

М.Т. НАСРЕТДИНОВА, Г.А. МАТНИЯЗОВ, Г.У. САМИЕВА

МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ «МИРАМИСТИН-ДАРНИЦА» С ЭНДОАУРАЛЬНОЙ ЛОКАЛЬНОЙ АЭРАЦИЕЙ КИСЛОРОДОМ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ДЕТЕЙ

Самарканд. гос. мед. ин-т

Хроническое воспаление в среднем ухе имеет свои особенности. Оно протекает в слабо дренируемых полостях при отсутствии освещения и вентиляции, в условиях постоянного обсеменения и раздражении микробной и грибковой флорой. Костная ткань, в которой проходят питающие сосуды, при хроническом гнойном воспалении уплотняется, что суживает гаверсовы каналы и приводит к нарушению кровообращения в слизистой оболочке. Обострение воспалительного процесса в среднем ухе сопровождается нарушением общего и местного иммунитета. Проведенные цитохимические исследования активности лизосомальных ферментов в экссудате из среднего уха у пациентов с различными формами хронического гнойного среднего отита (ХГСО) показали, что при менее развитой пневматической системе височной кости активность их понижена, что ведет к угнетению тканевого дыхания в слизистой оболочке, кислородному голоданию и вынужденному переходу на анаэробный тип дыхания. Это приводит к торпидности хронического воспаления и резистентности к проводимому лечению.

Очевидно, что успех проводимой терапии напрямую зависит от ее патогенетической обоснованности. К сожалению, до настоящего времени механизмы формирования очага хронического воспаления в среднем ухе изучены недостаточно. Считают, что ХГСО развивается в результате частот рецидивирующих отитов либо как следствие неадекватной терапии больных острым средним отитом. Этому процессу, как

полагает большинство отечественных и зарубежных авторов, способствуют длительно существующие патологические состояния, нарушающие нормальное функционирование слуховой трубы. Сюда относятся врожденное сужение костного отдела слуховой трубы, анатомическая узость носовой части глотки, искривление перегородки носа, аденоидные вегетации, воспалительные заболевания околоносовых пазух и др. Все они приводят к так называемому "функциональному блоку" слуховой трубы, снижая ее вентиляционную и дренажную способность, создавая условия для развития патологической микробной флоры в среднем ухе.

По данным литературы, при бактериологическом исследовании отделяемого из полостей среднего уха наиболее часто встречается *Staphylococcus aureus* (50-65%) и *Pseudomonas aeruginosa* (20-30%), реже *Proteus* (33,2%), *Enterobacteriaceae* (15-20%). Аэробы достаточно часто высеваются в ассоциациях с анаэробами, доля последних точно не определена.

Разносторонность процесса заживления в среднем ухе указывает на необходимость разработки комплексного патогенетического метода местного консервативного лечения больных ХГСО с включением в него агентов, способных улучшить трофику, регенеративные способности, увеличить кровоснабжение тканей в воспалительной полости кислородом, для улучшения функции слуховой трубы. Наиболее целесообразным может явиться местное применение с этой целью поверхностно-активного ве-

щества – мази «Мирамистин-Дарница» и местной аэрации кислородом для воздействия на хроническое воспаление в среднем ухе. Мазь «Мирамистин-Дарница» оказывает антибактериальное действие на грамотрицательную и грамположительную, аэробную и анаэробную микрофлору в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая госпитальные штаммы с полирезистентностью к антибиотикам. Препарат более эффективен в отношении стафилококков и стрептококков. Поэтому целесообразно использование мази «Мирамистин-Дарница» в комплексе с локальной оксигенацией, оказывающих бактерицидное действие с выраженным иммуномодулирующим эффектом.

Локальная оксигенация усиливает действие антибиотикотерапии, имеет бактериостатическое влияние на аэробную и анаэробную микрофлору, восстанавливает угнетенные ферментные системы на тканевом уровне, усиливает иммунологические свойства организма.

