

ХРОНИЧЕСКИЙ ГНОЙНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ С МУКОЗИТОМ

Н.В. Горбунова¹, И.И. Морозов^{1,2}, А.Г. Абдуллаев²¹ФКУЗ Главный клинический госпиталь МВД России, Москва, Россия²Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Хронический гнойный средний отит (ХГСО) с мукозитом проявляется хроническим катаральным воспалением, сочетающим гиперпластические процессы в собственной пластинке слизистой оболочки (СО) с гиперсекрецией покровного эпителия.

Основное содержание. Выделяют мукозит трех степеней: при I степени в барабанной полости (БП) определяется розовая отечная СО с небольшим количеством слизи, функции слуховой трубы (СТ) нарушены незначительно; при патоморфологическом исследовании СО отмечается замещение реснитчатых клеток гипертрофированными обильно секретирующими бокаловидными клетками, незначительная лимфоидно-плазмочитарная инфильтрация; на мультиспиральной компьютерной томограмме (МСКТ) выявляется нарушение пневматизации полостей среднего уха, практически полностью исчезающее в период ремиссии, деструктивных изменений слуховых косточек и стенок БП нет;

– при II степени СО гиперплазированная, плотная, слизистое отделяемое более густое, функции СТ нарушены умеренно; при патоморфологическом исследовании инфильтрация СО лейкоцитами более выражена, с образованием очаговых лимфоидных скоплений, отмечается наличие пролиферирующих сосудов, скопление мононуклеарных клеток с постепенным нарастанием явлений склерозирования; на МСКТ отмечается нарушение пневматизации полостей среднего уха, могут присоединяться деструктивные изменения слуховых косточек, часто в сочетании с их дислокацией.

– при III степени отмечается бледная «подушкообразная» СО, может наблюдаться частичное сращение ее с краями перфорации или внутренней поверхностью барабанной перепонки, в БП — вязкое, густое слизистое отделяемое; при патоморфологическом исследовании инфильтрация СО лейкоцитами выражена в максимальной степени с нарастанием гистиоцитарной инфильтрации и развитием фиброобразования; при МСКТ нарушение пневматизации полостей среднего уха не только в период обострения, но и в период ремиссии, часто сопровождается полипозным образованием, деструктивными изменениями элементов цепи слуховых косточек и стенок БП.

Хирургическая тактика: при I степени мукозита выполняют тимпаноластику I типа, которая с технической точки зрения не отличается от операции при «сухом» ухе с использованием аутоотрансплантатов; при мукозите II и III степени тимпаноластику комбинируют с методикой дренирования среднего уха, которую прекращают только после улучшения функции СТ и восстановления аэрации БП; при II степени рекомендуется дополнительно делать насечки в области измененной СО; при III степени показана раздельная аттико-антромастоидотомия с тимпаноластикой и дренированием через антрум, кроме того, проводится иссечение измененных участков СО БП из-за доказанных необратимых морфологических изменений.

Выводы. Лечение пациентов с ХГСО и мукозитом (ХССО) — крайне непростая задача для оториноларинголога. В настоящее время большинство хирургов придерживаются мнения об эффективности и необходимости длительной вентиляции барабанной полости в послеоперационном периоде, при этом разработка новых методик и техник операций не потеряла своей актуальности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мукозит, хронический гнойный средний отит, хронический секреторный средний отит, тимпаноластика

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Горбунова Наталья Вячеславовна, e-mail natalvyach@mail.ru

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Горбунова Н.В., Морозов И.И., Абдуллаев А.Г. Хронический гнойный средний отит с мукозитом // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2025. — Т. 5, № 1. — С. 93–98. — DOI 10.36107/2782-1714_2025-5-1-93-98.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСТУПНОСТИ ДАННЫХ: Данные текущего исследования можно получить по обоснованному запросу у корреспондирующего автора.

CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA WITH MUCOSITIS

N.V. Gorbunova¹, I.I. Morozov^{1,2}, A.G. Abdullaev²¹ Main Clinical Hospital of the Ministry of Internal Affairs of Russia, Moscow, Russia² Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia

ABSTRACT

Background. Chronic suppurative otitis media with mucositis manifested by chronic catarrhal inflammation, combining hyperplastic processes in the intrinsic lamina of the mucous membrane (MM) with hypersecretion of the cover epithelium.

