



25. Pichichero M. E. Sore throat after sore throat after sore throat. Are you asking the critical questions? // Postgrad Med. – 1997. – Vol. 101. – N. 1. – P. 205–218.
26. Solak S., Ergonul O. Short communication: clinical predictors of group A beta hemolytic streptococci isolation in upper respiratory tract infections // Mikrobiyol Bul. – 2005. – Vol. 39. – N. 3. – P. 333–340.
27. Uysal S., Sancak R., Sunbul M. A comparison of the efficacy of cefuroxime axetil and intramuscular benzathine penicillin for treating streptococcal tonsillopharyngitis // Ann Trop Paediatr. – 2000. – Vol. 20. – N. 3. – P. 199–202.
28. Wiech A. D., Lipinski L., Janicki K. A case of actinomycosis of the palatine tonsils—diagnostic difficulties // Otolaryngol Pol. – 2002. – Vol. 56. – N. 3. – P. 377–380.

Гринчук Оксана Николаевна – аспирант Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи; 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-01; e-mail: oksana.grinch@yandex.ru

УДК: 616.284-002.2-08

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ИСХОДЯ ИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЕГО ТЕЧЕНИЯ

Н. Т. Джанашия

THE CHOICE OF TREATMENT STRATEGY IN PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA BASED ON CHARACTERISTICS OF ITS COURSE

N. T. Janashia

*ГОУ ВПО Российский медицинский университет им. Н. Н. Пирогова
Минздравсоцразвития России, г. Москва*

(Зав. каф. оториноларингологии лечебного факультета – проф. А. И. Крюков)

Проведена оценка результатов комбинированного лечения 68 больных хроническим гнойным средним отитом в стадии обострения. Изучен микробный пейзаж различных отделов среднего уха с исследованием чувствительности выделенной бактериальной флоры к различным антибактериальным химиопрепаратам. Исходя из полученных данных, метод и объем хирургического лечения должен быть дифференцированным в зависимости от выраженности деструктивных изменений в височной кости. Препаратами выбора для антибактериальной терапии хронического гнойного среднего отита должны являться, защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения.

Ключевые слова: *хронический гнойный средний отит, saniрующая операция, антибактериальная терапия.*

Библиография: *7 источников.*

The estimation results of combined treatment of 68 patients with chronic suppurative otitis media in the acute stage. Studied microbial landscape of the various divisions of the middle ear with the investigation of the sensitivity of isolated bacterial flora to various antibacterial chemotherapeutic drugs. The outcome of results, is the method and extent of surgical treatment should be differentiated depending on the severity of destructive changes in the temporal bone. Drugs of choice for antibiotic therapy of chronic purulent otitis media should be protected by penicillins, cephalosporins III generation.

Key words: *chronic purulent otitis media, sanifying surgery, antibiotic therapy.*

Bibliography: *7 sources.*

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) до настоящего времени является одним из самых распространенных заболеваний в отиатрической практике. [3, 5, 7] По данным литературы из общего числа больных с патологией ЛОР-органов 12–18% обращаются за медицинской помощью по поводу симптомов хронического воспаления среднего уха. [5]

В современных условиях основными направлениями в тактике ведения таких больных являются не только санация воспалительного очага инфекции, но и одновременное сохранение, и улучшение слуховой функции. [2, 3, 4, 7]. При этом необходимо отметить, что изменения в видовом составе микробного пейзажа при хроническом отите влияют на характер течения инфекционного процесса в среднем и внутреннем ухе [1, 6].

В связи с этим, нами была поставлена **цель исследования** – изучение микробного пейзажа различных отделов среднего уха при ХГСО с исследованием чувствительности выделенной бактериальной флоры к различным антибактериальным химиопрепаратам, а также разработка дифференцированного лечебно-диагностического подхода при деструктивном хроническом гнойном среднем отите.

Пациенты и методы. Нами было обследовано и прооперировано 68 больных в возрасте от 19 до 70 лет (из них 31 женщина и 37 мужчин), страдающих ХГСО в стадии обострения. У подавляющего числа обследованных больных давность заболевания составляла от 6 до 15 лет. Большинство из них отмечали частые обострения процесса – 2 и более раза в год. Всем больным в предоперационном периоде с применением 0€ и 30€ эндоскопов производили визуализацию устья слуховых труб, проводилось исследование проходимости слуховых труб, оценивали состояние задних концов нижних носовых раковин и состояния носоглоточной миндалины; производилось аудиологическое исследование, отоневрологическое обследование; компьютерная томография (КТ) височных костей; лабораторные исследования.

Применение того или иного объема хирургического вмешательства зависело от данных клинического обследования, длительности процесса и аудиологического исследования. Данные КТ наравне с клиническими находками являлись одним из решающих факторов выбора метода хирургического вмешательства.

