

Д.Н. КОКОРКИН

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА «БОЛЕЗНИ ТРЕПАНАЦИОННОЙ ПОЛОСТИ» У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ И СРЕДНЕМ ОТИТЕ

*Каф. отоларингологии (зав. – проф. А.Д. Гусаков) Запорож. мед. академии
последиплом. образования*

На сегодняшний день в Украине численность детей и подростков с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) превышает 13,5 тысяч. Известно, что примерно треть этих больных страдает отитом с недоброкачественным течением. Санация уха у детей и подростков при ХГСО остается актуальной проблемой современной отохирургии. Несмотря на многообразие предложенных методов, постоянное совершенствование технологии хирургического вмешательства, главной остается проблема большого числа рецидивов в отдаленном послеоперационном периоде [1, 3, 4, 6, 8, 9]. Одним из факторов агрессивности ХГСО в детском возрасте является пневматизация сосцевидного отростка, которая «играет на руку» холестеатоме, особенно при ее инвазивном росте. Санация височной кости с развитой пневматизацией ставит перед отохирургом много трудных вопросов, главный из которых – судьба будущей трепанационной полости. Хорошая пневматизация сосцевидного отростка у детей с холестеатомой не является редкостью. Так, Sadé, Fuchs (1994) находили сосцевидный отросток с развитой ячеистой структурой у 42 % оперированных детей [10]. При этом авторы подчеркивают, что чем меньше возраст оперированного ребенка, тем более выражена ячеистая структура сосцевидного отростка. Обширная трепанационная полость создает массу проблем при лечении больных детей. Санация такой полости зачастую просто невозможна ввиду негативного отношения ребенка к длительным и болезненным врачевным манипуляциям. Кроме того, в труднодоступных участках трепанационной полост-

ти создаются условия для колонизации микрофлоры, роста грануляций, развития очагового остейта с рецидивирующим гное-течением. Одной из причин «болезни трепанационной полости» является отомикоз. Рост заболеваемости микозами в детском возрасте отмечается повсеместно. Инфицирование грибами нередко приводит к упорным рецидивам хронического гнойного среднего отита. Среди причин распространения отомикозов имеет место длительное лечение антибиотиками и стероидами. Г.А. Самсыгина и соавторы (1996) за 20 лет наблюдений выявили рост количества заболеваний кандидозом у детей с 1,9 до 15,1% [5]. Причем в 40-60% случаев кандидоз остается нераспознанным, поздно диагностированным и неадекватно леченным, что значительно ухудшает его прогноз. По мнению В.Р. Чистяковой и И.В. Наумовой (2001), отомикоз в послеоперационной полости у лиц, перенесших мастоидэктомию, встречается гораздо чаще, чем диагностируется [7]. В детском возрасте отомикоз составляет 13% от всех заболеваний среднего уха, а микотическое поражение трепанационной полости обнаруживается у 35% оперированных детей. Ситуацию колонизации грибов в трепанационной полости авторы называют «вторичным отомикозом», подразумевая наличие исходного микробного начала в виде симбиоза *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Proteus vulgaris*. По мнению авторов, возникновению отомикозов у детей предшествует многократное длительное применение антибиотиков широкого спектра действия (часто последнего поколения), местное использование стеро-

идных препаратов, особенно у пациентов раннего возраста с рецидивирующими средними отитами (частое использование софрадекса, транстимпанальное нагнетание антибиотиков со стероидами). Признаки болезни трепанационной полости общеизвестны: замедление или отсутствие эпителизации, избыточный рост грануляций, полипов; упорное гноетечение с большим количеством отделяемого и примесью грибкового мицелия. Гноетечение приводит к мацерации кожи слухового прохода и ушной раковины, гиперемии и инфильтрации заушной складки, а также послеоперационного шва. При отомикозе из уха чаще всего выделяются грибы рода **Aspergillus** и **Candida albicans**, которые изначально являются условно-патогенными. Наиболее распространенным видом грибов, высеваемым у больных отомикозом, оказывается **Aspergillus flavus**, колонии которого характеризуются белесоватым налетом, желтыми или белыми спорами. Вторым по распространенности видом грибковой флоры, который вызывает отомикоз, является **A.niger**, отмечающийся белесоватым налетом, черными спорами и пленками [2].

Цель исследования: выделить наиболее значимые условия для развития «болезни трепанационной полости» в детском возрасте и предложить меры по лечению и профилактике.

