



УДК: [616. 284-002. 2-036-07-08:616-002. 5-06]: 612. 017. 1

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛОРОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Н. М. Мусалова

ФГУ «НКЦ оториноларингологии Росздрава», Москва  
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

В Российской Федерации наблюдается ухудшение эпидемической ситуации по заболеваемости туберкулезом. С 1992 года в Москве, как и во всех регионах России, имеет место подъем эндемии туберкулеза. Обзор основных показателей (заболеваемости, распространенности, смертности), характеризующих эпидемическую обстановку, оценивает ситуацию по туберкулезу как напряженную.

Территориальный показатель заболеваемости (ПЗ), включающий в себя все зарегистрированные в городе случаи заболевания туберкулезом с 1990 по 1997 годы, вырос на 46,1% и составил 33,6% на 100 000 населения (по России – 67,5%) [12]. По сообщению М. В. Шиловой ПЗ населения туберкулезом с 1991г. возрос почти в 2 раза [29]. Схожие данные представлены Е. Я. Кочетковой, И. М. Сон [11]: ПЗ за 1990 г. – 2003г. возрос с 23,0 до 43,4 на 100 000 населения, т. е. также практически в 2 раза.

Анализируя причины, приведшие к ухудшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу, и изучая динамику ПЗ с 1970 по настоящее время, можно выделить 4 периода.

Первый период – с 1970 по 1979 г. В течение этого времени ПЗ постоянно снижался. Ежегодный темп составил 3,7%. Этот достаточно высокий темп снижения можно объяснить проведением широкомасштабных организационных мероприятий по профилактике туберкулеза в соответствии с программой «О мероприятиях по дальнейшему снижению заболеваемости туберкулезом». Наряду с активным внедрением в практику противотуберкулезных учреждений новых методов в организации раннего выявления и лечения туберкулеза, отмечался большой рывок и в научной деятельности: высокое материально-техническое оснащение лабораторий, активное финансирование экспериментальных разработок, где особое внимание уделялось проблемам иммунологии, генетики во фтизиатрии. Именно этот период характеризуется созданием мощной научной базы и работами видных ученых 70-х годов.

Второй период – с 1979 по 1985 г. Ежегодный темп снижения ПЗ составил 0,9%, т. е. темпы снижения замедлились в 4 раза. Это дает основание предположить, что эпидемическая ситуация начинает ухудшаться уже в середине 80-х годов. Происходило накопление не выявленных среди населения больных туберкулезом.

Третий период – с 1986 по 1991 г. ПЗ населения туберкулезом в этот период снижался быстрыми темпами. Ежегодный темп снижения заболеваемости составил 4,1%. Изменение тенденции в течении туберкулеза в период подъема эндемии было связано с выявлением значительного числа больных туберкулезом из не выявленных в предыдущие годы из-за массового сокращения диспансерного наблюдения населения. В то же время, отсутствие государственной программы борьбы с туберкулезом привело к недостаточному финансированию противотуберкулезных мероприятий и, как следствие, к дальнейшему распространению туберкулезной инфекции среди населения [2].

Четвертый период начался в 1992 г. и продолжается по настоящее время, ПЗ растет с 1992 г. Ежегодный темп роста составил 17,6%. Резкий рост ПЗ в течение четвертого периода может быть связан с выявлением значительного числа больных по обращаемости с тяжелыми, запущенными процессами, из числа не выявленных ранее [25].

Особенности развития эпидемического процесса в значительной мере определяются динамикой смертности. Показатели смертности (ПС) достоверно оценивают эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, так как на их формирование влияют в основном объективные факторы. За 1990–2003 годы ПС от туберкулеза вырос на 50,7% (с 7,3 до 11 на 100 000 населения) [11].



По сведениям В. И. Литвинова, П. П. Сельцовского и др. 2003 г. [13], сохраняются высокими ПС (в 2002 году – 6,9 на 100 000 населения, в 2000 г. – 7,2 на 100 000 населения) и распространенности туберкулеза (в 2002 году – 130,0 на 100 000 населения, в 2000 году – 138,2).

Клинические, бактериологические и патологоанатомические данные свидетельствуют о том, что в исходах заболевания туберкулезом легких немаловажная роль принадлежит сопутствующим неспецифическим воспалительным заболеваниям других органов и тканей, отягощающих основное страдание [5, 14, 18, 21]. В частности, у больных туберкулезом часто встречаются сопутствующие ему хронические специфические и неспецифические заболевания ЛОР-органов, удельный вес которых, по данным различных авторов, колеблется от 14,9 до 60%.

