

статистикӣ аз замимаи ҳисоббарории хроматографи LDS Basis истифода шуд.

Натиҷаи омӯзиш ва муҳокимаи онҳо. Мувоғиқи маълумоти тадқиқоти эпидемиологӣ, тоҷҳои пӯлоди штампшуда 629 (60,9%) аداد, тоҷҳои тиллой — 149 (14,4%), тоҷҳои аз ҳӯлаи нуқра-палладий — 51 (4,9%), тоҷҳои металлокерамикӣ — 71 (6,9%) ва тоҷҳои металлопластмасса — 132 (12,8%) аз шумораи умумии конструксияҳои таҳлилшударо ташкил доданд.

Хулоса. Тоҷҳои пӯлодӣ аз ҳама

бештар истифода мешаванд ($p<0,05$), ҳусусан дар байни беморони синну соли солхурдагӣ, аз сабаби дастрасии нарҳ ва устувории онҳо. Тоҷҳои тиллой ва металлокерамикӣ аз ҷониби беморони синни миёна бештар интихоб мешаванд, зоро онҳо бартариҳои эстетикӣ ва функционалий доранд. Тоҷҳои аз ҳӯлаи нуқра-палладий ва конструксияҳои металлопластмасса бошанд камтар истифода мешаванд.

Калимаҳои калидӣ: протези дандон, конструксияи ортопедӣ, тоҷ.

УДК: 616-089; 616.284-002

Махамадиев А.А., Давронзода М.Д., Юсупов А.Ш.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ДЕСТРУКЦИЕЙ СРЕДНЕГО УХА

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
Таджикистан.

Давронзода Манучехр Давроншо – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». E-mail: shoevmd@mail.ru, телефон: (+992) 93-400-47-57

Цель исследования. Оптимизировать хирургическое лечение больных с хроническим гнойным средним отитом.

Материал и методы исследования. В условиях сурдологического отделения ГУ НМЦРТ «Шифобаҳи» за период 2017-2020 гг. нами было обследовано и прооперировано 126 больных в возрасте от 19 до 45 лет (из них 56 женщин и 70 мужчин), страдающих односторонним хроническим гнойным средним отитом с различной степенью тугоухости.

Результаты исследования и их обсуждение. Все больные с ХГСО, имели различные жалобы, которые были разделены на местные (боль в ухе, оторея, понижение слуха, гнилостный запах из уха, шум в ушах) и общепатологические (головная боль, слабость, озноб).

Выводы. Выбор метода хирургического лечения при ХГСО зависит от степени поражения структур среднего уха. Эндоуральная аттикоантротомия эффективна при склеротическом типе сосцевидного отростка с ограниченном гноином процессом. При выраженности деструктивных изменений в полостях среднего уха результативно радикальная операция, что

улучшает доступ к очагу инфекции и даёт возможность для хорошей санации. Закрытие Евстахиевой трубы при радикальных операциях предупреждает распространение инфекции из полости носоглотки сторону среднего уха.

Ключевые слова: хирургическое лечение, хронический гнойный средний отит, ухо.

Makhamadiev A.A., Davronzoda M.D., Yusupov A.Sh.

TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA COMPLICATED BY DESTRUCTION OF THE MIDDLE EAR

Department of Otorhinolaryngology GOU «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino»

Davronzoda Manuchehr Davronsho – candidate of medical sciences, assistant of the otolaryngology department of the State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibni Sino”. E-mail: shoevmd@mail.ru, phone: (+992) 93-400-47-57

Objective of the study. To optimize surgical treatment of patients with chronic suppurative otitis media.

Material and methods of the study. In the conditions of the audiology department of the ENT clinic of the State Medical Center of Radiology and Radiology “Shifobakhsh” for the period 2017-2020. We examined and operated on 126 patients aged 19 to 45 years (including 56 women and 70 men) suffering from unilateral chronic suppurative otitis media with varying degrees of hearing loss.

Results of the study and their discussion. All patients with chronic suppurative otitis media had various complaints, which were divided into local (ear pain, otorrhea, hearing loss, putrid odor from the ear, tinnitus) and general intoxication (headache, weakness, chills).

Conclusions. The choice of surgical treatment for chronic suppurative otitis media depends on the degree of damage to the structures of the middle ear. Endoural atticoanthrotomy is effective in the sclerotic type of the mastoid process with a limited purulent process. With severe destructive changes in the cavities of the middle ear, radical surgery is effective, which improves access to the source of infection and provides an opportunity for good sanitation. Closure of the Eustachian tube during radical operations prevents the spread of infection from the nasopharynx to the middle ear.

Key words: surgical treatment, chronic purulent otitis media, ear.

