

Особенности трепанационных полостей после радикальной операции на среднем ухе у лиц, пользующихся слуховым аппаратом на оперированном ухе

Е.Е. Савельева, Н.А. Арсфьева, Л.Ф. Азнабаева*, Ф.А. Кильсенбаева*

Башкирский государственный медицинский университет, кафедра оториноларингологии (зав. каф. – проф. Н.А. Арсфьева)

*Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа

Своевременное выявление и адекватное лечение хронических гнойных средних отитов (ХГСО) были и остаются актуальными проблемами клинической оториноларингологии.

Международная классификация болезней МКБ-10 разделяет две формы ХГСО – туботимпанальный гнойный средний отит (мезотимпанит) и эпитимпаноантральный гнойный средний отит (эпитимпанит). Первая форма заболевания характеризуется как доброкачественная форма ХГСО, хотя и при ней в 30-50 % встречаются и холестеатома, и хронический мастоидит, и любой пациент, страдающий ХГСО, должен рассматриваться как кандидат на хирургическое вмешательство (Миронов А.А., 2004). Целью операции является санация очага хронического воспаления. Функциональный результат оперативного лечения зависит от распространенности патологического процесса. При осложненных формах ХГСО слухосохраняющий и реконструктивный принцип оперативного вмешательства порой ограничен. Наличие значительного числа больных, перенесших общеполостную (радикальную) операцию на ухе, а также сравнительно высокий процент больных с хроническими воспалениями среднего уха для санации которого показана именно радикальная операция, определяет актуальность совершенствования реконструктивных операций на "радикально оперированном ухе" с целью улучшения слуха (Патякина О.К., Токарев О.П., Сидорина Н.Г., 2001).

Однако хирургические варианты улучшения слуха не всегда удовлетворяют пациента, и возникает необходимость электроакустической коррекции слуха.

Целью нашего исследования явилась оценка состояния трепанационной полости у пациентов, перенесших в прошлом радикальную операцию и пользующихся слуховыми аппаратами.

Материалы и методы

Обследованию подвергнуто 30 пациентов, перенесших в прошлом (от 1 до 25 лет назад) общеполостную операцию на ухе, имеющих интратемпоральную полость и пользующихся слуховым аппаратом. Длительность ношения слухового аппарата составила от 2 месяцев до 20 лет. При этом – 9 больных перенесли операцию с обеих сторон, 2 пациента имеют "здоровые уши" с противоположной стороны и пользуются слуховым аппаратом с целью бинаурального слуха, остальные 19 пациентов имели различную патологию уха с другой стороны (адгезивный средний отит, туботимпанальный средний отит, сенсоневральная тугоухость или глухота). Контрольную группу составили 20 здоровых людей.

Все больные подверглись клиническому обследованию: сбор жалоб, анамнеза, осмотр ЛОР – органов с отомикроскопией, пороговая и надпороговая аудиометрия, речевая аудиометрия, микробиологическое и иммуноцитологическое исследование.

Объем трепанационной полости определяли визуально и по количеству стерильного физиологического раствора, необходимого для заполнения полости (Толстов Ю.П., Аникин И.А., 1999 г.).

У 12 пациентов проводилось иммуноцитологическое исследование мазков-перепечатков со стенок трепанационной полости (из "защпорной области" и промонториальной стенки барабанной полости.) Биоматериал брали ушным зондом со стерильным ватным тампоном, смоченным в теплом физиологическом растворе, путем касательного движения и переносили на сухие обезжиренные стекла (Гарюж Г.И., Ткач Ю.И., 1992). Мазки высушивали, фиксировали 10 минут в смеси Никифорова и окрашивали по Романовскому – Гимзе. В мазках опре-

деляли общее количество клеток (цитоз), клеточный состав в процентном соотношении и лейкоцитарно - эпителиоцитарный индекс (ЛЭИ).

Результаты исследований

Большинство пациентов (83,3 %) были трудоспособного возраста от 18 до 60 лет.

Выявлено, что 86,6 % пациентов испытывают периодическое "мокнутье", "чувство повышенной влажности" в оперированном ухе, 6,6 % пациентов указывали на периодические гноетечения из уха (до 2-3 раз в год), когда они вынуждены временно отказаться от использования слухового аппарата. Лишь 6,8 % пациентов отмечали отсутствие "чувства влажности" и выделений из уха на фоне использования слухового аппарата.

Было отмечено, что преобладали пациенты с большими (объем более 3,5 мл) и средними (объем от 2,1 до 3,5 мл) размерами трепанационной полости, причем "большие полости" составили 46,6 % (14 человек), "средние полости" соответственно - 30 % (9 пациентов).

У всех пациентов, перенесших радикальную операцию на среднем ухе, наблюдался смешанный тип тугоухости, причем у 10% больных (3 человека) тугоухость была 1- степени, у 33,3 % (10 человек) - 2-степени, у 36,7% (11 человек) - 3 степени и у 20 % (6 человек) - 4-степени (рисунок 1).

При отомикроскопии эпидермальное покрытие трепанационной полости было выявлено у 43,3 % больных, слизисто-эпидермаль-

ное покрытие у 56,7 %. "Высокая шпора" выявлена у 23,3 % пациентов, остатки слуховых косточек или барабанной перепонки у 53,3 % пациентов.

