



Следует отметить хорошую сочетаемость исследуемых препаратов с лекарственными средствами, используемыми в комплексном лечении грибковых инфекций ЛОР-органов, что позволило свободно комбинировать Ирунин и Флюмикон с другими лекарственными препаратами. Хорошая переносимость препаратов позволяет использовать их у лиц с разноплановой сопутствующей патологией, в том числе с патологией ЖКТ, обменными заболеваниями.

Учитывая анатомо-физиологические особенности области наружного слухового прохода, специфику течения кожного воспалительного процесса, необходимо помнить, что без проведения местной противогрибковой и противовоспалительной терапии назначение препарата внутрь не приносит удовлетворительного результата. Поскольку грибковое воспаление ЛОР-органов, как правило, является симптомом дизбактериоза, иммунодефицита (также – чаще вторичного) для успешного излечения необходимо воздействовать на все возможные причины заболевания, терапия только симптома стойкого эффекта не принесет. К сожалению, в отличие от испытания на лабораторных животных реальное клиническое исследование эффективности действия одного препарата на воспалительный процесс у пациента лишено «чистоты эксперимента», поскольку в практической медицине осуждается лечебная тактика в виде монотерапии. Данное положение сложно оспорить, поскольку любой пациент заинтересован в своем излечении, и врач обязан использовать все доступные средства для достижения этой цели.

Тем не менее, следует признать, что при адекватной местной терапии традиционно используемые противогрибковые средства ряда флюконазола и итраконазола сохраняют высокую клиническую эффективность. При этом противогрибковые средства отечественного производства демонстрируют высокую клиническую эффективность. «Затяжное», «упорное» течение кандидоза далеко не всегда обусловлено тяжелым течением сопутствующей патологии. Следует помнить, что, отдавая предпочтение системной противомикробной терапии в ущерб местной санации, следует ожидать существенного снижения эффективности лечения. Особенности строения и физиологии наружного уха при развитии в нем инфекционного воспаления для эффективного лечения обуславливают необходимость регулярной адекватной эвакуации патологического экссудата, содержащего в том числе грибковый мицелий.

УДК: 616. 28–07–08 (470+4)

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОТОЛОГИЮ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РОССИИ И ЕВРОПЕ

С. Я. Косяков, Ю. А. Рошкетаяева

*Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. З. Пискунов)*

Существует большое количество подходов и мнений среди специалистов-отохирургов в ходе проведения предоперационной подготовки, а также при осуществлении самого хирургического вмешательства. Большинство хирургов полагается на свой собственный опыт и мнение своих учителей. Именно поэтому возникают вопросы и разногласия среди последователей разных хирургических течений и школ. Данная ситуация не только отражается на работе конкретного специалиста, но и затрагивает интересы его пациента, и требует скорейшей стандартизации методов диагностики и лечения конкретных заболеваний уха.

Нужно отметить, что подобная тенденция прослеживается не только в России, но и в Европе.

Целью нашего исследования стало определение общего алгоритма диагностики и лечения заболеваний уха в России, а также сравнение полученных результатов с Европейскими стандартами (по данным опроса, проведенного и опубликованного в журнале *Otology & Neurotology*, Vol. 28, No. 6. 2007 в виде статьи «Results of European Survey on Current Controversies in Otology»).



Материалы и методы

Для сбора информации был использован опросник, состоящий из 14 вопросов с вариантами ответов. Всего было отправлено 230 копий на адреса наиболее крупных ЛПУ России, из которых к нам вернулось в заполненном виде 60. Сравнение с Европейскими данными проводилось по заданным параметрам, используя двусторонний точный критерий Фишера (STATISTICA 7. 0).

Результаты

Необходимость проведения прямой рентгенографии, как метода выбора в предоперационном периоде, была указана российскими специалистами в 3 раза чаще, чем в Европе. Стоило бы отметить, что изначально, имеются кардинальные различия в устройстве системы Здравоохранения в сравниваемых странах. Если в Европе ключевую роль играет семейный врач, направляющий пациента, в случае необходимости, на обследование в крупный исследовательский центр, то в России пациенты сами непосредственно приходят к специалисту: офтальмологу, гинекологу, оториноларингологу для прохождения первичного обследования на амбулаторном этапе. Несмотря на указанные особенности, алгоритм остается общим.

