



ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ причин запущенности больных со злокачественными новообразованиями ЛОР-органов в Москве / А. М. Сдвижков [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2008. – № 2. – С. 42–45.
2. Внутритканевая фотодинамическая терапия в лечении новообразований шеи / С. А. Карпищенко [и др.] // Вестн. Рос. воен.-мед. академии. – 2010. Приложение 1. – Т. 31, № 3. – С. 39–39.
3. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность) / В. И. Чиссов [и др.]. М.: МНИОИ им П. А. Герцена, 2011. – 259 с.
4. Кочнева Е. В. Результаты II фазы клинического исследования фотосенсибилизатора радахлорин у больных базально-клеточным раком кожи, проведенного в Челябинской городской клинической больнице № 1 // Рос. биотерапевт. журн. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 92–95.
5. Dysphagia following chemoradiation for locally advanced head and neck cancer / N. P. Nguyen [et al.] // Ann. Onc. – 2004. – Vol. 15. – P. 383–388.
6. Factors associated with severe late toxicity after concurrent chemoradiation for locally advanced head and neck cancer: an RTOG analysis / M. Machtay [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2008. – Vol. 26, N 21. – P. 3582–3589.
7. Henderson B. W., Dougherty T. J. How does photodynamic therapy work? // Photochem. Photobiol. – 1992. – Vol. 55, N 1. – P. 145–157.
8. Photophysics and photochemistry of photodynamic therapy: fundamental aspects / K. Plaetzer [et al.] // Lasers Med. Sci. – 2009. – Vol. 24, N 2. – P. 259–268.
9. Photosensitizers in clinical PDT / R. R. Allison [et al.] // Photodiagnosis and Photodynamic Therapy. – 2004. – Vol. 1, issue 1 – P. 27–42.

Карпищенко Сергей Анатольевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: 8-812-499-70-19, e-mail: karpischenkos@mail.ru

Рябова Марина Андреевна – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: 8-812-499-70-19, e-mail: marinaryabova@mail.ru

Улупов Михаил Юрьевич – врач клиники оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8. тел.: 8-812-499-71-76, 8(911)-8-812-294-23-09; e-mail: mike.ulupov@gmail.com

Петров Николай Леонидович – врач клиники челюстно-лицевой хирургии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: 8-812-499-71-78.

УДК 616.284-002.3-089.168.1: 615.28(571.122)

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С ПОМОЩЬЮ ТИМПАНОДИАЛИЗА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НАСЕЛЕНИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Н. А. Конаков¹, Н. В. Ерёмкина²

IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA AMONG THE POPULATION OF THE FAR NORTH THROUGH TYMPANODIALIZ IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

N. A. Konakov, N. V. Eremina

¹ ГМУЗ «Пыть-Яхская окружная больница», г. Пыть-Ях, Ханты-Мансийский автономный округ (Главный врач – канд. мед. наук В. А. Гильванов)

² ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Ректор – лауреат Гос. премии РФ, дважды лауреат премии Правительства РФ, засл. деят. науки РФ, акад. РАМН, проф. Г. П. Котельников)

Для повышения эффективности санирующего хирургического вмешательства на ухе у больных хроническим гнойным средним отитом, проживающих в районах Крайнего Севера, разработан и применен метод комплексного лечения, предусматривающий проведение тимпаноидиализа в ближайший после-

операционный период. Разработано новое устройство для выполнения тимпанодиализа. Сравнительная оценка эффективности хирургического лечения с тимпанодиализом у 58 пациентов основной группы и без выполнения тимпанодиализа у 70 пациентов контрольной группы свидетельствовала о преимуществах предложенной методики лечения как у коренного, так и «пришлого» населения.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, хирургическое лечение, тимпанодиализ, Крайний Север.

Библиография: 26 источников.

To increase the effectiveness of putting on the ear surgery in patients with chronic purulent otitis average, living in the Far North, developed and applied a new method of combined treatment consisting of tympanodializ in the immediate postoperative period. We developed a new device to perform tympanodializ. Comparative evaluation of the effectiveness of surgical treatment of 58 patients with tympanodializ from the main group and run tympanodializ from 70 patients control group showed the benefits of the proposed method of treatment as indigenous and non-indigenous populations.

Key words: chronic purulent otitis media, surgical treatment, tympanodializ, Far North.

Bibliography: 26 sources.

