

ципрофлоксацина. После завершения курса местной противовоспалительной терапии (через 7-10 дней) дренажные трубки извлекались.

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительным анализом клинико-морфологических результатов нами доказана целесообразность выполнения субкортикальной КЦРО пациентам с эпитимпаноантральной формой ХГСО с локализацией воспаления в аттике и антруме. Разработанный и внедренный вариант позволил по сравнению с классической транскортикальной КЦРО сократить время хирургического вмешательства на 40 мин. (медиана 60 мин. ({55; 65}) и 100 мин. ({95; 110}), соответственно) и пребывание пациента в стационаре на 4 койко-дня (медиана 15 дней ({14; 16}) и 19 дней ({18; 20}), соответственно), что уменьшает экономические затраты на лечение 1 пациента. Сравнительным анализом клинико-морфологических результатов доказана эффективность предложенного способа комплексной терапии с вариантом субкортикальной КЦРО по сравнению с транскортикальной КЦРО в ближайшие сроки наблюдения в виде полной эпидермизации трепанационной полости через 18 дней в 88,2% случаев (57,9%, соответственно; $p=0,04$). Сравнительный анализ результатов тональной пороговой аудиометрии доказал сохранение функционального состояния органа слуха у 94,1% пациентов после выполнения субкортикальной КЦРО и только в 63,2% случаев после классической КЦРО ($p=0,02$). Формирование большой полости сосцевидного отростка способствовало возникновению рецидива у каждого четвертого пациента, в то время как после субкортикальной КЦРО в течение двух лет не было обострения заболевания ($p=0,04$).

Литература

1. Плужников, М. С. Современное состояние проблемы хирургической реабилитации больных с хроническими воспалительными заболеваниями среднего уха / М. С. Плужников, В. В. Дискаленко, Л. М. Курмашова // Вестник оториноларингологии. – 2006. – № 5. – С.63–66.
2. Fisch, U. Tympanoplasty, mastoidectomy and stapes surgery / U. Fisch, J. May. – 2-nd ed. – New York, 2008. – 306 p.
3. Способ оперативного лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом: инструкция по применению № 044-0511: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 22.07.2011 г. / В. П. Ситников, Е. С. Ядченко, Х. Эль-Рефай, И. Д. Шляга, Т. И. Колесник. – Гомель: ГомГМУ, 2011. – 16 с.

СПОСОБ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ «БОЛЕЗНЬЮ ОПЕРИРОВАННОГО УХА»

Ситников В.П., Ядченко Е.С., Шляга И.Д.

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель Республика Беларусь*

Введение. Несмотря на значительные достижения отохирургии и лекарственной терапии, добиться полной санации уха после оперативного лечения не всегда удается. Классическая радикальная операция уха (РО)

нарушает его анатомическую архитектуру и функцию, и эффективна лишь у 20% пациентов, тогда как около 80% оперированных данным способом продолжают жаловаться на гноетечение из уха и плохой слух. Чаще всего это обусловлено наличием большой трепанационной полости с нарушением механизма самоочищения уха и продолжающимся кариесом костных стенок [1].

Целью исследования явилась разработка метода консервативной терапии у пациентов, страдающих «болезнью оперированного уха».