Материалы и методы

В течение 10 лет мы прооперировали и наблюдали за 138 детьми и 147 подростками с ХГСО. Форма заболевания – преимущественно холестеатомная (86,8±3,2%). Перед операцией прогнозировалось состояние трепанационной полости по результатам лучевых методов исследования. Изучались условия развития «болезни трепанационной полости». Предварительно полученные данные сопоставлялись с истинным состоянием трепанационной полости (ТП), сформированной в ходе saniрующего этапа операции. Состояние оперированного уха оценивалось в ближайшем (6-12 мес) и отдаленном (3-5 лет) послеоперационном периоде. При наблюдении за детьми и подростками с «болезнью трепанационной полости» учитывались результаты этапных микробиологических исследований.

Результаты лечения и их обсуждение

Выбор варианта хирургического вмешательства у детей с ХГСО напрямую зависит от объема и состояния ТП. В ходе выполнения saniрующего этапа операции были сформированы три варианта ТП. Среди пациентов с компактным сосцевидным отростком объем ТП находился в пределах 1,2-1,5 мл. Такая полость названа нами «малой полостью» и была обнаружена у 46% детей и 59,6% подростков.

Для пациентов с ячеистой структурой отростка была характерной полость «среднего» объема (2,5-3,5 мл), соответственно группам – 34 и 21% случаев.

Наиболее объемной оказалась «большая» ТП (4,0-7,0 мл), которая обнаружена у 19±2,6% больных. Санация полости такого объема была затруднительной. Выход деструктивного процесса за пределы сосцевидного отростка с обнажением средней черепной ямки, сигмовидного синуса и формирование фистулы лабиринта получили название «осложненная трепанационная полость». Подобная ситуация присутствовала при всех типах сосцевидного отростка и при различных объемах ТП. Разрушение стенок трепанационной полости с выходом воспалительного процесса за пределы сосцевидного отростка отмечено у 30% детей и 15,8% оперированных подростков.

Закрытый вариант операции (раздельная аттико-антротомия с тимпанопластикой) выполнен у 18% детей и 22% подростков. Показание: холестеатома, ограниченная пределами аттика, и гнойно-деструктивная форма ХГСО. В остальных случаях производился открытый вариант хирургического вмешательства (saniрующая операция уха с тимпанопластикой). В половине наблюдений детских и в трети случаев подростковых операций формировалась ТП объемом более 3,5 мл, при этом её облитерация использована у 50 детей и 46 подростков. Облитерация осуществлялась только при полной уверенности в санации деструктивного очага. Используются 3 варианта операции: 1) облитерация ТП перемещенным мышечно-надкостничным лоскутом на верхней питающей ножке (Palva); 2) модификация способа Hilger, Hohmann – облитерация ТП

собственной костной стружкой с одновременным перемещением височного и заушного мышечно-надкостничного лоскута; эта методика названа нами «костно-мышечной облитерацией»; 3) модифицированная методика аутоотрансплантации губчатой кости и костного мозга (В.И. Диденко). Сравнивалась морфологическая эффективность проведенных операций в ближайшем и отдаленном периодах.

Через год после операции гноетечение обнаружено у $11,7 \pm 1,2\%$ детей после «закрытого» варианта операции и у $16,6 \pm 2,3\%$ после «открытого» варианта. Послеоперационные результаты у пациентов с

облитерацией мало различались: 12-13% осложнений при наличии мышечной или костно-мышечной облитерации и $9,0 \pm 2,2\%$ – после костномозговой аутоотрансплантации.

За 3-5 лет наблюдений достоверно ухудшились результаты только у больных после открытого варианта санирующей операции уха с тимпанопластикой – у $23,4 \pm 2,1\%$. При этом наиболее часто рецидивы гноетечений выявлялись у детей со значительной по объему ТП. В целом, «болезнь ТП» наблюдалась у 33 детей и 38 подростков, ранее оперированных по поводу недоброкачественной формы ХГСО (табл. 1).

Таблица 1

Объемные показатели у пациентов с «болезнью трепанационной полости»

Группы обследуемых больных	Объем ТП (мл)		
	< 2,0	3,0-4,0	>4,0
	количество больных		
Дети (n=33)	5 (15,1%)	17 (51,5 %)	11 (33,4%)
Подростки (n=38)	7 (18,4 %)	18 (47,4%)	13(34,2 %)

Среди выделенной группы пациентов наиболее часто обнаруживалась ТП объемом более 3,0 мл, которая в 3 и более раз превышала объем наружного слухового прохода: соответственно, в 84,6 и 81,6% случаев. ТП малого объема определена у $16,7 \pm 1,6\%$ обследованных.