Материалы и методы

С этой целью нами в ЛОР-клинике ОБДМ проведено лечение 60 больных ХГСО, из них было 38 мужчин и 22 женщины, средний возраст обследуемых составлял 13,5 лет. У всех пациентов оценивалась рентгенография височных костей в проекции Шюллера, изучалась функция слуховой трубы, исследовался слух по восприятию шепотной и разговорной речи, камертонами и с помощью тональной пороговой аудиометрии. В процессе лечения выполнялось бактериологическое и цитологическое исследование экссудата из среднего уха, определение чувствительности выделенных микробных возбудителей к антибиотикам. У всех 60 обследуемых при поступлении были выявлены признаки обострения ХГСО. Данные бактериологического исследования отделяемого из уха до начала лечения: *Staphylococcus aureus* выделен у 26 (43,3%) лиц, *Pseudomonas aeruginosa* – у 10 (18,3%), *Proteus* – у 10 (16,7%), *E.coli* – у 11 (18,3%), *Klebsiella* – у 2 (3,4%). У 2 пациентов визуально определено сопутствующее микотическое поражение. И на основании всех полученных данных строилась кон-

цепция комплексного консервативного лечения.

Результаты и их обсуждение

Все больные по характеру проводимого лечения были подразделены на 3 группы: 1-я включала в себя 25 человек, получавших общепринятый курс консервативного лечения в виде транстимпанального нагнетания смеси раствора антибиотиков, сульфаниламидов, антисептиков в сочетании со стероидными гормонами, и она использовалась в качестве контроля; 2-я состояла из 20 пациентов, у которых дополнительно проводилась местная аэрация барабанной полости кислородом; 3-я группа включала в себя 15 лиц, лечение которых дополнялось местным применением мази «Мирамистин-Дарница» и локальной оксигенации. Схема терапии была следующей: после туалета барабанной полости осуществлялась местная её аэрация кислородом; для этого использовалась стационарная кислородная установка с редуктором, а кислород пропусклся через аппарат Боброва, наполненный теплой водой (+37⁰С), где он увлажнялся и согревался. Конец отводящей трубки заканчивался полиэтиленовой трубкой, вводимой в наружный слуховой проход. Аэрация выполнялась со скоростью 2-3 л в 1 мин, не вызывающей неприятных ощущений у обследуемого в течение 2 мин. Затем производилось нагнетание в среднее ухо раствора антибиотика, к которому была чувствительна микрофлора. Курс лечения состоял из 5-7 процедур.

Продолжительность лечения до достижения ремиссии в различных группах показана в таблице.

Данные сравнения показывают, что по мере включения дополнительных лечебных методов шло прогрессирующее укорочение сроков консервативного лечения до прекращения гноетечения из уха. В 3-й группе по сравнению с 1-й средний показатель койко/дней сократился на 4 дня. Гноетечение из уха у пациентов этой группы прекращалось на 2-е сутки после начала лечения, при отоскопии отмечалось исчезновение гиперемии, уменьшение отечности слизистой оболочки медиальной стенки барабанной полости. Цитологическое исследование экссудата из

среднего уха у лиц 3-й группы, проводимое в динамике, показало, что у них быстрее происходит усиление макрофагального фагоцитоза, увеличение содержания лимфоцитов и нейтрофилов, которые совпадают по времени с отоскопически регистрируемым исчезновением воспалительных явлений. Выполненное у 15 обследуемых 3-й группы, у которых до начала лечения обнаруживалась микрофлора, повторное бактериологическое исследование на 5-й день от начала показало

стерильность посева у 35 больных, а у 5 повторно высевалась *Pseudomonas aeruginosa*. В 1-й группе у 5 лиц лечение оказалось неэффективным, поэтому им была назначена терапия по схеме 3-й группы, и все они были выписаны с прекращением гноетечения, среднее количество койко/дней у них - 14. От включения в комплекс консервативного лечения мази «Мирамистин-Дарница» и местной аэрации кислородом каких-либо осложнений не наблюдалось.

Средняя продолжительность эффективного консервативного лечения в различных группах

Группы больных	Количество больных (n-60)	Среднее число койко/дней
1-я	25	10
2-я	20	8
3-я	15	6

Выводы

Результаты проведенных наблюдений позволяют сделать вывод, что включение в комплекс консервативного лечения больных ХГСО сочетания местного применения мази «Мирамистин-Дарница» с локальной аэрацией кислородом барабанной полости повышает эффективность терапии, сокращает

её длительность. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что при использовании этого метода лечения не возникает усиления обострения процесса в среднем ухе и осложнений. Изучение отдаленных результатов терапии показывает сохранение стойкой ремиссии у подавляющего числа пациентов (91,6%).

