



ЛИТЕРАТУРА

1. Бойкова Н. Э. Алгоритм диагностики расстройств голоса эндокринного генеза/ Н. Э. Бойкова. Мат. XVII съезда оториноларингологов РФ: Тез. докл. – СПб.: РИА-АМИ, 2006. – С. 163
2. Дедов И. И. Сахарный диабет в Российской Федерации: проблемы и пути решения/ И. И. Дедов // Сахарный диабет. – 1998. – №1. – С. 7–18.
3. Егорова Е. В. Комплексная диагностика и лечение больных хроническими стенозами гортани и трахеи различной этиологии: Автореф. дис...канд. мед. наук/ЕВ. Егорова. – М., 2005. – 13 с.
4. Клиника, диагностика и особенности реабилитации голосового аппарата при дисфункции щитовидной железы/Н. Э. Бойкова, О. С. Орлова, И. А. Залещанская и др. // Вестн. оторинолар. – 2000. – №5. – С. 61–63
5. Первый опыт применения экзогенной NO-терапии в послеоперационном периоде при проведении восстановительных операций на гортани и трахее/ В. Н. Селин, В. Г. Зенгер, А. Н. Наседкин А. Н. и др. // Рос. оторинолар. – 2002. – №1 (1). – С. 86–87.
6. Реабилитация функций гортани с учетом эндокринного статуса – возможности нехирургической коррекции/ В. В. Дармаков, Н. Э. Бойкова, О. С. Орлова и др. // Журн. вушн., нос. I горл. хвор.. – 2008. – №4 – с. – С. 122–124
7. Фоломеев В. Н. Восстановительное лечение больных с постинтубационными стенозами гортани и трахеи: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. /ВН. Фоломеев. – М., 2001. – 36 с.
8. Царапкин Г. Ю. Комплексное лечение больных, перенесших хирургические вмешательства на гортани и трахее, в раннем послеоперационном периоде //Г. Ю. Царапкин, Е. А. Кирасирова// Доктор. Ру. – М. – 2004.
9. Чекан В. Л. Хронический паралитический стеноз гортани: этиология, сопутствующая патология, методы лечения/В. Л. Чекан// Рос. оторинолар. – 2004. – №5 (12). – С. 177–180
10. Amos A. F. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010/ A. F. Amos, D. J. McCarthy, P. Zimmet// Diabet Med. – 1997. – V. 14(suppl. 5). – P. 1–85.
11. Cam J. J. Lifetime costs of complications resulting from type 2 diabetes in the U. S./J. J. Cam, A. J. Ward, J. A. O'Brien// Diabetes Care. – 2002. – v. 25. – №5. – P. 476–81.
12. Chronic subglottic and tracheal stenosis: endoscopic management vs. surgical reconstruction/ M. Mandour, M. Remacle, P. Van de Heyning et al. // Eur. Arch Otorhinolaryngol. – 2003. – v. 260. – №7. P. 374–80.
13. Lorenz R. R. Adult laryngotracheal stenosis: etiology and surgical management/ R. R. Lorenz// Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. – 2003. – V. 11. – №6. – P. 467–72.
14. Thyroid surgery and voice-related outcomes/ N. P. McIvor, D. J. Flint, J. Gillibrand et al. // Aust N Z J Surg. – 2000. – v. 70. – №3. – P. 179–83.
15. Treatment guidelines for patients with hyperthyroidism and hypothyroidism. Standards of Care Committee, American Thyroid Association/P. A. Singer, D. S. Cooper, E. G. Levy et al. // JAMA. – 1995. – v. 273. – P. 808–12.

УДК: 616. 28–002–091. 8

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МИКОТИЧЕСКИХ ТРЕПАНАЦИОННЫХ ПОЛОСТЕЙ СРЕДНЕГО УХА

Т. Н. Буркутбаева

*Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,
г. Алматы*

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Д. Е. Жайсакова)

Отохирургам хорошо известно, что даже достижения научно-технического прогресса не исключают санирующей операции на среднем ухе у больных хроническим гнойным отитом. По определенным показаниям эту операцию производят еще многим больным. Но, защищая больного от грозных внутричерепных осложнений, санирующая операция среднего уха делает его инвалидом в отношении слуха. Нередко в оперированном ухе возникают различные патологические состояния. Одной из частых причин хронического воспалительного процесса в послеоперационной полости среднего уха является грибковое поражение. Отомикоз в нозологической структуре ЛОР-заболеваемости составляет 18,6%. Наиболее часто поражаются наружный слуховой проход (60,0–62,8%), послеоперационные полости среднего уха (до 20,0%), слизистая оболочка барабанной полости (до 18,0%) [1].