Хроническое гнойное воспаление среднего уха как очаг гнойной инфекции и как одна из основных причин тугоухости продолжает оставаться сложной проблемой современной медицинской науки и практики [1–3, 7, 20, 21, 23]. Среди оториноларингологических стационарных больных доля лиц с воспалительными заболеваниями среднего уха велика и составляет 16–25% [11, 15, 16, 19]. Медицинская и социальная значимость хронического гнойного среднего отита определяется длительным течением заболевания, случаями временной и стойкой утраты трудоспособности, дизадаптацией больного в обществе из-за снижения слуха, возможностью развития внутричерепных осложнений с последующей инвалидностью или даже летальным исходом [4, 5, 12–14, 22, 25]. Это особенно актуально для населения Крайнего Севера, поскольку суровые климатические условия и частые гиповитаминозы, отдаленность от современных высокотехнологичных медицинских центров и другие факторы оказывают влияние как на течение хронического гнойного среднего отита, так и на выбор метода лечения и его результативность [17, 18].

Для повышения эффективности хирургического лечения хронического гнойного среднего отита у населения необходимы дальнейшее совершенствование используемых методик, разработка новых, в том числе комплексных, методов хирургического и медикаментозного воздействия на очаг гнойной инфекции в полостях среднего уха [6, 8–10, 24, 26].

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения хронического гнойного среднего отита у коренного и «пришлого» населения Крайнего Севера путем использования в комплексном лечении тимпанодиализа в раннем послеоперационном периоде.

Пациенты и методы исследования. Исследование выполнено на материале клинических наблюдений 128 пациентов с хроническим эпитимпанитом и эпимезотимпанитом. Всем больным было проведено хирургическое вме-

шательство в Тазовской центральной районной больнице Ямало-Ненецкого автономного округа в 2001–2006 годах.

Коренного населения (ненцев) было 47 человек, из них 27 – оседлого и 20 – кочующего. Мужчин было 29 (61,7%), женщин 18 (38,3%); возраст – от 23 до 55 лет. Односторонняя локализация патологического процесса отмечена у 37 (78,7%) пациентов: правосторонняя у 25 человек (53,2%), левосторонняя у 12 пациентов (25,5%). Двусторонний характер заболевания зарегистрирован у 10 больных (21,3%). Всего у коренного населения прооперировано 57 ушей, у оседлого – 33, у кочующего – 24.

Пациентов некоренного населения было 81 человек, из них 64 человека – длительно живущих на территории района (10 лет и более) – и 17 человек – работающих вахтовым методом. Мужчин было 57 (70,4%), женщин – 24 (29,6%). Возраст больных соответствовал 25–55 годам. Односторонняя локализация патологического процесса выявлена у 62 (76,5%) пациентов: правосторонняя у 34 человек (42,0%), левосторонняя у 28 пациентов (34,6%). Двусторонний характер заболевания зарегистрирован у 19 больных (23,5%). Всего у некоренного населения прооперировано 100 ушей: 75 – у длительно проживающих в районе, 25 – у работающих вахтовым методом.

Итого в исследовании проанализированы результаты 157 saniрующих операций, проведенных 128 больным хроническим гнойным средним отитом. Из 47 больных коренного населения у 18 (38,3%) выявлен эпитимпанит, у 29 (61,7%) – эпимезотимпанит. Среди 81 пациента некоренного населения эпитимпанит диагностирован в 51 (63,0%), эпимезотимпанит – в 30 (37,0%) наблюдениях. Обследование больных хроническим гнойным воспалительным процессом среднего уха включало сбор жалоб, анамнеза заболевания, эндоскопическое исследование ЛОР-органов, исследование слуховой функции с заполнением слухового паспорта, тональную пороговую аудио-



метрию, исследование микрофлоры барабанной полости, рентгенографию в проекции по Шюллеру и Майеру, компьютерную томографию височных костей.

Проведен анализ эффективности двух схем лечения. На основе случайного выбора все пациенты были разделены на две группы. Основную (группу 1) составили 58 человек, из которых 25 были коренного населения и 33 – некоренного населения. Контрольная группа (группа 2) состояла из 70 человек – 22 пациентов коренного населения и 48 некоренного населения, которым была выполнена saniрующая операция по Цауфалю–Левину. Пациентам основной группы дополнительно проводили тимпанолиз послеоперационной полости в раннем послеоперационном периоде с использованием специально разработанного устройства согласно предложенной нами методике. Сравнительную оценку результатов лечения осуществляли по состоянию слуховой функции, сроку эпителизации послеоперационной полости, частоте обострений после операции в ближайшие – через 3 и 6 месяцев – и отдаленные – через 1 год – сроки.

