УДК: 616.284-002.2-089.87

ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ САНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СРЕДНЕМ УХЕ. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

С. В. Астащенко, И. А. Аникин, Р. В. Карапетян

THE CAUSES OF UNSATISFACTORY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA, WHO UNDERWENT CANAL WALL DAWN PROCEDURE IN THE MIDDLE EAR. A RETROSPECTIVE ANALYSIS

S. V. Astashchenko, I. A. Anikin, R. V. Karapetian

ФБГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России»
(Директор – засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

В данной статье приведен анализ 100 медицинских карт стационарных пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших ранее санирующую операцию на среднем ухе. По данным интраоперационных находок были выявлены основные причины неудовлетворительных результатов (как функциональных, так и морфологических) оперативного лечения этой категории пациентов.

Ключевые слова: *хронический гнойный средний отит, консервативно-щадящая радикальная операция, холестеатома, реоперация.*

Библиография: *22 источника.*

This article analyzes 100 in-patient medical cards with chronic suppurative otitis media who underwent canal wall dawn procedure in the middle ear. On the base of intraoperative findings we revealed the main causes of unsatisfactory results (both functional and morphological) of these patient's surgical treatment.

Key words: *chronic suppurative otitis media, canal wall dawn procedure, cholesteatoma, reoperation.*

Bibliography: *22 sources.*

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) по-прежнему остается одной из ведущих причин тугоухости высокой степени у лиц трудоспособного возраста, что определяет его социальную значимость [6]. Холестеатома среднего уха, по данным отечественных и зарубежных авторов, выявляется у 24–63% больных с ХГСО независимо от локализации перфорации барабанной перепонки [9, 11, 13, 14]. Наличие холестеатомы является абсолютным показанием к проведению оперативного вмешательства на среднем ухе [5]. Несмотря на развитие микрохирургической техники и успехи отохирургии, при распространении патологического процесса для тщательного и полного удаления патологических тканей (вросшего эпидермиса и холестеатомы) нередко приходится выполнять радикальную операцию на среднем ухе. Как известно, оперированное ухо после проведения радикальной операции продолжает беспокоить пациента [3, 19, 20]. Кроме выраженной тугоухости у пациентов, перенесших общеполостную операцию на ухе, сохраняются частые обострения воспалительного процесса, постоянные или периодические выделения из уха, шум, головные боли, вестибулярные расстройства, требующие комплексного терапевтического и хирургического лечения [2, 9, 10, 20].

В настоящее время все большее распространение получают так называемые консервативно-радикальные операции на среднем ухе, при выполнении которых сохраняются не вовлеченные в патологический процесс костные структуры среднего уха, по возможности сохраняются слуховые косточки [2, 4, 12, 22]. Помимо этого, многие отечественные и зарубежные отохирурги предпочитают совмещать санирующий и реконструктивный этапы операций в одном вмешательстве [4, 7, 14, 16]. С одной стороны, это позволяет избежать повторных вмешательств на среднем ухе, которые могут провоцировать развитие фиброзирующих процессов в барабанной полости и негативно отражаться на состоянии внутреннего уха [13]. С другой стороны, проведение реконструктивного этапа одномоментно с санирующим может при определенных условиях способствовать образованию рецидива холестеатомы [7, 13, 15, 16,17]. Большинство отохирургов, придерживающихся одноэтапной тактики, настаивают на необходимости выполнения «ревизионной тимпанотомии» через 6–12 месяцев после оперативного вмешательства на среднем ухе для исключения рецидива холестеатомы [9, 21, 22]. По данным отечественных и зарубежных авторов, стойкий санирующий эффект после санирующих вмешательств достигается лишь у 65–66% пациентов [2, 10, 17, 21]. Среди причин, способствующих хроническому воспалению трепанационной полости, многие отохирурги называют погрешности техники хирургического вмешательства [18, 19]. К последним можно отнести:

– неполное удаление патологически измененных тканей из полостей среднего уха;
– недостаточное удаление латеральной стенки аттика;
– оставление высокой «шпоры»;
– неполное вскрытие ячеистой структуры сосцевидного отростка;
– неадекватная пластика наружного слухового прохода;
– а также создание анатомических препятствий для самоочищения трепанационной полости или условий, способствующих ее инфицированию [1, 2, 9, 15, 18, 19, 21].