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной оториноларингологии признается хронический гнойный средний отит (ХГСО), который является причиной деструктивных изменений анатомических структур среднего уха, кроме этого он может оказать негативное влияние на внутреннее ухо. Движение цитокинов, воспалительных клеток и бактериальных продуктов через мембранны круглого окна переме-

щаются в улитку, что является риском развития сенсоневральной тугоухости [5]. Хирургическая тактика при ХГСО, осложненном холестеатомой, определяется в зависимости от деструкции структур среднего уха и от распространения холестеатомы [1,2].

Оперативные вмешательства при ХГСО не всегда дают хорошие результаты, заживление трепанационной полости может происходить медленно с

гиперплазией слизистых оболочек, образованием грануляций, экссудаций, а у 13 - 35% приводит к рецидиву заболевания. Процесс, который формируется в ухе после санирующих операций, в литературе часто называется «болезнью оперированного уха», который является показанием к повторному оперативному вмешательству. Малоэффективный санирующий эффект выражается рецидивом холестеатомы, кариозно-грануляционным процессом в оперированном ухе, мукозитом. Повторные образования холестеатомы считаются достаточно серьезной проблемой, которые проявляются, по данным литературы, в 2–80% случаев после осуществления санирующей операции по закрытому типу с тимпанопластикой [3, 4].

Цель исследования. Оптимизировать хирургическое лечение больных с хроническим гнойным средним отитом.

Материал и методы исследования. В условиях сурдологического отделения ГУ НМЦРТ «Шифобахш» за период 2017-2020гг. нами было обследовано и прооперировано 126 больных в возрасте от 19 до 45 лет (из них 56 (44,4%) женщин и 70 (55,6%) мужчин), страдающих односторонним хроническим гнойным средним отитом с различной степенью тугоухости.

По клиническим формам заболевания были диагностированы: мезотимпанит – у 31(24,6%) больных, эпитимпанит – у 42 (33,3%) больных и мезоэпитимпанит – у 53 (42,1%) больных. Длительность заболевания в среднем составила от 5 лет до 10 лет. Также из них была выделена группа пациентов с рецидивом заболевания – 32

(25,4%), которым ранее проводилось хирургическое лечение по поводу ХГСО.

Всем больным в предоперационном периоде при помощи отомикроскопа оценивали состояние полости среднего уха, проводили исследование проходимости слуховых труб, аудиологическое исследование, компьютерную томографию (КТ) височных костей, а также лабораторные исследования. Применение того или иного объема хирургического вмешательства зависело от данных клинического обследования, длительности процесса и аудиологического исследования. Данные КТ наравне с клиническими находками являлись одним из решающих факторов выбора метода хирургического вмешательства. Кроме того, у всех больных при поступлении исследовали отделяемое из уха, а также отделяемое, забираемое во время санирующей операции из полостей среднего уха. В ходе операции оценивали характер деструктивных изменений в височной кости, состояние слуховых косточек.

Результаты исследования и их обсуждение. Все больные с ХГСО, имели различные жалобы, которые были разделены на местные (боль в ухе, оторея, понижение слуха, гнилостный запах из уха, шум в ушах) и общепротоксиационные (головная боль, слабость, озноб).

Данные о жалобах больных и отомикроскопическая картина приведены в таблицах 1 и 2.

Хирургическая тактика определялась характером интраоперационных находок (гнойное содержимое, грануляционная ткань, полипы, холестеатома), преимущественно в зависимости от

Таблица 1.**Жалобы больных при поступлении**

Жалобы	Абс.	%
Снижение слуха	126	100%
Гноетечение из уха	126	100%
Шум в ушах различного характера	53	42,0%
Головокружение	12	9,5%
Боль в ухе и заушной области	35	37,7%
Головные боли	18	14,3%
Чувство неприятного запаха	62	49,2%
Периферический парез мимической мускулатуры лица	3	2,4%
Нарушение разборчивости речи	28	22,2%
Заложенность в ушах	32	25,4%

Таблица 2.**Отомикроскопические находки у обследованных больных**

Находки при отомикроскопии	Абс.	%
Тотальный дефект барабанной перепонки	53	42,1
Субтотальный дефект барабанной перепонки (краевая или центральная)	73	57,9
Постоянная влажность, отёчность и раздражение слизистых полостей среднего уха	62	49,2
Густые гнойные выделения из полости среднего уха	71	56,3
Холестеатома в барабанной полости	43	34,1
Врастание эпидермиса в барабанную полость	20	15,9
Атрезия в НСП в костном отделе за счет грануляционной ткани	18	14,3
Грануляции, кисты, полипы в барабанной полости	20	15,9
Холестеатома, нарастание эпидермиса и грануляции в трепанационной полости у оперированных	22	17,5

разрушения костных структур среднегого уха, черепных ямок, сигмовидного синуса, канала лицевого нерва и состояния цепи слуховых косточек. На основании степени выраженности деструктивных изменений в различных структурах среднего уха, нами были проведены следующие виды операций на среднем ухе: консервативно-радикальных операций было выполнено 17 (13,5%), расширенная радикальная операция 19 (15,1%) санирующих операций

«зарытого типа» - 14 (11,1%), антромастоидотомия в 23 (18,3%) эндоуральная аттикоантротомия в 21 (16,7%) случаях. У 32 (25,4%), больных была проведена ревизия послеоперационной полости.