Main Contents. Mucositis of three degrees is distinguished: At the first degree in the tympanic cavity (TC), pink swelling is determined with a small amount of mucus, the functions of the Eustachian tube (ET) are impaired slightly; during the pathomorphological examination the replacement of ciliated cells with hypertrophied abundantly secretory cells, insignificant lymphoid-plasmocytic infiltration are noted; computer tomogram (CT) shows impaired pneumatization of the middle ear cavities, which almost completely disappears during the period of remission, there are no destructive changes in the auditory bones and the walls of the TC.

At the second degree with hyperplated MM separated more dense, the functions of the Eustachian tube are moderately impaired; in pathomorphological examination, infiltration with leukocytes is more pronounced, with the formation of focal lymphoid clusters, the presence

of proliferating vessels, the accumulation of mononuclear cells with a gradual increase in sclerosis; CT notes a violation of the pneumatization of the middle ear cavities, and destructive changes in the auditory bones may join, often in combination with their dislocation.

At the third degree, a pale "pillow-like" MM is noted, its partial fusion with the edges of the perforation or the inner surface of the tympanum membrane can be observed, in the tympanic cavity there is viscous, thick mucous discharge; in pathomorphological examination, infiltration with leukocytes is expressed to the maximum extent with the increase in histiocytic infiltration and the development of fibrosing; in CT, impaired pneumatization of middle ear cavities not only during exacerbation, but also during remission, often accompanied by polyposis formation, destructive changes of the elements of the auditory ossicle chain and the walls of the tympanic cavity.

Surgical tactics: at the first degree of chronic suppurative otitis media, tympanoplasty of type I is performed, which from a technical point of view does not differ from sedimentation with a "dry" ear using autotransplants; with CSOM of II and III degree, tympanoplasty is combined with the method of drainage of the middle ear, which is stopped only after improving the function of ET and the restoration of TC aeration; with CSOM of II degree, it is recommended to additionally make notches in the area of the altered MM; at the degree III separate attico-anthromastoidotomy with tympanoplasty and drainage through antrum is indicated. In addition, excision of the altered areas of the MM of the TC is performed due to proven irreversible morphological changes.

Conclusion. Treatment of patients with chronic suppurative otitis media with mucositis is an extremely difficult task for an otorhinolaryngologist. Currently, most surgeons are of opinion on the effectiveness and need for prolonged ventilation of the tympanic cavity in the postoperative period, while the development of new methods and operations techniques has not lost its relevance.

KEYWORDS: mucositis, chronic otitis media, chronic suppurative otitis media, tympanoplasty

CORRESPONDENCE: Natalia V. Gorbunova, e-mail natalvyach@mail.ru

FOR CITATIONS: Gorbunova N.V., Morozov I.I., Abdullaev A.G. Chronic Suppurative Otitis Media with Mucositis // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. — 2025. — V. 5, No. 1. — S. 93–98. — DOI 10.36107/2782-1714_2025-5-1-93-98.

FUNDING SOURCE: The authors state that there is no funding for the study.

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

DATA AVAILABILITY STATEMENT: Data from the current study are available on reasonable request from the corresponding author.

ВВЕДЕНИЕ

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) — хроническое воспаление полостей среднего уха, характеризующееся наличием стойкой перфорации барабанной перепонки, постоянным или периодически возникающим гноетечением из уха и прогрессирующим снижением слуха. Одним из вариантов постоянного вялотекущего катарального воспаления слизистой оболочки среднего уха является мукозит [1]. Термин «мукозит» при перфоративном среднем отите был введен в практику Федоровой О.К. и Быковой В.П. в 1986 г., и обозначает хроническое катаральное воспаление слизистой оболочки с преимущественной локализацией в области мезо- и гипотимпанума [2], в иностранной литературе такая форма отита называется «хронический секреторный средний отит» (ХССО). Среди всей патологии уха и сосцевидного отростка на ХГСО приходится 27,2% [3], при этом мукозит встречается у 50% пациентов с ХГСО [4–6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным литературы оценить основные этиологические факторы, патогенез и методики лечения хронического гнойного среднего отита с мукозитом.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБЗОРА

Хронический секреторный средний отит (Н65.3 по международной классификации болезней МКБ-10) без перфорации барабанной перепонки проявляется хроническим катаральным воспалением, сочетающим гипопластические процессы в собственной пластинке слизистой оболочки с гиперсекрецией покровного эпителия, но при неадекватной терапии и длительном нарушении газообмена и аэрации полостей среднего уха может стать причиной развития ХГСО с перфорацией, при этом, несмотря на высокую распространенность данного типа воспаления при ХГСО, отдельной нозологической формы в МКБ-10 не представлено, выделяют хронический туботимпанальный гнойный средний

отит — Н66.1 и хронический эптитимпано-антральный гнойный средний отит — Н66.2. Исходя из особенностей течения и подходов к лечению в отечественных классификациях, мукозит представлен как форма хронического отита (табл. 1).