Кроме того, по мнению Ф. В. Семенова (2005), поддержанию воспаления в трепанационной полости может способствовать сохранение в барабанной полости открытой слизистой оболочки и функционирующей слуховой трубы [1]. Одной из основных причин неудовлетворительных результатов консервативно-радикальных операций на среднем ухе является развитие рецидива холестеатомы [2, 9, 17, 21]. По данным различных авторов, рецидив холестеатомы наиболее часто локализуется в аттике и барабанной полости (70–80% случаев) и только у 8% – в мастоидальной полости [15, 17].

Таким образом, вследствие высокой частоты возникновения неудовлетворительных результатов оперативного лечения пациентов с ХГСО с холестеатомой необходимы дальнейшее совершенствование оперативной техники, а также выявление причин, приводящих к неудовлетворительным результатам хирургического лечения данной категории пациентов.

Цель исследования. Определение причин неудовлетворительных результатов консервативно-щадящих радикальных операций на среднем ухе на основании анализа интраоперационных находок пациентов, перенесших санирующие операции на среднем ухе, с неудовлетворительным морфологическим и (или) функциональными результатами.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 100 пациентов в возрасте от 5 до 72 лет, находившихся на оперативном лечении в Санкт-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи в период 2005–2010 гг. Все пациенты страдали ХГСО, в прошлом перенесли санирующее вмешательство на среднем ухе в ЛОР-отделениях России, ближнего и дальнего зарубежья. Из них 47 пациентов были мужского пола, 53 – женского. 70% пациентов были оперированы по поводу ХГСО повторно, 30 % пациентов оперировались три и более раз. 85 пациентам КЩРО были выполнены на одном ухе, 15 – на обоих ушах. Средние сроки от проведения санирующей операции до обращения в клинику составили 9,06 ± 2,04 года (ДИ 95%). 77% пациентам ранее была выполнена КЩРО на среднем ухе, 23% пациентам выполнялась КЩРО с тимпанопластикой. В связи с этим мы пациентов разделили на две группы. В первую группы вошли 77 пациентов, которым ранее выполняли КЩРО, во вторую группу мы включили 23 пациента, которым выполнялась КЩРО с тимпанопластикой.

Всем пациентам до операции, помимо сбора жалоб и анамнеза заболевания, проводилось полное общеклиническое и оториноларингологическое обследование, при необходимости

проводились консультации вестибулологом, офтальмологом, невропатологом и другими специалистами. Отологическое обследование включало в себя отоскопию, отомикроскопию под хирургическим микроскопом с 12- и 24-кратным увеличением. При отомикроскопии оценивали характер выстилки тимпанальной и мастоидальной частей трепанационной полости (ТП), соотношение эпидермальной и слизистой выстилки, состояние слуховой трубы (открытой в трепанационную полость или закрытой, изолированной от трепанационной полости), обнаружение резидуальной холестеатомы, состояние «шпоры». Кроме того, проводили оценку санации мастоидального сегмента, адекватности пластики наружного слухового прохода.

Аудиологическое обследование включало в себя проведение тональной пороговой аудиометрии, аудиометрии в расширенном диапазоне частот, речевой аудиометрии.

Основными критериями оценки «неэффективности оперативного вмешательства» на среднем ухе являлись:

- жалобы пациента на снижение слуха (вплоть до полной глухоты), гноетечения из оперированного уха (постоянные или периодические), шум в ушах, головокружение;
- данные аудиологического обследования (наличие смешанной, кондуктивной или сенсоневральной тугоухости);
- данные объективного (отомикроскопического) обследования;
- интраоперационные находки.

