

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Болезнь Крона: диагностика и лечение [Электронный ресурс] / А. С. Логинов. — 2006. — Режим доступа: http://www.consilium-medicum.com/media/consilium/05_06/424.shtml. — Дата доступа: 10.12.2006.
2. Логинов, А. С. Болезни кишечника / А. С. Логинов, А. И. Парфенов. — М., 2000. — 32 с.
3. Ивашкин, В. Т. Краткое руководство по гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин [и др.]; под ред. В. Т. Ивашкина, С. И. Рапопорта, Ф. И. Комарова. — М.: ООО «Издательский дом М-Вести», 2001. — 457 с.
4. Голофеевский, В. Ю. Опыт применения высоких доз месалазина (салофалька) при лечении тяжелых вариантов обострения язвенного колита / В. Ю. Голофеевский, А. В. Герасимова, С. И. Ситкин // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. — 2002. — № 4. — С. 20–21.
5. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных / О. Ю. Реброва. — М.: Медиа Сфера, 2006. — 305 с.
6. Li, Xiao-guang. Fecal calprotectin in differential diagnosis of IBS / Xiao-guang Li // J. of Peking University (Health sciences). — 2006. — Vol. 38, № 3. — P. 310–313.
7. Calprotectin and lactoferin in the assessment of intestinal inflammation and organic disease / R. D'Inca [et al.] // Int. S. Colorectal Dis. [Electronic resource] — 2006. — Mode of access: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16838143. — Date of access: 09.10.2006.
8. Links Diagnostic accuracy fecal calprotectin be valued in discriminating organic reason of the chronic diarrhoea from irritable syndrome of the gut: expected analysis in adult and child / A. Carroccio [et al.] // Clin Him. — 2003. — № 49. — P. 861–867.
9. Røseth, A. G. Assessment of disease activity in ulcerative colitis by faecal calprotectin, a novel granulocyte marker protein / A. G. Røseth // Digestion. — 1997. — № 58. — P. 176–180.
10. Tibble, J.A. Fecal calprotectin as an index of intestinal inflammation / J.A. Tibble, I. Bjarnason // Drugs Today (Barc). — 2001. — № 37. — P. 85–96.

Поступила 22.12.2006

УДК 616.284-002

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
СРЕДНЕГО УХА ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ
ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

И. Д. Шляга, Е. П. Медведева

Гомельский государственный медицинский университет

В статье представлен анализ структуры неспецифических воспалительных заболеваний среднего уха, выявлена распространенность отдельных нозологических форм у группы больных из ЛОР-отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) за период с 1 января по декабрь 2005 года. Рассмотрены возможные осложнения острых и хронических средних отитов, выявлены наиболее часто встречающиеся осложнения. Проанализированы методы диагностики и лечения, используемые в ЛОР-отделении УГОКБ в настоящее время.

Ключевые слова: средний отит, внутричерепные осложнения, эпитимпанит, мезотимпанит, эпимезотимпанит.

NONSPECIFIC INFLAMMATORY DISEASES OF THE MIDDLE EAR

I. D. Shlyaga, K. P. Miadzvedzeva

Gomel State Medical University

The analysis of the structure of nonspecific inflammatory diseases of middle ear is represented in the present article. The prevalence of separate nozological forms at the group of patients of the otorhinolaryngological unit of the Gomel Regional Clinical Hospital for the period from January 1st until December, 2005 is revealed. Possible complications of acute and chronic middle otitises are considered, most often complications are revealed. Methods of diagnostics and the treatments now used in the otorhinolaryngological unit of the Gomel Regional Clinical Hospital are analyzed.

Key words: middle otitis, intracranial complications, epitympanitis, mesotympanitis, epimesotympanitis.

Введение

Неспецифические воспалительные заболевания среднего уха являются весьма актуальной проблемой оториноларингологии, так как ухо — это периферический отдел слухового и вестибулярного анализаторов, позволяющий человеку воспринимать звуки, ориентироваться в пространстве, поддерживать равновесие тела в покое и при движении.

Средний отит — распространенная патология, частота которой колеблется в значительных пределах в зависимости от общего материального благополучия, уровня культуры населения и качества медицинского обслуживания. Актуальность проблемы также связана с ростом числа больных с хроническими формами среднего отита. Хронизация процесса обусловлена появлением антибиотикоустойчивых штаммов микроорганизмов, снижением иммунологических сил организма, его индивидуальных реактивных свойств. Хронический средний отит приводит к различным осложнениям, в

том числе и к инвалидности, так как снижает слух и создает опасность при выполнении многих видов квалифицированного труда как в промышленности, так и в сельском хозяйстве [4, 6].