Развитие мукозита в барабанной полости многие авторы связывают с хронической патологией носа, околоносовых пазух и носоглотки, которые приводят к нарушениям функций слуховых труб; также немаловажную роль играет нерациональная антибактериальная терапия и неконтролируемое использование иммуномодуляторов, высокая распространенность аллергических заболеваний, увеличение частоты вирусных инфекций [7]. Хроническое катаральное воспаление в среднем ухе имеет свои особенности — оно возникает в плохо дренируемых полостях на фоне дисфункции слуховой трубы. Нарушение вентиляции среднего уха приводит к патогенетическим изменениям в слизистой оболочке — увеличению секреторных элементов, капиллярной сети, усилением ферментативной активности при уменьшении

Таблица 1. Классификации хронического среднего отита (ХСО) и ХГСО.

Классификация ХСО [2]	Классификация ХГСО [1]
- неперфоративная форма: • экссудативный • адгезивный (рубцовый) • с тимпаносклерозом • с тимпанофиброзом	1. Хронический перфоративный средний отит без холестеатомы (Н66.1 — хронический туботимпанальный гнойный средний отит): А. Латентный (сухой) средний отит Б. Мукозит (1,2,3 степени) В. Тимпаносклероз.
	2. Комбинированная (переходная) форма
- перфоративная форма: • сухой средний отит • с мукозитом • с тимпаносклерозом • с холестеатомой	3. Хронический перфоративный средний отит с холестеатомой (Н66.2 — хронический эптитимпано-антральный гнойный средний отит): А. Тимпанальной локализации Б. Аттико-антральной локализации В. Смешанной (распространенной) локализации

активности мерцательного эпителия в барабанной полости [4, 5]. Исследования мукоциллиарного транспорта при ХГСО с мукозитом указывают на снижение объема функционирующей слизистой оболочки до 15–47% [8, 9]. Недостаточность мукоциллиарной транспортной системы и увеличение секреции сочетается с гиперплазией лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистой оболочкой туботимпанума, что отражает напряженную функцию мукозального иммунитета и системы секреторных антител. Дополнительно изменяется микробиологический профиль в барабанной полости, который определяется не только флорой носоглотки, но и флорой, проникающей в «открытую» барабанную полость через наружный слуховой проход. Состояние «открытости» барабанной полости поддерживает вялое течение мукозита и приводит к необратимым изменениям слизистой оболочки мезо- и гипотимпанума. Так, костная ткань с питающими кровеносными сосудами при хроническом воспалении уплотняется, что суживает гаверсовы каналы и дополнительно приводит к нарушениям кровотока в слизистой оболочке [4, 5]. При длительном течении катарального воспаления слизистой оболочки у пациентов с ХГСО к морфологическим проявлениям мукозита присоединяются процессы фиброобразования, тимпаносклероза, кариеса косточек, патологической эпидермизации барабанной полости и потенциальное развитие холестеатомы [1, 7]. У пациентов с туботимпанальной формой ХГСО и продолжительностью заболевания более 10 лет патологическая эпидермизация барабанной полости и холестеатома выявляется у 36–40%, признаки мукозита — у 22–52%, тимпаносклероза — у 14–20%, тимпанофиброза — у 4% [10, 11].

В зависимости от выраженности признаков катарального воспаления и утолщения слизистой оболочки барабанной полости, которое определяется визуально при осмотре через перфорацию, а также выраженности воспаления слизистой оболочки по данным гистологического исследования и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) височных костей выделяют мукозит трех степеней [1, 5, 10, 11]:

- при мукозите I степени в мезо-, гипо- и ретротимпануме определяется розовая отечная слизистая оболочка с небольшим количеством легко удаляемой слизи на ее поверхности, при этом функции слуховой трубы нарушены незначительно [10]; патоморфологическое исследование слизистой оболочки барабанной полости при мукозите I степени позволяет выявить картину хронического катарального воспаления с частичным замещением реснитчатых клеток гипертрофированными обильно секретирующими бокаловидными клетками, в субэпителиальной зоне определяется диффузная лимфоидно-плазмочитарная инфильтрация [5]; при I степени мукозита в период обострения на МСКТ выявляется нарушение пневматизации полостей среднего уха, практически полностью исчезающее в период ремиссии, деструктивные изменения слуховых косточек и стенок барабанной полости нехарактерны для этой стадии заболевания [11].

