

изменений клинко-лабораторных не установлено. Проведена операция 02.02.2002 г. - радикальная гайморотомия слева. В ходе операции удален [7 зуб. При ревизии пазухи в месте выстояния корней определялось перфорационное отверстие, разрастание грануляционной ткани. Выскоблена полипозно измененная слизистая оболочка пазухи и истонченная "вздутая" костная ткань в области латеральной стенки гайморовой пазухи, которая очень легко удалась полностью. Перфорационное отверстие в области 17 зуба было закрыто слизисто-надкостничным лоскутом. Послеоперационный материал направлен на гистологическое исследование. Заживление произошло первичным натяжением.

Патогистологическое заключение № 4460/7 от 19.02.02г. Присланный материал взят из левой гайморовой пазухи в виде восьми кусочков неправильной формы общим размером 2,7x2,0x6,0 см серо-темного - коричневого цвета. Основная масса материала представлена участками слизистой оболочки пазухи с признаками хронического активного гайморита с вторичной пролиферацией покровного эпителия. Здесь же костные балки в состоянии лизиса без ядер. В костной ткани организующиеся очаговые кровоизлияния, вокруг них группировались несовершенные ос-

теоидными структурами (островки невызревшей костной ткани), атипичных клеток не найдено. Присланный материал характерен для дистрофической первичной костной кисты.

Таким образом, во втором наблюдении на основании клинических, рентгенологических и патогистологических данных вынесен заключительный диагноз - первичная костная киста.

Обследование больного через полгода не выявило признаков рецидива.

Сходством в двух наблюдениях больных с костными кистами является: жалобы на процесс в области верхней челюсти, наличие причинного зуба, однотипность рентгенограмм на которых определяются внутрикостные полости.

Характерным отличием является наличие жалоб на боли в области верхней челюсти у больного с аневризмой кистой. У второго больного данная симптоматика отсутствовала. При оперативном вмешательстве в первом случае возникло сильное кровотечение из костного образования, во втором случае содержимого в костной полости не обнаружено.

Таким образом, важным моментом в лечении больных с данной патологией является правильная постановка диагноза и радикальное оперативное вмешательство.

PRIMARY OSSEOUS CYST OF JAWS. (Cases from clinical practice)

E. Grushkovskaja, A. Bajfa, V. Voronkov, L. Karpova.

(Municipal Hospital №1, Irkutsk)

This article is about clinical exceptional cases of primary osseous cyst of jaws. We present results of clinical, X-ray, histological investigations and surgical treatment.

Литература

1. Вернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Витебск: Белмедкшга, 1998. - С.314-315.
2. Волков М.В. Болезни костей у детей. - М.: Медицина, 1985. -С.456-464.

© СУББОТИНА М.В., ПЛАТОНЕНКО О.И., КУНИЦЫНА М.Н., ЛОКТЕВА Н.Е. -
УДК 616.28-002-053.2(571.5)

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

М.В. Субботина, О.И. Платоненко, М.Н. Куницына, Н.Е. Локтева.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - академик МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра оториноларингологии, зав. - проф. засл. деятель науки РФ А.Г. Шантуров; Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, г. Иркутск, гл. врач - Т.И. Ляшенко)

Резюме. На основании анализа 241 истории болезни детей, находившихся на лечении в ЛОР отделении ГИМДКБ с наружными отитами в 2000-2002 годах, выявлено значительное увеличение заболеваемости в летние месяцы. Предрасполагающими факторами были купание в открытых водоемах г. Иркутска, а также травматическая очистка слухового прохода. Преобладала диффузная форма заболевания (75%). Чаще болели дети в возрасте от 10 до 14 лет, мальчики реже, чем девочки. При бактериологическом исследовании отделяемого из ушей в 56% случаев была выявлена синегнойная палочка, в 30% - стафилококки, в 6% - стрептококки. Сохраняется высокая чувствительность синегнойной палочки к аминогликозидам и фторхинолонам, которые успешно использовались для лечения.