Число больных, перенесших санирующую операцию среднего уха, в настоящее время возрастает. Поэтому вопросы диагностики и лечения патологических состояний оперированного в прошлом среднего уха, вопросы реабилитации слуха у таких больных приобретают социальное значение, что определяет актуальность решения данной проблемы.

Хирургические неудачи при проведении оперативных вмешательств на ухе часто бывают обусловлены не выявленной до операции грибковой инфекцией. Тем не менее, значительный процент рецидивирования обусловлен тем, что послеоперационная полость остается открытой и имеет контакт с атмосферной средой, что не только не физиологично, но и способствует ее реинфицированию [2].

Некоторые авторы считают возможным определить термином «болезнь оперированного уха» симптомокомплекс местных и общих болезненных проявлений у больных, перенесших радикальную операцию. Этот термин, по их мнению, более полно отражает состояние больных после радикальной операции, в отличие от применяемого в практике и встречающегося в литературе термина «болезнь трепанационной полости» [3].

Цель исследования. Определить клинико-функциональные и патоморфологические особенности диагностики и разработать способ оптимизации лечения микотических послеоперационных полостей среднего уха.

Материалы и методы

Для определения значимости грибов в этиологии воспалительных заболеваний среднего уха и оценки эффективности лечения больных с микотическими поражениями среднего уха нами было обследовано и пролечено 60 больных с отомикозами в возрасте от 20 до 60 лет и старше. Всем больным проведено общеклиническое исследование, включающее: рентгенографию височных костей по Шюллеру, при необходимости – КТ височных костей, аудиологическое, микологическое, а в ряде наблюдений – и гистологическое исследование.

Отомикоз послеоперационной полости среднего уха был подтвержден у 25 больных. Из них 15 больным проведено лечение разработанным нами способом, включающим реоперацию, дооперационную и послеоперационную местную и общую антифугальную терапию, газацию послеоперационной полости среднего уха с последующей тимпанопластикой.

Контрольную группу составили 10 больных с микотическими незаживающими трепанационными полостями среднего уха с соответствующей возрастной категорией, которым проводилось традиционное лечение нистатином и местное антимикотическое лечение нитрофунгином.

Микологическая диагностика осуществлялась микроскопическим исследованием нативных препаратов субстратов из среднего уха. Также производили посев данного патологического материала на среду Сабуро и Чапека. Идентифицировали 5–7 дневные культуры грибов со спороношением, используя культурально-морфологические критерии идентификации: характер роста культуры гриба на агаризированных средах (макроморфология), микроморфологию гриба. 53 больным с отомикозом проведено цитологическое исследование с окраской по Романовскому–Гимза.

Критерием для суждения о возможности проведения слухоулучшающих операций у лиц, ранее оперированных на среднем ухе, брались данные патоморфологических исследований тканей лабиринтной стенки барабанной полости, удаленных во время операции, и функциональные показатели внутреннего уха до слухоулучшающей операции по тестам, характеризующим его состояние: уровень костной звукопроводимости и ее характер, данные костно-воздушной разницы, аудиологические тесты Ринне, Вебера, данные ФУНГа.

Результаты и обсуждение

Неэффективность консервативного лечения больных с вторичным микозом послеоперационной полости заключается в том, что, как правило, основной очаг грибкового поражения находится в малодоступных участках полости – за «шпорой», в мастоидальном отделе и в области верхушки сосцевидного отростка, нередко располагаясь под рубцово-эпидермальным лоскутом.

При цитологическом исследовании с окраской по Романовскому–Гимза у 53 больных с отомикозом споры, почкующие клетки составляют 54,76%, мицелий – 33,33%, а псевдомицелий 11,90% в структуре грибов при отомикозах (рис. 1).