При отоскопии у лиц с «болезнью ...» наблюдался избыточный рост грануляций, грязно-серый налет на стенках ТП, обильное гноетечение с резким запахом. Течение болезни было волнообразным. Её началу предшествовала боль в ухе, зуд в слуховом проходе, незначительное сукровичное отделяемое, шум в ухе. На вторые сутки присоединялась резкая дергающая боль в ухе, гиперемия, отек и сглаженность заушной складки, пастозность при пальпации околушной области, выраженный регионарный лимфаденит. Проводилось комплексное обследование, в том числе целенаправленное микологическое исследование патологического отделяемого, включающее микроскопию нативных и окрашенных по

Романовскому-Гимзе препаратов, а также культуральную диагностику с посевом на среду Сабуро и Чанека. При микроскопии неокрашенных препаратов грибы выявлены у 70% больных. Видовая идентификация грибов рода осуществлялась на основании биохимических признаков. Наиболее часто при посевах отделяемого из уха встречалась комбинация синегнойной палочки, вульгарного протей и черного плесневого гриба – в $39,3 \pm 2,8\%$ случаев. В целом, комбинация грамнегативной флоры и грибов имела место в $71,7 \pm 1,8\%$ наблюдений (табл. 2).

Частые гноетечения из оперированного уха, постоянное присутствие активной микрофлоры в труднодоступных участках ТП, длительное медикаментозное воздействие на лабиринт, лишенный своего привычного биологического окружения, безусловно, сказываются на функциональных результатах лечения. Сравнивались усредненные показатели тональной аудиометрии за весь период лечения (табл. 3).

Сделан вывод, что «болезнь...» существенно сказывается на отдаленных функциональных результатах хирургического вмешательства. Так, через 6 мес после операции пороги восприятия воздушнопроводенных звуков (ВПЗ) в речевом диапазоне частот достигли 20,9±2,7 дБ, при этом костно-воздушный интервал (КВИ) не превышал 14,2±3,3 дБ. На фоне «болезни...»

за 3-5 лет наблюдений достоверно ухудшилось восприятие ВПЗ на всем речевом диапазоне, но особенно заметно в зоне высоких частот, превысив при этом значения дооперационного уровня, что составляло 67,2±2,2 дБ (p<0,05). Также превысили дооперационные значения пороги восприятия костнопроводенных звуков (КПЗ) – 35,4±3,3 дБ (p<0,05).

Таблица 2

Выделенные возбудители при «болезни трепанационной полости»

Выделенные комбинации возбудители	Дети (n=33)	Подростки (n=38)
	количество наблюдений	
Staph. aureus Aspergillus fumigatus	3 (9,1 %)	7 (18,4%)
Pseudomonas aeruginosa Proteus vulgaris Aspergillus niger	12 (36,4%)	16 (42,2%)
Proteus vulgaris, Candida albicans	8 (24,2%)	5 (13,1%)
E. coli Staph. epidermidis	7 (21,2%)	7 (18,4%)
Proteus mirabilis Staph. epidermidis	-	1 (2,6%)
Pseudomonas aeruginosa E. coli	3 (9,1%)	2 (5,3%)

Таблица 3

Динамика усредненных показателей тональной аудиометрии у детей и подростков с «болезнью трепанационной полости»

Изучаемые показатели	Данные тональной аудиометрии (M±m), дБ					
	0,5 кГц	1 кГц	2 кГц	3 кГц	4 кГц	6 кГц
	до операции					
ВПЗ	22,5±2,7	35,5±3,1	50,5±2,2	48,5±2,2	48,2±3,3	42,3±3,1
КПЗ	12,1±2,2	12,5±3,4	14,2±2,7	16,5±3,3	17,5±3,3	17,6±4,7
КВИ	10,4±2,4	23,1±3,1	36,3±2,4	32±2,7	30,7±3,3	24,7±3,3
через 6 мес после операции						
ВПЗ	16,1±2,2	18,1±2,2	18,1±2,2	22,4±2,2	25,5±3,3	27,3±2,2
КПЗ	8,5±2,4	10,1±3,3	10,7±4,6	12,2±3,3	12,6±3,3	13,1±4,5
КВИ	7,6±2,3	8±2,6	7,4±2,7	10,2±2,5	12,9±3,3	14,2±3,3
через 3-5 лет после операции						
ВПЗ	35,1±2,1	45,1±3,2	56,2±2,2	65,3±2,2*	68,8±2,2*	69,2±2,2*
КПЗ	15,3±2,7	15,3±2,7	18,1±3,2	32,3±3,1*	36,9±2,3*	38,5±3,6*
КВИ	19,8±2,4	29,8±2,9	38,1±2,7	33±2,6	35,9±2,2	30,7±2,9

Примечание: * - p < 0,05

В терапии пациентов с «болезнью трепанационной полости» выделено 3 составляющих: 1) ежедневные санационные мероприятия в полостях среднего уха; 2) использование антимикробных средств; 3) применение фунгицидных препаратов.