Цель работы — проанализировать структуру патологии с учетом современной классификации средних отитов, изучить распределение заболевания по половому, возрастному и территориальному признакам, оценить частоту осложнений и выделить наиболее часто встречающиеся осложнения, оценить оптимальные методы диагностики и лечения неспецифических воспалительных заболеваний среднего уха.

Материалы и методы исследования

Произведен ретроспективный анализ историй болезни 191 больного с неспецифическими острыми и хроническими средними отитами (115 мужчин и 76 женщин) в возрасте от 15 до 79 лет, которые находились на стационарном лечении в ЛОР-отделении УГОКБ с 1 января по декабрь 2005 г.

Таблица 1**Распределение больных с неспецифическим средним отитом по полу и возрасту**

Пол	Возраст, лет							Всего
	15–20	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	71–79	
Муж.	21	26	10	18	21	12	6	115
Жен.	9	12	12	13	18	8	5	76

Из таблицы 1 видно, что наибольшее число больных было зарегистрировано в возрастной группе 21–30 и 51–60 лет, это преимущественно лица мужского пола.

Данный факт связан с большей подверженностью мужчин трудоспособного возраста воздействию профессиональных вредностей (сквозняки, работа в сырых холодных помещениях). Кроме того, мужчины чаще злоупотребляют алкоголем, табакокурением [5].

У 164 (85,9%) больных хроническим и острым средним отитом процесс носил односторонний характер, у 27 (14,1%) — двусторонний; у 65 (34%) процесс имел острое течение, а у 126 (66%) — хроническое. Из группы больных с острым средним отитом у

36 (55,4%) пациентов был выявлен острый гнойный отит, у 21 (32,3%) — острый катаральный отит, у 8 (12,3%) — экссудативный (рис. 1). У 3 больных (1,57%) острый гнойный средний отит развился на фоне предшествующей травмы уха.

Согласно классификации хронического гнойного среднего отита различают следующие его формы: эптитимпанит, мезотимпанит, эпимезотимпанит [5, 6]. У изучаемой группы больных патологический процесс, в зависимости от формы, распределился следующим образом (рис. 2):

- с эптитимпанитом — 18 (14,3%) больных;
- с мезотимпанитом — 32 (25,4%) больных;
- с эпимезотимпанитом — 76 (60,3%) больных.