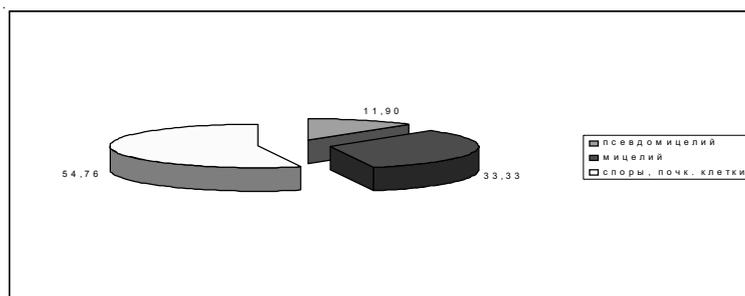


Рис. 1. Частота встречаемости вегетативных форм грибов при отомикозах.

Изучение распространенности вегетативных форм гриба у больных с отомикозами в различных возрастных группах не выявило статистически значимых различий ($P > 0,05$). Относительно места локализации также статистически значимых различий не выявлено (табл. 1).

Таблица 1

Частота встречаемости вегетативных форм гриба в зависимости от локализации микотического процесса (%)

Возрастные группы	Локализация вегетативных форм гриба (псевдомицелий)						Всего	
	Наружное ухо		Среднее ухо		Послеоперационная полость			
20–29 лет (n=9)	1	11,11±11,11	1	11,11±11,11	4	44,44±17,56	6	66,66±16,66
30–39 лет (n=9)	1	11,11±11,11	0	0	1	11,11±11,11	2	22,22±14,69
40–49 лет (n=13)	0	0	2	15,38±10,41	2	15,38±10,41	4	30,76±13,32
50–59 лет (n=15)	0	0	2	13,33±9,08	4	26,66±11,81	6	40,0±13,09
60 лет и старше (n=7)	0	0	2	28,57±18,44	0	0	2	28,57±18,44

Примечание: статистически достоверных различий при сравнении возрастных групп с местом локализации патологического процесса не выявлено ($P > 0,05$)

Нами был использован метод корреляции рангов для установления направления и силы связи между возрастом пациентов и частотой встречаемости вегетативных форм гриба. Рассчитанный коэффициент ранговой корреляции равен $r_{xy} = -0,25$, свидетельствует о слабой недостоверной связи.

В нашем наблюдении данные, полученные при отомикроскопии микотических трепанационных полостей среднего уха, представлены в таблице 2.

Дополнительное использование нами бактерицидно-фунгицидных свойств озона (O_3) и пластики барабанной перепонки позволило повысить эффективность лечения микотических послеоперационных полостей среднего уха.

Разработанный нами способ, включающий реоперацию, дооперационную и послеоперационную местную и общую антифугальную терапию, газацию послеоперационной полости среднего уха озоно-воздушной смесью с концентрацией озона 3,7 мг/л, экспозицией 8–10 минут 1 раз в сутки в течение 7–10 дней. Затем через 3–6 месяцев проводили контрольное микологическое исследование 3-хкратно с интервалом 10 дней. При отрицательных результатах микотического исследования производили тимпаноластику. В качестве трансплантата использовали аутохрящ козелка уха.



Таблица 2

Патоморфологическая характеристика микотической трепанационной полости у больных, перенесших радикальную операцию (по данным отомикроскопии)

Патоморфологические изменения трепанационной полости	Частота встречаемости	
	абс.	%
Полное эпидермальное покрытие	8	32,00±9,33
Слизисто-эпидермальное покрытие	9	36,00±9,60
Слуховая труба закрыта рубцовой тканью	2	8,00±5,43
Слуховая труба закрыта соединительнотканной мембраной	1	4,00±3,92
Слуховая труба закрыта сращением остатков барабанной перепонки с медиальной стенкой	1	4,00±3,92
Слуховая труба открыта	5	20,00±4,36
Остатки барабанной перепонки	19	76,00±8,54
Слуховые косточки или их остатки	12	48,00±9,99
Высокая шпора	6	24,00±8,54
Неполное удаление латеральной стенки аттика	5	20,00±8,00
Мукозит	2	8,00±5,43
Явления тимпаносклероза	3	12,00±6,50
Холестеатома	2	8,00±5,43
Полипозные изменения слизистой оболочки медиальной стенки барабанной части трепанационной полости	2	8,00±5,43

Преимуществом предлагаемого способа является то, что газация полости озono-воздушной смесью способствует глубокому проникновению озона в ретракционные каналы, обеспечивая более высокий терапевтический эффект. Кроме того, озono-воздушная смесь обладает как фунгицидным, так и бактерицидным действием, что также способствует предупреждению рецидивирования отомикоза послеоперационной полости среднего уха.