- при мукозите II степени слизистая оболочка становится более отечной, гиперплазированной, плотной, слизистое отделяемое более густое, функции слуховой

трубы нарушены умеренно [10]; при патоморфологическом исследовании отмечено, что инфильтрация слизистой оболочки лейкоцитами становится более выраженной, вплоть до образования очаговых лимфоидных скоплений наподобие первичных лимфатических фолликулов, отмечается наличие пролиферирующих сосудов, скопление мононуклеарных клеток в субэпителиальной зоне и вокруг кистовидных эпителиальных погружений с постепенным нарастанием явлений поствоспалительного склерозирования [5]; при II степени мукозита отмечается нарушение пневматизации полостей среднего уха, могут присоединяться деструктивные изменения слуховых косточек, часто в сочетании с их дислокацией [11].

- при мукозите III степени отмечается бледная «подушкообразная» слизистая оболочка, может наблюдаться частичное сращение ее с краями перфорации или внутренней поверхностью барабанной перепонки, в барабанной полости — вязкое, густое слизистое отделяемое [10]; при патоморфологическом исследовании инфильтрация слизистой оболочки лейкоцитами выражена в максимальной степени, с нарастанием гистиоцитарной инфильтрации и развитием фиброобразования [5]; при III степени мукозита нарушение пневматизации полостей среднего уха определяется на МСКТ не только в период обострения, но и в период ремиссии, локализуется преимущественно в гипомезотимпанальной области, часто сопровождается полипозным образованием, деструктивными изменениями элементов цепи слуховых косточек и стенок барабанной полости [11].

Жалобы пациентов с ХГСО и мукозитом в основном не отличаются от жалоб пациентов с другими формами ХГСО — это постоянные или периодические выделения из уха, снижение слуха и низкочастотный шум в пораженном ухе при присоединении сенсоневральной тугоухости [7, 10, 12, 13]. В редких случаях пациенты могут предъявлять жалобы на нарушение вкусовой чувствительности, что может быть связано со сдавлением барабанной струны выраженным отеком слизистой оболочки [14]. Существенным отличием ХГСО без мукозита является частота обострений, которая при «сухом» ухе, как правило, не превышает 1 раза в год. Развитие мукозита I степени при ХГСО у 70% пациентов характеризуется обострениями не менее 1 раза в 6 месяцев при постоянном ощущении влажности в пораженном ухе; при мукозите II степени частота обострений увеличивается до 1 раза в 3 месяца; при мукозите III степени пациенты отмечают постоянные выделения из уха слизистого характера [4, 7, 10, 15].

В диагностике ХГСО используются жалобы пациента, данные анамнеза. При отоскопии (отомикроскопии) и эндоскопическом исследовании можно оценить количество и характер отделяемого в слуховом проходе и барабанной полости, дефект барабанной перепонки, наличие ретракционных карманов, изменение слизистой оболочки медиальной стенки (от гиперплазии до полипа), состояние окон лабиринта, кариозную деформацию латеральной стенки аттика, рукоятки молоточка и наковальни, выявить грануляции, патологическую эпидермизацию или холестеатому [4, 7, 10, 15]. При отоскопии может выявляться тимпаносклероз, что ука-

зывает на высокую вероятность блока адитуса [11, 12]. При исследовании вентиляционной функции слуховой трубы используются пробы Тойнби, Вальсальвы, продувание слуховой трубы по Политцеру или с помощью катетера, и оценка дренажной функций слуховой трубы посредством проведения сахаринового теста или теста с красителями (хромосальпингография), для оценки слуховой функции используется тональная пороговая аудиометрия [4, 10, 13, 15–18].

