



Хатамов Жахонгир Аброевич, Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Хайитов Алишер Адхамович  
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЭПИТИМПАНИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

Хатамов Жахонгир Аброевич, Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Хайитов Алишер Адхамович  
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### COMPLEX TREATMENT FOR CHRONIC PURULENT EPITIMPANITIS

Khatamov Jakhongir Abruevich, Nasretdinova Makhzuna Takhsinovna, Khayitov Alisher Adhamovich  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [luna1088@mail.ru](mailto:luna1088@mail.ru)

**Резюме.** Муаллифлар сурункали йирингли эпителимпанитда суяк тўқималарининг яллигланиши жараёнида иштирок этишига, сургичсимон усимта ҳужайраларида сурункали йирингли-деструктив ўзгариш содир бўлишига алоҳида эътибор беришади. Суякларнинг остеомиелитлари маҳаллий ва интракраниал асоратларга олиб келади. Шунинг учун эпителимпанитда ўрта қулоқни санацияловчи операциялари пайтида ўрта қулоқ тизимининг ўзгарган тўқималарининг барча ўчоқларини олиб ташлаш билан орқа краниал чуқурчаси ва қаттиқ мия пардасини очиб лозим. Беморларни операциядан кейинги даволаш интенсив терапияга йўналтирилиши керак.

**Калит сўзлар** сурункали йирингли ўрта отит, эпителимпанит, маҳаллий ва интракраниал асоратлар, қулоқ радикал операцияси, санацияловчи операциялар.

**Abstract.** The authors pay special attention to the fact that in chronic purulent epitympanitis, bone tissue is involved in the inflammatory process, and a chronic purulent-destructive change occurs in the cells of the mastoid process. Osteomyelitis of the bones leads to local and intracranial complications. Therefore, during sanitizing operations of the middle ear in epitympanitis, it is necessary to radically remove all foci of destructively altered structures of the middle ear system with exposure of the dura mater of the middle and posterior cranial fossae. Postoperative management of patients should be directed to intensive care.

**Keywords.** chronic suppurative otitis media, epitympanitis, local and intracranial complications, radical ear surgery, sanitizing operations.

**Актуальность проблемы.** По международной классификации болезней хронических гнойных средних отитов подразделяет на две основные формы: хронический туботимпанальный гнойный средний отит, мезотимпанит Н-66.1 и хронический эпителимпаноантральный гнойный средний отит, эпителимпанит Н-66.2 [1,5,6,10,13].

При мезотимпаните – происходит катаральное воспаление мукопериоста системы среднего уха, эпителимпаните - гнойно-воспалительный процесс вовлекается костный ткан среднего уха с деструктивными изменениями сосцевидных отростков. Вследствие остеомиелита костных структур среднего уха возникает местные (мастоидит, лабиринтит, парез лицевого нерва и др.) и внутричерепные

осложнение (менингиты, абсцессы мозга и мозжечка, синустромбоз, сепсис).

Местные и внутричерепные осложнение отогенного характера чаще приводит к необратимым последствиям и летальность составляет от 10 до 15%. [2,3,4,7,8,9,11,12].

**Целью** нашей работы явилось выбор тактики комплексного лечения при хроническом гнойном эпителимпаните с осложнением.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением в ЛОР отделение ОММЦ находились 28 больных с хроническим гнойным эпителимпанитом. Из них 21 больных с местными, 7 больных с внутричерепными осложнениями. В возрасте 18 – 40 лет 14 больных, 40 - 60 лет – 9 больных и старше 60 лет – 5 больных.

Всем больным проводили обшечлиническую исследование, МСКТ сосцевидного отростка, МРТ головного мозга, консультация нейрохирурга, невропатолога, окулиста и др.

Лечение при хроническом воспалении среднего уха с деструкцией костной структуры среднего уха должно быть хирургическим. Всем больным с отогенным осложнением применялся экстренная хирургическая вмешательство для элиминации гнойного очага. При этом радикально санировали очаги гнойного воспаления, было вскрыта все клетки сосцевидного отростка и очищена выстилающие клетки мукопериоста.

