

Выводы. Разработан алгоритм диагностики нарушений голоса у пациентов с дисфонией, что позволяет более точно определить причину нарушения голоса у пациентов, а также применять последовательную тактику лечения пациентов с дисфонией.

Литература:

1. Wu Z, McGoogan JM, Lauer SA, Grantz KH, Bi Q/The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application //Ann Intern Med 2020.–582 S.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

**Головач Е. Н.¹, Хоров О. Г.¹, Равданович Ю. Л.²,
Бородавко П. Н.²**

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Введение. В связи с высоким уровнем развития современной техники реконструктивные операции на ухе стали выполняться даже при значительных разрушениях в среднем ухе у пациентов с хроническим средним отитом (ХГСО). Такая тенденция соответствует современной общемировой практике.

В этиопатогенезе заболеваний среднего уха нарушение вентиляции, как причинно-следственная проблема, занимает ключевое место. Длительное снижение давления в полости среднего уха из-за стойкой дисфункции слуховой трубы на этапе развития патологии ведет к нарушению функции эпителия среднего уха, появлению проблем с газообменом, к втяжению слабых мест барабанной перепонки (б/п) [1]. Последующие этапы формируют ретракции, холестеатому, хронический гнойный средний отит.

Отохирурги отмечают, что хорошие или высокие результаты, полученные сразу после операции и в раннем послеоперационном периоде, нередко ухудшаются в отдаленные сроки после операции [2]. Важной задачей остается сохранение достигнутых результатов хирургического лечения.

Согласно данным авторов Ю. А. Сушко, Л. Г. Розенфельд и соавт., у 2/3 пациентов с ХГСО имеется снижение силы мышц мягкого неба, что было установлено ими при пневмомиографических исследованиях [3]. Подобные данные приводит и А. В. Завадский в своих работах, указывая на то, что чем слабее сила мышц, тем в большей степени проявляется нарушение функций слуховой трубы.

Таким образом, комплексный подход в лечении пациентов с ХГСО является обоснованным.

Цель. Изучить результаты комплексного подхода в лечении пациентов с хроническим средним отитом.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделений оториноларингологического профиля для взрослых и детей УЗ «Гродненская университетская клиника».

Критерии исключения: пациенты с отогенными внутричерепными или внутрिलाбиринтными нагноительными процессами, с отогенными невропатиями лицевого нерва.

В наше исследование были включены 32 пациента с хроническим средним отитом (всего 34 единицы наблюдения). У 30 (93,8%) из них выявлен односторонний процесс, у 2 (6,2%) – двусторонний. Исследовали 34 уха (единицы наблюдения): эпитимпано-антральная форма ХГСО – 19 (56%) единиц наблюдения (е. н.), туботимпанальная форма ХГСО – 13 (38,2%) е. н., адгезивная болезнь среднего уха – 1 (2,9%), атрезия наружного слухового прохода – 1 (2,9%). Среди пациентов лиц женского пола – 15 (47%), мужского – 17 (53%). Средний возраст в пределах $28,6 \pm 0,3$ года. Самому младшему исполнилось 9 лет, самому старшему – 63 года.

Рецидивы обострений до хирургического лечения отмечали часто (более 2 раз в год) 14 (43,8%) пациентов, редко (не чаще 1 раза в год) – 13 (40,6%), гноетечения из уха в анамнезе не было у 5 (15,6%) человек. У 18 (56,4%) из группы продолжительность заболевания составляла до 5 лет, у 7 (21,8%) – от 6 до 10 лет, более 10 лет – у 7 (21,8%).

При поступлении в стационар для оперативного лечения обострения заболевания не выявлено ни у кого из пациентов. Выделения из уха не беспокоили в течение 6 и более месяцев 20 (62,5%) исследуемых.

При выполнении микроотоскопии установлено нарушение целостности барабанной перепонки у 32 (94,1%) е. н., ретракционный карман с перфорацией у 7 (20,6%), стойкие ретракции – у 2 (5,9%), рубцовые изменения б/п – у 14 (41,2%).

Социально-адекватный уровень слуха до операции выявлен у 16 (47,1%) исследуемых. Нарушений функций вестибулярного анализатора не обнаружено ни у кого из обследуемых.

Микрохирургическое вмешательство на среднем ухе мы выполняли с помощью операционного микроскопа фирмы «CARL ZEISS SURGICAL GmbH» с видеосистемой. Отдельные этапы хирургического вмешательства фиксировали видеокамерой. Во время операции производили осмотр барабанного устья слуховой трубы, оценивали состояние слуховых косточек, степень разрушения структур среднего уха патологическим процессом.

Аттикотомия, раздельная аттико-антротомия с тимпанопластикой закрытого типа выполнена в 33 (97%) случаях, а меатотимпанопластика закрытого типа – в 1 (3%).

Интраоперационную профилактику ретракционных осложнений проводили на заключительном этапе операции после санации путем восстановления латеральной стенки аттика и части задней стенки неотимпанальной полости с помощью хрящевых пластин с насечками и костной стружки.

