



Анализируя вышесказанное, можно сделать следующие **выводы:**

Таким образом, проведение больному этиопатогенетически обоснованного комплекса лечебных мер оториноларингологом, гастроэнтерологом и сомнологом позволяет получить положительный терапевтический эффект у 100% пациентов с нарушениями голоса сочетанными с синдромом обструктивного ночного апноэ во время сна ассоциированным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гастроэзофагеальный и фаринголарингеальный рефлюкс. / И. Е. Погосова, Т. Г. Завикторина, Ю. А. Солдатский и др. // Вестн. оторинолар. 2007; 5: 83–87.
2. Field SK. Gastroesophageal reflux and asthma: are they related? /S. K. Field. //J. Asthma 1999; 36:631–644
3. Gastroesophageal reflux in patients with sleep apnea syndrome. / K. I. Graf, M. Karaus, S. Heinemann, et al. / /Z Gastroenterol 1995; 33:689–693
4. Increase in gastroesophageal reflux during methacholine-induced bronchospasm. / D. W. Moote, D. A Lloyd, D. R., McCourtie et al. // J Allergy Clin Immunol 1986; 78:619–623.
5. Nasal CPAP reduces gastroesophageal reflux in obstructive sleep apnea syndrome. /P. Kerr et al. //Chest 1992, 101:1539–1544.
6. Prevalence of oesophagitis in asthmatics. / S. J. Sontag, T. G. Schnell, T. Q. Miller et al. //Gut 1992; 33:872–876

УДК: 616. 284–003. 2–08–039. 76

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Н. А. Милешина, В. В. Володькина

*ФГУ Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования,
г. Москва*

(Директор – проф. Г. А. Таварткиладзе)

Хронический экссудативный средний отит (ХЭСО) является частой причиной нарушения слуха у детей (2). В тяжелых случаях заболевание вызывает такие изменения среднего уха как атрофия, ретракция барабанной перепонки, адгезивный средний отит, холестеатома барабанной полости и т. д.

В патогенезе заболевания основная роль отводится нарушению функции слуховой трубы, особенно у детей, в анамнезе у которых отсутствуют сведения о недавно перенесенном остром среднем отите. Считается, что ХЭСО является следствием высокого отрицательного давления в среднем ухе из-за функциональной или механической обструкции слуховой трубы (1, 4). Функциональная обструкция, в основном, объясняет возрастную предрасположенность детей к ХЭСО. Причиной механической обструкции слуховой трубы может быть воспаление слуховой трубы и вторичный отек (потенциально воспаление провоцируется вирусной инфекцией верхних дыхательных путей) или механическая обструкция, наиболее часто свойственна гипертрофии аденоидных вегетаций, реже врожденным назофарингиальным кистам, ювенильной ангиофиброме или опухолевыми процессами в глотке (6).

В течение 25 лет в Дании проводили исследования слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей, сравнивая со слизистой оболочкой среднего уха у больных ХЭСО (8). Авторам удалось продемонстрировать, что в начальной стадии заболевания плоский эпителий перерождается в секреторный, и формируются слизистые железы в барабанной полости. В периоде накопления секрета в среднем ухе развивается патологически высокая плотность бокаловидных клеток и слизистых желез во всех полостях среднего уха. В дегенеративной стадии продукция секрета ослабевает благодаря дегенерации желез, и слизистая оболочка постепенно нормализуется.



Все вышеизложенное требует своевременной диагностики и лечения экссудативного среднего отита, особенно у детей, т. к. отсутствие симптомов острого воспаления ведет к запоздалому диагнозу.

Диагноз основывается на данных отоскопии, акустической импедансометрии, тимпанометрии, тональной пороговой аудиометрии (5). Для всех больных хроническим экссудативным средним отитом, находившихся под нашим наблюдением, были характерны тимпаногаммы типа В (классификация Jerger, 1971). Нарушение слуховой функции развивалось преимущественно по кондуктивному типу и составило в среднем 35 дБ. Проявления тугоухости зависели от количества экссудата, его вязкости и величины интратимпанального давления.

В 58 (9.2%) случаях необходимости дифференциальной диагностики мы проводили компьютерную томографию (КТ) височных костей, которая позволила оценить состояние костной части слуховой трубы, наличие секрета в полостях среднего уха или рубцовых изменений в барабанной полости, а также оценить сохранность цепи слуховых косточек.

Учитывая ведущую роль дисфункции слуховой трубы в патогенезе заболевания, мы рекомендуем проведение эндоскопии носоглотки для определения характера патологических изменений глоточного устья слуховой трубы и выявления сопутствующей патологии полости носа, начиная с ранних стадий заболевания. При хроническом течении ЭСО у обследованных больных это исследование было обязательным.

Что касается лечения больных ХЭСО, то мнение большинства авторов является единым – прежде всего, следует попытаться устранить все причины, вызвавшие нарушение функции слуховой трубы, а затем проводить практические мероприятия, направленные на восстановление слуха и предотвращение стойких изменений в среднем ухе (3, 7).