Ведущей жалобой пациентов при поступлении в обеих группах являлось стойкое снижение слуха на оперированном ухе (беспокоило 100% пациентов). Кроме того, 75,3% пациентов в первой группе и 56,5% пациентов во второй группе предъявляли жалобы на постоянные или периодически возникающие гноетечения из оперированного уха, часто провоцирующиеся использованием слухового аппарата. У 4 (5,2%) пациентов первой группы ведущей жалобой, кроме стойкого снижения слуха, было наличие ассиметрии лица вследствие периферического пареза мимической мускулатуры, появившегося сразу после проведения санирующего вмешательства на среднем ухе. У 7 (9,1%) пациентов первой группы ведущей жалобой, заставившей их обратиться к оториноларингологу, являлось головокружение, в дальнейшем в ходе повторной операции у 5 из них была обнаружена фистула горизонтального полукружного канала (табл. 1).

Данные отомикроскопического обследования пациентов при поступлении представлены в табл. 2.

У 31 (40,3%) пациента первой группы и у 16 (69,6%) пациентов второй группы определялся субтотальный дефект барабанной перепонки (неотимпанальной мембраны). Открытая слуховая труба в барабанный сегмент трепанационной полости была обнаружена нами у 16 (20,8%) пациентов первой группы и у 3 (13%) пациентов второй группы. Трепанационная полость была полностью эпидермизирована лишь у 16 (20,8%) пациентов первой группы и у 9 (39,1%) пациентов второй группы. Резидуальная холестеатома в барабанной полости была выявлена при отомикроскопии у 8 (10,4%) пациентов первой группы и у 5 (21,7 %) пациентов второй группы,

Таблица 1

Жалобы пациентов при поступлении (группы *n* = 100)

Жалобы	1-я группа *n* = 77		2-я группа *n* = 23	
	абс.	%	абс.	%
Снижение слуха на оперированном ухе	77	100	23	100
Гноетечение из уха	58	75,3	13	56,5
Шум в ушах	5	6,5	5	21,7
Головокружение	7	9,1	0	0
Боль в ухе и заушной области	12	15,6	0	0
Периферический парез мимической мускулатуры лица	4	5,2	0	0

Таблица 2

Отомикроскопическая картина при поступлении (группы *n* = 100)

Находки при отомикроскопии	1-я группа *n* = 77		2-я группа *n* = 23	
	абс.	%	абс.	%
Субтотальный дефект барабанной перепонки	31	40,3	16	69,6
Холестеатома в барабанной полости	8	10,4	5	21,7
Холестеатома в мастоидальной части трепанационной полости	9	11,7	8	34,8
Полная эпидермизация трепанационной полости	18	23,4	9	39,1
Атрезия НСП к костном отделе за счет грануляционной ткани	1	1,3	2	8,7
Открытая в трепанационную полость слуховая труба с явлениями мукозита	16	20,8	3	13
Грануляции, кисты, полипы в мастоидальном сегменте ТП	16	20,8	8	34,9
Полное заращение штакковской щели	6	7,8	2	8,7
«Неправильная» форма трепанационной полости (двустволка, бобовидная)	11	14,3	2	8,7
Высокая «шпора»	21	27,3	2	8,7

в мастоидальной части трепанационной полости – у 9 (11,7%) пациентов первой группы, у 8 (34,8%) пациентов второй группы. Высокая «шпора» была обнаружена у 21 (27,3%) пациента первой группы и у 2 (8,7%) пациентов второй группы.

Примечание. На рисунке представлена отомикроскопическая картина трепанационной полости пациентки Х. при поступлении, перенесшей КЩРО на среднем ухе справа.

Реоперации всем пациентам проводили в условиях эндотрахеального наркоза заушным доступом. Интраоперационные находки пациентов обеих групп представлены в табл. 3. Холестеатома в барабанной части трепанационной полости была обнаружена нами у 38 (49,4%) пациентов первой группы, у 15 (65,2%) пациентов второй группы. Холестеатома в мастоидальной части трепанационной полости была выявлена у 33 (42,9%) пациентов первой группы, у 11 (47,8%) пациентов второй группы. По нашим данным, холестеатома в мастоидальном и тимпанальном сегментах трепанационной полости обнаруживалась приблизительно с одинаковой частотой и была, по нашему мнению, обусловлена недостаточной санацией клеток в