Консервативная терапия проводится как с целью достижения ремиссии ХГСО, так и уменьшения клинических проявлений воспаления при подготовке к хирургическому лечению, также она проводится в послеоперационном периоде [6, 8, 15, 16]. Лечение включает в себя назначение системных и местных антибактериальных препаратов в соответствии с чувствительностью по результатам бактериологического исследования посевов из среднего уха, назначение анальгетиков, кортикостероидов и процедур, направленных на улучшение функции слуховой трубы [15, 16, 19]. У пациентов с обострением ХГСО и сопутствующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью необходимо проведение антирефлюксной терапии, что позволяет достичь состояния «сухого уха» в течение 10 дней [20]. Дополнительно могут применяться физиотерапевтические методики лечения: электрическая стимуляция открывающих слуховую трубу мышц, воздействие на слизистую оболочку носоглотки излучением красного лазера 1 раз в день в течение 5 минут и на структуры среднего уха со стороны наружного слухового прохода излучением инфракрасного лазера 1 раз в день в течение 10 минут, курс 10 процедур [10, 15].

Основной метод лечения ХГСО с мукозитом — хирургический. Многочисленные результаты исследований свидетельствуют, что при удачной тимпанопластике в послеоперационном периоде постепенно происходит трансформация измененной утолщенной слизистой оболочки в тонкий функционирующий эпителий и восстановление физиологических процессов в среднем ухе [2–4, 6, 10, 12, 14, 19, 20–24].

Хирургическая тактика зависит от степени выраженности мукозита и степени нарушения функции слуховой трубы. При ХГСО с мукозитом I степени выполняют тимпаноластику I типа, которая с технической точки зрения не отличается от тимпаноластики при «сухом» ухе с использованием аутофасции [10, 19, 20–24], надхрящницы и хряща ушной раковины; при мукозите II и III степени наибольшая эффективность получена у операций, которые, помимо тимпаноластики, включают в себя методику дренирования среднего уха, которую прекращают только после улучшения функций слуховой трубы и восстановления аэрации барабанной полости [2, 6, 10, 19, 20–22].

Так, из методик дренирования барабанной полости известен способ дренирования с помещением дренажной трубки под меатотимпальный лоскут в костное ложе, созданное в нижней стенке наружного слухового прохода (патент RU2391918C1), который используется для лечения больных с перфоративным средним отитом с мукозитом. После тимпанотомии с ревизией барабанной полости и проведения тимпаноластики с использованием аутофасции в качестве трансплантата в гипотимпанум вводят дренажную трубку, помещая ее

под меатотимпальный лоскут в специально созданное в нижней стенке наружного слухового прохода костное ложе [25].

Известен способ вентиляции барабанной полости (патент RU2592602C1) у больных ХГСО, сопровождающимся выраженной стойкой дисфункцией слуховой трубы, при котором после выполнения всех этапов операции на среднем ухе используют силиконовую трубку, помещенную и фиксированную в области задне-верхней стенки наружного слухового прохода под фиброзным кольцом в предварительно созданном костном ложе, причем, дистальный конец трубки открывается в наружный слуховой проход, а проксимальный конец трубки предлежит к длинной ножке наковальни и имеет предварительно сформированное окно, при этом внутрь проксимального конца силиконовой трубки помещают тефлоновый поршень, наружный конец которого крепят к длинной ножке наковальни при помощи перихондрия в виде муфты. Таким образом, создается клапанный механизм для дренирования среднего уха [26].

Известен способ установки тимпанального шунта при тимпанопластике (патент RU2616997C1). В ходе операции отсепааровывают меатотимпальный лоскут, формируют аутофасциальный трансплантат из фасции височной мышцы и аутохрящевую полупластину толщиной 0,4–0,5 мм из области между завитком и противозавитком или треугольной ямки ушной раковины, соответствующей площади барабанной перепонки, в хрящевом трансплантате формируют вырезку для его стабилизации на рукоятке молоточка и отверстие под шунт, в котором его устанавливают и фиксируют, укладывают полупластину вырезкой на рукоятку молоточка надхрящницей наружу так, чтобы шунт находился в переднем квадранте барабанной перепонки, между аутохрящевой полупластинкой и остатками барабанной перепонки укладывают аутофасциальный трансплантат, не перекрывая шунта, меатотимпальный лоскут возвращают на прежнее место, вентиляция барабанной полости осуществляется через шунт [27].

