

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА УХЕ

*Фозилов Ш.Ш, Ахмедов Х.Б. Абдумавлонов М.А.
резиденты магистратуры кафедры оториноларингологии.
Научный руководитель: Эргашев У.М., доцент кафедры
Оториноларингологии и Стоматологии ТМА.
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

Ключевые слова: барабанная перепонка, перфорация, тимпанопластика, рубцовые изменения, хирургическая тактика, губчатый тампон.

Аннотация. В последние годы увеличилось количество больных с воспалительными, посттравматическими заболеваниями уха, которые нуждаются в оперативном вмешательстве. При выполнении реконструктивной операции на ухе задачей отохирурга является восстановление нормальных анатомических структур не только среднего, но и наружного уха. Важную роль при этом играет состояние наружного слухового прохода, так как она является основным анатомическим барьером.

Тимпанопластика – это хирургическое вмешательство при хроническом гнойном среднем отите операция, с целью восстановления поврежденных структур среднего уха, барабанной перепонки и улучшения слуха [1]. К сожалению, хронический гнойный средний отит является частым заболеванием. Его развитию способствует неправильное и несвоевременное лечение острого гнойного среднего отита, из-за чего может образоваться перфорация барабанной перепонки. Через перфорацию в барабанную полость проникают болезнетворные бактерии, поэтому выделения из уха могут наблюдаться в течение многих лет.

Представлены поэтапное развитие хирургической техники, особенности анатомии наружного слухового прохода, варианты оперативных вмешательств, виды трансплантации различных лоскутов и методики стентирования. После хирургических вмешательств часто развивается так называемая «болезнь оперированного уха», характеризующаяся гноетечением, снижением слуха на оперированное ухо и др. Такое состояние развивается при наличии «открытой» трепанационной полости в ретротимпанальных отделах среднего уха, что в свою очередь обусловлено удалением задней стенки наружного слухового прохода. Такие пациенты нуждаются в периодическом амбулаторном и стационарном лечении. Социальная адаптация таких больных затруднена вследствие выраженного снижения слуха.

В последнее время благодаря развитию техники и технологии стали часто проводиться операции по сохранению слуха, восстанавливающие барабанную полость, которые подразумевают восстановление анатомической структуры среднего уха, в частности барабанную перепонку. Одним из условий благополучного результата операции является вставление на наружный слуховой проход специального губчатого тампона на длительный срок [2]. Этот

тампон по мнению разных авторов необходимо держать от 10 дней до 1 месяца. Это объясняется тем что кожа наружного слухового прохода должна успеть прижиться обратно.

В случаях, когда по необходимости (из-за нехватки кожи наружного слухового прохода) пересаживается кожа свободными лоскутами по Тиршу тампон предлагают держать 1,5 – 2 месяца в зависимости от возраста и способности заживления тканей[3]. Основные причины неудачных исходов мирингопластики и тимпанопластики связаны с чрезвычайно плохими условиями для питания трансплантата, свободно натянутого над барабанной полостью в виде мембраны, опасностью его смещения, западения, что приводит к нарушению процессов заживления, вплоть до его некроза наконец, опасностью нагноения трансплантата [4]. Для предупреждения дальнейших стриктур и атрезии наружного слухового прохода кожу необходимо прижать к кости на определённый срок. Эту функцию выполняет губчатый тампон. Но в настоящее время нет единого мнения о сроках держания тампона на наружном слуховом проходе.

Несмотря на многообразие подходов к хирургическому вмешательству и видов кожных лоскутов, авторы не могут прийти к единому мнению. Если ставить тампон на короткое время, из-за незавершенности процесса заживления кожи наружного слухового прохода могут развиваться осложнения в виде супурации раны или не приживления неотимпанальной мембраны [5]. А длительное нахождение тампона чревато другими осложнениями (воспаление, нагноение, развитие грануляции, инфицирование, грибковое поражение). Частота рецидива может достигать 100% и, в среднем, колеблется в пределах 10–20% [6]. Предрасполагающими факторами, снижающими эффективность операции, могут являться анатомические особенности наружного слухового прохода. Он является слепым каналом, изогнутым в горизонтальной и фронтальной плоскостях, ведущим к барабанной перепонке, отделяющей его от полости среднего уха.

