

причиной снижения и потери слуха, появления вестибулярных нарушений, причиной тяжелых внутричерепных осложнений, приводящий к инвалидизации и угрожающих жизни больного.

Мы рассмотрели характер микрофлоры барабанной полости 124 больных ХГСО с различной степенью снижения слуха. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от формы течения ХГСО: больные с эптитимпанитом, эпимезотимпанитом и мезотимпанитом. По данным аудиолгического исследования пациенты каждой из трех групп были разделены на 2 подгруппы: больные, костно-воздушный разрыв которых превышает 30 дБ; больные, костно-воздушный разрыв которых не превышает 30 дБ.

По нашим данным при всех трех формах ХГСО у больных, костно-воздушный разрыв которых превышал 30дБ из барабанной полости при микробиологическом исследовании высевался золотистый стафилококк или облигатно-анаэробная флора в комбинации с грамотрицательными микроорганизмами. Так, при эпимезотимпаните грамотрицательная флора чаще всего была представлена различными родами семейства энтеробактерий. Особенностью эптитимпанитов, сопровождающихся обширными деструктивными изменениями в структурах среднего уха и выраженным снижением слуха, оказалось частое высеивание ассоциаций золотистого стафилококка и облигатно-анаэробной микрофлоры.

Вследствие своих биологических свойств (в частности способности к хорошей адаптации к условиям окружающей среды, не требовательности к дополнительным факторам питания, способности к синтезу большого количества инвазивных ферментов и выработке экзотоксинов) *Staphylococcus aureus* оказывает влияние на степень выраженности деструктивного процесса в височной кости и на нейрорецепторный аппарат внутреннего уха. У 124 пациентов из барабанной полости высевался *Staphylococcus aureus* в 37,9% случаев, что сочеталось у 20,2% больных с выраженными костно-деструктивными изменениями и сопровождалось значительным снижением слуха и костно-воздушным разрывом более 30 дБ. Таким образом, контаминация полостей среднего уха *Staphylococcus aureus* сочетается с развитием тугоухости с превалированием кондуктивного компонента.

В том случае, если по данным тональной пороговой аудиометрии, костно-воздушный разрыв не превышал 30 дБ, при осмотре барабанной полости интраоперационно под микроскопом наблюдалось сохранение цепи слуховых косточек с ее небольшими кариозными изменениями,

Пальчун В.Т., Гуров А.В., Гусева А.Л.
**ИЗМЕНЕНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ
 ПОД ВЛИЯНИЕМ МИКРОФЛОРЫ
 СРЕДНЕГО УХА У БОЛЬНЫХ
 ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ
 ОТИТОМ**

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, г. Москва

Проблема эффективного лечения хронического гнойного среднего отита (ХГСО) является одной из ведущих в оториноларингологии. Это связано с тем, что данное заболевание является

ее подвижность, а также умеренно выраженные грануляционно-рубцовые изменения.

В этих случаях наиболее часто при микробиологическом исследовании отделяемого из барабанной полости высевались грамотрицательные микроорганизмы, представленные *Pseudomonas aeruginosa* или энтеробактериями, а также *Staphylococcus aureus* в комбинации с условно-патогенной флорой (грибковая флора, CNS, стрептококками). Облигатно-анаэробные микроорганизмы были высеяны только при эпитимпаните в 4,2% случаев.

Всем обследованным больным проводилось различное хирургическое лечение. Повторное исследование, через 1 -1,5 мес. после операции, проведено 101 больному, из них 67 больным (66,3%) проводилась санирующая слухосохраняющая операция, 19 больным (18,8%) – санирующая слухосохраняющая операция с одномоментной тимпанопластикой и 15 больным (14,9%) – санирующая слухосохраняющая операция с одномоментной тимпано- и оссикулопластикой.

По данным тональной пороговой аудиометрии улучшение слуховой функции наблюдалось у 30 больных (29,7%). У 49 больных (48,5%) изменения слуха выявлены не были. У 22 больных (21,8%) констатировано ухудшение слуха на разговорных частотах. Примечателен тот факт, что улучшение слуха до 10 дБ, регистрируемое при тональной пороговой аудиометрии, часто субъективно не ощущается больными, однако бесспорно является прогностически благоприятным признаком в отношении слуховой функции.

При анализе динамики слуховой функции при ХГСО до и после оперативного лечения отмечено, что ее улучшение гораздо вероятнее при дополнении классической санирующей слухосохраняющей операции слухулучшающими элементами, в частности такими как тимпано- и оссикулопластика. Однако, наличие распространенной холестеатомы, массивные деструктивные изменения слуховых косточек, высокий порог костного звукопроведения и, как результат, маленький костно-воздушный разрыв на аудиограммах далеко не всегда позволяли отохирургам применить тимпано- или оссикулопластику после санирующего этапа операции. Большое значение также имел профессионализм отохирурга и его умение выполнять различные варианты тимпано- и оссикулопластики. Значительные деструктивные изменения в звукопроводящем аппарате среднего уха, наблюдаемые интраоперационно, сами по себе прогнозируют ухудшение слуховой функции после операции. То же самое можно сказать о больных, исходно имеющих смешан-

ную тугоухость III степени, и, соответственно, значительные деструктивные изменения в звукопроводящем аппарате слухового анализатора. В таких случаях до оперативного вмешательства звукопроведение обеспечивалось частично за счет грануляций и холестеатомных масс, которые удалялись в процессе операции. Следует также отметить, что таким больным в основном производилась классическая санирующая слухосохраняющая операция без элементов слухулучшения. Это происходило по нескольким причинам: в одних случаях хирурги не были уверены в тотальном удалении холестеатомы, в других костно-воздушный разрыв не превышал 15 дБ. Тем не менее, классическая слухосохраняющая операция во всех случаях предотвращала дальнейшее снижение слуховой функции и развитие возможных осложнений.