



Всем пациентам провели оториноларингологическое, аудиологическое, лабораторное обследование, компьютерную томографию височных костей (КТ).

Оториноларингологическое обследование включало сбор жалоб и анамнеза заболевания, осмотр ЛОР-органов, исследование функций слуховых труб, исследование слуха живой шепотной и разговорной речью, камертональные пробы. Осмотр ЛОР-органов осуществляли рутинным способом и с помощью операционного микроскопа ОРТОН с 6- и 12-кратным увеличением. Вентиляционную функцию слуховых труб определяли с помощью общепринятых проб Тойнби, Вальсальвы, Политцера и катетеризацией. Дренажную функцию слуховых труб определяли интраоперационно (парацентез, тимпанотомия) по скорости эвакуации через слуховую трубу введенной в барабанную полость суспензии гидрокортизона. Исследовали слух живой шепотной и разговорной речью и проводили камертональное обследование по классическим методикам при помощи стандартного набора камертонов (С – 128, С – 512, С – 1024, С – 2048).

Аудиологическое обследование включало тональную пороговую аудиометрию (аудиометр клинический Simens CD 50) и импедансную аудиометрию (клинический импедансный аудиометр МАІСО МІ 24).

Спиральную компьютерную томографию височных костей проводили по стандартной методике (компьютерный томограф GE Light Speed RT Advantage).

Лабораторное обследование включало цитологическое и морфологическое исследования. Цитологическое исследование экссудата из барабанной полости пациентов, подвергнутых шунтированию или тимпанотомии, проводили по стандартной методике, с окраской препаратов по Романовскому–Гимзе и последующим изучением их под микроскопом (ЛОМО «Микмед-2») при 600-кратном увеличении. Морфологическому исследованию подвергли слизистую оболочку и фиброзную ткань барабанной полости, полученных интраоперационно. Препараты изготавливали общепринятым способом, с окраской гематоксилин-эозином и исследовали под микроскопом (ЛОМО «Микмед-2») с увеличением 10×10 и 10×40 (с иммерсией).

Результаты и их обсуждение. Первичный анализ результатов обследования показал, что через 4 недели от начала заболевания у части пациентов с секреторным средним отитом имеются косвенные признаки начинающегося фиброзного процесса в среднем ухе. К ним относились: ретракция барабанной перепонки в мезотимпанальной и (или) эпитимпанальной части; густой, фиксированный в барабанной полости, чаще

в области системы слуховых косточек «мукоид», над которым барабанная перепонка была утолщенной, пастозной, с инъекцией сосудов. У части пациентов подобные изменения были выявлены уже через 2 недели от начала заболевания.

К косвенным признакам фиброзного процесса в барабанной полости можно было отнести и имевшуюся у 14 (29,3%) из 47 пациентов с длительностью заболевания более 4 недель тимпаногамму типа А или С при повышении у них порогов звукопроводения по данным аудиограммы.

По данным КТ височных костей в некоторых случаях также имелись признаки фиброзного процесса в среднем ухе. Первые признаки фиброзного процесса на КТ были заметны на 4–6-й неделе от начала заболевания. На дооперационном этапе они были выявлены у 39 (83,9%) из 47 пациентов. У пациентов с длительностью заболевания до 2–4 недель данное исследование было недостаточно информативным. Фиброзный процесс было практически невозможно дифференцировать при выраженном утолщении слизистой оболочки структур среднего уха и заполнения всех его полостей и клеточной системы жидкостным субстратом.

Первые косвенные признаки фиброза в барабанной полости были выявлены и у 12 (19,7%) пациентов с длительностью заболевания до 4 недель. Такое течение секреторного среднего отита было характерно для пациентов, имеющих существенное отклонение показателей иммунной системы.

Опыт лечения пациентов с ЭСО и наблюдение их в дальнейшем подтвердили достаточно быстро развивающийся у них рубцовый процесс в среднем ухе.

Были применены все виды лечения: консервативное, полухирургическое, заключавшееся в шунтировании барабанной полости, и хирургическое. Результаты лечения также зависели от длительности заболевания. Если у пациентов с длительностью заболевания до 2 недель консервативное лечение было эффективным в 44,7% случаев (17 пациентов), то уже у пациентов с длительностью заболевания от 2 до 4 недель – только в 4,9% случаев (3 пациента).

При неэффективности консервативного лечения в острой фазе заболевания, то есть до 4 недель от его начала, производили шунтирование барабанной полости. Оно оказалось эффективным у 85,3% (58) пациентов. При этом результат не зависел от конструкции и места установки шунта. У пациентов в острой фазе заболевания было достаточным временное шунтирование барабанной полости. Длительность его определяли исходя из восстановления или значительного улучшения функций слуховой трубы. Исключение составляли пациенты со стойким, различного характера механическим «блоком» слуховой трубы.