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно клиническим рекомендациям хирургическое лечение ХГСО должно проводиться в период ремиссии, то есть на «сухом» ухе, однако, применительно к ХГСО с мукозитом состояния «сухого» уха не всегда удается достичь. Результаты нескольких исследований не выявили существенной разницы в успешности приживления трансплантатов при тимпанопластике с мукозитом и тимпанопластике при «сухом» ухе, только наличие активного воспаления со слизисто-гнойными выделениями были связаны с повышенной частотой неудач и отторжением трансплантата [21, 28, 29]. Так, в исследовании Lou процент приживаемости трансплантатов составил 85,9% (67 из 78) в «сухих» ушах и 86,2% (25 из 29) в ХГСО с мукозитом; разница была незначительной и в 77,8% случаев у 18 пациентов с ХГСО и слизисто-гнойным отделяемым [29].

Аналогичные выводы были в работе Семенова Ф.В., сравнительный анализ результатов тимпаноластики у пациентов с серозным мукозитом (умеренно утолщенная и отечная слизистая оболочка барабанной полости с наличием серозно-слизистого отделяемого, n=59)

и пациентов с интактной слизистой оболочкой ($n=48$) не выявил существенного влияния на морфологические и функциональные результаты. Улучшение слуха отмечено у пациентов в обеих группах: костно-воздушный интервал через 12 месяцев в речевой зоне частот составил $13,5 \pm 5,1$ дБ у пациентов основной группы и $15 \pm 5,0$ дБ у пациентов контрольной группы; перфорации неотимпанальной мембраны через 12 месяцев после операции отсутствовали у всех пациентов [21].

При этом в исследовании Азарова П.В., в котором участвовало 85 пациентов с мезотимпанитом и мукозитом и «сухим» мезотимпанитом показало, что эффективность тимпаноластики у больных ХГСО зависит от выраженности катарального воспаления слизистой оболочки (степени мукозита): при его отсутствии «сухое» ухо как клиничко-анатомический результат достигается в 92,5% случаев, а функциональный (уменьшение костно-воздушного интервала до $7,4 \pm 1,5$ дБ) — у всех больных; при мукозите I степени — в 83,3% с уменьшением костно-воздушного интервала до $13 \pm 8,2$ дБ, при II степени — в 70,8% с уменьшением костно-воздушного интервала до $15,5 \pm 8,2$ дБ, и при III — в 56,8% случаях с уменьшением костно-воздушного интервала до $21,4 \pm 10,5$ дБ. Кроме того, при мукозите III степени регенерация слизистой оболочки с улучшением функций слуховой трубы наблюдается лишь у 56,8% прооперированных пациентов [10].

Так как в иностранной литературе хронический секреторный отит не разделяют по степеням, невозможно определить, менялась ли тактика хирурга в зависимости от выраженности проявлений мукозита. В отечественной литературе при хирургическом лечении мукозита II степени рекомендуется дополнительно делать насечки

в области измененной слизистой оболочки; при мукозите III степени показана раздельная аттико-антромастодотомия с тимпанопластикой и дренированием через антрум, кроме того, проводится иссечение измененных участков слизистой оболочки барабанной полости из-за доказанных необратимых морфологических изменений [4, 6, 7, 10, 19, 22].

Необходимость антромастодотомии при отсутствии в среднем ухе холестеатомы также остается под вопросом. Так, по результатам обзора литературы, проведенного Trinidad, мастоидотомия при лечении не холестеатомного хронического среднего отита не приносит никакой дополнительной пользы как с клинической, так и с финансовой точки зрения — кратность обострений достоверно не снижается, а вероятность приживления трансплантата и вероятность восстановления функций слуховой трубы существенно не меняется [30].

Наличие большого количества разносторонних мнений в вопросах лечения пациентов с ХГСО и мукозитом еще раз подчеркивает необходимость дальнейшего изучения этиологических факторов и патогенеза заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение пациентов с ХГСО и мукозитом (хроническим секреторным средним отитом) — крайне непростая задача для оториноларинголога. В настоящее время большинство хирургов придерживаются мнения об эффективности и необходимости длительной вентиляции барабанной полости в послеоперационном периоде у пациентов с ХГСО и мукозитом, при этом разработка новых методов и техник операций не потеряла своей актуальности.