Операция тимпанопластика, т. е. формирование барабанной перепонки препятствует прямому контакту послеоперационной полости с атмосферной средой и таким образом предупреждает ее реинфицирование, способствует полному выздоровлению.

Пример клинического наблюдения.

Больная А. 30 лет, госпитализирована 15.02.2007 г. в ЛОР-отделение ГКБ №5, с жалобами на зуд в правом ухе, по поводу правостороннего хронического эпитимпанита, осложненного кариезом, грануляциями, полипом.

Объективный статус: В правой заушной области рубец без признаков воспаления. Наружный слуховой проход широкий с признаками мацерации кожи. Послеоперационная полость крупных размеров, эпидермизация послеоперационной полости неполная – отсутствует эпидермизация в барабанном сегменте, где наблюдается наличие патологического содержимого серого цвета, после удаления которого обнаружены мелкие кровотокающие грануляции, полип.

*Аудиограмма: смешанная форма тугоухости справа, тугоухость II–III степени. Микроскопия нативного препарата – обнаружен мицелий *Aspergillus fumigatus*. Культуральное исследование – *Aspergillus fumigatus*.*

Компьютерная томография височных костей – слуховые косточки отсутствуют, склероз в области клеток сосцевидного отростка.

Клинический диагноз: правосторонний хронический средний отит, состояние после радикальной операции на правом ухе. Микоз трепанационной полости среднего уха справа.

Проведено лечение: орунгал по 100 мг x 2 раза №7, местно – промывание раствором амфотерацина-В, газация озono-воздушной смесью с концентрацией озона 3,7 мг/л, экспозицией 10 минут. Введение турунды в наружный слуховой проход с 0,1% раствором экзодерила.

Операция – ревизия послеоперационной полости. Удаление полипа, грануляции в барабанном сегменте под микроскопом.

При патоморфологическом исследовании полипа отмечается наличие большого количества сосудов капиллярного типа с выраженным воспалением, формированием гранулем эпителиоидного типа (рис. 2).

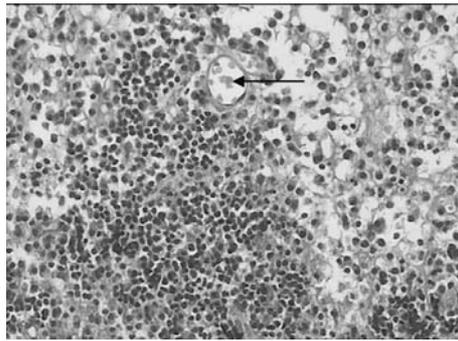


Рис. 2. Микоз трепанационной полости среднего уха справа. Полип с большим количеством сосудов капиллярного типа, отмечается формирование гранулемы эпителиоидного типа. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 400.

При окраске реактивом Шиффа внутриклеточно в зоне гранулем обнаруживаются ярко-красные, мелкие круглые образования (споры), также среди воспалительного инфильтрата встречаются мелкие включения малинового цвета в виде нитей и точек (рис. 3).

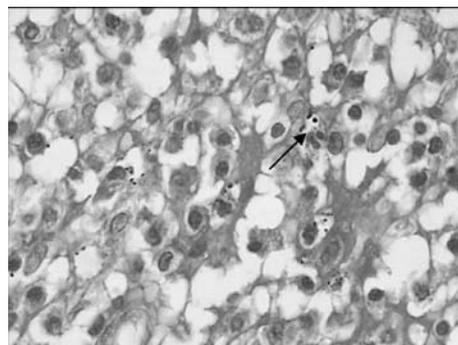


Рис. 3. Микоз трепанационной полости среднего уха справа. – PAS-реакция, ув. 1000.