Результаты исследования. Выраженность деструктивного процесса при хроническом гнойном среднем отите у пациентов Крайнего Севера определяла объем хирургического лечения. Для повышения его эффективности нами разработана методика комплексного лечения, предусматривающая после выполнения saniрующей операции по Цауфалю–Левину выполнение в раннем послеоперационном периоде тимпанолиза с помощью специально разработанных устройств (патент на полезную модель № 55586 от 02.08.2006 г. и № 58351 от 27.11.2006 г.).

Устройство для ирригационной терапии послеоперационной полости (рис. 1) представлено двухканальной силиконовой трубкой – ирригатором-дренажом, каналы которой соединяют послеоперационную полость с емкостью вакуум-

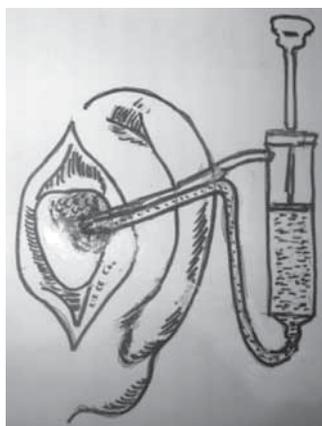


Рис. 1. Схема устройства для тимпанолиза послеоперационной полости

ного аппарата и емкостью, содержащей раствор антисептика. Отрицательное давление создается путем механического давления штока поршня на раствор антисептика в цилиндрическом корпусе, где размещается шток поршня. Последний разделяет полость корпуса на две части: полость с отрицательным давлением и полость, где находится раствор антисептика. Обе части ирригационного устройства соединены с соответствующими каналами ирригационной трубки. Емкость аппарата составляет 500 мл, но объем используемого раствора зависит от выраженности деструктивных изменений и особенностей микрофлоры до операции, характера раневого отделяемого. В соответствии с продолжительностью действия лекарственного препарата каждые 5 ч в послеоперационном периоде производилась ирригация послеоперационной полости раствором в объеме 20 мл.

Результат хирургического лечения хронического гнойного среднего отита в обеих группах был оценен соответственно критериям «выздоровление», «улучшение», «отсутствие положительной динамики». Ухудшения не было ни в одном наблюдении.

За оценку «выздоровление», что соответствовало стойкой ремиссии, было принято состояние пациента при отсутствии жалоб на выделения из уха, отсутствии признаков обострения при отоскопии, наличии сапрофитной и (или) условно патогенной микрофлоры в мазке среднего уха, отсутствии рецидивов за период исследования. Оценка «улучшение» ставилась при отсутствии жалоб на оторею, отсутствии отоскопических признаков обострения хронического гнойного среднего отита, наличии условно патогенной микрофлоры в мазке среднего уха, увеличении продолжительности межрецидивного периода, наличии не более одного обострения в течение трех месяцев в послеоперационном периоде. За оценку «отсутствие положительной динамики» было принято состояние при наличии жалоб на гноетечение из уха, объективно выявленных при отоскопии признаков обострения хронического гнойного среднего отита, двух и более обострений заболевания за период исследования, наличии патогенной микрофлоры в мазке из среднего уха. Пациенты осматривались в динамике: в раннем послеоперационном периоде через 7–9 дней и 1 месяц, а также через 3 и 6 месяцев, через 1 и 3 года.

После применения комплексного лечения хронического гнойного среднего отита у больных основной группы коренного населения в 52,9% наблюдений эпителизация послеоперационной полости происходила в течение 20–25 дней. В контрольной группе таких результатов не выявлено. Через 25–30 дней после операции эпителизация послеоперационной полости в основной груп-