Для того чтобы определить наиболее оптимальный вариант и разработать более индивидуальный подход, в зависимости от объема вмешательства и свойств тканей организма мы исследовали 32 больных которым проводились различные варианты тимпанопластики в комбинации.

Для сравнения больных разделили по объему хирургического вмешательства и продолжительности операции на три группы. Больным с наименьшим объемом операции и малой продолжительностью тампон в наружном слуховом проходе держали 10 дней. Больные со средним объемом операции и продолжительностью тампон держали до 15 дней после операции. Остальным больным с наибольшим объемом операции и продолжительностью губчатый тампон держали до 20 дней.

Результаты: У 10 больных которым проводилась saniрующая операция и тимпанопластика, у которых губчатый тампон находился 10 дней произошло неполное заживление кожного лоскута, а в дальнейшем образовалась грануляционная ткань в местах разреза, а у 1 кожный лоскут полностью прижился.

12 больным со средним объемом операции и продолжительностью губчатый тампон ставился на 15 дней: из них у 10 кожа наружного слухового прохода успела полностью прижиться, а у двух процесс заживления не завершился. В дальнейшем грануляционные ткани удалили и процесс заживления полностью закончился.

10 больным с наибольшим объемом операции и продолжительностью губчатый тампон ставился на 20 дней: из них у 9 кожа наружного слухового прохода успела полностью прижиться, а у одних процесс заживления не завершился. Практически у всех больных у которых губчатый тампон находился 20 дней процесс заживления полностью завершилась.

Заключение: По нашим наблюдениям в тех случаях, где объем и продолжительность хирургического вмешательства были не большими, процесс заживления тканей наружного слухового прохода после операции происходило в более короткие сроки и 10-15 дней нахождения тампона в наружном слуховом проходе было достаточным. После более объемных и продолжительных хирургических вмешательств в ухе, процесс заживления занимает более продолжительный срок. По нашим результатам, самым оптимальным сроком нахождения тампона в наружном слуховом проходе после тимпаноластики 2,3 типов или saniрующих операций + тимпаноластика – 20 дней. Исследования ещё продолжаются и в дальнейшем в исследование будут включены большое количество больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Эргашев У. М., Мавлянов Ш.Ш. Использование тефлоновых пленок в тимпаноластики у больных с тимпаносклерозом // Оториноларингологияда замонавий илмий-амалий технологиялар. Ўзбекистон оториноларингологлар конференцияси материаллари: Тез. докл.- Бухоро 2017. –С.64
2. Эргашев У. М., Мавлянов Ш.Ш. Хирургическая тактика лечения тимпаносклероза // Международный научно-практический журнал ассоциации отоларингологов Казахстана. -2018. -№1-2.
3. Эргашев У. М. Оптимизация комплексного лечения острой сенсоневральной тугоухости // Материалы Прикаспийского форума оториноларингологов Казахстана 2018. -№1-2.
4. Сайдулаев В.А., Мухтаров К.М., Шпотин В.П., Харитонов Д.А., Мухамедов И.Т., Мамич В.А. Применение коллагеновой мембраны при повторных saniрующих операциях на ухе // РО. 2016. №1 (80).
5. Мухтаров Кайрат Максудович, Сайдулаев Вахарсолта Алиевич, Харитонов Дмитрий Анатольевич, Мухамедов Иса Туктарович, Шпотин Владислав Петрович Мастоидопластика в профилактике и лечении "болезни оперированного уха" // РО. 2014. №6 (73).
6. Кириллова К.А., Рябинин А.Г., Шурова Л.В. Применение лазерной доплеровской флоуметрии в оценке микроциркуляции тканей околоушной области перед выполнением отоластики у детей и подростков // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2012. №6.