



26. Некоторые вопросы хронической патологии среднего уха у больных туберкулезом / Ф. И. Чумаков, Н. С. Пономарева, О. Ф. Шубина и др. // Там же – 1977. – № 6. – С. 58–59.
27. Чумаков Ф. И. Об особенностях туберкулеза гортани / Ф. И. Чумаков, М. А. Лукьянова // Вестн. оторинолар. – 1999. – № 6. – С. 40–42.
28. Чумаков Ф. И. ЛОР-органы и туберкулез / Ф. И. Чумаков, О. В. Дерюгина. – М.: Медицина, 2004. – 160 с.
29. Шилова М. В. Особенности течения эпидемического процесса туберкулеза в России в настоящее время / М. В. Шилова, И. М. Сон // IV съезд Медицинской ассоциации фтизиатров: Тез. докл. – М., 1999. – С. 48.
30. Эйвазов А. А. Влияние стрептомицина на вестибулярные и слуховые функции больных туберкулезом / А. А. Эйвазов // Вестник оториноларингологии. – 1968. – № 3. – С. 24.
31. Achmuller M. Tuberculous otitis media and mastoiditis in 2 children / M. Achmuller, I. Gassner // Padiatr. Padol. – 1984. – N2. – P. 177–183.
32. Hoshino T. Computed tomography of the temporal bone in tuberculous otitis media / T. Hoshino, H. Miyashita, Y. Asai // Laryngol Otol. – 1994. – N8. – P. 702–705.
33. Nishiike S. Seven cases of tuberculous otitis media / S. Nishiike, M. Irifune, T. Kubo // Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. – 2000. – N12. – P. 63–71.
34. Schneider W. Tuberculosis in the otorhinolaryngologic area. A still current differential diagnosis / W. Schneider, S. R. Wolf, W. Solbach // Klinik und Poliklinik fur Hals-, Nasen-, Ohrenkranke, Universitat Erlangen–Nunberg. – 1993. – N12. – P. 591–594.
35. Tuberculous otitis media. Report of 3 cases / J. J. Benito Gonzale, F. Benito Gonzalez, S. Santa Cruz Ruiz et al. // An Otorrinolaringol Ibero Am. – 2003. – N1. – P. 47–59.
36. Tuberculous otitis media / C. M. Kirsch, J. H. Wehner, W. A. Jensen et al. // South Med J. – 1995. – N3. – P. 363–366.
37. Tuberculous otitis media: clinical aspects of 12 cases / S. Nishiike, M. Irifune, K. Doi et al. // Ann Otol Rhinol Laryngol. – 2003. – N11. – P. 935–938.
38. Tuberculous otitis media: a significant diagnostic challenge / P. Vaamonde, C. Castro, N. Garcia–Soto et al. // Otolaryngol Head Surg. – 2004. – N6. – P. 759–766.

УДК:616. 284-002. 2-08-039. 73:615. 03

УРЕСУЛТАН И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО МЕЗОТИМПАНИТА

П. Р. Мухтарова

*Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров. Душанбе.
(Зав. каф. оториноларингологии – доц. У. У. Умаров)*

Проблема консервативного лечения больных хроническим гнойным мезотимпанитом (ХГМ) занимает одно из ведущих мест в отиатрической практике. Местное лечение больных ХГМ проводится, во-первых, для ликвидации гноетечения из уха, во-вторых, для подготовки уха к возможной тимпанопластике.

Хронический гнойный средний отит является распространенным заболеванием среди населения Таджикистана. Социальная значимость этого заболевания выражается в том, что она ведет к тугоухости, в ряде случаев к отогенным внутричерепным осложнениям (гнойный отогенный менингит, абсцесс мозга, синус-тромбоз и др.), которые являются основными причинами летальных исходов у ЛОР больных [1, 5, 17].

При анализе амбулаторных карт поликлиник г. Душанбе за 5 лет отмечается рост заболеваемости хроническим средним отитом в полтора раза [19].

Перед началом проведения местной терапии важно произвести санацию носа и носовой части глотки и ликвидировать полипы и грануляции в барабанной полости.

При местном лечении больных ХГМ выделяют два основных этапа. Первый предусматривает туалет и высушивание барабанной полости, удаление патологического содержимого, уменьшение отёчности слизистой оболочки среднего уха. Второй этап лечения предполагает непосредственное воздействие на слизистую оболочку среднего уха различных лекарственных веществ.



При небольших перфорациях барабанной перепонки наиболее эффективным является влажный способ применения лекарственных веществ. Местное лечение целесообразно проводить в течение 7–10 дней, а затем использовать другое.