Так, Н. И. Тумашева [23] выявила лор-патологию у больных туберкулезом в 60% случаев, из них в 29,5% был диагностирован хронический тонзиллит.

Вопрос частоты возникновения и особенностей течения оториноларингологических заболеваний был детально изучен Я. С. Иоффе и М. Г. Шаренко [6], обобщившими статистические данные 7-й Московской городской клинической туберкулезной больницы. Среди 20570 осмотренных в их консультативном кабинете туберкулезных больных ЛОР патология выявлена у 29,9%.

Наиболее распространенной патологией оказались различные поражения уха (32,9%) с развитием гнойных отитов в 8% случаев. Вторую по частоте группу составили лица с адгезивными отитами и сухой перфорацией барабанной перепонки – около 7,4% от общего числа больных. Выделено также некоторое количество кохлеарных невритов токсического происхождения – 1,7%. Отмечена значительная распространенность хр. тонзиллита – 14,1%. Острые и хронические синуситы диагностированы у 5% больных, хр. гипертрофические риниты – у 1,3%, полипоз носа – 1,7% осмотренных. У больных отмечены также доброкачественные и злокачественные опухоли верхних дыхательных путей, в первую очередь гортани, наблюдаемые значительно чаще у туберкулезных больных, чем среди общего числа контингента.

А. Н. Вознесенским [3] за 11 лет (с 1947 по 1957 г.) среди 2630 больных туберкулезом раков верхних дыхательных путей, полости рта и пищевода был выявлен у 101 пациента (3,8%). У ряда больных имело место одновременное поражение гортани туберкулезом и раком.

С. Я. Арзамасцев [1] обследовал 337 больных туберкулезом легких и раком гортани в возрасте от 18 лет до 83 лет, у 31 из них имелся одновременно и туберкулез гортани.

А. Н. Дадамухамедовым в 1975 г. [5] при осмотре 5954 больных, страдающих туберкулезом органов дыхания, была диагностирована патология ЛОР-органов, ведущее место в которой принадлежало: хр. тонзиллиту – 14,9%, субатрофическому и атрофическому ринофарингиту – 8,7%, хроническому гнойному среднему отиту – 7,8%. Причем, из 414 пациентов с гнойным средним отитом, у 38 человек выявляли специфический процесс в ухе.

Анализируя материалы специализированного ЛОР отделения и консультативного кабинета ТКБ № 7 г. Москвы в 1966–1972 г. г., гнойные средние отиты были выявлены у 8% больных [26].

Почти также часто диагностировал хронические гнойные отиты у аналогичных больных А. Е. Китаевич [8]. Так, из обследованных 3640 больных, лечившихся стационарно, хронический тонзиллит составил 15,1%; хронический синусит – 12,7%; хронический гнойный средний отит – 6,8%, ларингит – 13,4%, вазомоторный и аллергический ринит – 11,2%.

Ф. И. Чумаков, Н. С. Пономарёва, О. Ф. Шубина, М. А. Лукьянова [26], подвергнув анализу результаты обследования 138 человек, лечившихся в санатории в 1972 – 1975г. г. выявили хронический гнойный средний отит у 13 (9,4%) больных. С целью выявления частоты заболеваемости ЛОР-органов среди больных туберкулезом Ю. М. Муратов и Х. А. Рахимов [19] провели осмотр тысячи больных. Из числа обследованных ведущее место заняла следующая нозология: у 102 больных (10,2%) выявлен хронический гнойный средний отит, невриты слухового нерва у 48 (4,8%), туберкулезное поражение гортани – 6 (0,6%), вазомоторный ринит – 24 (2,4%), хронический тонзиллит – 194 (19,4%).

И. Ф. Махмутов, А. Н. Галиуллин [17] провели наблюдения за 140 больными деструктивными формами туберкулеза лёгких с сопутствующим гнойным отитом. Из них у 7 (5%) больных установлен диагноз туберкулез среднего уха.