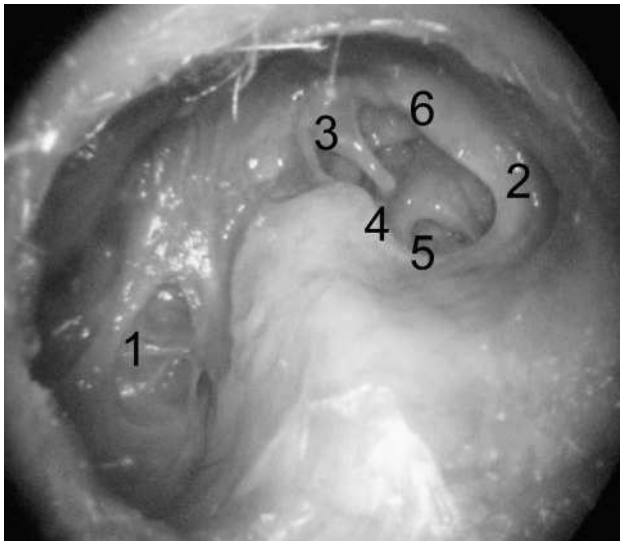

Рис. *Отомикроскопическая картина после КЩРО на среднем ухе (AD):*
1 – мастоидальная часть трепанационной полости; 2 – тимпанальная часть трепанационной полости; 3 – наковальня; 4 – суперструктуры стремени; 5 – ниша окна улитки; 6 – остатки барабанной перепонки.

Таблица 3

Интраоперационные находки пациентов (группы *n* = 100)

Интраоперационные находки	1-я группа *n* = 77		2-я группа *n* = 23	
	абс.	%	абс.	%
Холестеатома в барабанной полости	38	49,4	15	65,2
Холестеатома в мастоидальной полости	33	42,9	11	47,8
Высокая шпора	21	27,3	2	8,7
Фиброз, тимпаносклероз, рубцовый процесс	22	28,6	11	47,8
Неправильная форма трепанационной полости (двустволка, бобовидная)	11	14,3	2	8,7
Неудовлетворительная санация ячеек сосцевидного отростка	32	41,6	6	26,1
Сохраненная ЦСК	2	2,6	1	4,3
Сохраненные суперструктуры стремени	43	55,8	7	30,4
Полное заращение штаковской щели	17	22,1	6	26,1
Наличие оссикулярного протеза	0	0	10	43,5
Грануляции, кисты, полипы в мастоидальном сегменте ТП	31	40,3	8	34,8
Врастание эпидермиса в синусы барабанной полости	32	41,6	11	47,8

области синодурального угла, тегментарных клеток, клеток верхушки сосцевидного отростка, а также недостаточно полной ревизией тимпанального и фациального синусов барабанной полости, которые у данных пациентов были достаточно глубокими. У 31 (40,3%) пациента первой группы и 8 (34,8%) пациентов второй группы мы обнаружили кисты, грануляции, полипы, локализующиеся в основном в области устья слуховой трубы, что могло являться одной из причин развития мукозита. Выраженный рубцовый процесс чаще наблюдался у пациентов второй группы 11 (47,8%) и локализовался в барабанной полости в области ниш окна преддверия и улитки. У 8 пациентов второй группы установленный на предыдущей операции титановый протез был окутан грубой рубцовой тканью и лежал в барабанной полости. У 9 пациентов второй группы неотимпанальная мембрана была припаяна к промонториуму (фиброзная облитерация). У 43 (55,8%) пациентов первой группы и 7 (30,4%) пациентов второй группы при ревизии барабанной полости были обнаружены сохранные суперструктуры стремени, у 2 (2,6%) пациентов первой группы и у 1 (4,3%) пациента второй группы цепь слуховых косточек была сохранена полностью. 4 пациентам при наличии пареза мимической мускулатуры лица помимо тщательной санации трепанационной полости проводили декомпрессию лицевого нерва, 5 пациентам при выявлении фистулы горизонтального полукружного канала проводили ее пластику.