Анализ предрасполагающих факторов развития ХГСО показал, что больные эпитимпанитом и мезоэпитимпанитом болели острым гнойным средним отитом более 3-4 раз в год (75,4% случаев). Выяснилось, что роль экссудативного среднего отита (6,6%) и адгезив-



Диаграмма 1. - Результаты обследованных ушей по степени нарушения слуха, по данным аудиометрии в стандартном диапазоне частот (количество обследованных ушей n=126)

ного среднего отита (15%) как причины ХГСО также велика в группах больных эпитимпанитом и эпимезотимпанитом.

С целью изучения диагностических возможностей раннего выявления холестеатомы среднего уха нами были изучены КТ больных, у которых во время операции была обнаружена холестеатома (87 наблюдений). Склеротический и смешанный тип строения сосцевидного отростка был выявлен у 21 (16,7%) больных, патологическое содержимое в барабанной полости - у 97 (77%), при этом содержимое в эпитимпануме определялось у 95 (75,4%) больных. Патологическое содержимое в антруме было выявлено у 65 (51,6%) больных. Кариес стенок антрума регистрировался у 33 (26,2%) человек, расширение адитуса - у 33 (26,2%), кариес стенок барабанной полости - у 36 (28,6%), кариес слуховых косточек - у 19(15,1%) больных, патологическое содержимое вокруг слуховых косточек - у 27 (21,4%). Блок ниши окна преддверия

наблюдался у 21 (16,7%) человека, блок ниши окна улитки - у 17 (13,5%).

В послеоперационном периоде больные получали соответствующую антибактериальную, антигистаминную и дезинтоксикационную терапию. Ежедневно проводили перевязку с применением антибиотиков в виде порошка на послеоперационную полость (по чувствительности к данной флоре).

В ближайшем послеоперационном периоде удовлетворительный анатомический результат получен у 85 (67,5%) пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде удовлетворительный анатомический результат наблюдали у 120 (95,2%) пациентов.

При изучении функциональных результатов хирургического лечения у пациентов было обнаружено статистически значимое понижение порогов воздушного звукопроведения и КВИ в отдалённом послеоперационном периоде.

Преимущественно у большей части обследованных больных с хроническим

гнойным средним отитом были диагностированы смешанная тухоухость у 45 (55,6%), кондуктивная тухоухость - у 29 (35,8%) больных, сенсоневральная тухоухость - у 7 (8,6%).

У больных при ХГСО с длительностью заболевания от 5 до 10 лет с редкими обострениями в результате исследования было отмечено, что костное звукопроведение на частотах при тональной пороговой аудиометрии, начиная от 8000 Гц, имело значительное отличие от нормальных величин $19,2 \pm 1,6$ дБ. $P < 0,001$, а в области от 10000 до 18000 Гц наблюдали повышение порогов костного звукопроведения до $47,6 \pm 1,5$ дБ. $P < 0,001$. При этом костно-воздушный промежуток в среднем был равен $15,2 \pm 1,1$ дБ. $P < 0,001$ дБ.

Выводы. Выбор метода хирургического лечения при ХГСО зависит от степени поражения структур среднего уха. Эндоуральная аттикоантротомия эффективна при склеротическом типе сосцевидного отростка с ограниченном гноином процессом. При выраженности деструктивных изменений в полостях среднего уха результативно радикальная операция, что улучшает доступ к очагу инфекции и даёт возможность для хорошей санации. Закрытие Евстахиевой трубы при радикальных операциях предупреждает распространение инфекции из полости носоглотки сторону среднего уха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин И.А. Хирургическая тактика при повторных операциях на среднем ухе / И.А. Аникин, С.В. Астащенко, Б.А. За-

варзин // Российская оториноларингология. – 2008. – №4. – С. 3-8.

2. Болезнь оперированного уха: клиническая характеристика и патоморфологическое обоснование / Ю. К. Янов и [др.] // Рос. оторинолар. — 2005. - №4. - С. 149 - 155.