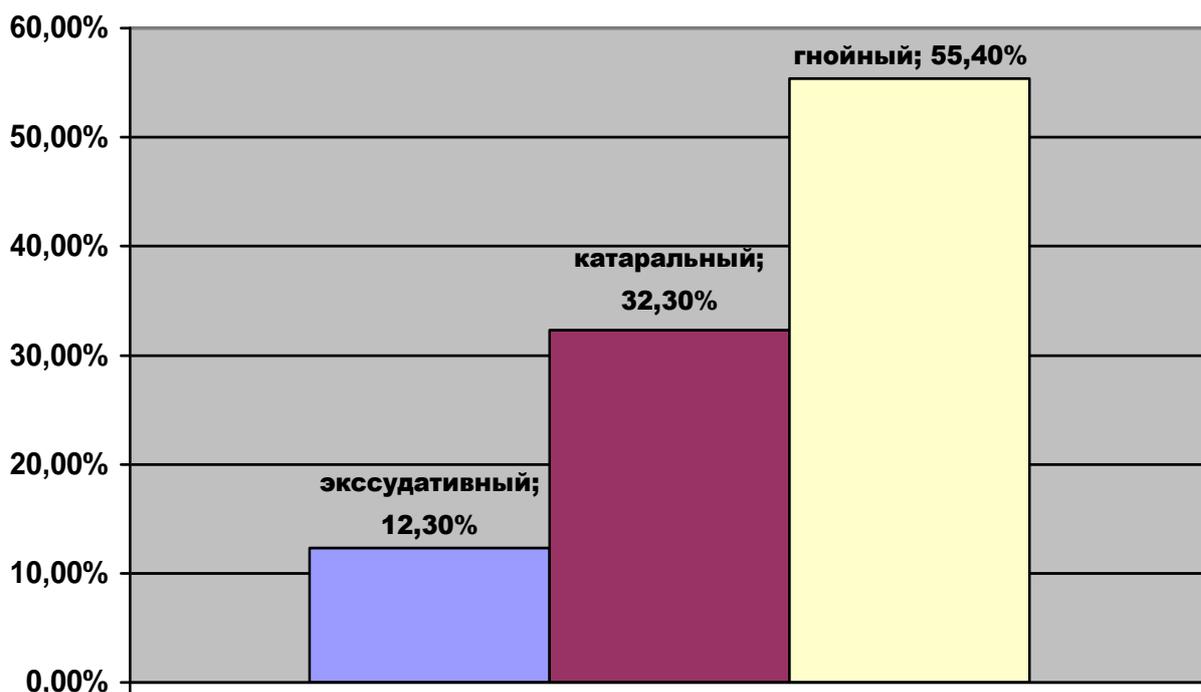


Рис. 1. Структура неспецифического острого среднего отита в зависимости от формы заболевания

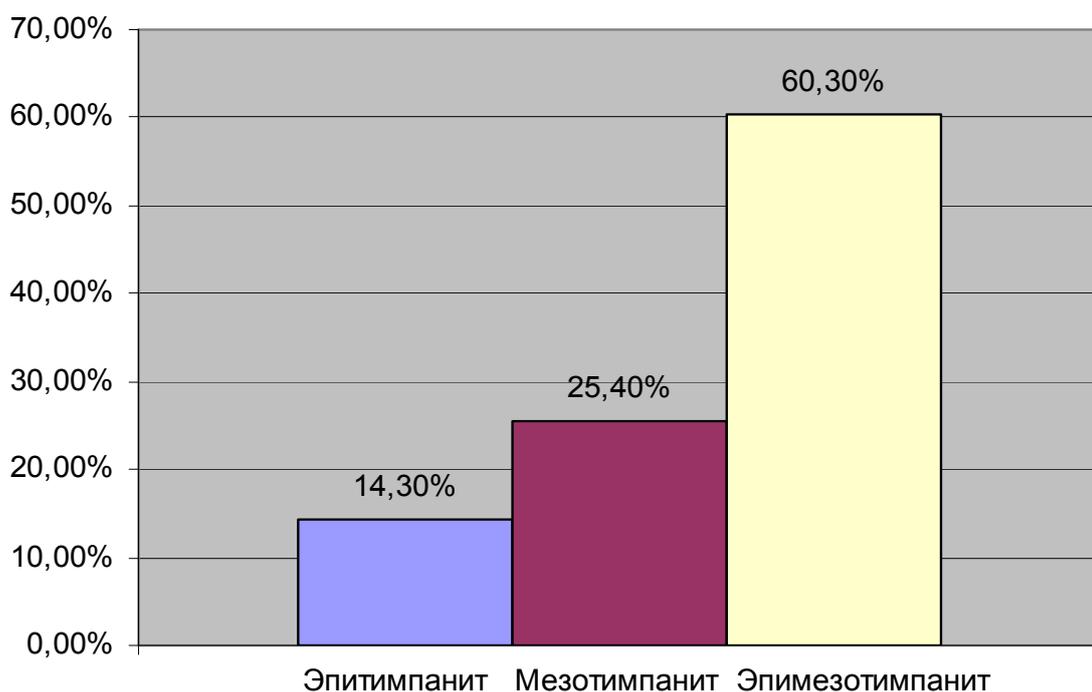


Рис. 2. Структура хронического гнойного среднего отита в зависимости от формы заболевания

Изучая распределение заболеваемости средним отитом по Гомельской области (рис. 3), следует отметить, что наибольшее число случаев было зарегистрировано в Гомельском районе — 30,9%, в Хойник-

ском — 13,1%, Буда-Кошелевском — 12,6%, Чечерском — 5,2%, Житковичском — 4,7% районах. В других районах Гомельской области было зарегистрировано от 0,52 до 4,2% больных.