Кроме того, у всех больных исследовали отделяемое из уха при поступлении, а также отделяемое, забираемое во время санирующей слухосохраняющей операции из антрума, сразу по его вскрытии, и из барабанной полости. Через 1 месяц после операции также проводили микробиологическое исследование отделяемого из послеоперационной полости. Материал доставлялся в микробиологическую лабораторию, где производилось выделение чистых культур аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов. Чувствительность к антибиотикам исследовалась диско-диффузионным методом. В ходе операции оценивали характер деструктивных изменений в височной кости, состояние слуховых косточек.

Результаты исследования

По результатам исследования в наружном слуховом проходе в 100% случаев высевались микробные ассоциации, представленные двумя, а чаще всего тремя различными микроорганизмами. В составе микробных ассоциаций у 72% больных обнаружены стафилококки. Из них 32% составили золотистые стафилококки, 37% – эпидермальные стафилококки, у 3% больных высевался сапрофитный стафилококк. В барабанной полости и в антруме присутствовал только один вид – *Staphylococcus aureus* в 38,2% и 35,3% случаев соответственно. Таким образом, эпидермальный стафилококк в посевах из наружного слухового прохода следует рассматривать не как ведущий патоген при ХГСО, а скорее как представителя транзитной микрофлоры кожи наружного слухового прохода. Это подтверждается и данными антибиотикочувствительности, свидетельствующими о поливалентной чувствительности эпидермального стафилококка ко всем тестируемым антибиотикам. При исследовании антибиотикочувствительности золотистого стафилококка, выделенного из среднего уха при интраоперационном взятии материала и в последующем из послеоперационной полости (6% больных), отмечалась его выраженная антибиотикоустойчивость.

Род стрептококков был представлен исключительно в ассоциациях микроорганизмов из наружного слухового прохода (14% случаев). В антруме и барабанной полости эти микроорганизмы не определялись.

Грамотрицательная флора из наружного слухового прохода высевалась в 60,3% случаев и была представлена штаммами *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella oxytoca*, *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Acinetobacter spp*, *Neisseria spp.*, *Serratia marcescens*, *Enterobacter spp*. При этом



из полости среднего уха чаще всего высеивались *Pseudomonas aeruginosa* в 20,6% случаев и *Klebsiella oxytoca* в 10,3% случаев.

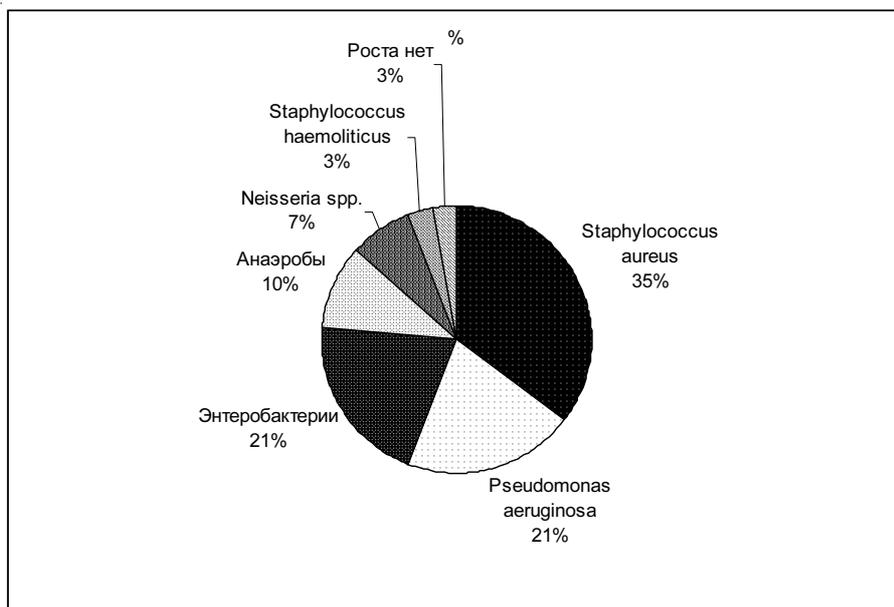


Рис. 1. Видовой состав микрофлоры из антрума.

Смешанная флора, полученная при заборе материала из наружного слухового прохода, наиболее часто была представлена ассоциациями золотистого стафилококка с грамотрицательной флорой (36,8%). В 66,2% случаев в микробных ассоциациях присутствовали грибы, которые были представлены родами *Aspergillus spp.*, *Candida spp.*, *Mucor spp.* Чаще всего они встречались в ассоциациях с золотистым стафилококком и грамотрицательной микрофлорой.

