Министерство здравоохранения Вологодской области

 Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области

«Вологодская областная клиническая больница»

**Фиброзирующие средние отиты**

(информационное письмо- 2024 год)

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ**. Среди многих клинических форм хронических средних отитов особое место занимают фиброзирующие средние отиты (ФСО), имеющие в современных условиях тенденцию к увеличению распространенности (Кузнецов B.C., 1973; Патякина O.K.,

Martín Ch. &¿ CL¿„ 1988). Они составляют разнородную группу, объединенную общим названием - адгезивный средний отит, и характеризуются преобладанием фиброзных изменений в среднем ухе над воспалительными при наличии целостной барабанной перепонки. До настоящего времени в эту группу относят как последствия гнойного воспалительного процесса (спайки, дефекты слуховых косточек, рубцовые изменения барабанной перепонки), так и завершающую стадию хронического неперфоративного секреторного среднего отита, протекающего, как правило, в абактериальных условиях при выраженной тубарной дисфункции. Последняя форма, известная в современной литературе как фиброзная облитерация барабанной полости, тимпанофиброз, облитерирующий, ателектатический или фиброзно-адгезивный средний отит (Быкова,В.П., 1985; Толстов И.П., 1987; Тарасов Д.И. с соавт., 1988; То2 М. , 1979;Рарапе?&М. , 1979; tha.ra.chon R. et al., 1984 и др.) остается мало изученной в отношении пато- и морфогенеза. Клинико-морфологические проявления фиброзно-облитерирущего среднего отита, по некоторым данным, близки к фиброзирующему "мукозиту" в замкнутых пространствах при хроническом вялотекущем мезотимпаните (Юзвинкевич Л.С., 1985; Тарасов Д.И. с соавт., 1988). Изучение фиброзирования во всех случаях представляет интерес, как с точки зрения патогенеза, так и с точки зрения выбора хирургической тактики.

Для ФСО характерна медленно прогрессирующая тугоухость, представляющая основную жалобу больных. Вначале она кондуктивного типа и обусловлена тугоподвижностью цепи слуховых косточек' и барабанной перепонки. С увеличением длительности заболевания: тугоухость нарастает и приобретает смешанный характер.

Адгезивный средний отит – АСО (фиброз среднего уха) – заболевание, характеризующееся образованием рубцов в среднем ухе. Развивается в результате повторных обострений отита и недостаточной дренирующей функции слуховой трубы. Длительное наличие

в барабанной полости транссудата или экссудата приводит к образованию холестериновой гранулемы и фиксации цепочки слуховых косточек.

По существу, АСО является неблагоприятным исходом нескольких заболеваний уха. Особенно часто он развивается

при остром серозном отите, не сопровождающемся перфорацией барабанной перепонки, когда вязкая слизь не может самостоятельно дренироваться через слуховую трубу.

При остром гнойном среднем отите после самопроизвольного закрытия перфорации барабанной перепонки также

существует опасность организации остатков воспалительного экссудата в рубцовую ткань. Развитие адгезивного

процесса после этих заболеваний может быть спровоцировано нерационально проведенной антибиотикотерапией.

Экссудат при хронических гнойных средних отитах, как

правило, со временем приводит к образованию рубцов и

спаек в барабанной полости, особенно в области аттика,

иногда полностью отграничивая его от мезотимпанума.

**Патогенез**

При пониженном в течение длительного времени давлении в барабанной полости слизистая оболочка набухает и инфильтрируется лимфоцитами с образованием зрелой соединительной ткани. Воспалительный экссудат или транссудат организуются в фиброзные тяжи. Это приводит к образованию сращений, спаек, кальцификаций и оссификаций в полости среднего уха. Также рубцовые тяжи могут образовываться в слуховой трубе, что приводит к нарушению ее проходимости. Гиалинизация слизистой оболочки, облегающей слуховые косточки, а также спайки между барабанной перепонкой, слуховыми косточками и медиальной стенкой полости приводят к ограничению или полной неподвижности звукопроводящей системы

среднего уха. Выраженный адгезивный процесс с заращением аттика, развитием рубцовой ткани в области лабиринтных окон, приводящий к анкилозу стремени и неподвижности круглого окна, называют тимпаносклерозом.

В клинической практике нередки случаи, когда АСО возникает без предшествующего острого или хронического отита.