В ходе работы стало известно, что 93% участвующих в опросе докторов в России и Европе всегда назначают компьютерную томографию височных костей перед проведением хирургического вмешательства по поводу холестеатомы. Однако, в зависимости от конкретных случаев, соотношение меняется. Так, в случае ревизии, 72% российских докторов запрашивают проведение компьютерной томографии височных костей, тогда как в Европе – 48%; при наличии единственного слышащего уха соотношение составляет 68% к 52%; в случае осложнений – 92% и 58%. Компьютерная томография, как метод исследования, получил широкое распространение на территории России не так давно и, необходимо отметить, несколько переоценивается специалистами-оториноларингологами. Этим можно объяснить более частое использование метода по сравнению с европейскими коллегами, особенно в сомнительных случаях.

Тональная пороговая аудиометрия проводится с одинаковой частотой.

При этом значительное расхождение данных получено при анализе частоты проведения речевой аудиометрии. Данный метод, как минимум в 2 раза, более предпочтителен среди зарубежных коллег, потому как дает возможность прогнозировать исход слухолучшающей операции либо возможного слухопротезирования. Кроме того, исходя из вышесказанного, налагает на врача определенные обязательства перед пациентом, в том числе юридическую ответственность.

Существуют определенные причины, объясняющие недостаточное внимание к речевой аудиометрии среди врачей России:

1. Частая встречаемость запущенных форм заболеваний, при которых ожидаемый результат будет заведомо ниже исходного.
2. Сами тесты представляются довольно примитивными и малоинформативными, по сравнению с аналогичными, проводимыми в европейских центрах на высокотехнологичном оборудовании.
3. Юридическая ответственность специалиста за функциональный результат в настоящий момент недостаточно развита в России.

В этой связи, следует полагать, что отечественные врачи в большей степени ориентируются на достижение анатомического результата, а не функционального.

По результатам исследования вестибулярной функции российские доктора опережают Европейских в 5–7 раз, что в данном конкретном случае может быть объяснимо недопониманием вопроса. Изначально имелась в виду оценка вестибулярной функции при помощи специальной аппаратуры, а не проведение тестов на кресле Барани. К сожалению, инструментальное обеспечение полного вестибулологического обследования является уделом только крупных медицинских центров.

Частота использования оценки функции слуховой трубы (в 3 раза превышает Европейские данные), и, по-видимому, объясняется применением данного вида исследования при всех видах патологии уха и является последствием старой школы. Кроме того, данный вид исследования включен в перечень медико-экономических стандартов России.



В ходе исследования были обнаружены существенные различия в подходе к антибактериальной терапии. Только 41% российских врачей используют антибиотики как минимум в течение двух недель в предоперационном периоде, при 73% в Европе [5]. Почему?

1. Антибиотикорезистентность на территории России выражена в меньшей степени чем в Европе.
2. Традиционные рекомендации включали проведение оперативного лечения не ранее, чем через 6 месяцев после последнего обострения. То есть, хирургия проводилась только на «чистом» ухе.

Интраоперационно антибиотики вводятся в 38. 8% случаях в России, в Европе – 56%. Следует отметить, что интраоперационная антибиотикопрофилактика используется в России не так давно (возможно, на протяжении последних 8–9 лет) и не является в настоящий момент золотым стандартом.

При этом больше выражен процент использования антибиотиков в послеоперационном периоде – до 88. 3% к 55% в Европе. Полученный результат объясняется следующим образом:

1. До настоящего момента использование интраоперационной антибиотикопрофилактики в ЛОР не было возведено в ранг стандарта.
2. Существует стойкое убеждение, что применение антибиотиков в послеоперационном периоде позволяет избежать всех видов осложнений.
3. Мнение о высокой стоимости антибиотика для однократного применения во время операции, по сравнению со всем курсом антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. На самом деле, затраты сопоставимы и фармакоэкономическая эффективность очевидна.

В ходе работы получены интересные данные касательно условий проведения мирингопластики и тимпаноластики. Оказалось, что и российские, и европейские отоларингологи прибегают к хирургической тактике, несмотря на наличие воспалительного процесса с одинаковой частотой – в 21% случаев.