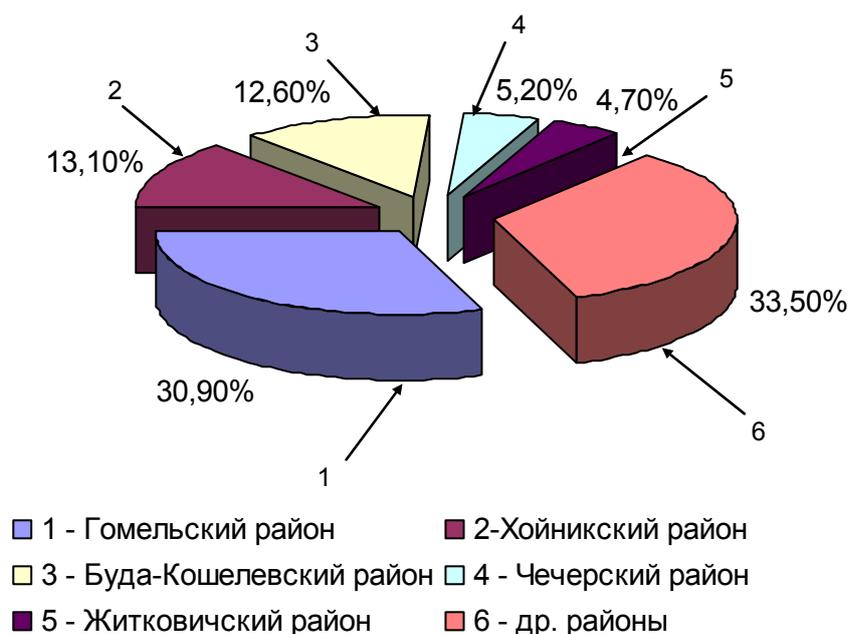


Рис. 3. Структура заболеваемости неспецифическим хроническим и острым средним отитом по территориальному признаку

Как любой воспалительный процесс, средний отит может протекать с осложнениями или без них. Неосложненные

формы среднего отита были выявлены у 117 (61,3%) больных, а у 74 (38,7%) были осложнения.

Таблица 2

Структура осложнений неспецифических острых средних отитов у больных ЛОР-отделения УГОКБ

Осложнения	Количество больных, чел	Частота встречаемости, %
Экстракраниальные:		
Мастоидизм	12	18,5
Сенсоневральная тугоухость	9	13,8
Наружный отит	4	6,15
Мастоидит	3	4,6
Острый кохлеарный неврит	3	4,6
Реактивный лимфаденит околоушной области	2	3,08
Зигоматицизм	1	0,15
Лабиринтит	1	0,15
Интракраниальные:		
Субпериостальный абсцесс	2	3,08
Перисинуозный абсцесс	1	0,15
Флебит сигмовидного синуса	1	0,15
Гнойный менингит	1	0,15
Серозный менингоэнцефалит	1	0,15
Эпидуральный абсцесс	1	0,15

Из таблицы 2 следует, что наиболее частыми осложнениями неспецифических острых средних отитов являются мастоидизм (18,5%), сенсоневральная тугоухость (13,8%), наружный отит (6,15%).

Из таблицы 3 следует, что наиболее частыми осложнениями неспецифических хронических средних отитов являются грануляции (33,8%), сенсоневральная тугоухость (5,56%), мастоидизм (5,56%) и холестеатома (5,56%).

Таблица 3

Структура осложнений неспецифических хронических средних отитов у больных ЛОР-отделения УГОКБ

Осложнения	Количество больных, чел	Частота встречаемости, %
Экстракраниальные:		
Грануляции	25	33,8
Сенсоневральная тугоухость	7	5,56
Отомикоз	7	5,56
Холестеатома	7	5,56
Полипы	5	4,0
Наружный отит	4	3,17
Комбинированная тугоухость	2	1,59
Парез мимических мышц	2	1,59
Невропатия лицевого нерва	2	1,59
Кондуктивная тугоухость	1	0,8
Экзема ушной раковины	1	0,8
Тимпаносклероз	1	0,8
Хондроперихондрит ушной раковины	1	0,8
Абсцесс верхней стенки наружного слухового прохода	1	0,8
Мастоидизм	1	0,8
Интракраниальные:		
Субпериостальный абсцесс	1	0,8
Перисинуозный абсцесс	1	0,8
Флебит сигмовидного синуса	1	0,8
Гнойный менингит	1	0,8
Пластинчатая послеоперационная субдуральная гематома	1	0,8
Абсцесс мозжечка	1	0,8

У многих больных с хроническими гнойными средними отитами наблюдалось сочетание нескольких осложнений.