3. Аникин И. А. Хирургическая тактика при повторных операциях на среднем ухе / И. А. Аникин, С.В. Астащенко, Б.А. Заварзин // Российская оториноларингология. – 2008. – №4. – С. 3-8.

4. Аникин И. А. Способы хирургической санации труднодоступных отделов среднего уха у больных хроническим гноиным средним отитом с холестеатомой / Аникин И.А., Бокучева Т.А. // вестник оториноларингологии. – 2016. - №6. – С. 67-72.

5. Астащенко С.В. Причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения пациентов с хроническим гноиным средним отитом, перенесших санирующие вмешательства на среднем ухе. Ретроспективный анализ / С.В. Астащенко, И.А. Аникин, Р.В. Карапетян // Российская оториноларингология .– 2011. – №6 (55). – С.3-11.

6. Control of chronic otitis media and sensorineural hearing loss in C3H /HeJ mice: Glucocorticoids vs. mineralocorticoids / C.J. MacArthur [et al.] // Otolaryngol head neck surg. 2008. – №139. – P. 646–653.

REFERENCES

1. Anikin I.A. Surgical tactics for repeated operations on the middle ear / I.A. Anikin, S.V. Astaschenko, B.A. Zavarzin // Russian otorhinolaryngology. – 2008. – No. 4. – P. 3-8.
2. Disease of the operated ear: clinical characteristics and pathomorphological substantiation / Yu. K. Yanov et al. // Ros. otorhinol. — 2005. - No. 4. - P. 149 - 155.

3. Anikin I.A. Surgical tactics for repeated operations on the middle ear / I.A. Anikin, S.V. Astaschenko, B.A. Zavarzin // Russian otorhinolaryngology. – 2008. – No. 4. – P. 3-8.

4. Anikin I.A. Methods of surgical sanitation of hard-to-reach parts of the middle ear in patients with chronic purulent otitis media with cholesteatoma / Anikin I.A., Bokucheva T.A. // Bulletin of otorhinolaryngology. – 2016. - No. 6. – pp. 67-72.

5. Astashchenko S.V. Reasons for unsatisfactory results of surgical treatment of patients with chronic suppurative otitis media who underwent sanitary interventions on the middle ear. Retrospective analysis / S.V. Astashchenko, I.A. Anikin, R.V. Karapetyan // Russian Otorhinolaryngology. – 2011. – No. 6 (55). – P.3-11.

6. Control of chronic otitis media and sensorineural hearing loss in C3H/HeJ mice: Glucocorticoids vs. mineralocorticoids/C.J. MacArthur [et al.] // Otolaryngol head neck surg. 2008. – No. 139. – P. 646–653.

ХУЛОСА

Маҳамадиев А.А., Давронзода М.Д., Юсупов А.Ш.

УСУЛИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ОТИ ТИ МУЗМИНИ ФАСОДДОШТА БО ОРИЗАҲОИ ДЕСТРУКТИВИИ ОН

Мақсади таҳқиқот. Барои ба танзим дарории табобати ҷарроҳии беморони гирифтори отити музмини фасод-

дошта.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар шароити шӯъбаи аудиологияи Муассисаи давлатии ММТ ҶТ «Шифобаҳш» барои солҳои 2017-2020 - 126 нафар беморони аз 19 то 45соларо (аз он 56 зан ва 70 мард) мубталои яктарафаи отити музмини фасоддоштаи дараҷаҳои гуногуни шунавоӣ муоина ва ҷарроҳӣ карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва мухокимаи онҳо. Ҳамаи беморони гирифтори отити музмини фасоддошта шикоятҳои гуногун доштанд, ки онҳо ба маҳаллӣ (дарди гӯш, оторея, паст шудани шунавоӣ, бӯи пӯсидаи гӯш, тиннитус) ва умумӣ (дарди сар, заифӣ, хунуқӣ) тақсим мешуданд.

Хулосаҳо. Интиҳоби усули табобати ҷарроҳӣ барои беморони гирифтори отити музмини фасоддошта аз дараҷаи осеб ба соҳторҳои гӯши миёна вобаста аст. Аттикоантротомияи эндоуралӣ барои намуди склеротикии раванди мастоид бо ҷараёни маҳдуди чирк самаранок аст. Агар тағиироти ҳаробиовар дар холигии гӯши миёна шадид бошад, ҷарроҳии радикалӣ самаранок аст, ки дастрасиро ба манбаи сироят беҳтар намуда, имкони шароити хуби санитариро фароҳам меорад. Пӯшидани найчай Эустахия ҳангоми амалиёти радикалӣ паҳншавии сироятро аз холигоҳи бинӣ ба тарафи гӯши миёна пешгирий мекунад.

Калидвожаҳо: табобати ҷарроҳӣ, отити музмини фасоддошта, гӯш.