Все больные были подразделены на 3 группы. В 1-й группе (n=30) использовались общепринятые препараты по поводу «обострения хронического гнойного среднего отита». С первых дней лечения применялись резорбирующие препараты на гелевой, реже – мазевой основе, которые способны уменьшить отек тканей, экссудацию и боль (диоксизоль, ируксол, актовенгин, диклак). Для санации ТП проводилось удаление и туширование грануляций, удаление пленок, ежедневное орошение полости теплыми растворами антисептиков и стероидов (0,5% раствор диоксилина + суспензия гидрокортизона). В качестве фунгицидного средства назначался теплый

раствор бетадина (1:10) с последующей обработкой стенок полости мазью «Кетокконазол».

Во 2-й группе (n=30), помимо ежедневной санации ТП растворами антисептиков, использовался комбинированный препарат «Кандибиотик». При выборе этого препарата соблюдались 3 условия: 1) препарат должен быть комплексным, т.е. одновременно воздействовать на грибковую и микробную флору; 2) в его состав не должны входить компоненты с возможным ототоксическим эффектом; 3) он должен обладать выраженным болеутоляющим, противовосудным и резорбирующим действием.

В 3-й группе (контрольной), помимо ежедневной санации полости, применялось плацебо. Сравнение пациентов по полу и возрасту (10,1±2,3 года) статистически недостоверно. Сопоставлялись ближайшие (7-10 дней) и отдаленные (3- 6 мес) результаты лечения в группах (табл. 4-5).

Таблица 4

Ближайшие результаты лечения пациентов с «болезнью трепанационной полости»

Исследуемые симптомы заболевания	Результаты применения препаратов		
	бетадин + кетокконазол	кандибиотик	плацебо
Головная боль	+++	+++	+
Тризм	+++	+++	+
Ушная боль	+++	+++	+
Гноетечение из уха	+	++	±
Регионарный лимфаденит	++	+++	±
Гиперемия кожи	+++	+++	+
Пастозность заушной складки	++	++	+
Рост грануляций	+	++	+
Ушной шум	±	±	±
Спонтанное головокружение	+	+	±
Субъективное улучшение слуха	±	+	±
Контрольная отомикроскопия	+	++	+
Контрольный посев	+	++	±

Использовалась 3-балльная шкала в оценке результатов лечения. Оценивались сроки исчезновения общевоспалительных и субъективных симптомов. Лечение заканчивалось контрольной отомикроскопией с

забором материала для микроскопии и контрольного посева.

Сравнивая ближайшие результаты лечения в изучаемых группах, можно сделать вывод об эффективности применяе-

мых для этого схем по сравнению с группой контроля. Однако все предложенные схемы терапии оказались не эффективны при купировании ушного шума и слабо воздействовали на симптомы преходящего головокружения. При этом субъективное улучшение слуха определялось у пациентов, применявших «Кандибиотик». В целом, подобное обстоятельство логично со-

четається с отдаленными результатами тональной аудиометрии в группах и отражает реальные функциональные потери в исходе «болезни трепанационной полости». При оценке отдаленных результатов терапии этих больных учитывались объективные признаки: кратность рецидивов, продолженный рост грануляций, продолжающееся гноеотечение.

Таблица 5

Отдаленные результаты лечения пациентов с «болезнью трепанационной полости»

Исследуемые симптомы заболевания	Используемые препараты		
	бетадин + кетоконазол (n=30)	кандибиотик (n=30)	плацебо (n=11)
	количество наблюдений		
Признаки отомикоза	8 (26,7 %)	4 (13,4 %)*	3 (27,7 %)
Рецидивы гноеотечения	7 (23,4 %)	4 (13,4 %)*	3 (27,7 %)
Рост грануляций	8 (26,7%)	4 (13,4%)*	4 (36,4 %)
Спонтанное головокружение	2 (6,7 %)	2 (6,7 %)	2 (18,2 %)
Ушной шум	3 (10 %)	3 (10 %)	2 (18,2 %)
Стабильный слух	20 (66,7 %)	25 (83,4 %)*	8 (72,8 %)
«Сухая» ТП	22 (73,4 %)	26 (86,6 %)*	8 (72,8 %)
«Отрицательный» посев	20 (66,7 %)	25 (83,4 %)*	6 (54,5 %)