Но после таких операций формируется очень большие трепанационные полости и эпидермизация бывает длительным. После эпидермизации в больших полостях скапливается корки, из слущивающегося эпидермиса и серы из засохшего серозного выпота. При заполнение полости корками и серой нарушается вентиляция полости, что ведет к возобновлению нагноительного процесса и грибковых поражений.

Многие отохирурги считают, что после выполнения таких операций периодически следует производить ревизию операционной полости с целью выявления и устранения сохранившихся в ней очагов хронического воспаления.

Для уменьшение послеоперационных рецидивов во время операции необходимо произвести Т-образную пластику по возможности шире, расширение входа в слуховой проход (пластика слухового прохода по Кернеру), что обеспечивает хороший обзор полости и выполнение мероприятий по коррекции заживления. Удлиняются сроки разрастание в трепанационной полости грануляционной ткани. Эпидермизация трепанационной полости завершается тогда, когда большая часть полости заполняется грануляционной тканью.

Кроме этого проводилась интенсивная (антимикробная, дезинтоксикационная, противовоспалительная, дегидратационная десенсибилизирующей и общеукрепляющей) терапия.

Наиболее часто использовали антибиотики бета-лактаминового ряда, цефалоспорины, редко макролиды с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Следует отметить, нередко антибиотики применяли в комбинации и вводили внутримышечно антибиотики бета-лактаминового ряда в высоких дозах, внутривенно-цефалоспорины. В целях обеспечения питания и дезинтоксикации проводили общеукрепляющую и стимулирующую терапию, назначали внутривенно нативную плазму 300-500 мл., 5-10% раствор

глюкозы до 500 мл. с добавлением аскорбиновой кислоты 5%-4,0 кокарбоксилазы 2,0 раствора альбумина 20% до 200 мл. Вводили дегидратационные и мочегонные средства; глюкоза 40%-20,0 маннитол 20%-30,0 диакарб 0,25 по 1 таблетки 1 раз в день. Назначали антикоагулянты виде гепарина по 10 тыс. ЕД или клексана в 100 мл растворе натрия хлорида внутривенно капельно с добавлением внутрь аспирина 0,5 гр 3 раза в сутки. Больным обеспечивался тщательный уход, высококалорийное энтеральное питание (при необходимости через зонд) и при показаниях назначали симптоматическую терапию.

**Результаты и их обсуждение.** Среди обследованных в клинику поступили состояний средней тяжести – 17 больных, в тяжелом состоянии -8 в крайне тяжелом состоянии 3-больных.

Среди обследованных из местных осложнений выявлено, мастоидит у 9 больных, лабиринтит у 7 больных и парезом лицевого нерва у 5 больных. Из внутричерепных осложнений отогенный гнойный менингит выявлен у 1, отогенный эпидуральный абсцесс высочной доли мозга у 2, отогенный синустромбоз сигмовидного синуса у 2 больных.

У большинства больных после лечения (эпидермизации) трепанационная полость имела правильную форму. По мнению большинства ученых при выполнении радикальной операции на ухе необходимо максимальная радикализация. Другие ученые считают что надо максимально сохранит костные и другие структуры, слуховые косточки, остатков барабанной перепонки, задней костной стенки наружного слухового прохода, латеральной стенки аттика), которые необходимы для проведения тимпанопластике.

Проведенная классическая радикальная операция на ухе при эптитимпаните не исключает возможности создания новой цепи слуховых косточек и выполнение слухоулучшающих операций.

Выполнении классической радикальной операции предполагает максимально полное удаление очагов хронического воспаления, радикальное вскрытие всех клеток системы среднего уха и создание единой операционной полости. Не соблюдения этого простого принципа хирургии нельзя рассчитывать на достижение положительного санирующего, и функционального результатов.

После хирургического лечения, дренажа абсцессов мозга, удаления тромба из синуса и проведения интенсивной терапии общее состояния больных постепенно улучшалось и наступало нормализация клинических и

биохимических показателей, что позволяет объективно определять эффективность лечения.