ЛИТЕРАТУРА

- Патякина О. К., Крюков А. И., Гаров Е. В. О классификации хронического гнойного среднего отита // Российская оториноларингология. — 2016. — №. 3 (82). — С. 207–208.
- Тарасов Д.И., Федорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха // М.: Медицина. — 1988. — 185 с.
- Sunny F. A. et al. Mucosal-Type Chronic Otitis Media: Clinical Predictors of Postoperative Success // Cureus. — 2024. — Т. 16. — №. 3. doi: 10.7759/cureus.56213.
- Мосейкина, Л.А. Реконструктивная хирургия уха при хроническом среднем отите с мукозитом (клиничко-морфологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. Наук. — М. — 2003. — 21 с.
- Байке Е. В. Сравнительный анализ клиничко-морфологической картины форм хронического гнойного среднего отита // Вестник оториноларингологии. — 2016. — Т. 81. — №. 2. — С. 30–33. <https://doi.org/10.17116/otorino201681230-33>
- Наумов О.Г., Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Опыт лечения мукозита при хроническом гнойном среднем отите у детей // РМЖ. Медицинское обозрение. — 2023. — Т. 7. — №. 8. — С. 543–548. DOI 10.32364/2587-6821-2023-7-8-12.
- Гаров, Е. В. Хронический гнойный средний отит: терминология, диагностика и лечебная тактика // РМЖ. — 2011. — Т. 19. — №. 6. — С. 390–393.
- Овчинников А.Ю., Хон Е.М., Наумова А.А. Комплексное лечение пациентов с дисфункцией слуховых труб, вызванной окклюзией носоглоточного устья // Эффективная фармакотерапия. — 2022. — Т. 18. — №. 4. — С. 10–15. — DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-4-10-15.
- Atef A., Ayad E. E. Ciliary count in chronic suppurative otitis media: comparative quantitative study between mucosal and squamous types using scanning electron microscopy and image analysis // The Journal of Laryngology & Otology. — 2004. — Т. 118. — №. 5. — С. 343–347. doi: 10.1258/002221504323086516.
- Гаров Е. В., Гутиева Т. Х., Азаров П. В. Результаты тимпаноластики I типа у пациентов с хроническим мезотимпанитом и мукозитом // Хирург. — 2012. — №. 1. — С. 18–22.
- Крюков А. И. и др. Клиничко-рентгенологическая диагностика степени мукозита у больных хроническим гнойным средним отитом // Вестник оториноларингологии. — 2014. — №. 6. — С. 12–16. <https://doi.org/10.17116/otorino2014612-16>
- Lakhawat R. et al. A prospective longitudinal study to evaluate the patency of the aditus ad antrum in chronic otitis media mucosal type // Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. — 2022. — С. 1–5. doi: 10.1007/s12070-020-01991-x.
- Soni S. et al. Sensorineural hearing loss in unilateral mucosal type of chronic otitis media // Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. — 2023. — Т. 75. — №. 3. — С. 2149–2154. doi: 10.1007/s12070-023-03759-5.