Примечание: * - $p < 0,05$

Как показало наблюдение, наиболее подходящим средством для лечения детей с «болезнью трепанационной полости» является «Кандибиотик» – комбинированный препарат для местного применения в ЛОР-практике. В его состав входит клотримазол – противогрибковое средство широкого спектра действия для местного применения (производное имидазола). Его противогрибковый эффект связан с нарушением синтеза эргостерина, входящего в состав клеточной мембраны грибов, что изменяет проницаемость мембраны и вызывает последующий лизис клетки. Хлорамфеникол – бактериостатический антибиотик широкого спектра действия, который нарушает процесс синтеза белка в микробной клетке, проявляет устойчивую активность в отношении грамположительных и грамотрицательных возбудителей. Беклометазона дипропионат – глюкокортикостероид, оказывающий ак-

тивное противовоспалительное, противоаллергическое и противозудное действие. В препарат входит также лидокаина гидрохлорид – местный анестетик, который замедляет проведение импульса по нервным волокнам за счет блокирования прохождения ионов натрия через мембрану. Лидокаин при местном применении отличается выраженным резорбтивным действием и приводит к уменьшению отека тканей наружного слухового прохода, а также ушной раковины. В течение последних 8 лет кандибиотик одинаково успешно использовался у детей младшей (4-7 лет) и старшей (8-12 лет) возрастной групп. Препарат применялся как при стационарном, так и при амбулаторном лечении.

Таким образом, назначение препарата «Кандибиотик» дало возможность получить стабильный морфологический результат – «сухую трепанационную полость» у досто-

верно большего числа больных. Известно, что наличие стабильных морфологических показателей не всегда обеспечивает удовлетворительный функциональный эффект лечения. Кандибиотик обладает неоспоримым преимуществом по сравнению с другими «ушными каплями», которые используются в лечебной практике. В состав препарата изначально заложена группа лекарственных средств, не имеющих ототоксического действия. Последнее обстоятельство весьма важно при осложненных ТП с обнажением костной капсулы лабиринта или мозговых оболочек. В детской отохирургии сохранение стабильных функциональных показателей при этапном лечении больных с хроническим гнойным средним отитом составляет главный вопрос амбулаторного наблюдения. Бесконтрольное применение ушных капель с содержанием ототоксических препаратов (гентамицин, неомицин) может в ряде случаев привести к нейросенсорной тугоухости, что существенно снижает эффективность слухоулучшающего этапа операции. В нашем исследовании назначение комплексного препарата «Кандибиотик» позволило сохранить стабильные функциональные показатели у 83,4 % больных.

В целом, использование «Кандибиотика» дало возможность достичь положительных морфо-функциональных результатов консервативной терапии при «болезни трепанационной полости» в 85,0±1,6% наблюдений.

Выводы

Болезнь трепанационной полости является существенным осложнением ближайшего, а также отдаленного послеоперационного периода у детей и подростков с недоброкачественными формами ХГСО и встречается в 21,2±1,1 % случаев.

В генезе «болезни...» изначально заложен агрессивный характер «детской» холестеатомы в условиях выраженной ячеистой структуры сосцевидного отростка. Второй по значимости причиной «болезни...» в детском возрасте можно назвать саму технологию санирующей операции уха с формированием обширной ТП, объем которой в 3 и более раз превышает исходный объем наружного слухового прохода.

За 3-5 лет наблюдений установлено, что «болезнь трепанационной полости» достоверно ухудшает звукопроводение и звуковосприятие на всем речевом диапазоне, что особенно заметно в зоне 3-6 кГц, при этом дооперационные показатели могут быть ухудшены на 20-25 дБ.

Наилучшей профилактикой «болезни...» у детей является использование технологии «закрытого» варианта реконструктивной операции или санирующей операции уха с одномоментной облитерацией ТП.

У детей с «болезнью трепанационной полости» должна использоваться многокомпонентная терапия. На наш взгляд, в комбинированном препарате «Кандибиотик» наилучшим образом сочетаются возможности одномоментной антимикробной, фунгицидной, резорбтивной и болеутоляющей терапии.