Пациентам после тщательной ревизии трепанационной полости и удаления всех патологических тканей выполнялась реконструктивная операция, заключающаяся в формировании малой барабанной полости на уровне канала лицевого нерва. Для углубления барабанной полости над каналом лицевого нерва мы укладывали аутохрящевые полоски, затем производили оссикулопластику частичным или полным протезом (в зависимости от сохранности суперструктур стремени). 61 пациенту в процессе реконструктивного этапа были установлены титановые протезы (37 пациентам полные, 24 – частичные протезы), 12 пациентам были установлены тефлоновые протезы, 7 пациентам – аутокостные и 2 пациентам – аутохрящевые протезы. Миринготомию в большинстве случаев (89 %) выполняли аутофасциальным лоскутом,

11 пациентам пластику барабанной перепонки проводили надхрящничным лоскутом. 7 пациентам при наличии остатков барабанной перепонки в передних отделах кпереди от рукоятки молоточка в процессе операции устанавливали ТВТ.

Клинико-морфологические результаты операции оценивались как удовлетворительные при наличии хорошо сформированной подвижной неотимпанальной мембраны и сухой трепанационной полости. При наличии перфорации неотимпанальной мембраны, фиброзной облитерации, а также рецидиве гнойно-воспалительного процесса в трепанационной полости результаты операции признавались неудовлетворительными. Удовлетворительные клинико-морфологические результаты в первой группе мы получили у 64 (83,1%) пациентов, во второй группе у 20 (86,9%) пациентов. У 12 пациентов первой группы и у 2-х пациентов второй группы причиной неудовлетворительного результата являлась фиброзная облитерация барабанной полости. У 7 пациентов первой группы и у 2 пациентов второй группы причиной неудовлетворительного результата также являлось развитие рецидива холестеатомы.

Для оценки функциональных результатов операции нами был проведен анализ данных тональных пороговых аудиограмм пациентов до операции, через 10–14 дней, а также спустя год после проведения оперативного вмешательства (табл. 4).

Улучшение слуха через 10–14 дней после операции наблюдалось у 61% пациентов первой группы и у 60,9% пациентов второй группы. Стойкое улучшение слуха через 1 год после операции отмечалось у 83,1% пациентов первой группы и у 86,9% пациентов второй группы. При этом у большинства пациентов первой группы и второй группы улучшение слуха через 10–14 дней после операции было на 10–20 дБ: 31 (40,3%) случай для первой группы и 9 (39,1%) случаев для второй группы. Анализируя полученные данные, установили, что улучшение слуха через 1 год после операции у большинства пациентов первой группы было на 21–30 дБ – 33,8% (26 пациентов), у большинства пациентов второй группы на 10–20 дБ – 43,5% (10 пациентов).

Для изучения динамики слуховой функции у пациентов в отдаленные сроки после операции были изучены пороги воздушного звукопроведения и костно-воздушные интервалы в зоне речевых частот, пороги костного звукопроведения в зоне высоких частот. Полученные средние значения представлены в табл. 5.

До операции средние показатели воздушной проводимости в первой группе составили 52,4 ± 4,1, что соответствует 2-й степени тугоухости. Через 10–14 дней после операции средние показатели данного параметра статистически значимо уменьшились до 41,7 ± 3,8 и приблизились к нижней границе 2-й степени, а уже через год показатели воздушной проводимости достигли уровня 32,5 ± 3,1 и находились в границах первой степени тугоухости. В первой группе параметры костной проводимости составляли 14,9 ± 2,4. Через 10–14 дней после операции незначительно уменьшились до 14,6 ± 2,6 и не имели статистической значимости, как и через

Таблица 4

Улучшение слуха у пациентов 1-й и 2-й группы по сравнению с дооперационным уровнем (группы *n* = 100)

Пороги воздушного звукопроведения, дБ	1-я группа				2-я группа			
	Через 10–14 дней после операции *n* = 77		Через 1 год после операции *n* = 77		Через 10–14 дней после операции *n* = 23		Через 1 год после операции *n* = 23	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Улучшение 10–20	31	40,3	23	29,8	9	39,1	10	43,5
21–30	13	16,8	26	33,8	5	21,8	5	21,7
31–40	3	3,9	15	19,5	0	0	5	21,7
		61		83,1		60,9		86,9
Без перемен	21	27,3	12	15,6	8	34,8	3	13,1
Ухудшение	9	11,7	1	1,3	1	4,3	0	0