В лечении ХГМ применялись такие препараты как хлоргексидин, метронидазол, первомур (85% р-р муравьиной кислоты), тобрамицин, цiproфлоксацин, карбенициллин, пиперациллин, цефотетан, офлоксацин, «отофа», полидекса и др. [11].

Известен также метод консервативного лечения ХГМ с использованием углеродного волокна с иммобилизованным ферментом микробного происхождения – эластомезентеразу с результативным эффектом [3].

Некоторыми авторами с целью глубокого введения антибиотиков и кортикостероидов и удержания их в области патологического очага при хроническом гнойном среднем отите применен диметилсульфоксид (ДМСО). Раствор готовили следующим путем: 300000 ЕД антибиотика растворяли в 1 мл 0,1% адреналина, потом добавляли 1 мл преднизолона, а затем 3 мл 100% ДМСО. Проведено лечение 50 больных с различным составом флоры, получены хорошие результаты [21].

Применение фонофореза позволяет повысить проникновение через слизистую оболочку среднего уха таких лекарственных веществ, как антибиотики и антисептики с кортикостероидами достигали ремиссии у большого процента пациентов ХГМ [4, 13, 18].

Особое место среди физиотерапевтических методов занимает применение квантовой терапии (терапевтический гелий-неоновый лазер), которая улучшает регенерацию, трофику и потребление кислорода тканями. По данным некоторых авторов в отдаленные сроки излечение достигнуто у 85–90% лиц [12]. Комбинированное лечение ХГМ магнитно-лазерным излучением успешно проведено В. С. Корвяковым и соавт. [8].

В литературе описывается применение эндоурального ультразвукового орошения мирра-мистином в комплексном лечении ХГМ [6].

При стафилококковой этиологии ХГМ проводится специфическая иммунотерапия [10, 14]. При пассивной иммунизации организма используют гипериммунную стафилококковую плазму, внутривенно и местно в виде ушных капель, внутримышечно – противостафилококковый гамма-глобулин; внутримышечно или внутрикожно в нарастающих дозах стафилококковый бактериофаг [20].

Комплексная терапия больных ХГМ включает прием антибиотиков, сульфаниламидных и гипосенсибилизирующих препаратов и соответственно, местное применение антимикробных и противовоспалительных препаратов, иногда в комбинации с протеолитическими ферментами и гормональными препаратами [15,16].

Большое число предложений о лечении больных хроническим гнойным средним отитом является доказательством того, что вопрос этот исключительно сложный и окончательно не решенный [2, 7, 9].

Поэтому проблема изучения и подбора новых методик консервативной терапии хронических гнойных мезотимпанитов (ХГМ) с применением новых современных химиопрепаратов актуальна и динамична.

В связи с этим считаем целесообразным изучение лечебных свойств недорогого препарата урсултана, обладающего антимикробным и антигрибковым действием, противовоспалительными и регенеративными свойствами, хорошо растворимого в воде и спирте, с целью дальнейшего его применения для лечения хронических гнойных средних отитов.

Прежде чем приступить к разработке оптимального метода лечения хронического гнойного мезотимпанита урсултаном, мы провели исследование флоры отделяемого из барабанной полости и ее чувствительности к урсултану. Результаты исследования микрофлоры показывают, что чаще встречается монофлора (62%), реже полифлора (38%). Наиболее часто встречающимся микроорганизмом оказался стафилококк, который был высеян у 76 (44,7%) обследованных, затем протеи – у 32 (18,8%) и несколько реже встречаются стрептококки в 26 (15,3%) случаях, синегнойная палочка – в 10 (5,9%), кишечная палочка – в 8 (4,7%), антракоиды в 7 (4,1%), клебсиелла – в 6 (3,5%), микрококки в 5 (3,0%) наблюдениях.

Большинство выделенных штаммов стафилококка обладало признаками патогенности, в 72,2% случаев определена устойчивость стафилококка к антибиотикам, особенно к пени-



циллин. Результаты исследования чувствительности штаммов микробов к уресултану показывают очень высокую чувствительность в 54,7% случаях, высокую чувствительность – в 11,2%, среднюю чувствительность в 18,3%, слабую – в 12,9% и устойчивость в 2,9%. При исследовании чувствительности микробов к антибиотикам и уресултану высокую и среднюю чувствительность проявили к эритромицину – 60,2%, стрептомицину – 52,8%, пенициллину – 28,2% и уресултану – 84,1% микробов.

