устранение дисфункции слуховой трубы, пациентам с клиническими проявлениями патологии носа,

околоносовых пазух и глотки выполняем наряду с СКТ ВК и спиральную компьютерную томографию околоносовых пазух и глотки.

Литература

1. Авраменко Л. В. Клинико-рентгенологическое исследование слуховой трубы у больных хроническими и сухими перфоративными отитами. / Л. В. Авраменко, М. П. Кениг // Журн. ушных, носовых горловых болезней. – 1964. – № 4. – С. 44 - 50.
2. Айзенберг Л. В. Пройодимость евстахиевой трубы у больных хроническим гнойным средним отитом и ее влияние на исход тимпаноластики / Л. В. Айзенберг // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1967. – № 2. – С. 30 - 33.
3. Антонян Р. Г. Зависимость тимпаноластики при сухом перфоративном отите от функционального состояния слуховой трубы / Р. Г. Антонян, О. К. Пяткина, О. П. Токарев // Негнойные заболевания в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1984. – С. 76 - 81.
4. Антонян Р. Г. Функциональные нарушения слуховой трубы и разработка способа их коррекции при различной патологии среднего уха : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. Г. Антонян. – М., 1994. - 18 с.
5. Бессонов В. И. Зависимость результатов тимпаноластики от предоперационной функции слуховой трубы / В. И. Бессонов // Журн. ушных, носовых и горловых хвороб. – 1972. – № 4. – С. 62 - 65.
6. Бобошко М. Ю. Слуховая труба / М. Ю. Бобошко, А. И. Лопотко. – СПб.: Спецлит, 2003. – 360 с.
7. Вишняков В. В. Результаты тимпаноластики при хроническом гнойном среднем отите и его последствиях / В. В. Вишняков // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий», – СПб: «РИА-АМИ», 2001. – С. 59 – 62.

8. Гвелесиани Т. Г. Способ определения проходимости слуховой трубы для воздуха при хроническом гнойном среднем отите / Т. Г. Гвелесиани //Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1983. – № 5. – С. 39 - 41.
9. Дисфункция слуховой трубы. Новые аспекты диагностики и лечения / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, А. Б. Туровский и др. // Вестн. оторинолар. – 2000. – № 4. – С. 5 - 10.
10. Зорина Г. А. Хирургическое лечение мезотимпанита / Г. А. Зорина. Л. И. Цукерберг// Вестн. оторинолар. – 1996. – № 3. – С. 53 - 54.
11. Косяков С. Я. Оптимизация технологий слухоулучшающих хирургических вмешательств на наружном и среднем ухе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С. Я. Косяков.- М., 2002. - 39 с.

Автор:

Зарубин Сергей Сергеевич

к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии СГМУ

8-911-568-27-23, ent-nsmu@yandex.ru, sszarubin@yandex.ru