В таких случаях причиной его развития являются разные патологические процессы, затрудняющие проходимость слуховой трубы и препятствующие нормальной вентиляции барабанной полости. К ним относятся: острые заболевания верхних дыхательных путей (острая респираторно-вирусная инфекция, фарингит, трахеит, ларингит), хронический тонзиллит,

аденоиды, хронические воспалительные процессы околоносовых пазух и полости носа (синусит, гайморит, ринит), гипертрофические изменения нижних носовых раковин, опухоли

глотки и полости носа, искривление носовой перегородки.

**Клиника**

Для АСО характерно стойкое прогрессирующее снижение слуха, иногда с низкочастотным шумом в ушах. В анамнезе есть указание на перенесенное однократно или повторно воспаление среднего уха. Диагностика АСО основана на данных анамнеза, результатах отоскопии и функционального исследования слуховой трубы и звукового анализатора. При отоскопии определяется тусклая, деформированная или атрофированная в отдельных участках барабанная перепонка с втяжениями, отложениями извести и тонкими подвижными рубцами без фиброзного слоя. При сгущении и разрежении воздуха в наружном слуховом проходе с помощью пневматической воронки выявляется ограничение подвижности барабанной перепонки или полная ее неподвижность, что подтверждается при тимпанометрии. При исследовании слуха выявляют кондуктивную тугоухость, однако в более отдаленные сроки может быть нарушено и звуковосприятие. Вначале она кондуктивного типа и обусловлена тугоподвинностью цепи слуховых косточек и барабанной перепонки. С увеличением длительности заболевай: тугоухость нарастает и приобретает смешанный характер. При тональной пороговой аудиометрии выявляются нисходящие кривые п рогов слуха со сравнительно небольшим костно-воздушным интервалом (25-40 дБ) при высоких порогах костного звукопроведени на 4-8 кГц (30-50 дБ, иногда "обрывы"). Усредненные пороги слуха при костном звукопроведении в пределах 20-30 дБ (500-2 Гц) выявлены у 34,2 % больных, а выше 30 дБ - у 57.5 %. Особ но четко прослеживалась корреляция между повышением порогов восприятия 8000 Гц и увеличением длительности среднего отита до 20 лет - усредненный порог на 8000 Гц достигал 20,9+2,6 д в 21-30 лет - 39,0+2,2 дБ, свыше 30 лет - 52,1+1,8 дБ. При импедансометрии выявляются малая податливость барабанной перепонки, плоская вершина тимпанограммы или отсутствие ее, акустические мышечные рефлексы не вызываются.

**Лечение**

Первым этапом в лечении АСО является ликвидация факторов, приводящих к нарушению проходимости слуховой трубы. Сюда относятся санация носоглотки и носовых пазух, восстановление нормального дыхания через нос.

 В настоящее время одним из современных способов восстановления функции слуховой трубы с целью увеличения эластичности спаек и уменьшения их количества считается введение в нее лекарственных препаратов, а именно ферментов. Одним из методов лечения экссудативного отита является тимпанотомия с шунтированием среднего уха.

В качестве альтернативы хирургическому лечению применяют внутримышечные инъекции ферментных препаратов пролонгированного действия 1 раз в 5 дней.( Гиалуронидаза, лидаза — общее название для группы ферментов, расщепляющих кислые мукополисахариды, Трипсин, химотрипсин) Данная схема лечения позволяет контролировать фибропродуктивный процесс на всех стадиях его развития: инактивирует повреждающий фактор, усиливает элиминацию его из

организма, ослабляет течение воспалительной реакции, тормозит прогрессирование, вызывает регресс сформировавшейся фиброзной ткани.

Медикаментозная терапия АСО обычно дополняется физиотерапевтическим лечением. Осуществляют введение ферментов и йодистого калия путем эндаурального ультрафонофореза и электрофореза. Положительный эффект оказывает курс продуваний по Политцеру в сочетании с

пневмомассажем барабанной перепонки.

При неэффективности консервативной терапии применяют хирургическое лечение. (разного типа тимпанопластики).

Врач отоларинголог

оториноларингологического

отделения Никановский М.Н.

Заведующий оториноларингологическим

отделением БУЗ ВО «ВОКБ» Беляев В.М.