Таблица 5

Средние показатели слуховой функции у больных в различные сроки после операции (группы *n* = 100)

Показатели слуховой функции	1-я группа *n* = 77					2-я группа *n* = 23				
	До операции ДИ 95%	P	После операции 10–14 дней ДИ 95%	P	После операции 1 год ДИ 95%	До операции ДИ 95%	P	После операции 10–14 дней ДИ 95%	P	После операции 1 год ДИ 95%
Воздушная проводимость	52,4 ± 4,1	<0,05	41,7 ± 3,8	<0,05	32,5 ± 3,1	48 ± 8,1	>0,05	43,9 ± 8,3	<0,05	34,5 ±7,5
Костная проводимость	14,9 ± 2,4	>0,05	14,6 ± 2,6	>0,05	14,4 ± 2,4	12,5 ± 4,2	>0,05	14,7 ± 6,5	>0,05	14,5 ±6,2
КВИ	37,7 ± 3,1	<0,05	27,4 ± 2,5	<0,05	18 ± 1,5	35,5 ± 5,9	>0.05	30,1 ± 4,4	<0,05	20 ±2,9

Таблица 6

Зависимость средних показателей прироста слуха от типа установленного титанового протеза

Тип установленного титанового протеза *n* = 61	Тотальный протез *n* = 37	Частичный протез *n* = 24
Средние показатели прироста слуха по воздушной звукопроводимости, дБ (ДИ 95%)	11,5 ± 3,9	15,1 ± 3,1

1 год после операции (14,4 ± 2,4). Средние показатели КВИ в первой группе составили 37,7 ± 3,1, через 10–14 дней после операции показатели КВИ статистически значимо снизились до 27,4 ± 2,5, а через год средние показатели КВИ снизились до 18 ± 1,5, что являлось статистически значимым.

Во второй группе средние показатели воздушной проводимости до операции составили 48 ± 8,1, через 10–14 дней после операции средние показатели уменьшились до 43,9 ± 8,3, однако данный результат не является статистически значимым. Через год средние показатели воздушной проводимости статистически значимо снизились до 34,5 ± 7,5. Средние показатели костной проводимости до операции составили 12,5 ± 4,2, через 10–14 дней после операции незначительно увеличились до 14,7 ± 6,5, через год – 14,5 ± 6,2 и не имели статистической значимости.

Данные средних показателей КВИ до операции составили 35,5 ± 5,9, через 10–14 дней после операции статистически незначимо уменьшились до 30,1 ± 4,4, а уже через год после операции значительно уменьшились до 20 ± 2,9, что имело статистическую значимость.

Сравнивая результаты средних показателей прироста слуха (степень улучшения слуха по сравнению с дооперационными уровнем по данными тональной пороговой аудиометрии по воздушной звукопроводимости) у пациентов после оссикулопластики титановыми протезами, нами было обнаружено, что наилучшие результаты были получены при установке частичных протезов (табл. 6).

Статистическая обработка полученных данных была выполнена с использованием статистического пакета MSExcel.

Выводы

1. Рецидив холестеатомы был обнаружен нами у 58 пациентов (75,3%) первой группы [пациенты, перенесшие ранее консервативно-щадящую радикальную операцию (КЩРО)] и у 17 пациентов (73,9%) второй группы (пациенты, перенесшие КЩРО с тимпанопластикой), что являлось основной причиной неудовлетворительных результатов операций. Холестеатома в мастоидальном и тимпанальном сегментах трепанационной полости обнаруживалась приблизительно с одинаковой частотой. Холестеатома в тимпанальном сегменте трепанационной полости чаще локализовалась в синусах барабанной полости и протимпануме.

2. Открытая слуховая труба в барабанную полость обнаружена у 16 пациентов (20,8%) первой группы и у 3 пациентов (13%) второй группы, что являлось причиной развития мукозита у пациентов в послеоперационном периоде. При выполнении санирующего вмешательства, при отсутствии противопоказаний, желательно совмещение санирующего и реконструктивного этапов в одном вмешательстве. При наличии противопоказаний к проведению одномоментной тимпанопластики необходимо проводить отграничение тимпанального устья слуховой трубы от трепанационной полости для предупреждения развития мукозита.

