



3. Больным ХГСО с патологией ВДП и высокой степенью микробной обсемененности барабанной полости УПМ и ПБ, миринопластика показана после санации ВДП и фармакологической коррекции показателей микробного биоценоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биргер М.О. Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследования. М.: Медицина, 1973. 325 с.
2. Оценка результатов хирургического лечения хронических отитов и реабилитация слуха с использованием усовершенствованных технологий / Р. К. Тулебаев [и др.]. Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. СПб., 2011. Т. 2. С. 358–360.
3. Фельдман Ю. М. Количественное определение бактерий в клинических материалах // Лабораторное дело. — 1984. — № 10. — С. 616–619.
4. Якшин А. А. Влияние микрофлоры наружного слухового прохода на приживание тимпанопластического лоскута при тимпанопластике у больных хроническим гнойным средним отитом. Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. СПб., 2011. Т. 2. С. 391–394.

Долгов Вячеслав Александрович — докт. мед. наук, проф. каф. оториноларингологии Оренбургской государственной медицинской академии. г. Оренбург, 460000, ул. Советская, 6, тел./факс (3532) 77-24-59 orgma@esoo.ru. дом. тел. (3532) 33-56-13; Лунькова Лариса Борисовна, оториноларинголог областного физкультурного диспансера. г. Оренбург, 460000, ул. Постникова, 11, тел. (факс) (3532) 77-01-84; Иванова Наталья Игоревна — оториноларинголог областного физкультурного диспансера, г. Оренбург, 460000, ул. Постникова, 11, тел. (факс) (3532) 77-01-84.

УДК: 616.285-002-085-089.163

МЕСТНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ В ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ К МИРИНОПЛАСТИКЕ

В. А. Долгов¹, Л. Б. Лунькова², Н. И. Иванова²

LOCAL MEDICATION IN THE PREPARATORY PERIOD TO THE CONSERVATIVE MYRINGOPLASTY

V. A. Dolgov, L. B. Lunkova, N. I. Ivanova

¹ ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Росздрава
(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

² Оренбургский областной физкультурный диспансер
(Директор — Ю. П. Мохов)

В статье представлены данные, свидетельствующие о высокой эффективности местного применения фторхинолонов у больных хроническим гнойным средним отитом в подготовительном периоде к миринопластике.

Ключевые слова: хронический средний отит, ремиссия, микрофлора, ципрофлоксацин, миринопластика.

Библиография: 8 источников.

The article presents the data being indicative of a high efficiency of local use of fluoroquinolones in patients with chronic purulent middle otitis in the preparatory period to myringoplasty.

Key words: chronic middle otitis, remission, microflora, ciprofloxacin, myringoplasty.

Bibliography: 8 sources.

На ранних сроках ремиссии хронического гнойного среднего отита (ХГСО) в барабанной полости могут встречаться различные ассоциации микроорганизмов [3,5]. При высокой обсемененности биотопа условно-патогенными или патогенными микроорганизмами выполнение миринопластики является нежелательным из-за возможности развития осложнений [2].

Цель работы: изучить состав микрофлоры и биологические свойства микроорганизмов в раннем периоде ремиссии ХГСО и установить эффективность местного использования фтор-



хинолонов в подготовительном периоде к миринопластике для «нормализации» микробного фона.

Пациенты и методы. Обследовано 25 больных от 18 до 62 лет в первые сутки ремиссии ХГСО. Клиническое обследование включало осмотр ЛОР-органов, акуметрию, рентгенографию височных костей по Шюллеру и Майеру, лабораторные анализы крови и мочи. Микробиологическое исследование заключалось в бактериологическом анализе смыва стерильного физиологического раствора из барабанной полости. При выделении и идентификации чистых культур бактерий определялся общий показатель микробной обсемененности (ОПМО) по методике Ю.М. Фельдмана [7] и факторы патогенности — гемолитическая активность (ГА) бактерий по общепринятой методике [1].

Показанием для проведения местной медикаментозной терапии в подготовительном периоде к миринопластике являлась высокая степень микробной обсемененности барабанной полости условно-патогенными микроорганизмами (по таблице Фельдмана Ю. М. ОПМО > 10⁵ КОЕ/тампон), или наличия в биотопе патогенных бактерий. Из литературы известно об эффективности и безопасности использования хинолонов в топической терапии средних отитов [4, 6, 8]. В нашей работе использовался 0,3 % раствор ципрофлоксацина из группы фторхинолонов. Антибиотик вводился эндаурально по 5 капель 2 раза в день в течение 5 дней. До и после лечения проводилось бактериологическое исследование смыва из барабанной полости.

Результаты исследования. При отоскопии у всех пациентов в первые сутки ремиссии ХГСО слуховые проходы были широкими свободными. Барабанные перепонки серого цвета, умеренно отечны с сухой центральной перфорацией размером от 3 до 6 мм в диаметре. Шепотная речь воспринималась на расстоянии 2-3 метра от ушной раковины.

По составу высеваемой из барабанной полости микрофлоры и степени микробной обсемененности все пациенты были разделены на две группы. В первой группе, состоящей из 14 пациентов, микрофлора биотопа была представлена условно-патогенными микроорганизмами (коагулазоотрицательными стафилококками [КОС], энтеробактериями и коринебактериями) с низким уровнем ГА (5,6 ± 1,2 мм) и невысоким уровнем микробной обсемененности (ОПМО менее 10⁵ КОЕ/тампон). Во второй группе (11 больных) из барабанной полости высеивались штаммы золотистого стафилококка в монокультуре или в ассоциациях с КОС, энтеробактериями, бациллами. Средний показатель ГА бактерий составил 8,9 ± 0,5 мм, а ОПМО был выше 10⁵ КОЕ/тампон, что свидетельствовало о высокой степени микробной обсемененности биотопа.