Материал и методы. Для лечения пациентов после перенесенной РО на среднем ухе лекарственными препаратами (амфотерицин В или ципрофлоксацин) в зависимости от выделенной микробиоты нами разработан способ локальной длительной перфузии трепанационной полости противомикробными средствами [2]. С целью ускорения эпидермизации и стимуляции регенеративных процессов в послеоперационной трепанационной полости готовился лекарственный раствор сложного состава, в который входили: 0,9% раствор NaCl – 500 мл, суспензия гидрокортизона ацетата 2,5% – 4,0 мл, раствор ацетилцистеина 300 мг – 3,0 мл, 1% раствор никотиновой кислоты – 4,0 мл, противомикробный препарат. Суть метода заключается в создании длительного контакта тканей среднего уха с лекарственным раствором (В.П. Ситников, 1981). При наличии в ушном отделяемом бактериобиоты в сложный раствор добавлялся 0,3% раствор ципрофлоксацина (15,0 мл), в случае грибкового поражения – раствор амфотерицина В, при смешанной грибково-бактериальной биоте промывания уха чередовались сложным раствором с добавлением ципрофлоксацина, затем, через 3-4 часа – раствором амфотерицина В. Для введения жидкости в послеоперационную полость использовали капельную систему для внутривенных инфузий. Предварительно лекарственный раствор подогревали до температуры $37^{\circ}\text{C} \pm 0,5^{\circ}\text{C}$, после влажного туалета трепанационной полости 0,9% раствором NaCl и местной инфильтрационной анестезии заушной области введением 1,0 мл 1% раствора лидокаина, иглу вводили в антрум через прокол кожи в области заушной складки. Пациент при этом лежал на боку на стороне, противоположной оперированному уху, лекарственная жидкость поступала из капельной системы со скоростью 40-50 капель в минуту, омывала полости среднего уха и выливалась через НСП в лоток (рис. 4.2). Время одного промывания составляло 30-40 мин., число промываний – 7-10 раз.

Результаты исследования и их обсуждение. Для доказательства эффективности предложенного нами способа лечения пациентов с «болезнью оперированного уха» проведено сравнение результатов лечения в двух группах. В основной группе (20 пациентов) доставка лекарственных препаратов проводилась описанным выше методом, а в группе сравнения (12 пациентов) трепанационная полость ежедневно промывалась указанными препаратами традиционным способом. Клинико-морфологический результат оценивали по срокам прекращения отореи, степени эпидермизации стенок трепанационной полости, отрицательным результатам микробиологических исследований. Предложенный нами и клинически апробированный способ локальной

доставки лекарственных препаратов в трепанационную полость позволил достоверно ускорить ее эпидермизацию с купированием воспалительного процесса на 3,0 суток раньше ($p < 0,001$).

Таким образом, длительное и многократное промывание трепанационной полости через инфузионную систему с учетом спектра возбудителей и их чувствительности к противомикробным препаратам позволило улучшить результаты консервативного лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом бактериальной, грибковой и грибково-бактериальной этиологии, а применение средств, улучшающих регенерацию тканей, ускорило эпидермизацию трепанационной полости. Создание высоких локальных концентраций лекарственных препаратов в течение длительного времени позволило уменьшить их системное применение и негативное воздействие на организм пациента в целом.

Исходя из полученных нами данных, предложенный и клинически апробированный способ локальной доставки лекарственных препаратов в трепанационную полость позволяет достоверно ускорить эпидермизацию трепанационной полости после радикальной санирующей операции с купированием воспалительного процесса на 3-е суток раньше ($p_{\chi^2} < 0,001$), по сравнению с традиционным способом. Для достижения хорошего клинического результата в комплекс лечебных мероприятий у пациентов, перенесших в прошлом РО на ухе, рекомендовано включать метод длительных повторных перфузий трепанационных полостей.

Литература

1. Ситников, В. П. Реконструктивная мастоидопластика у лиц, страдающих «болезнью оперированного уха» / В. П. Ситников // Проблемы и возможности микрохирургии уха: материалы Рос. науч.-практ. конф. оториноларингологов. – Оренбург, 2002. – С. 117–119.

2. Метод длительных повторных перфузий трепанационных полостей в лечении пациентов, перенесших радикальную операцию уха: инструкция по применению № 051-0412; утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 13. 04. 2012 г. / В. П. Ситников, Х. Эль-Рефай, И. Д. Шляга, Е. С. Ядченко, Т. И. Колесник. – Гомель: ГомГМУ, 2012. – 10 с.

РЕКОНСТРУКЦИЯ СРЕДНЕГО ОТДЕЛА УХА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ: - ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Меланьин В.Д., Хоров О.Г., Мухамедов И.Т.

*ФГБУ Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России
(директор профессор Н. А. Дайхес)*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Сведения, полученные из литературы и многолетний опыт работы, насчитывающий более 1000 операций, свидетельствуют о том, что проблема