Так, M Achmuller, I Gassner [31] наблюдали 2 случая туберкулёза среднего уха, осложнённого мастоидитом. W Schneider, SR Wolf, W Solbach [34] в период с 1986 по 1992 г. зафиксировали 18 случаев туберкулёзного поражения гортани, среднего отита, а также параназального синусита. Девять случаев специфического поражения среднего уха наблюдали в течение последних 10 лет с 1983–1994 гг. T Hoshino, H Miyashita, Y Asai [32]. У 6 пациентов отмечали центральную перфорацию барабанной перепонки, у 3 – тотальную перфорацию. У всех больных наблюдали: длительное гноетечение, снижение слуха с преимущественным нарушением звуковосприятия, головокружение и эпизод пареза лицевого нерва. В медицинском центре «Santa Clara» USA обращают внимание на случай хронического гнойного среднего отита туберкулёзной этиологии, осложнённого мастоидитом [36]. S Nishiike, M Irifune, T Kubo [33] в отделении оториноларингологии госпиталя г. Осака наблюдали 7 случаев (в течение последних 9 лет) туберкулёзных средних отитов. У большинства пациентов наблюдали бледные грануляции, распространяющиеся в наружный слуховой проход, но множественных перфораций барабанной перепонки авторы не фиксировали. JJ Benito Gonzalez с соавторами [35] в клиническом госпитале г. Саламанка в Испании за период с 1993 по 2001 гг. выявили 3 случая туберкулёзного среднего отита у больных, осложнённых парезом лицевого нерва и лабиринтитом. В Испании в клиническом госпитале Сантьяго P Vaamonde. с соавторами [38] наблюдали 10 случаев специфического поражения среднего уха за 7-летний период. У большинства пациентов отмечали длительную оторею, снижение слуха, наличие бледных грануляций. Множественные перфорации барабанной перепонки и парез лицевого нерва диагностированы менее чем у 10% пациентов. На КТ височных костей обнаружены костно-деструктивные изменения.

Японские авторы в отделении оториноларингологии госпиталя г. Осака S. Nishiike et al. [37] за 13 лет (с 1992 – 2002 гг.) наблюдали 12 случаев туберкулёза среднего уха. Течение специфического воспаления сопровождалось:

- профузной отореей – 100% (у всех пациентов),
- центральной или тотальной перфорацией барабанной перепонки (85%),
- бледной грануляционной тканью в барабанной полости (77%),
- вовлечением в процесс клеток сосцевидного отростка с рентгенологическими изменениями (77%),
- активным легочным туберкулезом (75%),
- снижением слуха (69%).

Таким образом, анализируя работы отечественных и зарубежных авторов, следует сказать, что у больных туберкулезом легких определяющее значение на течение и исход основного заболевания играют сопутствующие ему хронические специфические и неспецифические заболевания ЛОР-органов, удельный вес которых колеблется от 14,9% до 60% [6, 9, 14, 20, 26]. Частота хронического гнойного среднего отита по данным разных авторов варьирует от 6,8% до 10,2% [5, 8, 19]. Уровень заболеваемости хроническим гнойным средним отитом туберкулёзной этиологии также остается довольно высоким от 0,1% до 11,5% [5, 25]. Обобщив результаты исследования в отечественной и зарубежной печати необходимо отметить, что за последнее десятилетие на фоне неблагоприятной эпидемической обстановки существуют лишь немногочисленные сообщения в периодической печати о поражении ЛОР-органов и особенностях течения хронических отитов у больных туберкулезом [28, 31, 33, 35]. В то же время, эпидемическая ситуация остается напряженной. Отмечается рост ПЗ, распространенности и смертности, обусловленный подъемом эндемии туберкулеза, постепенным накоплением в контингентах больных хроническими формами, развитием остро прогрессирующих распространенных процессов. Возможности антибактериальной терапии снижаются (возрастает непереносимость противотуберкулёзных препаратов, множественная лекарственная устойчивость, полирезистентность, высокая вирулентность).

Клиническое течение сопутствующих заболеваний ЛОР-органов у больных туберкулезом имеет некоторые особенности. Туберкулёз лёгких непосредственно влияет на состояние верхних дыхательных путей в связи с постоянным выделением мокроты и раздражающим кашлем. В результате чего у пациентов преобладают заболевания гортани, обусловленные воспалением и травматизацией голосовых складок при кашле – гиперпластический ларингит, контактные



образования в области голосовых отростков. По мнению ряда авторов, наиболее частым осложнением местного поражения является специфическое поражение гортани. Так, по данным Ф. И. Чумакова и М. А. Лукьяновой [27], в период наблюдения с 1989-1998 гг. более чем в половине случаев (56%) признаки заболевания гортани являются первыми клиническими проявлениями развития туберкулёзного процесса в организме. Этот факт, по их мнению, объясняется именно резким увеличением количества диссеминированных форм и инфильтративных поражений лёгких с гематогенной диссеминацией.

Двигательная иннервация гортани может нарушаться вследствие сдавления возвратного гортанного нерва по протяжении увеличенными лимфоузлами средостения. При этом наблюдается характерная ларингоскопическая картина: половина гортани ограничено подвижна или неподвижна. Высокий процент невритов слуховых нервов, чаще диагностируемый у данного контингента больных, связан с длительным интенсивным лекарственным лечением, нередко включающим в себя использование ототоксических препаратов из группы аминогликозидов [30]. Большую роль при этом играет повышение проницаемости гематолабиринтного барьера для антибиотиков с возможностью развития тугоухости [10, 22].