На основании результатов бактериологического исследования местная медикаментозная терапия была проведена только больным ХГСО из второй группы. Через 5 дней лечения у 8 пациентов из состава микрофлоры барабанной полости исчезли штаммы золотистого стафилококка и бациллы, а ОПМО биотопа снизился и был менее 10⁵ КОЕ/тампон. У 1 пациента из барабанной полости высеивались в монокультуре единичные штаммы золотистого стафилококка с низким уровнем гемолитической активности, у 2 — посев из биотопа был стерильным.

Выводы

1. Выявлено различие в составе микрофлоры и степени микробной обсемененности барабанной полости в раннем периоде ремиссии ХГСО.

2. Показанием для проведения топической медикаментозной терапии являлось наличие в биотопе симбиоза патогенных и условно-патогенных микроорганизмов с высоким ОПМО (более 10⁵ КОЕ/тампон).

3. Результаты бактериологического исследования смыва из барабанной полости до и после лечения показали высокую эффективность местного использования раствора ципрофлоксацина для «нормализации» микробного фона биотопа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биргер М. О. Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследования. М.: Медицина. 1973. 325 с.
2. Долгов В. А. Роль микробного биоценоза слизистой оболочки носа, барабанной полости в патогенезе, прогнозировании среднего отита и выборе рациональной терапии мезотимпанита: автореф. дис... докт. мед. наук. Оренбург, 2007. 45 с.



3. Мишенькин Н. В. Хроническое воспаление среднего уха. Руководство по оториноларингологии. М.: Медицина. 1994. — С. 110–132.
4. Оценка результатов хирургического лечения хронических отитов и реабилитация слуха с использованием усовершенствованных технологий /Р. К. Тулебаев [и др.]. Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. СПб., 2011. т. 2. С. 358–360.
5. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевание среднего уха. М.: Медицина, 1988. 286 с.
6. Тарасова Г. Д. Тактика лечения больных с воспалительными заболеваниями уха // Рос. оторинолар. — 2007. — № 1. — С. 202–206.
7. Фельдман Ю. М. Количественное определение бактерий в клинических материалах // Лабораторное дело. — 1984. — № 10. — С. 616–619.
8. Roland P. S., Wall G. M. Ciprofloxacin — dexamethason topical drops for management of otic infections // Expert Opin Pharmacother 2008. — 9(17). — 3129–35.

Долгов Вячеслав Александрович — докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Оренбургской ГМА. г. Оренбург, 460000, ул. Советская, 6, тел./факс (3532) 77-24-59 orgma@esoo.ru. дом. тел. (3532) 33-56-13;
Лунькова Лариса Борисовна — оториноларинголог областного физкультурного диспансера. г. Оренбург, 460000, ул. Постникова, 11, тел.(факс) (3532) 77-01-84; **Иванова** Наталья Игоревна — оториноларинголог областного физкультурного диспансера. г. Оренбург, 460000, ул. Постникова, 11, тел.(факс) (3532) 77-01-84.

УДК 616.284-002.153:616.323-007.61]-053.3

ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМ СИНДРОМОМ

М. В. Дроздова, Ю. С. Преображенская, Е. В. Тырнова

EXUDATIVE OTITIS MEDIA IN THE CHILDREN WITH CHRONIC LYMPHOPROLIFERATIVE SYNDROME

M. V. Drozdova, I. S. Preobrazhenskaia, E. V. Tyrnova

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий»

(Директор — засл. врач РФ Ю. К. Янов)

Исследовали 157 пациентов с хроническим лимфопролиферативным синдромом (ХЛПС) на наличие в сыворотке крови маркеров активности воспалительного процесса (С-реактивный белок, ревматоидный фактор), инфекционных агентов (ЦМВ, ВЭБ-инфекция, бета-гемолитического стрептококка). При сопоставлении полученных данных с результатами клинико-аудиологического обследования установлено вовлечение в патологический процесс среднего уха с формированием рецидивирующего течения экссудативного среднего отита. Выполнено распределение больных по стадиям экссудативного среднего отита (катаральная стадия — 69, экссудативная — 63, мукозная — 15). В большинстве случаев в этиологической структуре ХЛПС с развитием катаральной и экссудативной стадии секреторного среднего отита (83,7% случаев), установлено смешанное инфицирование герпесвирусной инфекцией и бета-гемолитическим стрептококком. В то же время мукозная стадия секреторного среднего отита («клейкое ухо») диагностирована у 10% детей при отсутствии маркеров герпесвирусной инфекции.

Ключевые слова: вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ), цитомегаловирус (ЦМВ), бета-гемолитический стрептококк, экссудативный средний отит, лимфопролиферативный синдром, дети.

Библиография: 14 источников.

157 children with chronic lymphoproliferative syndrome were included in the study. In this group of patients plasma content of markers of inflammatory process activity (C reactive protein and rheumatoid factor) and infectious agents (Cytomegalovirus, Epstein-Barr virus, Beta-Haemolytic Streptococcus) were measured. Comparing the obtained data with results of audiologic investigation we managed to reveal involvement of middle ear in the pathologic process with formation of exudative otitis media. The patients were distributed to several subgroups according to exudative otitis media stage: catarrhal stage (n = 69), exudative stage (n = 63), fibrous stage (n=15). In most patients with chronic lymphoproliferative syndrome developing catarrhal and exudative stage of secretory otitis media (83,7%) the etiologic agent