1. Завадский А.В. О механизме влияния степени пневматизации височной кости на развитие различных форм хронических гнойных средних отитов. // Журн. ушных, носовых и горловых хвороб. – 2002. – №4. – С. 34-39.
2. Завадский А.В., Завадский Н.В., Загоруйко А.К., Софронова Л.Г. Поверхностно-активные вещества среднего уха у больных хроническим гнойным средним отитом // Таврический медико-биологический вестник. – 2002. – Т.5, №2. – С. 67-69.
3. Иськив Б.Г. Консервативное лечение больных хроническим гнойным средним отитом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1990. – №1. – С. 14-19.
4. Пискунов Г.З., Косторова И.Н. Применение кислорода в лечении больных хроническими гнойными синуситами // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1980. – №4. – С. 21-23.
5. Тарасов Д.И., Федерова О.К. Заболевания среднего уха. – М., 1988. – 288 с.

Поступила в редакцию 14.12.12.

© М.Т. Насретдинова, Г.А. Матниязов, Г.У. Самиева, 2013

**МІСЦЕВЕ ЗАСТОСУВАННЯ МАЗІ
«МІРАМІСТИН-ДАРНИЦЯ» З ЕНДОАУРАЛЬНОЮ
ЛОКАЛЬНОЮ АЕРАЦІЄЮ КИСНЕМ ПРИ
КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ ДІТЕЙ**

*Насретдінова М.Т., Матніязов Г.А., Самієва Г.У.
(Самарканд)*

Резюме

Проведено консервативне лікування 60 хворих із загостренням хронічного гнійного середнього отиту та вивчалися результати місцевого поєднаного застосування мазі «Мірамістин-Дарниця» з місцевою аерацією киснем. Їх використання підвищує ефективність лікування, скорочує строки перебування в стаціонарі. Вивчення віддалених результатів показало збереження стійкої ремісії у 91,6% пацієнтів.

Ключові слова: хронічний гнійний середній отит, консервативне лікування.

**LOCAL APPLICATION OF THE UNGUENTUM
«MYRAMISTINUM-DARNITSA» WITH LOCAL
OXYGEN AERATION AT CONSERVATIVE
TREATMENT OF CHILDREN WITH CHRONIC
SUPPURATIVE OTITIS MEDIA**

*Nasretdinova M.T., Matnyazov G.A., Samyeva T.U.
(Samarkand)*

Summary

A conservative treatment of 60 patients with chronic suppurative otitis media were studied and the results combined local application of unguentum «Myramistinum-Darnitsa» with local oxygen aeration. Their use increases the effectiveness of treatment, reduces the duration of stay in a hospital. Study of remote results showed preservation of stable remission in 91,6% of patients.

Key words: chronic suppurative otitis media, conservative treatment.

ІНФОРМАЦІЯ

Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»
Клініка отоларингології

22-27 квітня 2013 р.
проводять курси по ендоскопічній ринохірургії

Тижневі курси включають лекції:

- з ендоскопічної анатомії та фізіології носа, навколоносових пазух;
- знайомство з ендоскопічною апаратурою і інструментарієм;
- стандартна техніка ендоскопічних операцій в порожнині носа і навколоносових пазухах;
- демонстрації операцій;
- КТ та МРТ в діагностиці захворювань носа та навколоносових пазух;
- секційний курс.

Кількість місць обмежена.

Вартість курсів: 5000 грн.

Оплата проводиться на рахунок «Благодійного фонду охорони здоров'я військовослужбовців, працівників ЗСУ, поліпшення умов їх служби, праці та побуту» (БФОЗВП):

код ЄДРПОУ 35633507 п/р 26002010099301 в Філії «Центральне регіональне управління»

ВАТ «Банк «Фінанси та Кредит» МФО 300937.

Оплата може проводитися по прибутті на курси.

Заявки і довідки:

Україна, 01133, м. Київ, вул. Госпітальна, 18
Головний військовий клінічний госпіталь МО України, ЛОР-клініка

Шербул В.І.

тел.: (044) 522 83 58; (067) 209-96-31

e-mail: Sherbul@mail.ru