Кроме того, наблюдают изменения слизистой оболочки носоглотки с развитием дисгидроза в носу и горле, образованием корок, трудностью откашливания густой и вязкой мокроты, и как следствие этого, развитие экссудативного и адгезивного отита.

Хронический гнойный средний отит характеризуется вялым течением с частыми рецидивами, совпадающим с обострениями туберкулёзного процесса, отличается слабой выраженностью болевых симптомов, характеризуется резким снижением слуха с преимущественным развитием перцептивной тугоухости, значительными разрушениями барабанной перепонки, наличием бледной грануляционной ткани часто распространяющейся в наружный слуховой проход. Нередко с вовлечением в процесс внутреннего уха и развитием лабиринтита. Характерными признаками являются также увеличение околоушных, подчелюстных и шейных лимфатических узлов. Существенное значение в течении хронического среднего отита играет персистирующая инфекция, обусловленная микрофлорой, выделяемой из экссудата среднего уха [15]. Так, видовой состав бактерий, по данным А. К. Махкамова [16], представлен условно патогенной микрофлорой (*Staphylococcus aureus*, *Proteus vulgaris*, *Streptococcus spp*) и др. У Дадамухамедова А. Н. [5] наряду с гноеродными кокками (чаще стафилококки) были высеяны и представители условно патогенной и сапрофитной группы бактерий.

#### **Заключение:**

*Хронический гнойный отит – заболевание, которое имеет длительное волнообразное течение на протяжении многих лет, характеризующееся частыми рецидивами и резистентностью к традиционной терапии, приводящее в результате к тугоухости и инвалидизации. Одной из наиболее существенных причин развития этой сложной патологии является значительное снижение общего и мукозального иммунитета. Иммунная недостаточность может быть первичной, тогда заболевание начинается в раннем детстве и сочетается с другими воспалительными процессами в организме. При заражении организма человека микобактериями туберкулеза на фоне относительного благополучия формируется вторичная иммунная недостаточность, которая приводит к присоединению инфекций. И, в первую очередь поражаются входные ворота инфекции – ЛОРорганы. Сам по себе диагноз хронический гнойный отит предполагает поиск какой-либо тяжелой персистирующей инфекции, такой, например, как туберкулез.*

*Учитывая то, что врачи за последние десятилетия потеряли, в какой-то мере, бдительность по выявлению первичных форм туберкулеза, упорное течение хронического отита необходимо расценивать как абсолютное показание для обследования у фтизиатра. Также необходимо проведение тщательного микробиологического исследования с посевом экссудата из среднего уха на среды с целью выявления микобактерий. Это позволит подтвердить специфический процесс в барабанной полости и назначить адекватную терапию.*

*Подведя итог, следует сказать, что в условиях эндемии туберкулеза резко изменились этиоструктура и клинико-анатомические проявления заболевания. Изучение частоты, особенностей течения и клиники хронического гнойного среднего отита в настоящее время, а также исследо-*