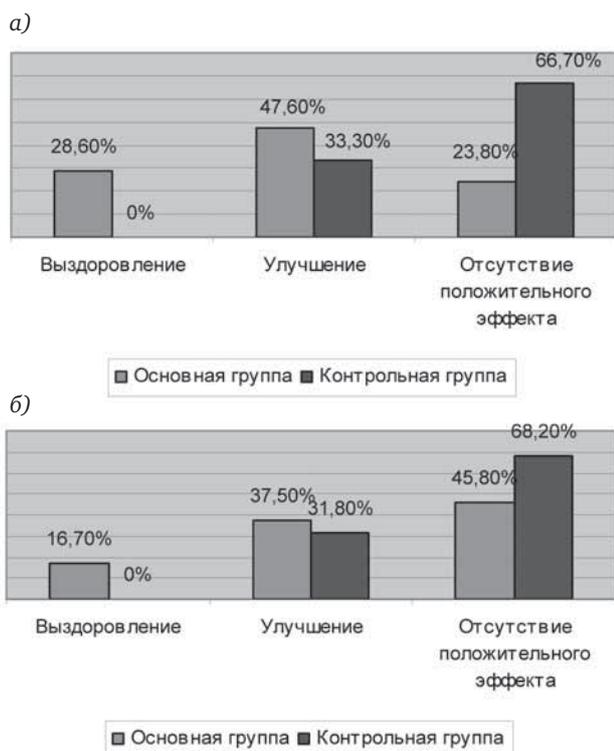


Рис. 2. Сравнительная оценка эффективности (исходов) хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом через 1 год после лечения у коренного (а) и некоренного (б) населения.

пе отмечена в 47,1% наблюдений, что оказалось в 1,3 раза чаще, чем в контрольной группе – 35,7%. Сроки эпителизации послеоперационной полости у пациентов коренного населения контрольной группы чаще соответствовали 30–35 дням – в 53,6% и даже 35–40 дням – в 10,7% наблюдений.

У больных хроническим гнойным средним отитом некоренного населения после проведения комплексного лечения эпителизация послеоперационной полости в течение 20–25 дней наступала в 31,2% наблюдений. Тот же результат был достигнут в течение 25–30 дней в основной группе в 65,62% наблюдений, в контрольной – в 26,5%, т. е. в 2,5 раза реже. В течение 30–35 дней эпителизация послеоперационной полости завершалась в основной группе в 3,13% наблюдений, а в контрольной – в 50,0%, т. е. в 15,9 раза чаще. Послеоперационный период длился 35–40 дней только в контрольной группе, составив 23,5% наблюдений.

Через 1 год после операции (рис. 2) исход «выздоровление» у пациентов коренного населения основной группы был отмечен в 28,6% наблюдений, среди больных контрольной группы такого исхода не отмечено. «Улучшение» у больных коренного населения основной группы наблюдалось в 47,6%, что было в 1,4 раза чаще, чем в контрольной группе – 33,3%. Исход «отсутствие положительного эффекта» у пациентов коренного населения основной группы наблюдался в 23,8%, т. е. в 2,8 раза реже, чем в контрольной группе – 66,7%.

У пациентов некоренного населения через 1 год после проведенного комплексного лечения «выздоровление» отмечено в основной группе в 16,7% наблюдений, в контрольной группе такого исхода не выявлено. «Улучшение» у пациентов некоренного населения отмечено в основной группе в 37,5%, в контрольной – в 31,8% наблюдений. «Отсутствие положительного эффекта» через 1 год после проведенного лечения у пациентов некоренного населения основной группы было в 45,8% наблюдений, что в 1,5 раза реже, чем в контроле – 68,2%.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о преимуществах комплексного лечения хронического гнойного среднего отита, включающего выполнение санирующего хирургического вмешательства и тимпанолиза в раннем послеоперационном периоде как у коренного, так и у некоренного населения.

Преимущества предложенной комплексной методики лечения хронического гнойного среднего отита выражались более ранними сроками эпителизации послеоперационной полости, более частым наступлением исхода «выздоровление» как в ближайшем, так и в отдаленном периодах.

Разработанную методику тимпанолиза после санирующей операции на ухе у больных хроническим гнойным средним отитом целесообразно шире использовать для повышения эффективности хирургического лечения данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин И. А., Ситников В. П., Аникин М. И. Анатомическое обоснование хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом с рубцовым заращением тимпанального устья слуховой трубы // Рос. оторинолар. – 2004. – № 4. – С. 38–40.
2. Астащенко С. В., Аникин И. А., Карапетян Р. В. Причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших санирующие вмешательства на среднем ухе. Ретроспективный анализ // Там же. – 2011. – № 6. – С. 3–11.
3. Бобров В. М. Анализ патологического процесса при хроническом гнойном среднем отите; хирургическая тактика // Вестн. оторинолар. – 1997. – № 3. – С. 49–51.
4. Быстренин Е. А., Быстренина Л. В. Обеспечение полного и стойкого санирующего эффекта – основное требование к операциям, выполняемым при эптитимпаните // Там же. – 1999. – № 3. – С. 31–32.