14. Krishna A. et al. Gustatory function in chronic otitis media (mucosal type) before and after tympanoplasty //European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. — 2017. — Т. 274. — №. 1. — С. 95–99. doi: 10.1007/s00405-016-4211-2.
15. Гаров Е.В., Гутиева Т.Х. Комплексное воздействие на слизистую оболочку барабанной полости при хроническом мезотимпаните // Лечебное дело. — 2011. — № 4. — С. 55–60.
16. Dave V., Ruparel M. Correlation of Eustachian tube dysfunction with results of tympanoplasty in mucosal type of chronic suppurative otitis media //Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. — 2019. — Т. 71. — С. 10–13. doi: 10.1007/s12070-018-1525-y.
17. Rakshitha R., Surya Prakash D. R., Chandrakiran C. Saccharin Test Time as a New Prognostic Predictor of Tympanoplasty //Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. — 2023. — Т. 75. — №. 3. — С. 1937–1942. doi: 10.1007/s12070-023-03740-2
18. Rajput M. S. A. et al. Mucosal type of chronic suppurative otitis media and the long-term impact on hearing loss //Cureus. — 2020. — Т. 12. — №. 9:e10176. doi: 10.7759/cureus.10176.
19. Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Корвяков В.С. [и др.] Тактика ведения и результаты хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом // Альманах клинической медицины. — 2016. — Т. 44. — № 7. — С. 814–820. DOI 10.18786/2072-0505-2016-44-7-814-820.
20. Комаров М.В., Аникин И.А., Гончаров О.И. К вопросу о предоперационной подготовке пациентов с туботимпанальной формой хронического гнойного среднего отита // Медицинский совет. — 2023. — Т. 17. — № 7. — С. 132–137. DOI 10.21518/ms2023-122.
21. Семенов Ф. В., Мисюрин Ю. В. Влияние серозного воспаления слизистой оболочки среднего уха на морфологические и функциональные результаты тимпанопластики //Российская оториноларингология. — 2020. — Т. 19. — №. 2 (105). — С. 64–68. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2020-2-64-68>
22. Крюков А. И. и др. Раздельная аттикоантротомия с тимпанопластикой I типа как операция выбора при хроническом перфоративном среднем отите с выраженным мукозитом //Вестник оториноларингологии. — 2011. — №. 5. — С. 32–34.
23. Murugendrappa M. A. et al. Comparative study of two different myringoplasty techniques in mucosal type of chronic otitis media //Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. — 2016. — Т. 10. — №. 2. — С. MC01. doi: 10.7860/JCDR/2016/16843.7194.
24. Hosamani P., Ananth L., Medikeri S. B. Comparative study of efficacy of graft placement with and without anterior tagging in type one tympanoplasty for mucosal-type chronic otitis media //The Journal of Laryngology & Otology. — 2012. — Т. 126. — №. 2. — С. 125–130. doi: 10.1017/S0022215111002659.
25. Патент № 2391918 С1 Российская Федерация, МПК A61B 17/00, A61F 2/00. Способ дренирования барабанной полости с помещением дренажной трубки под меатотимпанальный лоскут в костное ложе, созданное в нижней стенке наружного слухового прохода: № 2008145223/14: заявл. 18.11.2008; опубл. 20.06.2010 / Е. В. Гаров, Р. Г. Антонян, И. В. Дорошевич; заявитель Государственное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр оториноларингологии» Департамента здравоохранения города Москвы.
26. Патент № 2592602 С1 Российская Федерация, МПК A61F 2/18. способ вентиляции барабанной полости: № 2015116110/14: заявл. 28.04.2015; опубл. 27.07.2016 / Н. А. Дайхес, В. С. Корвяков, А. Е. Михалевич; заявитель Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России» (ФГБУ «НКЦО ФМБА России»).
27. Патент № 2616997 С1 Российская Федерация, МПК A61F 11/00, A61B 17/00. Способ установки тимпанального шунта при тимпанопластике: № 2016115883; заявл. 25.04.2016; опубл. 19.04.2017 / А. И. Крюков, Е. В. Гаров, А. Ю. Ивойлов [и др.]; заявитель Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы.
28. Santosh U. P., Prashanth K. B., Rao M. S. Study of myringoplasty in wet and dry ears in mucosal type of chronic otitis media //Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR. — 2016. — Т. 10. — №. 9. — С. MC01. doi: 10.7860/JCDR/2016/17589.8527.
29. Lou Z., Li X. A comparative study of endoscopic cartilage myringoplasty used to treat wet and dry ears with mucosal-type chronic otitis media //The Journal of Laryngology & Otology. — 2020. — Т. 134. — №. 9. — С. 773–778.
30. Trinidad A., Page J. C., Dornhoffer J. L. Therapeutic mastoidectomy in the management of noncholesteatomatous chronic otitis media: literature review and cost analysis //Otolaryngology-Head and Neck Surgery. — 2016. — Т. 155. — №. 6. — С. 914–922. doi: 10.1177/0194599816662438.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Горбунова Наталия Вячеславовна — врач оториноларингологического отделения ФКУЗ ГКГ МВД России, Москва, Россия. <https://orcid.org/0000-0002-8947-3220>, SPIN-код: 1294-0910, AuthorID: 1199574.

Морозов Иван Ильич — к.м.н., доцент, начальник оториноларингологического отделения ФКУЗ ГКГ МВД России, кафедра оториноларингологии МИНО ФГБУ ВО «РОСБИОТЕХ», Москва, Россия. <http://orcid.org/0000-0002-7178-2594>, SPIN-код: 9170-4453, AuthorID: 927541.

Абдуллаев Абсалудин Гафарович — ординатор кафедры оториноларингологии МИНО ФГБУ ВО «РОСБИОТЕХ», Москва, Россия. <http://orcid.org/0009-0008-2188-0584>.

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Горбунова Н.В., Морозов И.И. — концепция и дизайн исследования.

Горбунова Н.В., Абдуллаев А.Г. — сбор и обработка материала, статистическая обработка данных.

Морозов И.И., Горбунова Н.В., Абдуллаев А.Г. — написание текста.

Морозов И.И. — редактирование.

ПОСТУПИЛА: 07.02.2025

ПРИНЯТА ПОСЛЕ РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ: 15.03.2025

ОПУБЛИКОВАНА: 30.03.2025