Наиболее предпочтительным материалом для трансплантации при мирингопластике в равном количественном соотношении признана фасция – 78% (Россия) и 77% (Европа), затем хрящ с перихондрием – около 45% в обоих случаях [5], и перихондриум – 22% в России к 43% в Европе [4].

Среди материалов, используемых для реконструкции цепи слуховых косточек, гидроксилапатит не был отмечен российскими специалистами, тогда как 21% врачей из Европы использовали его для протезирования наковальни [3]. Чаще в Европе используются титановые импланты – в 63. 5% [1], в России данный вид материала применяется в 14. 2% случаев. Это объясняется тем, что титановые протезы появились на российском рынке только в 2002 г и в настоящий момент не завоевали должной популярности, хотя и становятся все более востребованными благодаря своим уникальным свойствам и хорошим отдаленным результатам.

Нужно отметить, что в России явным фаворитом среди используемых материалов для оссикүлопластики является аутохрящ. Это – материал выбора в 57%. При этом, он не был включен в перечень в европейском опроснике.

При анализе сроков проведения оценки костной проводимости также наблюдается вариабельность полученных результатов. В Европе наибольшее количество докторов – 39%, предпочитают проводить данный вид исследования в первые сутки после операции, в России – 20%. По данным российского опросника 59% врачей оценивают результаты операции в период от 1 до 4 недель. В Европе в указанный период оценку костной проводимости проводит 21% специалистов. Более отдаленные результаты, от 1 до 3х месяцев оценивает в России 46. 4%, в Европе – 23% опрошенных. Именно к этому моменту достигается анатомическая и функциональная состоятельность реконструкции.

Обсуждение

Анализ проведенного исследования раскрывает все многообразие подходов к диагностике и лечению отоларингических больных, демонстрирует недостаток структурированных исследований в данной области, а также указывает на необходимость обобщения мирового опыта.



Таким образом, практическими достижениями представленной работы могли бы стать:

- Описание наиболее оптимального алгоритма проведения диагностических процедур в предоперационном периоде, а также выбора тактики лечения.
- Издание практического руководства и рекомендаций необходимых диагностических и лечебных процедур для каждой конкретной патологии.

Заключение

Настоящая работа наглядно демонстрирует отсутствие полного взаимопонимания среди отологов во всем мире, в том числе – России и Европе.

Мы надеемся, что дальнейший обмен опытом и содружественная работа специалистов в рамках семинаров, научных симпозиумов, мастерклассов (в том числе и грядущей VII Международной Конференции, посвященной вопросам практической отохирургии, холестеатоме и отосклерозу, которая состоится в период 25–28 февраля 2009г. в Москве, на базе кафедры оториноларингологии РМАПО) сыграет важную роль в разработке стандартов диагностики и лечения с целью обеспечения высокого уровня оказания помощи нашим пациентам.

Описанные данные дают представление в целом по России и не могут характеризовать работу определенного ЛПУ. Также, необходимо отметить, что уровень технического оснащения, наряду с профессиональной подготовкой специалистов в Москве и Санкт-Петербурге отличаются от таковых в более отдаленных регионах.

Тем не менее, и на периферии в настоящее время существует несколько больших специализированных центров с современным оборудованием, в которых проводится оказание профессиональной помощи на высоком уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dalchow C. V. Reconstruction of the ossicular chain with titanium implants. /C. V. Dalchow, D. Grun, H. F. Stupp. / *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;125: 628–30.
2. Experimental investigations of the use of cartilage in tympanic membrane reconstruction. / T. Zahnert, K. B. Huttenbrink, D. Murbe et al. // *Am J Otol* 2000; 21: 322–52
3. Goldenberg R. A. Current use of implants in middle ear surgery. /R. A. Goldenberger, J. R. Emmet. // *Otol Neurotology* 2001;22: 145–52.
4. Huttenbrink KB. Surgical treatment of chronic otitis media. / K. B. Huttenbrink. // I–III. *HNO*1994; 42: 582–93, 648–57, 701–18.
5. Verschuur H. P. Antibiotic prophylaxis in clean and clean-contaminated ear surgery. / H. P. Verschuur, W. W. de Wever, van P. P. Benthem. // *Cochrane Database Syst Rev* 2004;3: CD003996.