В послеоперационном периоде назначен орунгал 100 мг х 2 раза в день, туалет послеоперационной полости с последующей газацией озоно-воздушной смесью концентрацией озона 3,7 мг/л, экспозиция 10 минут в течение 7 дней.

При контрольном исследовании на грибковую микробиоту отмечено наличие образования, покрытого многослойным плоским эпителием с участками изъязвления, строма отечная, рыхлая с очаговыми воспалительными инфильтратами вокруг сосудов, данных за наличие грибковой микробиоты нет (рис. 4).

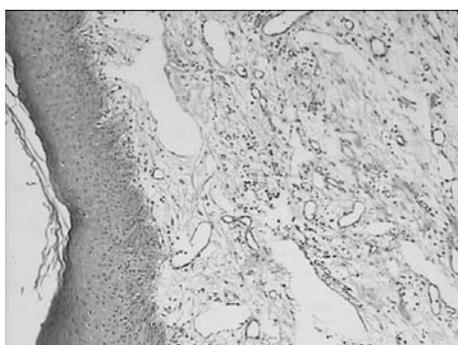


Рис. 4. Микоз трепанационной полости среднего уха справа после лечения. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100.



Амбулаторное наблюдение через 3 месяца микологическое исследование трехкратно с интервалом в 10 дней. Результаты микологического исследования отрицательные. 25. 05. 07 произведена операция – тимпаноластика по IV типу. Через месяц после операции – перфорации нет, отмечается полное приживание трансплантата.

Аудиограмма – сокращение костно-воздушного разрыва в пределах речевых частот на 20–25 дб, смешанная форма тугоухости I–II степени.

Наблюдение в динамике – признаков рецидива отомикоза в течение 6 месяцев не наблюдалось. У данной больной отмечен клинический и функциональный эффект, который выражается в местном излечении клинических проявлений отомикоза и в улучшении слуха до уровня I–II степени.

Таким образом, при наблюдении 25 больных с отомикозом послеоперационной полости среднего уха, из которых 15 больным было проведено комплексное лечение с применением озонотерапии, системных антифугальных препаратов, ревизией послеоперационной полости с последующей тимпанопластикой, отмечена эффективность лечения, выражающаяся в улучшении клинико-функционального результата: уменьшении количества рецидивов в 4,6 раза в исследуемой группе в сравнении с контрольной группой (13,00% и 60,00% соответственно).

Выводы:

1. Дифференцированный подход к анализу выявленных клинико-лабораторных, функциональных и патоморфологических изменений микотических трепанационных полостей среднего уха является одним из условий рационального планирования тимпаноластики при отомикозах среднего уха.
2. Озонотерапия в комплексном лечении микотических послеоперационных полостей среднего уха способствует повышению эффективности лечения отомикозов среднего уха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отомикоз: Метод. рекомендации / А. И. Крюков, В. Я. Кунельская, А. Н. Петровская и др. – М., 2002. – 12 с.
2. Патологические состояния оперированного в прошлом среднего уха и их хирургическое лечение. Метод. рекомендации. / Н. В. Мишенькин, В. И. Лошилов, Л. И. Иванова и др. – Омск, 1980. – 21 с.
3. Толстов Ю. П. О клиническом значении состояния трепанационной полости у больных, перенесших радикальную операцию на среднем ухе / Ю. П. Толстов, И. А. Аникин // Вестн. оторинолар. – 1999. – №1. – С. 44–46.

УДК: 616. 22–008. 5–036. 12–07–08

ВЕГЕТОКОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА

И. Ю. *Герасимова, Е. М. *Зеленкин, Н. В. **Мингалев**

**МЛПУ «Городская клиническая больница №1», г. Новокузнецк
(Главный врач – Д. Г. Даницгер)*

***ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава»*

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Н. В. Мингалёв)

****ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава», г. Москва
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)*

Несмотря на широкое внимание, уделяемое в научной литературе патологии голосовых расстройств, многие вопросы лечения, изучения нервно-соматического статуса, вегетативных нарушений у пациентов, остаются до настоящего времени недостаточно изученными [1, 12, 18, 19]. В терапии голосовых расстройств наибольшее распространение нашли медикаментозные