Послеоперационная профилактика ретракционных осложнений заключалась в выполнении комплекса кинезиотерапии глоточных мышц. Методика кинезиотерапии глоточных мышц представляет собой комплекс из 10 упражнений для тренировки мышц глотки, отвечающих за функционирование слуховой трубы. Пациент выполняет упражнения из комплекса кинезиотерапии глоточных мышц самостоятельно. Число повторений одного упражнения равно 10. Количество упражнений для выполнения за сеанс – от 5 до 7. Комплекс повторяется 3 раза в день в течение трех недель, далее следует двухнедельный перерыв. После завершения курса кинезиотерапии пациенту проводилось исследование слуха.

Результаты и обсуждение. Во время проведения оперативного вмешательства у пациентов исследуемой группы не наблюдалось осложнений, а ранний послеоперационный период протекал без особенностей. В течение первых 4-7 дней после операции пациенты предъявляли жалобы на умеренные боли в заушной области, чувство заложенности уха, шум. Повышения температуры тела, нарушений со стороны вестибулярного аппарата, признаков повреждения лицевого нерва у пациентов не было.

Первую оценку состояния неотимпанального лоскута проводили сразу после удаления тампонов из НСП (14-е сутки). У всех пациентов он был розовый, влажный, целый, как правило, умеренно отечный. К 6 месяцам после операции неотимпанальный лоскут у всех пациентов становился серым, блестящим, умеренно истончался, определялась его подвижность. В наружном слуховом проходе были серные и эпидермальные массы.

Через 1 месяц после операции количество пациентов с социально-адекватным уровнем слуха возросло с 47 до 67,6%, а через 1 год составило 79,4%, продолжая оставаться на достаточно высоком уровне и в более поздние сроки наблюдения. Увеличение количества пациентов с социально-адекватным уровнем слуха во все сроки наблюдения после операции является достоверным ($p < 0,05$).

У наблюдаемых нами пациентов для контроля функционального результата также применяли метод тимпанометрии.

Нами установлено, что в сроке до 6 месяцев после операции во всех случаях регистрируется тимпанограмма, тип В. Очевидно, что такой результат тимпанометрии обусловлен сложной конструкцией, используемой для реконструкции неотимпанальной мембраны, включающей хрящевую пластинку, надхрящницу или фасцию височной мышцы, свойства которой первоначально отличаются от таковых у барабанной перепонки. Со временем в ходе перестройки неотимпанального лоскута, превращения его в полноценную

мембрану, чему способствует минимальная толщина хрящевой пластины с её мобильными фрагментами, подвижность новой конструкции улучшается, создаются свойства функционирования, схожие с нормальной барабанной перепонкой.

Важно то, что создание латеральной стенки аттика восстанавливает соотношение внутренних структур среднего уха. В процессе заболевания пути вентиляции надбарабанного кармана и ретротимпанального пространства, которые в норме обеспечивают полную воздушность системы, нарушаются. В то же время, если не предусмотреть во время операции восстановление стенки аттика, нельзя ожидать нормального функционирования всей системы среднего уха. По крайней мере, без нормализации объема аттика следует ожидать рецидив, а вернее продолжение процесса ретракции латеральной части системы среднего уха, в конечном итоге нарушается слух, образуются неконтролируемые ретракционные карманы и рецидивная холестеатома.

Первые изменения на тимпанограмме у 9 (26,5%) пациентов появились в сроке 9 месяцев, а через год у 20 (58,8%), в 18 месяцев – у 22 (78,5%). Первоначально тимпанограмма имеет заметно уплощенный пик, но со временем приобретает черты тимпанограммы неоперированного уха. Хотя тимпанограмма выглядит как нормальная, но её пик ниже, чем у абсолютно нормальной кривой. Условно её можно отнести к типу тимпанограммы As. Тип такой кривой характерен скорее для утолщения или рубцового изменения барабанной перепонки или может быть вариантом нормы после операции.

Выводы. Хороший клинико-морфологический результат в раннем послеоперационном периоде получен у всех пациентов с хроническим средним отитом. Важная задача – сохранение его и в отдаленные сроки наблюдения. У пациентов, в лечении которых было применено сочетание восстановления стенок неотимпанальной полости по разработанному нами способу и кинезиотерапия глоточных мышц, хороший клинико-морфологический результат получен в 94% случаев в сроке 1 год после операции, 82,1% – 3 года, 80,8% – 5 лет, 78,6% – 7 лет.

Достоверное увеличение количества пациентов с социально-адекватным уровнем слуха ($p < 0,05$): через 1 месяц после операции число пациентов с социально-адекватным уровнем слуха составило 67,6%, 1 год – 79,4%, 5 лет – 76,9%, 7 лет – 74,3%.

Литература:

1. Ars, B. Middle ear pressure balance under normal conditions. Specific role of the middle ear structures / B. Ars, N. Ars-Piter // Acta Oto. Rino and Laringol. – 1994. – Vol. 48, № 4. – P. 339–342.
2. Cavaliere, M. Tragal cartilage shield tympanoplasty: our technique and results in 612 cases / M. Cavaliere [et al.] // Acta Otolaryngol. – 2014. – Vol. 134, № 9. – P. 890–897.
3. Casselbrandt, M. L. Experimental paralysis of tensor veli palatine muscle / M. L. Casselbrandt [et al.] // Acta of Otolaryngol. – 1988. – Vol. 106, № 3-4. – P. 178–185.