Наружный отит - полиэтиологическое заболевание, составляющее пятую часть всех воспалительных заболеваний уха. Дифференцируют бактериальный, грибковый и аллергический характер процесса, который чаще встречается у больных с нарушением иммунного статуса [3,4,7]. Различа-

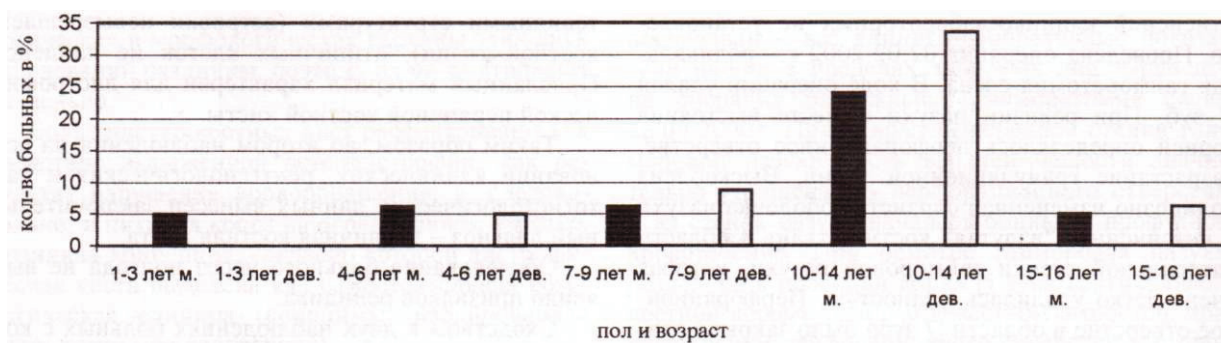


Рис. 1. Распределение больных по полу и возрасту

ют две формы заболевания: ограниченный наружный отит (фурункул наружного слухового прохода) и диффузный с концентрическим сужением слухового прохода почти на всем протяжении, сопровождающимся гиперемией и болезненностью [1]. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости наружными отитами, их рецидивированию и упорному течению, плохо поддающимся лечению. По данным ряда авторов [1, 3,5,6] это нередко обусловлено толерантной к антибиотикам флорой, вызвавшей заболевание: синегнойной палочкой, протеем, стафилококками и грибами. Предрасполагающими факторами являются небольшие ссадины, нанесенные спичками, шпильками, гиперуглеводная диета. В возникновении наружного отита значительную роль играют нарушение общего состояния организма и загрязнение окружающей среды [2,5,8].

В связи с этим нами была поставлена цель: определить распространенность, сезонность заболевания, половые, возрастные различия и современные особенности течения наружных отитов у детей в зависимости от возбудителя заболевания в условиях Восточной Сибири.

Материалы и методы

Материалом для исследования явились истории болезни детей, находящихся на лечении в ЛОР отделении Городской Ивано-Матренинской детской клинической больницы г. Иркутска с воспалительными заболеваниями наружного уха за период с 2000 по 2002 годы. Фиксировались паспортные и анамнестические данные (факторы, предшествующие заболеванию), календарный месяц обращения за медицинской помощью, отоскопическая картина, результаты бактериологического и микологического исследований отделяемого из уха, используемые для курации медикаментозные средства и физиотерапевтические процедуры. Проводился статистический анализ полученных данных по стандартным методикам.

Результаты и обсуждение

За период с 2000 по 2002 годы в ЛОР отделении Городской Ивано-Матренинской детской клинической больницы г. Иркутска находилось 4522 ребенка, из них с воспалительными заболеваниями наружного уха - 241 больной, что составило 5,3% от всей госпитальной патологии. Чаще всего наблюдался острый диффузный наружный

отит (75%), на втором месте - ограниченный процесс - фурункул, абсцесс наружного слухового прохода (16,3%). Абсцессы мочек ушей после пирсинга и осложнения гнойного среднего отита составили 6%. Экзема наружного уха была в 1,3% случаев, отомикоз - тоже - в 1,3%.