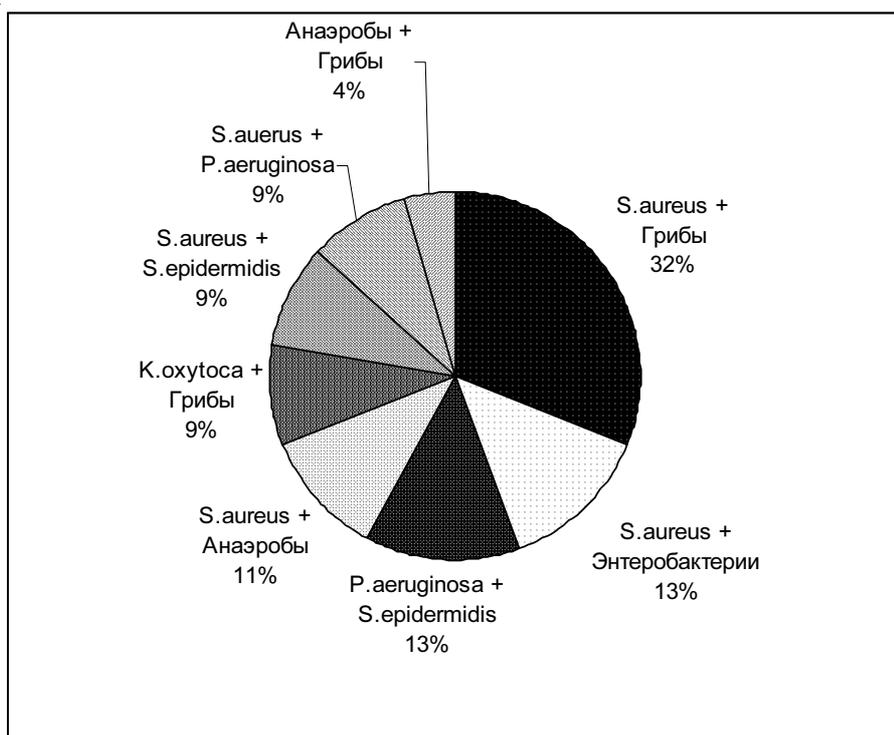


Рис. 2. Ассоциации микроорганизмов, выделенные интраоперационно из барабанной полости.

У 10,3 % больных были выделены облигатно анаэробные микроорганизмы, представленные фузобактериями и бактероидами. В 100% случаев в процессе операции у данных больных был выявлен блок *aditus ad antrum*, а также имелись распространенные деструктивные изменения височной кости.

На основании степени выраженности деструктивных изменений в различных структурах среднего уха, нами были предложены и проведены следующие виды saniрующих операций на среднем ухе в стадии обострения:

1. Общеполостная saniрующая операция – открытая аттикоантромастоидотомия. Данный вид операции выполнен 28 пациентам с выраженными деструктивными изменениями в полостях среднего уха.
2. Закрытая аттикоантромастоидотомия с частичным удалением задней стенки наружного слухового прохода и формированием «мостика»: этот вид операции был произведен 20 пациентам, у которых отсутствовали выраженные деструктивные изменения в полости среднего уха, но при этом обнаружено небольшое количество грануляций с явлениями остейта в сочетании с мукозитом с частичным блоком *aditus ad antrum*.
3. Закрытая аттикоантромастоидотомия с сохранением задней стенки наружного слухового прохода. Такой вид хирургического лечения был выполнен 20 пациентам, у которых процесс сопровождался отсутствием выраженных грануляций и полной проходимостью *aditus ad antrum*.

42 больным в послеоперационном периоде через 1,5 – 2 мес. после хирургического лечения производилось контрольное микробиологическое исследование. По результатам исследования у 57,3% больных из послеоперационной полости высевались грибы. У 27,9% больных роста микрофлоры отмечено не было. У 14,8% больных в материале, взятом из послеоперационной полости, отмечался рост того же возбудителя, который высевался при взятии интраоперационного материала из антрума.

Таблица

Чувствительность к антибиотикам наиболее часто встречающихся микроорганизмов при хроническом гнойном среднем отите

Антибиотик	<i>Staphylococcus aureus</i>		<i>Pseudomonas aeruginosa</i>		<i>Klebsiella oxytoca</i>		<i>Fusobacterium nucleatum</i>	
	чувствительность		чувствительность		чувствительность		Чувствительность	
	абсолютное количество	%	абсолютное количество	%	абсолютное количество	%	абсолютное количество	%
Бензилпенициллин	0	0	0	0	0	0	0	0
Амоксицил/ клавул	24	100	–	–	3	42,8	1	25
Цефазолин	0	0	–	–	2	28,6	0	0
Цефуроксим	8	33,3	–	–	5	71,4	2	50
Цефтриаксон	17	70,8	12	85,7	6	85,7	3	75
Кларитромицин	13	54,2	–	–	3	42,8	–	–
Ципрофлоксацин	15	62,5	12	85,7	7	100	2	50
Моксифлоксацин	24	100	14	100	7	100	4	100
Гентамицин	5	20,8	3	21,4	2	28,6	–	–
Линкомицин	5	20,8	–	–	2	28,6	0	0

Наряду с микробиологическим исследованием всем больным с ХГСО производилось аудиологическое обследование до и после операции.