Результаты и обсуждение

Принципы диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в исследуемой группе пациентов, схожи. Всем больным были произведены общеклинические обследования. Для диагностики воспалительных заболеваний среднего уха им проводилась отоскопия, для исключения или подтверждения поражения слухового анализатора — исследования с помощью

шепотной и разговорной речи, камертональные пробы, тональная пороговая аудиометрия, при наличии мастоидита у больных применялось рентгенологическое исследование височной кости в проекциях по Шюллеру и Майеру. По показаниям проводились КТ и МРТ височной кости и головного мозга, бактериологические, гистологические, микологические методы исследования [2].

Тактика ведения каждого больного подбиралась индивидуально, учитывая этиопатогенез заболевания. Консервативно было пролечено 135 (70,7%) больных, комбинирован-

ное лечение, включающее в себя хирургическое лечение с использованием консервативных методов, было применено у 56 (29,3%) пациентов. Из анамнеза известно, что из группы больных, пролеченных только консервативно, 29 (19%) пациентам была ранее произведена радикальная операция на среднем ухе. Объем хирургического вмешательства зависел от конкретного клинического случая.

Больным острым гнойным средним отитом были произведены следующие виды оперативного вмешательства:

1. Расширенная радикальная операция на среднем ухе со вскрытием субпериостального абсцесса — 1 (2,78%) больному.

2. Удаление инородного тела из барабанной полости — 1 (2,78%) больному.

3. Парацентез — 1 (2,78%) больному.

4. Антромастоидотомия — 2 (5,56%) больным.

Пациентам с острым экссудативным средним отитом были выполнены:

1. Тимпанопункция — 3 (37,5%) больным.

2. Мириготомия — 2 (25%) больным.

3. Шунтирование барабанной полости под микроскопом — 1 (12,5%) больному.

Больным с хроническим гнойным эпимезотимпанитом были произведены:

1. Радикальная операция на среднем ухе — 2 (11,1%) больным.

2. Удаление грануляций под микроскопом — 2 (11,1%) больным.

3. Подслизистая резекция носовой перегородки (ПРНП) в сочетании с аденотомией и удалением грануляций — 1 (5,56%) больному.

4. Аденотомия и удаление грануляций — 1 (5,56%) больному.

5. ПРНП, аденотомия в сочетании с ультразвуковой дезинтеграцией нижних носовых раковин — 1 (5,56%) больному.

6. Эндоскопическая лазерокоагуляция трубных валиков — 1 (5,56%) больному.

7. Удаление ринолита — 1 (5,56%) больному.

Больным с хроническим гнойным мезотимпанитом были выполнены следующие виды оперативных вмешательств:

1. Радикальная операция на среднем ухе — 1 (3,13%) больному.

2. Расширенная радикальная операция на среднем ухе с пункцией и дренированием абсцесса височной доли, вскрытие абсцесса мозжечка — 1 (3,13%) больному.

3. Ревизия барабанной полости под микроскопом, удаление грануляций — 1 (3,13%) больному.

4. Миригопластика — 1 (3,13%) больному.

5. Удаление трубных валиков под эндоскопическим контролем слева, лазерная коагуляция трубных миндалин и трубного валика справа — 1 (3,13%) больному.

6. ПРНП с конхотомией задних концов нижних носовых раковин и резекцией гипертрофированных трубных валиков — 1 (3,13%) больному.

7. ПРНП с гальванокоаустикой нижних носовых раковин — 1 (3,13%) больному.

8. Риносептопластика — 1 (3,13%) больному.

9. Кристотомия, аденотомия — 1 (3,13%) больному.

Пациентам с хроническим гнойным эпимезотимпанитом были выполнены:

1. Радикальная операция на среднем ухе — 2 (2,64%) больным.

2. Расширенная радикальная операция на среднем ухе — 3 (3,95%) больным.

3. Адитоаттикотомия под микроскопом — 1 (1,32%) больному.

4. Ревизия барабанной полости под микроскопом с удалением грануляций — 13 (17,1%) больным.

5. Лазерная коагуляция трубных валиков и носоглоточный миндалин — 1 (1,32%).

6. Кристотомия, гальванокоаустика нижних носовых раковин, эндоскопическая фотокоагуляция трубного валика — 1 (1,32%) больному.

7. ПРНП — 1 (1,32%) больному.

8. ПРНП, удаление грануляций под микроскопом, ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин — 1 (1,32%) больному.

9. ПРНП, аденотомия — 1 (1,32%) больному.

10. ПРНП, гальванокоаустика нижних носовых раковин — 1 (1,32%) больному.