Как видно из рисунка 1, наиболее часто наружным отитом болели дети в возрасте от 10 до 14 лет, чаще девочки (табл.1). Это, вероятно, связано с гормональным дисбалансом в организме детей в пубертатном периоде. Кроме того, большинство девочек отмечали возникновение заболевания после избыточно тщательной очистки слухового прохода специальными ватными палочками, имеющимися в косметических наборах.

При определении сезонности (рис.2) возникновения наружных отитов у детей выявлен пик заболеваний, приходящийся на летние месяцы (55%). Из анамнеза было выяснено, что в 2/3 случаев заболеванию предшествовало купание в открытых водоемах (река Ушаковка, реке заливы Ангары, озеро Байкал).

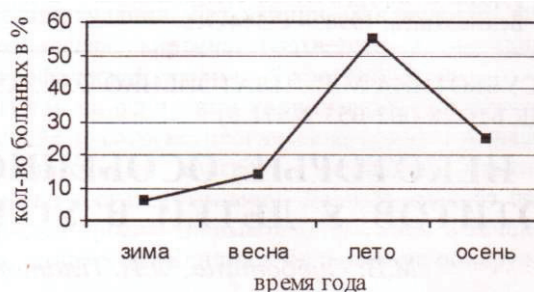


Рис.2. Сезонность заболеваемости наружным отитом

При бактериологическом и микологическом исследовании отделяемого из ушей была выделена следующая микрофлора (рис.3).

Среди возбудителей наружного отита преобладала *Ps. aeruginosa*, выделенная в 56% случаев (рис.3). В 30% случаев высеяны патогенные стафилококки и только в 6% - стрептококки. Выделенные штаммы синегнойной палочки проявили чувствительность *in vitro* к полимиксину, гентамицину, амикацину, тобрамицину, цефтазидиму, ципрофлоксацину. Штаммы стафилококков были чувствительны к оксациллину, цефазолину и эритромицину.