В раннем послеоперационном периоде, при открытом типе антромастоидотомии, у большинства больных (20 пациентов) изменение остроты слуха наблюдалось в пределах от 5 до 10 дБ, у 3 пациентов при аудиологическом обследовании изменение порогов слуха было в пределах 5 дБ, что мы расценивали, как неизменившийся слух. В 5 случаях наблюдалось



ухудшение слуха. У данных больных при выполнении хирургического вмешательства выявлена холестеатома, при этом наковальня отсутствовала или обнаруживалась лежащей свободно в холестеатомных массах и удалялась вместе с последними. Необходимо отметить, что у больных с наибольшими деструктивными изменениями выделенные возбудители вне зависимости от рода отличались высокой резистентностью к антибактериальным препаратам. При этом наибольшие деструктивные изменения наблюдались при выделении облигатно-анаэробных микроорганизмов и комбинаций золотистого стафилококка с энтеробактериями.

В отдаленном послеоперационном периоде, наблюдалось сохранение слуховой функции, при этом ухудшение слуха не было отмечено ни у одного пациента.

После выполнения закрытой антромастоидотомии у большинства больных (17 человек) отмечалось значительное улучшение слуха (более 20 дБ) и в 3 случаях небольшое улучшение слуховой функции в пределах 10 дБ. Неизменным остался слух у одного пациента. При этом необходимо отметить тот факт, что ухудшения остроты слуха за время наблюдения не наблюдалось.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о необходимости дифференциальной интерпретации получаемых результатов микробиологического исследования микрофлоры, выделенной из наружного слухового прохода. Истинным возбудителем, вызывающим и поддерживающим воспаление в среднем ухе, должен считаться микроорганизм, высеивающийся из барабанной полости и в особенности из антрума. По нашим данным, среди микроорганизмов, колонизирующих полости среднего уха в условиях хронического воспаления доминирует золотистый стафилококк и грамтрицательная флора (синегнойная палочка и клебсиелла). Исходя из этого, препаратами выбора для антибактериальной терапии ХГСО должны являться, в первую очередь, защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения, фторхинолоны.

Выбор метода хирургического лечения ХГСО должен быть дифференцированным. Открытая аттикоантромастоидотомия эффективна при выраженном деструктивном процессе в височной кости. Закрытая аттикоантромастоидотомия эффективна при ХГСО без холестаточного процесса при незначительной выраженности деструктивных изменений и умеренном блоке *aditus ad antrum*. В результате дифференцированного подхода к хирургическому лечению слуховая функция остается стабильной, а в большинстве случаев улучшается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бактериологическое исследование и антибактериальная терапия при хронических гнойных мезотимпанитах. / Е. Ю. Масенко [и др.] // Новости оторинолар. и логопатол. – 2000. – № 4. – С. 84–86.
2. Миронов А. А. Санирующие слухосохраняющие операции при деструктивных формах хронического гнойного среднего отита: автореф. дис. ... канд. мед. наук, М., 1992.
3. О хирургическом лечении хронического гнойного среднего отита / Ш. В. Джапаридзе [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2005. – № 3 – С. 46–47.
4. Пятакина О. К., Федорова О. В. Реконструктивная микрохирургия уха. // Современные вопросы клинической отиатрии: тез. докл. – М., 2002. – С. 88–89.
5. Реоперация уха при хроническом гнойном среднем отите. / В. И. Федосеев [и др.] // Новости оторинолар. и логопатол. 1999. – № 3 (19). – С. 63–65.
6. Тактика лечения больных хроническим гнойным средним отитом в зависимости от характера микрофлоры. / И. В. Иванец [и др.] // Вестн. оторинолар. – 1992. – № 4. – С. 3–6.
7. Parry D., Roland S. P. Middle Ear, Chronic Suppurative Otitis // Medical Treatment, of the Medical textbooks for health professionals and consumers. 2007. (World Medical Library): topic214.

Джанашия Николоз Тамазович – очный аспирант кафедры оториноларингологии лечебного факультета РГМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития. Тел.: 8-495-952-58-81; Моб. 8-906-718-78-32; dr.nikoloz@mail.ru