Бактериологическое исследование колонизационного иммунитета кожи слухового прохода здоровых ушей показало, что наиболее часто встречаются коагулазонегативные стафилококки (*S. equorum*, *S. cargae*, *S. sciuri*, *S. muscae*, *S. epidermidis*) - в 55 % случаев; в 10 % - спорозная палочка; в 5 % - грибы рода *Candida*; в 30 % случаев роста не обнаружено. У 13,3 % пациентов, пользующихся слуховым аппаратом на оперированном ухе были идентифицированы грибы родов *Aspergillus* или *Candida*, а у 73,3 % обнаружена различная бактериальная флора (*S. aureus*, *Proteus vulgaris*, *Enterobacter*, *Ps. aeruginosa*, *E.coli*).

В мазках - перелечатках с поверхности эпидермиса костного отдела наружного слухового прохода у лиц контрольной группы выявлялось небольшое количество клеток, в среднем $151,95 \pm 36,77$; клеточный состав был представлен кератинизированными эпителиоцитами (чешуйки) - $97,05 \pm 0,86$ %; клетками плоского эпителия - $2,70 \pm 0,87$ % и единичными нейтрофилами $0,25 \pm 0,10$ %; ЛЭИ составлял $0,003 \pm 0,001$.

У пациентов, имеющих трепанационную полость после радикальной операции и пользующихся слуховым аппаратом, выявлено увеличение содержания клеточных элементов в мазках; цитоз составлял $1126,73 \pm 421,136$ ($P < 0,05$). При оценке клеточного состава выявлено, что кератинизированные эпителиоциты (чешуйки) составляли $53,64 \pm 12,00$ % ($P < 0,01$); клетки плоского эпителия $9,91 \pm 3,70$ % ($P < 0,05$); нейтрофилы $30,09 \pm 11,49$ % ($P < 0,05$); в мазках появлялись лимфоциты - $4,60 \pm 2,20$ % и макрофаги - $0,40 \pm 0,31$ %. Выявлено достоверное увеличение ЛЭИ до $14,08 \pm 9,55$.

При анализе результатов среди пациентов намечилось два варианта цитологических картин. У 58,4 % пациентов в мазках преобладали преимущественно кератинизированные эпителиоциты (эпителиальный тип реагирования). У 41,6 % пациентов цитологически выявлялись признаки воспаления с характерным увеличением процентного содержания нейтрофилов, хотя при этом клинически явных признаков воспаления не наблюдалось (нейтрофильный тип реагирования).

Выводы

1. У пациентов, перенесших радикальную операцию на среднем ухе, преобладает смешанная тугоухость 2-3 степени, что предполагает необходимость слухопротезирования.

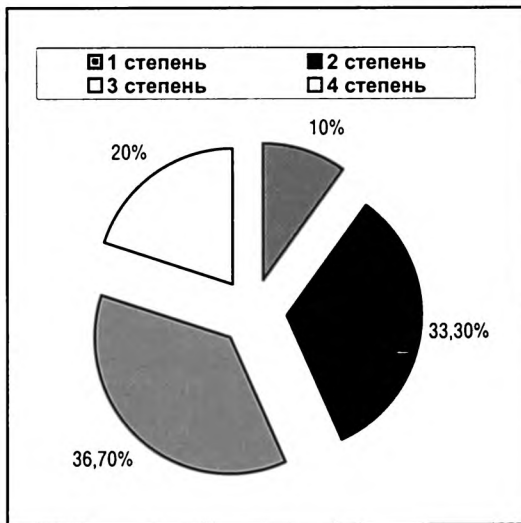


Рисунок 1. Особенности распределения пациентов, пользующихся слуховым аппаратом после радикальной операции на ухе по степени тугоухости.

2 При электроакустической коррекции слуха важно учитывать результаты микробиологических и иммунологических исследований с кожи интратемпоральной полости.

3 У половины пациентов, пользующихся слуховыми аппаратами, выявляется нейтрофильный тип реагирования кожи трепанационной полости. Согласно этим данным таких пациентов нужно относить к группе риска и рекомендовать им диспансерное наблюдение.

4 Изучение иммуноцитологии мазков-репечатков с поверхности кожи трепанационной полости после радикальной операции у лиц, пользующихся слуховым аппаратом, приобретает важное клиническое значение. Этот простой и экономически недорогой метод позволяет оценить состояние выстилки полости после радикальной операции, что особенно важно в условиях гипоаэрации полости у таких пациентов.

Литература

1. Аникин И.А., Быкова В.П., Пятякина О.К., Портенко Е.Г. Состояние выстилки трепанационной полости после радикальной операции на среднем ухе по данным гистологического исследования. Вестник оториноларингологии 1999; 1: 44-46.
2. Гарюк Г.И., Ткач Ю.И., Загоруева Л.Л. Прогнозирование течения репаративного процесса после меато- и мастоидопластики с использованием лейкоцитарно эпителиоцитарного индекса. Материалы международной конференции Иркутск. 1992. 210-211.
3. Миронов А.А. Проблемы диагностики и лечения хронического гнойного среднего отита. Материалы конференции современные проблемы оториноларингологии Москва. 2004.
4. Пятякина О.К., Токарев О.П., Сидорина Н.Г. Акустические характеристики резонанса после общеполостной операции на ухе и использование их при вариантах реконструктивных операций. Вестник оториноларингологии 2001; 2: 17-19.