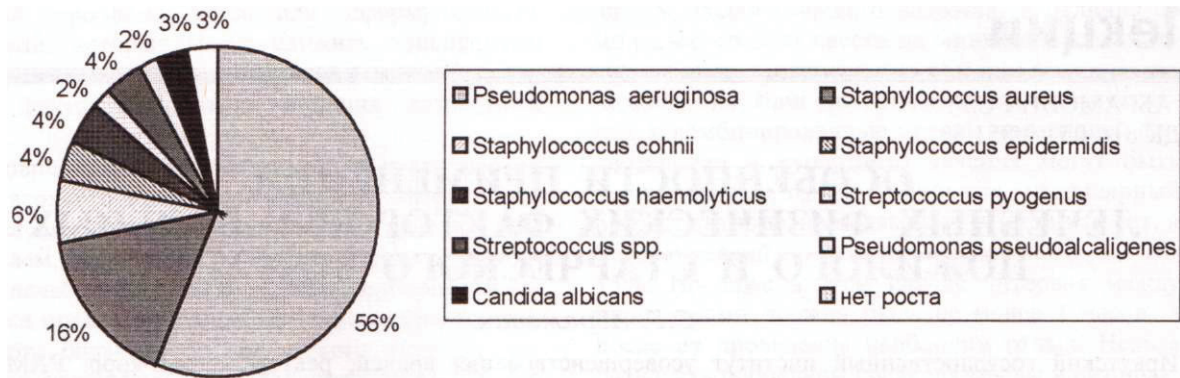


Рис.3. Микрофлора при наружных отитах

В комплекс лечения больных с наружными отитами наряду с необходимыми хирургическими манипуляциями (при ограниченных формах отитов - вскрытие абсцессов слухового прохода), включалась эмпирическая системная терапия антибиотиками широкого спектра, а затем, при необходимости, производилась коррекция в соответствии с антибиотикограммой. Местно в наружный слуховой проход назначались софрадекс, амикацин, целестодерм с гариацином, нитрофунгин и другие спиртовые растворы при диффузном поражении слухового прохода. Мазь Вишневского применялась при ограниченном воспалении. Эффективной была лазеротерапия. Почти всем детям назначали гипосенсибилизирующую терапию антигистаминными препаратами. Большое внимание уделялось диете с ограничением (исключением) углеводов.

О полученном терапевтическом эффекте судили по отсутствию жалоб, нормализации отоскопической картины и восстановлению слуха.

Таким образом, дети с воспалительными заболеваниями наружного уха составляют 5,3% от всех госпитализированных в оториноларингологическое отделение больных. Пик заболеваемости наружными отитами у детей приходится на летний период (июль-август) и в 2/3 случаев связан с купанием в открытых водоемах г. Иркутска и пригородной зоны. Воспалительные заболевания наружного уха чаще наблюдались у детей в возрасте 10-14 лет и у девочек. Наиболее частым возбудителем диффузного воспаления наружного слухового прохода являлась *Pseudomonas aeruginosa* (56%), вероятно, являющаяся обитателем водоемов г. Иркутска, чувствительная к аминогликозидам, цефтазидиму, фторхинолонам, что необходимо учитывать при лечении наружных отитов.

SOME FEATURES OF CURRENT EXTERNAL OTITIS IN CHILDREN IN THE EAST OF SIBERIA

M.V. Subbotina, O.I. Platonenko, M.N. Kunitcina, N.E. Lokteva

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Ivano-Matreninskiaya pediatric clinical hospital)

On the basis of the analysis of 241 histories of children who were on treatment in ORL branch of Irkutsk's Ivano-Matreninskii children's clinical hospital with external otitis during 2000-2002 years, are revealed increase of cases during summer months. The contributing factors were: bathing in open reservoirs around Irkutsk, and also cleaning of external acoustic duct. The diffusion's form of disease (75%) was prevailed. Children were ill more often in the age from 10 to 14 years, girls more often, than boys. At bacteriological research of pus out of ears in 56 % of cases was defined the *Pseudomonas aeruginosa*, in 30% - staphylococcus, in 6% - streptococcus. There was the high sensitivity of *Pseudomonas aeruginosa* to aminoglycosid and ftorochinolon antibiotics, which were successfully used for treatment.

Литература

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - С.74-78.
2. Власова В.В. Лечебное питание при заболеваниях уха, горла и носа. - СПб.: Атон, 1998. - С.92-105.
3. Крюков А.И., Туровский А.Б. Клиника, диагностика и лечение острого воспаления среднего и наружного уха // Леч. врач. - 2002. - №10. - С.20-24.
4. Наумова И.В., Чистякова В.Р. Значение коррекции интерферонового статуса в комплексе лечения отомикозов у детей // XVI съезд оториноларингологов РФ "Оториноларингология на рубеже тысячелетий". - Сочи, 2001. - С.35-37.
5. Орлов О.В., Иваненко А.М. Современные методы лечения дерматитов наружного слухового прохода // Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста и фармакотерапия болезней лор-органов. Сб. научных трудов. - М.: РГМУ, 2001. - С.80-83.
6. Павленко С.А. О некоторых находках при диагностике возбудителей отомикозов // Материалы региональной научно-практической конференции оториноларингологов и расшир. пленума РНОЛО. - М., 1990. - С.297.
7. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. Оториноларингология. - СПб., 2000. - С.105-112.
8. Шантуров А.Г., Шеврыгин Б.В., Мчедлидзе Т.П. Популярная детская оториноларингология в вопросах и ответах, - Иркутск, 2001, - С.41-48.