3. Фиброзная облитерация тимпанального сегмента трепанационной полости была обнаружена на операции у 22 пациентов (28,6%) первой группы и у 11 пациентов (47,8%) второй группы и была обусловлена дисфункцией слуховой трубы.

4. Сохранные суперструктуры стремени были обнаружены у 50 пациентов, перенесших санирующие вмешательства на среднем ухе, что в дальнейшем позволило добиться хорошего функционального результата после проведения оссикулопластики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ некоторых причин рецидива хронического гнойного среднего отита в послеоперационном периоде / Ф. В. Семенов [и др.] // Вестн. оториноларингологии. – 2005. – №3. – С. 48–49.
2. Аникин И. А. Хирургическое лечение больных, перенесших радикальную операцию среднего уха: автореф. дис. ... док. мед. наук. – М., 2000. – 20 с.
3. Быстренин В. А., Быстренина Л. В. Обеспечение полного и стойкого эффекта- основное требование к операциям при эпитимпаните // Вестн. оториноларингологии. – 1999. – № 3. – С. 31–32.
4. Вульштейн Х. Л. Слухоулучшающие операции / Пер с нем. Под ред. Н. А. Преображенского. М.: Медицина, 1972. – 422 с.
5. Камалова З. З., Дмитриев Н. С. Модификация способа пластики послеоперационной полости при санирующих операциях на ухе // Вестн. оториноларингологии. – 2007. – № 2. – С. 48–50.
6. Отоэндоскопия в диагностике хронических заболеваний среднего уха / Н. Ф. Дементьева [и др.] // Вестн. оториноларингологии. – 2010. – № 1. – С. 71–75.
7. Полякова С. Д. Оценка функциональных результатов после реконструктивных операций на среднем ухе при хроническом среднем гнойном отите / Проблемы и возможности микрохирургии уха: сб. мат. Рос. науч.-практ. конф. оториноларингологии. Оренбург, 2002. С. 101–103.
8. Портенко Г. М., Портенко Е. Г. Слуховосстанавливающие операции – эффективный метод реабилитации слуха / Проблемы и возможности микрохирургии уха: сб. мат. Рос. науч.-практ. конф. оториноларингологии. Оренбург, 2002. С. 103–104.
9. Причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения хронического гнойного отита / И. А. Аникин, [и др.] // Рос. оториноларингология. – 2007. – № 5. – С. 3–8.
10. Реабилитация пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших радикальную операцию на среднем ухе, в современных условиях / С. В. Астащенко, [и др.] // Рос. оториноларингология. – 2011. – № 4. – С. 22–27.
11. Сидорина Н. Г., Гарова Е. Е. Выбор объема операции и хирургического подхода при холестеатоме среднего уха: мат. VIII науч.-практ. конгресса «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии»; тез.докл. – М., 2010. С. 18.
12. Солдатов И. Б., Гофман В. Р. Оториноларингология. – СПб.: ЭЛБИ., 2000. – 472 с.
13. Янов Ю. К., Ситников В. П. Состояние и перспективы функционально-реконструктивной хирургии уха. 8-й Рос. нац. конгресс «Человек и здоровье»: тез. докл. – СПб., 2003. С. 243.
14. Aural acquired cholesteatoma in children: surgical finding. Recurrence and functional results / E. De Corso [et al.] // Int. J. Pediatr. Otorhinolar. – 2006. – Vol. 70, N 7. – P. 1269–73.
15. Brown J. S. A ten year statistical follow-up of 1142 consecutive cases of Cholesteatoma: the closed vs. the open technique // Laryngoscope. – 1982. – Vol. 92. – P. 390–6.
16. Canal wall dawn tympanoplasty surgery with or without ossiculoplasty in cholesteatoma: hearing results / A. Artuso [et al.] // Acta Otorhinolar. Ital. – 2004. – Vol. 21, № 1. – P. 2–7.
17. Choice of approach for revision surgery in cases with recurring chronic otitis media with cholesteatoma after the canal wall up procedure / Kyung Tae Park [et al.] // Auris Nasus Larynx. – 2011. – Vol. 38. – P. 190–195.
18. Intraoperative findings in revision chronic otitis media surgery / A. Faramarzi [et al.]// Arch. Iran. Med. 2008. – Vol. 11, N 2. – P. 196–199.
19. Nadol J. B. Revision mastoidectomy // Otolaryngol. Clin North Am. – 2006. – Vol. 39, N 4. – P. 723–740.
20. Reconstruction of old radical cavities and long-term results /G. Magliulo [et al.] // J. Otolaryngol. – 2004. – Vol. 33, N 3. – P. 155–159.
21. Results of revision mastoidectomy / S. Berçin [et al.] // Acta Otolaryngol. – 2009. – Vol. 129, N 2. – P. 138–41.
22. Sheely J. L. Cholesteatoma surgery: canal wall dawn procedures // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1988, Jan-Feb. – Vol. 97, N 1. – P. 30–5.