Использование ПРНП, риносептопластики, конхотомии, кристотомии, аденотомии, лазерной коагуляции трубных валиков является патогенетически обоснованным, так как у большинства пациентов имелось сочетание хронических воспалительных заболеваний со стороны носа и носоглотки с воспалением среднего уха.

В плане консервативной терапии применялись:

- антибиотики с учетом антибиотикограммы — для подавления патологической микрофлоры воспалительного очага;

- сосудосуживающие препараты в нос — для восстановления носового дыхания, которое в той или иной мере бывает снижено, и обеспечения благоприятных условий работы естественных соустьев слуховых труб;

- десенсибилизирующие препараты — с целью подавления функции гистаминовых рецепторов, предупреждения развития аллергической реакции и снижения отечности воспаленных тканей;

- сосудокорректирующие препараты, витамины — с целью уплотнения стенок кровеносных сосудов, улучшения кровоснабжения среднего и внутреннего уха, повышения сопротивляемости организма;

- ноотропы — для улучшения мозгового кровообращения и метаболизма в нервных клетках у больных с сенсоневральной тугоухостью;

- противогрибковые препараты — для подавления грибковой флоры у больных с отомикозами [2, 6].

Кроме того, у больных с острым экссудативным отитом применялось продувание уха модифицированным способом Политцера или методом Вальсальвы с целью восстановления функции слуховой трубы, для профилактики слипчивых процессов барабанной полости и анкилоза слуховых косточек, а также катетеризация слуховой трубы для транстубарного введения лекарственных веществ (сосудосуживающих препаратов, кортикостероидов, антибиотиков) [3].

Местно применялись согревающие компрессы, мази с антисептическим и регенераторным эффектом, капли в ухо с антибиотиками и противовоспалительными препаратами. Из физиотерапевтических методов использовали электрофорез с лидазой, йодистым калием или хлористым кальцием на область сосцевидного отростка, тубус-кварц эндоаурально, фонофорез, УВЧ, СМТ, лазеротерапия, сложные ингаляции через нос с фурацилином, соком подорожника и другие [1, 6].

Выводы

1. На основании проведенных исследований следует заключить, что заболеваемость неспецифическими средними отитами наиболее часто выявляется в возраст-

ной группе от 21 до 30 и от 51 до 60 лет, преимущественно у мужчин.

2. Острые и хронические неспецифические воспалительные заболевания среднего уха в 38,7% случаев приводят к различным осложнениям, из которых наиболее частыми для острых средних отитов являются мастоидизм (18,5%), сенсоневральная тугоухость (13,8%), наружный отит (6,15%), а для хронических средних отитов — грануляции (33,8%), холестеатома (5,56%), сенсоневральная тугоухость (5,56%) и мастоидизм (5,56%).

3. Интракраниальные осложнения являются редкими (0,8–3,08%), но достаточно серьезными, влекущими за собой ряд неврологических нарушений.

4. Больным с острыми и хроническими гнойными средними отитами необходимо стационарное лечение с целью предупреждения возникновения местных и общих внутричерепных осложнений.

5. Пациенты с хроническими гнойными средними отитами нуждаются в проведении своевременной санации хронических очагов инфекции со стороны носа и носоглотки (хронические риносинуситы, хронические назофарингиты).

6. Исход заболевания определяется своевременностью диагностики и лечения с учетом индивидуальных особенностей организма. Эффективность лечения определяется правильно подобранной тактикой ведения пациентов, оптимальной комбинацией медикаментозных препаратов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Цыганов, А. И. Справочник по физиотерапии уха, горла, носа / А. И. Цыганов, Л. А. Мартынюк. — М. : Здоровье, 1999.

2. Шаднев, Х. Д. Практическая оториноларингология / Х. Д. Шаднев, В. Ю. Хлыстов. — М. : «Медицинское информационное агентство», 2002.

3. Преображенский, Н. А. Экссудативный средний отит / Н. А. Преображенский, И. А. Гольдман. — М. : Медицина, 1997.

4. Вальфкович, М. И. Хронический гнойный средний отит / М. И. Вальфкович. — М. : Медицина, 1999.

5. Шеврыгин, Б. В. Справочник оториноларинголога / Б. В. Шеврыгин. — М. : Кроп-пресс, 2001.

6. Загарских, М. Г. Этиология, патогенез и методы лечения хронических гнойных мезотимпанитов / М. Г. Загарских. — М. : Медицина, 2000.