С 2001 по 2007 г. в клинике Центра аудиологии и слухопротезирования проведено лечение 732 больных хроническим экссудативным средним отитом. У всех больных к тубарной дисфункции привели хронические заболевания носа, околоносовых пазух и глотки. Всем была проведена их санация – это первый обязательный этап лечения.

В своей ежедневной практике, основанной на нашем многолетнем опыте лечения ХЭСО, мы провели местную противовоспалительную, сосудосуживающую и муколитическую терапию. Продувание слуховой трубы по Политцеру – эффективный метод лечения для детей дошкольного возраста. Больным старше 6–7 лет использовали катетеризации слуховой трубы с введением сосудосуживающих, антибактериальных, кортикостероидных и муколитических средств: растворы адреналина, дексаметазона, оксациллина, ампициллина, флуимуцила (курс составил 6–10 процедур).

Дополнительно мы назначали порошки, сиропы или таблетки муколитиков (АЦЦ, флуимуцил, флуифорт) в течение 10–14 дней для разжижения секрета в барабанной полости.

Нами использованы возможности физиотерапии у всех больных. Эндауральный фонофорез с флуимуцилом или электрофорез с иодистым калием (№8 – 10 процедур) способствуют разжижению секрета в полостях среднего уха (проведен 76% детей). Электрофорез эндауральный и на сосцевидный отросток с лидазой №8 – 10 использовался нами для предупреждения рубцевания, амплипульс на боковые поверхности шеи или диадинамические токи (№8 – 10) стимулировали работу мышц глотки (курсы лечения проведены соответственно в 24% и 12% случаев).

При проведении курсов лечения мы обязательно проводили аудиологический контроль эффективности лечения не только по данным тональной пороговой аудиометрии, но и акустической импедансометрии.

При неэффективности медикаментозного лечения хронического экссудативного среднего отита, мы переходили к хирургическому лечению – тимпаностомии (миринготомия в передне-нижнем квадранте барабанной перепонки с введением вентиляционной трубки). Всего было проведено 524 операции. В подавляющем большинстве случаев вводили вентиляционные трубки недолгого ношения (рассчитанные на 6–12 месяцев). Подходят трубки Армстронга, Шепарда, Рутер-Боббина. Пациенты, ранее леченые с использованием вышеперечисленных трубок, которым была показана повторная тимпаностомия, были кандидатами для операции с



использованием трубок длительного ношения (Леопольда, Маккейба, Т-образные трубки). В эту группу больных также входили дети с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба.

Ранее нами были патогенетически обоснованы 4 стадии течения экссудативного среднего отита: I – катаральная, II – секреторная, III – мукозная и IV – фиброзная. Соответственно с катаральной стадией заболевания больные в настоящее исследование не были включены. С секреторной стадией было 26% больных, им было первоначально проведено консервативное лечение, при неэффективности (22%) – хирургическое. При мукозной стадии (56% больных) нами сразу было проведено хирургическое лечение и при фиброзной (18%) – хирургическое и профилактика рубцевания. Результат лечения ХЭСО – восстановление слуховой функции – был достигнут в 100% случаев у больных с секреторной и мукозной стадиями заболевания и в 89% случаев у больных с фиброзной стадией.

Больные экссудативным средним отитом после проведенного лечения нуждаются в длительном, тщательном и правильном диспансерном наблюдении оториноларингологом и сурдологом. Представляется рациональным дифференцировать наблюдение за детьми с хроническим экссудативным средним отитом соответственно установленной стадии заболевания.

При I стадии экссудативного среднего отита и после первого этапа лечения при II стадии заболевания первый осмотр с аудиологическим контролем следует проводить через 1 мес. после санации верхних дыхательных путей. Среди особенностей обследования можно выделить появление полулунной формы «пятна» в передних квадрантах барабанной перепонки и наличие типа С тимпанограммы при проведении акустической импедансометрии. Наблюдение за детьми в дальнейшем следует осуществлять один раз в 3 мес. в течение двух лет.

После проведенной тимпаностомии первый осмотр больного следует проводить через 1 мес. после выписки из стационара. Из показателей отоскопии следует обратить внимание на степень инфильтрации барабанной перепонки и ее цвет. При проведении акустической импедансометрии определяется состояние слуховой трубы, по которому можно судить о степени восстановления ее проходимости. В дальнейшем аудиологический контроль осуществляется один раз в 3 мес. в течение 2 лет.

На местах введения вентиляционных трубок у 19% больных возможно появление очагов мирингосклероза.

При отоскопии у больных с IV стадией ХЭСО можно ожидать появления ателектазов барабанной перепонки, перфораций, вторичной сенсоневральной тугоухости. При наличии этих осложнений следует проводить курсы рассасывающей, стимулирующей и улучшающей микроциркуляцию терапии: фонофорез с лидазой эндаурально N10, инъекции лидазы внутримышечно в возрастной дозе N10.