5. Гусева А. Л. Особенности изменения слуховой и вестибулярной функций при ХГСО // Тез. докл. V Всерос. конф. оториноларингологов. – М., 2006. – С. 111–112.
6. Егоров Л. В., Муратов М. В., Курьянова Ю. А. Пневматизация сосцевидных отростков височной кости в диагнозе и прогнозе хирургического лечения хронических гнойных средних отитов у детей // Рос. оторинолар. – 2010. – № 1. – С. 111–115.
7. Еремеева К. В., Кулакова Л. А., Лопатин А. С. Особенности saniрующих реопераций на среднем ухе // Там же. – 2009. – № 4. – С. 45–47.
8. Загайнова Н. С., Бродовская О. Б. О хирургическом лечении хронического гнойного среднего отита // Там же. – 2008. – Прил. № 2. – С. 247–249.
9. Карапетян Р. В., Аникин М. И., Бокучава Т. А. Выбор тактики хирургического лечения пациентов с хроническим эпиаантральным средним отитом с холестеатомой в зависимости от распространенности патологического процесса // Там же. – 2013. – № 2 (63). – С. 39–46.
10. Комплексный подход к лечению больных хроническим средним отитом (сообщение I) / В. В. Дворяничков [и др.] // Там же. – 2004. – № 6. – С. 10–14.
11. Овчинников Ю. М. Оториноларингология. – М.: Медицина, 2005. – 365 с.
12. Песоцкая М. В., Макарина Л. Э. Операции закрытого типа на среднем ухе // Там же. – 2008. – Прилож. №2. – С. 190–192.
13. Причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения хронического гнойного среднего отита / И. А. Аникин [и др.] // Там же. – 2007. – № 5. – С. 3–8.
14. Реабилитация пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших радикальную операцию на среднем ухе в современных условиях / С. В. Астащенко [и др.] // Там же. – 2011. – № 4. – С. 22–27.
15. Руководство по оториноларингологии / Под ред. И. Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – 608 с.
16. Семенов Ф. В., Волик А. К. Тактика хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом при различных формах патологического процесса в среднем ухе // Проблемы и возможности микрохирургии уха: мат. конф. – Оренбург, 2002. – С. 110–113.
17. Ситников В. П. Особенности хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом в условиях Крайнего Севера: мат. к совещанию Проблемной комиссии по оториноларингологии Ученого медицинского Совета Минздрава РСФСР и Республ. науч.-практ. корф. оториноларингологов: тез. сообщ. – М., 1980. – С. 317–318.
18. Ситников В. П., Набиль А. Н., Хусам Э. Р. К вопросу о «болезни оперированного уха» / VIII съезд оториноларингологов Украины: тез. докл. – Киев, 1995. – С. 293–294.
19. Ульянов Ю. П., Шадыев Х. Д., Шадыев Т. Х. Хронический средний отит: учеб. пособие для практ. врачей по оторинолар. – М., 2007. – 202 с.
20. Шиленков А. А. Подходы к хирургическому лечению ретракционных карманов среднего уха // Рос. оторинолар. – 2009. – Прил. № 1. – С. 285–290.
21. Янов Ю. К. Этиопатогенетическое обоснование симультантной тимпанопластики / Мат. ежегод. традиц. осенней конф. Украинского науч. мед. общ-ва оториноларингологов. – Харьков, 2004. – С. 78.
22. Derection of postoperative residual cholesteatoma with delayed contrast-enhanced MR imaging: initial findings / M. T. Williams [et al.] // Eur. Radiol. 2003. – Vol. 13, N 1. – P. 169–174.
23. Ho Steven Y., Kveton John F. Efficacy of the 2-Stage Procedure in the Management of Cholesteatoma // Arch. Otolaryngol., Head neck Surg. – 2003. – Vol. 129. – P. 541–545.
24. Intraoperative findings in revision chronic otitis media surgery / A. Faramarzi [et al.] // Arch. Iran. Med. – 2008. – Vol. 11, N 2. – P. 196–199.
25. Nadol J. B. Revision mastoidectomy // Otolaryngol. Clin. North Am. – 2006. – Vol. 39, N 4. – P. 723–740.
26. Results of revision mastoidectomy / S. Berçin [et al.] // Actaotolaryngol. – 2009. – Vol. 129, N 2. – P. 138–141.

Конаков Николай Александрович – зав. ЛОР-отделением Пыть-Яхской окружной больницы Ханты-Мансийского автономного округа. ХМАО, г. Пыть-Ях, ул. Православная, д. 10; e-mail: konakov.64@mail.ru

Ерёмина Наталья Викторовна – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова Самарского ГМУ: 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89; e-mail: erjominalor@mail.ru