Методика лечения больных ХГМ: один из основных моментов предусматривает туалет и высушивание барабанной полости, удаление патологического содержимого и уменьшение отека слизистой оболочки барабанной полости. Для достижения этой цели мы ежедневно проводили промывание уха 0,02% раствором уресултана с последующим удалением патологического содержимого отсосом при помощи ушной канюли при отомикроскопии. Затем при наличии субтотальной перфорации до упора вводили заранее приготовленные ушные свечи, содержащие 0,02г уресултана. Процедура производилась один раз в сутки.

При наличии небольшого размера перфорации барабанной перепонки в слуховой проход вставляли стерильную турунду, смоченную 0,02% раствором уресултана. Вечером больные сами закапывали в ухо 6–8 капель уресултана на турунду.

При точечных перфорациях барабанной перепонки одна из проблем заключается в том, что лекарство, которое закапывается, в барабанную полость проникает в недостаточном количестве. Поэтому для того, чтобы лекарство полностью проникало в барабанную полость, нами была применена пневматическая воронка Зигля. Вечером больные закапывали раствор уресултана самостоятельно.

Лечение продолжалось в среднем от 5 до 8 дней. Под нашим наблюдением находилось 126 больных хроническим гнойным мезотимпанитом в возрасте от 10 до 55 лет. Мужчин было 65, женщин 61. из анамнеза выяснено, что большинство больных до обращения в клинику лечились амбулаторно закапыванием перекиси водорода, борного спирта и различными антибиотиками, что приводило лишь к временному улучшению. Из числа обследованных 25 страдали гнойным мезотимпанитом свыше 10 лет, 66 – от 5–10 лет, и 35 до 5 лет.

Все больные в зависимости от применяемых средств были разделены на 3 группы. Первой группе (86 больных) проведено лечение по вышеуказанной методике.

Второй группе из 20 больных ХГМ, у которых в анамнезе был вазомоторный ринит, к лечению дополнительно назначался перорально иммуностимулирующий препарат из лекарственного растительного сырья иммунал по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней.

Третьей группе больных в количестве 20 человек, как контрольной, проведено лечение раствором фурацилина.

Наши наблюдения показали, что при лечении хронического гнойного мезотимпанита уресултаном в основной и второй группах больных в первые 2–4 дня значительно уменьшается количество выделений, которые приобретают слизистый характер. Довольно быстро исчезает гиперемия, уменьшается отечность и инфильтрация слизистой оболочки барабанной полости, сокращаются грануляции, у больных с хроническим ринитом улучшается носовое дыхание и состояние слизистой оболочки носа.

Микрофлора не высевалась после 5 дней лечения у 92 больных, но продолжала высеваться у 14 больных, у которых при начальном исследовании определялась полифлора.

Токсическое действие уресултана на кохлеарную функцию не наблюдалось, более того слух после лечения, как правило, улучшался. Непосредственный переход в стадию ремиссии у 86 (81,1%) больных (прекращение выделений из уха, нормализация барабанной перепонки и слизистой оболочки барабанной полости), улучшение у 16 (15,1%) больных, отсутствие эффекта у 4 (3,8%) больных. В 2 случаях у больных отмечалась индивидуальная чувствительность к препарату, что выражалось болями в ухе и отореей, после отмены подобные явления быстро прекращались. Этим больным лечение проводилось другими препаратами. Небольшие (щелевидные и точечные) перфорации барабанной перепонки через 7–10 дней после лечения закрылись нежным рубцом у 6 (5,5%) больных. Отдаленные результаты лечения прослежены у 68 (64,1%) больных в течение года. При этом обострение гнойного процесса в ухе отмечалось



у 13 (12,2%) больных в связи с острым катаром верхних дыхательных путей или гриппом. Во всех случаях в течение 4–5 дней удавалось приостановить и ликвидировать обострение процесса применением уресултана.

В контрольной группе больных, лечившихся 0,05% раствором фурациллина, результаты лечения оказались более негативными и продолжительность лечения значительно дольше – более 15–18 дней.