При всех стадиях экссудативного среднего отита больной и его родители должны быть предупреждены об обязательном аудиологическом обследовании после эпизодов длительного ринита любой этиологии или воспаления среднего уха, так как эти заболевания могут спровоцировать рецидив заболевания, несвоевременная диагностика которого может привести к более тяжелой стадии течения ХЭСО.

Таким образом, выбор тактики лечения больных в зависимости от стадии течения экссудативного среднего отита дает возможность достигнуть восстановления слуховой функции у большинства больных, снизить рецидивы заболевания, что в свою очередь, позволяет признать высокую эффективность предложенного нами алгоритма ведения больных ХЭСО и мы рекомендуем его для использования широкому кругу практических оториноларингологов и сурдологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриев Н. С. Экссудативный средний отит у детей. /Н. С. Дмитриев, Н. А. Милешина, Л. И. Колесова. Метод. рекомендации. – М., 1996. – №96/2. – 20 с.
2. Детская оториноларингология. Руководство для врачей. /Под ред. М. Р. Богомилского, В. Р. Чистяковой. – М.: Медгиз, 2005.
3. Милешина Н. А. Муколитическое действие и эффективность N-ацетилцистеина в лечении больных экссудативным средним отитом. Н. А. Милешина. //Педиатрическая фармакология. – 2008. – Том 5. – №1 – С. 54–56.



4. Преображенский Н. А. Экссудативный средний отит. /Н. А. Преображенский, И. И. Гольдман. – М.: Медицина, 1987.
5. Таварткиладзе Г. А. Клиническая аудиология. /Г. А. Таварткиладзе – М., 1999. – 45 с.
6. Surgery of the Ear and Temporal Bone. /Под ред. J. B. Nadol, H. F. Schuknecht. – N.-Y.: Raven press, 1993.
7. Felding JU Middle ear gas – its composition in the normal and in the tabulated ear. A methodological and clinical study (Thesis). Acta otolaryngol 1998; suppl. 536:1–57
8. Tos M. Secretory Otitis Media. /M. Tos. // Otolaryngology in Denmak., 1999. – 73–88

УДК: 616. 21–08–039. 35

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ

**Н. А. Мирошниченко, Е. А. Кирасирова,
А. Б. Туровский, Ю. Н. Домбровская**

Городская клиническая больница им. С. П. Боткина, г. Москва

(Главный врач – проф. В. Н. Яковлев)

Московский научно-практический центр оториноларингологии ДЗ г. Москвы

(Директор – проф. А. И. Крюков)

На современном этапе развития медицины отмечается отчетливая тенденция увеличения числа больных, нуждающихся в проведении им реанимационных мероприятий [3]. В своей статье мы не будем рассматривать алгоритм ведения пациентов, поступающих в отделения интенсивной терапии в связи с развитием патологии ЛОР-органов. Нам хотелось бы осветить вопросы заболеваний ЛОР-органов, развивающихся у больных в результате их нахождения в реанимационных отделениях, основными из которых являются нозокомиальный синусит и постинтубационный стеноз гортани и трахеи. Для профилактики развития этих осложнений нами разработан и внедрен в ежедневную практику оптимальный алгоритм действий врача - оториноларинголога в отношении пациента, находящегося на длительной ИВЛ.

В клинической практике нозокомиальным принято считать синусит, развившийся в стационаре не ранее чем через 48 часов после госпитализации. Существует ряд особенностей возникновения и течения синусита в отделениях реанимации. К ним относятся:

- бессознательное состояние больного, затрудняющее диагностику;
- крайняя степень напряжения адаптационных процессов в организме;
- выраженное нарушение аэродинамики полости носа и околоносовых пазух, связанное с назотрахеальной интубацией и/или нахождением назогастрального зонда;
- длительным нахождением пациента в горизонтальном положении;
- часто в большинстве случаев имеется первичное инфицирование пазух внутрибольничными штаммами (*P. aeruginosae*, *K. pneumoniae*, *E. coli*, *S. aureus* и т. д.).

К группам риска в отношении развития нозокомиального синусита относятся больные, длительно находящиеся на искусственной вентиляции легких, при назогастральном зондировании, с травмами лицевого скелета.

В большинстве наблюдений нозокомиальный синусит диагностировался нами в сроки более 7 суток нахождения в реанимационном отделении.

У 95% пациентов синусит выявлен при КТ исследовании околоносовых пазух, у 3% пациентов диагноз поставлен на основании данных осмотра, у 2% – при рентгенографическом исследовании.

По нашим данным, чаще всего возбудителями являются микробные ассоциации – 82%, монокультура отмечена в 16%. Грамотрицательная флора выявлена в 69,5%, грамположительная в – 30,5%. Основную роль в развитии нозокомиального синусита играет *Pseudomonas* (46%), *Escherichia coli* (17%), *Proteus mirabilis* (7,2%). В 8,5% случаев выявлялись грибы, наиболее часто *Candida* [2].