Кандибиотик достоверно эффективен у детей как старшей (10-15 лет), так и младшей (4-7 лет) возрастной группы. Применение комплексного препарата «Кандибиотик» в лечении детей с «болезнью трепанационной полости» позволяет достичь положительного морфо-функционального эффекта в 85 % наблюдений. Целесообразно расширить возрастные рамки использования препарата «Кандибиотик» за счет детей младшей возрастной группы.

1. Березнюк В.В. Рецидив холестеатомы уха. Стенографический отчет по круглому столу // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №1. – С. 77-81.
2. Борисенко О.Н. Отомикоз: клиника, диагностика и лечение // Новости медицины и фармации. – 2007. – №16 (222). – С. 36-39.
3. Гусаков А.Д. Рецидив холестеатомы уха. Стенографический отчет по круглому столу //

Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №1. – С. 77-81.

4. Козлов М.Я., Егоров Л.В. Холестеатома среднего уха в детском возрасте // Вестн. оториноларингологии. – 1984. – №1. – С. 71-73.
5. Самсыгина Г.А., Буслаева Г.Н., Корнюшин М.А. Дифлюкан в лечении и профилактике кандидоза // Педиатрия им. Сперанского (Приложение). – 1996. – №5. – С. 56-61.

6. Сушко Ю.А. Рецидив холестеатомы уха. Стенографический отчет по круглому столу // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №1. – С. 77-81.
7. Чистякова В.Р., Наумова И.В. Отомикозы в детском возрасте. – М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2001.
8. Fish U. Tympanoplasty, Mastoidectomy and Stapes Surgery // Time Medical Published. – Stuttgart, 1994. – P. 146-148.
9. Jahnke K. Middle ear surgery // Georg Thieme Verlag. – Stuttgart, 2004. – 164 p.
10. Sadé J., Fuchs C. A comparison of mastoid pneumatization in adults and children with cholesteatoma // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 1994. – Vol 251, №4. – P. 191-195.

Поступила в редакцию 01.11.10.

© Д.Н. Кокоркин, 2010

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА «ХВОРОБИ ТРЕПАНАЦІЙНОЇ ПОРОЖНИНИ» У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГНІЙНОМУ СЕРЕДНЬОМУ ОТИТІ

Кокоркін Д.М. (Запоріжжя)

Резюме

На протязі 10 років обстежено 138 дітей та 147 підлітків з недоброякісними формами хронічного гнійного середнього отиту. Переважала холестеатомна форма. У 20% обстежених визначена «хвороба трепанацийної порожнини». Доведено, що її розвитку сприяє агресивний характер «дитячої» холестеатоми при наявності пневматизованого сосковидного відростка та технологія сануючої операції вуха відкритого типу з формуванням об'ємної трепанацийної порожнини. Найліпшою профілактикою при цьому є застосування закритого варіанту операції або її відкритого типу з одномоментною облітерацією трепанацийної порожнини. При хворобі трепанацийної порожнини у дітей повинна використовуватись багатокomпонентна терапія. Показано, що в комбінованому препараті «Кандибіотик» поєднуються можливості одномоментної антимікробної, фунгіцидної, резорбтивної та знеболюючої терапії. Кандибіотик ефективний у дітей як старшого, так і молодшого віку. Призначення «Кандибіотика» при «хворобі трепанацийної порожнини» дозволяє отримати позитивний морфо-функціональний ефект у 85 % пацієнтів.

CURE AND PROPHYLAXY OF THE «DISEASE OF BONE CAVITY» IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AT PURULENT MEDIAL OTITIS

Kokorkin D.M. (Zaporizhzhya)

Summary

During 10 years 138 children and 147 adolescents with poor-quality forms of chronic purulent otitis media were inspected. Cholesteatom form was dominative. In 20% of patients the «disease of bone cavity» was noted. It were proved that for its development the aggressive character of childish choesteatoma supports at existence of pneumatization of the mastoid air cells and technology of open-type sanative operation of the ear with formation of cavity after radical mastoidectomy. The best prophylactic measures for this case is the usage of the closed kind of operation or its open kind commonly with obliteration bone cavity. At the disease of bone cavity in children the multi-component therapy has be used. Thus, in the combinative preparation «Candibiotic» the possibilities of synchronous anti-microbial, fungicide, resorbitive, and anaesthetic therapy are united. Candibiotic is effective for the children of both eldest and younger ages. The administration of Candibiotic» at the «disease of bone cavity» allows to obtain the positive morpho-functional effect in 85 % of patients.