**Выводы:** Таким образом представленная система комплексной неотложной хирургической и интенсивной терапии позволила улучшить результаты лечения при хроническом гнойном эпитимпаните с осложнениями.

#### Литература:

1. Абдувакилов Ж. У., Ризаев Ж. А. Особенности течения воспалительных заболеваний пародонта при метаболическом синдроме //Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 353-355.
2. Волошина И.А., Хамзалиева Р.Б. Частота летальности при ото и риногенных внутричерепных осложнениях Вестн.оторинолар 2009; 1: 23-25.
3. Гаджимирзаев Г.А., Джамалудинов Ю.А. и др. Диагностика и лечение отогенных внутричерепных осложнений. // Вестн.оторинолар. 2016; 5; 8-11.
4. Древаль О. Н., Джинджихадзе Р. С.и соавт. //Клинические рекомендации по диагностике и лечению абсцессов головного мозга, внутричерепных эпидуральных и субдуральных эмпием / - М., 2015. - 28 с.
5. Карпищенко С.А., Сопко О.Н., Бервинова А.Н. Консервативное лечение обострения хронического среднего отита. Вестник оториноларингологии 2020;2:41-44.
6. Кривопалов А.А., Янов Ю.К., Щербук А.Ю., Щербук Ю.А., Рубин А.Н. и др.Предикторы неблагоприятного исхода лечения больных с гнойно-воспалительными отогенными и риносинусогенными внутричерепными осложнениями //Вестник хирургии. 2017; 3; 14-20
7. Кривопалов А. А. и др. Особенности риносинусогенных внутричерепных осложнений //Российская ринология. – 2014. – Т. 22. – №. 3. – С. 4-11.
8. Косяков С.Я, Носуля Е.В. Перич Б. Основные направления в лечении отогенных внутричерепных осложнений. //""Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология""2014;2; 60-65
9. Насретдинова М. Т., Хайитов А. А. Влияние лазеротерапии на местный синтез иммуноглобу-

лина класса А у детей, больных острым и хроническим гайморитом //Детская оториноларингология. – 2020. – №. 3-4. – С. 34-35.

10.Ризаев Ж. А., Шодмонов А. А., Олимжонов К. Ж. Периимпантиты-ранние осложнения при ден-тальной имплантации // Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 6. – №. 1.

11.Салимова Ш. С., Хушвакова Н. Ж., Хайитов А. А. Клинико-иммунологические особенности течения и комбинированная антимикотическая терапия хронических синуситов, осложненных кандидозной инфекцией //Молодой ученый. – 2015. – №. 18. – С. 66-68.

12.Baysal E, Erkutlu I., Mete A. [et al.]. Complications and treatment of chronic otitis media // J. Craniofac. Surg. - 2013. - Vol. 24, № 2. - P. 464-467.

13.Dubey, S. P., Larawin V., Molumi C. P. Intracranial spread of chronic middle ear suppuration // Amer. J. Otolaryngol. - 2010. - Vol. 31, № 2. - P. 73-77.

14.Rizaev J. A., Khaidarov N. K., Abdullaev S. Y. Current approach to the diagnosis and treatment of glossalgia (literature review) //World Bulletin of Public Health. – 2021. – Т. 4. – С. 96-98.

#### КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ЭПИТИМПАНИТЕ

*Хатамов Ж.А., Насретдинова М.Т., Хайитов А.А.*

**Резюме.** Авторы уделяют особое внимание, что при хроническом гнойном эпитимпаните в воспалительный процесс вовлекается костная ткань, возникают хронические гнойно-деструктивные изменения в клетках сосцевидного отростка. Остеомиелит костей приводит к местным и внутричерепным осложнениям.. Поэтому при saniрующих операциях среднего уха в эпитимпанитах, необходимо радикально удалить все очаги деструктивно измененных структур системы среднего уха с обнажением твердой мозговой оболочки средних и задних черепных ямок. В послеоперационном периоде ведение больных, должно быть направлено на проведение интенсивной терапии.

**Ключевые слова.** хронический гнойный средний отит, эпитимпанит, местные и внутричерепные осложнения, радикальная операция на ухе, saniрующие операции.