вание видового состава и вирулентности бактерий, определение степени их чувствительности к антибиотикам имеет большое значение для контроля над эффективностью лечения и определения прогноза заболевания, что позволит практическому врачу выбрать соответствующую терапию.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арзамасцев С. Я. Некоторые особенности лечения рака гортани у больных туберкулезом легких / С. Я. Арзамасцев // Методы профилактики и лечения ЛОР заболеваний. – М., 1989. – С. 41–44.
2. Динамика основных эпидемиологических показателей по внелегочному туберкулезу за последние 9 лет у постоянных жителей Москвы / Ф. А. Батыров, Л. Н. Шмакова, А. Г. Хоменко и др. // Туберкулез сегодня: Мат. VII Российского съезда фтизиатров. – М.: Изд. БИНОМ, 2000. – С. 175.
3. Вознесенский А. Н. Опухоли верхних дыхательных путей, рта и пищевода у больных туберкулезом легких / А. Н. Вознесенский // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1959. – № 3. – С. 11–19.
4. Дадамухамедов А. Н. Лабораторная диагностика туберкулеза среднего уха / А. Н. Дадамухамедов // Юбилейная науч. конф., посвященная 40-ю института усовершенствования врачей: Тез. докл. – Ташкент, 1972. – С. 397–398.
5. Дадамухамедов А. Н. Клиника и лечение гнойных средних отитов и их осложнений у туберкулезных больных: Автореф. дис. ... док. мед. наук / А. Н. Дадамухамедов. – Ташкент, 1975. – 39 с.
6. Иоффе Я. С. Лечение неспецифических заболеваний ЛОР-органов у больных туберкулезом легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Я. С. Иоффе. – М., 1973. – 24 с.
7. Иоффе Я. С. Опыт организации отоларингологической службы в туберкулезной больнице / Я. С. Иоффе, М. Г. Шаренко // Проблемы туберкулеза. – 1973. – № 5. – С. 15–18.
8. Китаевич А. Е. Неспецифические заболевания ЛОР-органов у больных туберкулезом и их лечение / А. Е. Китаевич // Журнал ушн., нос. и горл. бол. – 1975. – № 6. – С. 60–62.
9. Кичин И. С. Неспецифические заболевания верхних дыхательных путей у больных туберкулезом легких и их лечение / И. С. Кичин // Проблемы туберкулеза. – 1967. – № 6. – С. 42–46.
10. Колесова Л. И. Характеристика изменений слуха у больных туберкулезом / Л. И. Колесова // Там же – 1976. – № 2. – С. 51–54.
11. Кочеткова Е. Я. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Москве в конце XX– начале XXI века / Е. Я. Кочеткова, И. М. Сон // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 8. – С. 10–14.
12. Туберкулез в Москве (эпидемиологическая ситуация) / В. И. Литвинов, П. П. Сельцовский, Н. Ф. Плавунин и др. // IV съезд медицинской ассоциации фтизиатров: Тез. докл. – М., 1999. – С. 28.
13. Эпидемическая ситуация и особенности эндемии туберкулеза в Москве / В. И. Литвинов, П. П. Сельцовский, Е. Я. Кочеткова и др. // Матер. VII Российского съезда фтизиатров. – М.: Изд. БИНОМ, 2003. – С. 20.
14. Махкамов А. К. К вопросу клиники неспецифических хронических гнойных средних отитов у больных туберкулезом / А. К. Махкамов, А. Н. Дадамухамедов // Медицинский журнал Узбекистана. – 1969. – № 6. – С. 40–42.
15. Махкамов А. Г. Микрофлора гноя при хронических отитах у больных туберкулезом / А. Г. Махкамов // Там же – № 10. – С. 49–52.
16. Махкамов А. К. Хронические неспецифические гнойные отиты у больных туберкулезом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. К. Махкамов. – Ташкент, 1970. – 24 с.
17. Махмутов И. Ф. Туберкулез легких и среднего уха / И. Ф. Махмутов, А. Н. Галиуллин // Проблемы туберкулеза. – 2003. – № 12. – С. 10–11.
18. Михайлов Ф. А. Об изменениях во взаимоотношениях туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний / Ф. А. Михайлов // Клиническая медицина. – 1954. – т. – 32. – № 12. – С. 13–19.
19. Муратов Ю. М. Частота ЛОР-заболеваний среди больных, страдающих различными формами туберкулеза легких / Ю. М. Муратов, Х. А. Рахимов // III науч. – практ. конф. посвящ. 60-летию Октябрьской революции: Тез. докл. – Ташкент, 1977. – С. 100–103.
20. Новрузов М. А. Состояние миндалин при различных формах туберкулеза у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. А. Новрузов. – Баку, 1970. – 24 с.
21. Расулова А. К. К вопросу о частоте заболевания ЛОР-органов у больных костно-суставным туберкулезом / А. К. Расулова, А. Н. Дадамухамедов // Мат. 44-й науч. конф. сотруду. Ташкентского института усовершенствования врачей. – Ташкент, 1970. – С. 86.
22. Сагалович Б. М. Зависимость проницаемости гематолабиринтного барьера от функционального состояния трансформационного аппарата среднего уха / Б. М. Сагалович, М. В. Сениуков // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1968. – № 4. – С. 18–24.
23. Тумашева Н. И. К вопросу о состоянии небных миндалин у больных туберкулезом / Н. И. Тумашева // 5 съезд отоларингологов СССР: Тез. докл. – Л., 1958. – С. 205.
24. Чернеховская И. Е. Туберкулез на рубеже веков / И. Е. Чернеховская, А. С. Свистунова, Б. Д. Свистунов. – М.: Российская медицинская академия последипломного образования, 2000. – 57с.
25. Чумаков Ф. И. Туберкулез височной кости, среднего и внутреннего уха / Ф. И. Чумаков, И. Ф. Чумаков // Проблемы туберкулеза. – 1944. – № 6. – С. 51–53.



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 für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Universität Erlangen–Nürnberg. – 1993. – N12. – P. 591–594.
35. Tuberculous otitis media. Report of 3 cases / J. J. Benito Gonzalez, 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.