Таким образом, высокая чувствительность к микрофлоре среднего уха у больных с хроническим гнойным мезотимпанитом к уресултану, обеспечивающая быструю и стойкую ликвидацию воспалительного процесса в ухе и хороший функциональный эффект, дает нам основание рекомендовать уресултан для лечения хронических гнойных мезотимпанитов в практической оториноларингологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабий И. И. Матер. Рос. научн. – практ. конф. «Современные проблемы оториноларингологии». 19–20 ноября 2002г. / И. И. Абабий, Е. Н. Сенку М., Российская академия государственной службы при Президенте РФ. – С. 27–32
2. Бобровский Н. А. – Проблема отитов в современном освещении / Н. А. Бобровский. – Тез. докл. науч. сессии ЛОРНИИ. Л. 1971, С. 37–38.
3. Дюмин О. В. Применение углеродного волокна с иммобилизованным ферментом для лечения больных хроническим гнойным средним отитом / О. В. Дюмин // Журн., ушн., нос. и горл. бол. 1993, № 4. – С. 19–22.
4. Евдощенко Е. А. Некоторые показатели реактивности нейтрофилов периферической крови у больных острым средним отитом и с обострением хронического мезотимпанита / Е. А. Евдощенко, А. Т. Шевченко // там же – 1988. – № 3. – С. 33–37.
5. Енин И. П. Реабилитация больных хроническим гнойным средним отитом / И. П. Енин // Вестн. оторинолар. – 1999. – № 2. – С. 5–7.
6. Зайцева В. М. Эндоуральное ультразвуковое орошение мирамистином, как новый метод лечения больных хроническим гнойным средним отитом / В. М. Зайцева. – Мат. конф. «Современные проблемы оториноларингологии». – М., 2002. – С. 16–20.
7. Кицера А. Е. NBT–тест в оценке фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови у больных острым и хроническим гнойным средним отитом / А. Е. Кицера, Г. В. Щербина // Журн., ушн., нос. и горл. бол. 1987, № 5. – С. 17–20.
8. Корвяков В. С. Консервативная терапия больных хроническим гнойным средним отитом как этап к реконструктивной терапии: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / В. С. Корвяков. – М., 1996. – 28 с.
9. Кунельская В. Я. Микозы в оториноларингологии / В. Я. Кунельская. – М.: Медицина, 1989. – 320 с.
10. Лукашева Э. А. Клинико–иммунологические параллели у детей, больных хроническим гнойным средним отитом стафилококковой этиологии и леченых иммунопрепаратами / Э. А. Лукашова // Журн., ушн., нос. и горл. бол. – 1980. – № 5. – С. 58–62.
11. Лучихин Л. А. Эффективность ушных капель «отофа» и «полидекса» при лечении воспалительных заболеваний уха / Л. А. Лучихин // Новости оторинолар. и логопатол. – 1999, № 3 (19). – С. 139–140.
12. Мишенькин Н. В. Лазерная терапия хронического гнойного среднего отита / Н. В. Мишенькин. – Метод. реком. МЗ РСФСР. – Омск, 1983. – 22 с.
13. Пак Л. Н. Новые методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний уха и их осложнения / Л. Н. Пак, Т. Х. Насретдинов. – Сб. науч. тр. – Ташкент, 1986. – С. 28–29.
14. Прозоровская К. Н. Использование анатоксина стафилококкового очищенного в коррекции вторичного иммунодефицита при воспалительных процессах ЛОР-органов / К. Н. Прозоровская, Д. И. Тарасов, И. Б. Семенова. – Мат. Всероссийского симпозиума «Проблемы иммунологии в оториноларингологии». – 28–30 сентября. – СПб. – 1994 – С. 109–110.
15. Протасевич Р. С. Местное лечение больных хроническими гнойными средними отитами / Р. С. Протасевич // Вестн. оторинолар. – 2002. – № 3. – С. 57–60.
16. Скопина Э. Л. Некоторые аспекты хронического гнойного среднего отита / Э. Л. Скопина // там же. – 1999. – № 2. – С. 51–52.
17. Солдатов И. Б. Принципы и методы консервативного лечения хронических гнойных средних отитов / И. Б. Солдатов // Журн., ушн., нос. и горл. бол. – 1979. – № 6. – С. 9–16.
18. Солодилов В. Ю. Лечение хронических гнойных средних отитов электрофонофорезом диоксида / В. Ю. Солодилов, В. И. Попович // Вopr. куртолог, физиотер и лечебн физкультуры. – 1990. – № 1. – С. 56–57.
19. Умаров У. У. Современные данные о гнойном среднем отите у жителей города Душанбе / У. У. Умаров, Д. Ш. Ирматов, Ш. Х. Бариева. – Мат. III конф. ТИППМК, Душанбе, 1997, С. 175–176.
20. Фролов В. М. Лечение больных хроническим гнойным мезотимпанитом местным применением гипериммунных плазм: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / В. М. Фролов. – М., 1980. – 25 с.
21. Шутов А. И. Применение диметилсульфоксида в комплексной терапии хронических гнойных средних отитов / А. И. Шутов, А. Б. Гобеев // Вестн оторинолар 1982. – № 3. – С. 23–25.