Астащенко Светлана Витальевна – зав. взрослым хирургическим отделением Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, г. Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел. 8-812-316-25-01; e-mail: 3178442@mail.ru; **Аникин** Игорь Анатольевич – руководитель отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИЛОР, д-р мед. наук. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел: 8-812-575-94-47; **Карапетян** Рузанна Вазгеновна – очный аспирант отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИЛОР. 190013, г. Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.8-812-316-25-01; e-mail: k-ruzanka@mail.ru

УДК: 616.322-002.2-036.12:616.33-002-036.12-053.2

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Г. К. Ахмедова

CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL STUDY OF CHRONICAL TONSILLITIS WITH COMBINATION CHRONICAL GASTRODUODENITIS AT CHILDREN

G. K. Akhmedova

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан (Ректор – проф. Ш. И. Каримов)

Изложены результаты клинического и микробиологического исследования 85 больных детей с хроническим тонзиллитом. У 42 детей диагностирован хронический тонзиллит на фоне хронического гастродуоденита (основная группа) и у 43 детей – хронический тонзиллит без сопутствующей гастропатологии (контрольная группа). В исследуемой группе больных 18 детей с Helicobacter pylori-позитивным хроническим гастродуоденитом и 24 ребенка с Helicobacter pylori-негативным хроническим гастродуоденитом. Результаты нашего исследования показали, что в группе детей с хроническим тонзиллитом в сочетании с хроническим гастродуоденитом частота обострений была выше, чем в контрольной группе детей, а также были более выражены местные признаки хронического тонзиллита в исследуемой группе детей. По результатам микробиологического исследования имеет место высокая обсемененность Helicobacter pylori небных миндалин в основной группе больных.

Ключевые слова: *хронический тонзиллит, хронический гастродуоденит, дети, Helicobacter pylori.*

Библиография: *15 источников.*

The results of clinical and microbiological study at 85 children with chronical tonsillitis. Chronical tonsillitis with combination chronical gastroduodenitis was at 42 children, chronical tonsillitis without combination gastropathology – at 43 children. In study group 18 children with Helicobacter pylori-accotiation gastroduodenitis. Our results showed, that in study group frequency meeting acute tonsillitis was above, than in control group. Local symptoms was many expressive in study group. Results of microbiological study showed frequent meeting Helicobacter pylori in tonsils at study group.

Key words: *chronical tonsillitis, chronical gastroduodenitis, Helicobacter pylori.*

Bibliography: *15 sources.*

Хронический тонзиллит представляет собой одну из важнейших проблем не только в детской оториноларингологии, но и в педиатрии в целом. Это наиболее частая патология в структуре ЛОР-заболеваний детского возраста. Распространенность этого заболевания зависит от возраста: у детей 2–3 лет она невелика и не превышает 2%, у детей дошкольного возраста она составляет 5%, а в пубертатном возрасте и у подростков увеличивается до 14,4%. По данным А. М. Хакимова (1999), заболеваемость хроническим тонзиллитом в Республике Узбекистан составила 18% от общего числа всех заболеваний ЛОР-органов.

Хронические очаги воспаления изменяют иммунобиологическую реактивность детского организма и обусловливают развитие вторичных иммунопатологических состояний и иммун-