

обратившегося за неотложной помощью. Согласно полученным данным этот показатель составлял 24 минуты.

Таким образом, неотложная ЛОР-помощь населению занимает значительный удельный вес в общей оториноларингологической службе. Для оказания оптимальной специализированной помощи необходимо круглосуточное дежурство высококвалифицированного оториноларинголога, владеющего всеми современными методами диагностики и лечения неотложных состояний ЛОР-органов, круглосуточное функционирование всех вспомогательных служб, операционной, консультативная помощь специалистов другого профиля.

Литература

1. Антонив Т.В., Антонив В.Ф., Ушакова С.В. Остановка кровотечения из сигмовидного синуса и верхних отделов внутренней яремной вены. – М., 2012.

2. Бобров В.М. Хирургическое лечение врожденных околоушных свищей. – М., 2011.

3. Водолазов С.Ю. Опыт лечения рубцовых гортанно-трахеальных стенозов у детей. – М., 2012.

4. Косяков С.Я., Лазебный В.В., Коршок В.В., Пчеленок Е.В. МРТ в послеоперационном обследовании и послеоперационном контроле при хроническом среднем отите с холестеатомой. – Киев, 2012.

5. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Аржиев Х.Ш., Поляева М.Ю. Хирургическая тактика при интраоперационных разрывах слизистой оболочки перегородки носа. – М., 2011.

6. Пискунов Г.З. О порядке оказания ЛОР-помощи. – М., 2012.

Резюме

Неотложная ЛОР-помощь населению занимает значительный удельный вес в общей отоларингологической службе. Для оказания оптимальной специализированной помощи необходимо круглосуточное дежурство высококвалифицированного оториноларинголога, владеющего всеми современными методами диагностики и лечения неотложных состояний ЛОР-органов, круглосуточное функционирование всех вспомогательных служб, операционной, консультативная помощь специалистов другого профиля.

Summary

Urgent LOR help to population occupies the significant specific gravity in the general otorinolaryngology to service. For rendering optimum specialized help necessary round the-clock maintenance standby otorinolaryngolog high skilled, having all modern methods of the diagnostics and treatments of the urgent conditions LOR-organ, round-the-clock operation of all auxiliary services, operating, consulting help specialist other profile.

Заболевания уха

АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА

Ф.М. Адилова

Центральный госпиталь МВД РУз

Хронический средний отит (ХСО) – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний ЛОР-органов. В настоящее время клиническое течение ХСО изменилось, чаще развиваются вялотекущие формы, то есть

фиброзирующие формы воспалительного процесса в среднем ухе, которые приводят к тимпаносклерозу. Проблема реабилитации пациентов, страдающих тимпаносклерозом, занимает одно из

ведущих мест в отохирургии и имеет большое социальное значение.

Тимпаносклероз – негнойное заболевание среднего уха, которое является типичным проявлением эндоморфоза. В зоне воспаления исчезает поверхностный эпителий. Катаболические ферменты из гранулоцитов и фибробластов, попадая во внеклеточное пространство, приводят к изменениям фиброзной ткани. Происходят существенные изменения в структуре и количестве коллагеновых волокон, локальное скопление остатков клеточного распада и отложения фосфата кальция, которые приводят к образованиям плотных конгломератов в толще слизистой оболочки среднего уха и барабанной перепонки. В итоге наблюдается некроз окружающих тканей и формирование тимпаносклеротической бляшки, которые чаще формируются в области слуховых косточек, нише окна преддверия и улитки, вызывая стойкую неподвижность цепи слуховых косточек и развитие выраженной кондуктивной тугоухости [1].

В настоящее время отмечается рост данной патологии, причинами возникновения которой являются техногенное загрязнение окружающей среды, жаркие климатические условия, гидрогеохимические особенности питьевой воды, а также вялотекущие воспалительные процессы в среднем ухе [2].

Реконструктивная слухоулучшающая хирургия при тимпаносклерозе является единственным действенным способом лечения, но, несмотря на высокий уровень выполнения этих операций, послеоперационное восстановление слуха у больных тимпаносклерозом до сих пор сопряжено со значительными трудностями [1].

Тактика микрохирургической операции зависит от локализации тимпаносклеротического очага и радикальности удаления склеротических очагов. Однако удаление характерных

тимпаносклеротических бляшек – плотных белесоватых очаговых утолщений слизистой оболочки – выполняемое с целью мобилизации сохранных элементов звукопроводящей цепи, неизбежно сопровождается образованием раневой поверхности, что в дальнейшем приводит к образованию рубцов и рефиксации косточек. Последующие вмешательства, включающие рассечение рубцов и повторную мобилизацию, как правило, малоэффективны из-за развития еще более выраженных рубцовых изменений и усугубления сенсоневрального компонента тугоухости [4].

Цель исследования

Повышение эффективности хирургической реабилитации больных с тимпаносклерозом за счет усовершенствования традиционной тактики хирургических вмешательств.

Материал и методы

В ЦГ МВД РУз под контролем операционного микроскопа OPMI Sensera нами выполнено 72 слухоулучшающие операции у больных с диагнозом хронического среднего отита, осложненного тимпаносклерозом. У 44 больных диагностирована открытая форма, то есть с перфорацией барабанной перепонки, у 28 – закрытая форма, без перфорации. Алгоритм хирургического лечения тимпаносклероза складывался из следующих этапов: восстановление целостности барабанной перепонки и функции звукопроводящей системы при наличии высокой степени кондуктивной тугоухости (социально значимая величина разборчивости речи), в случае выраженных проявлений сенсоневральной тугоухости хирургическая тактика ограничивалась восстановлением целостности барабанной перепонки с дальнейшими рекомендациями слухопротезирования.

У больных с открытой формой тимпаносклероза операцию проводили в два этапа. На первом этапе заушным доступом проводилась санация барабанной полости от

тимпаносклеротических очагов и вросшего эпидермиса, иссекали рубцы, предупреждая развитие ятрогенной холестеатомы, с формированием замкнутой воздушной барабанной полости за счет восстановления целостности тимпанальной мембраны. На втором этапе, через 6 месяцев проводилась мобилизация стремени и реконструкция оссикулярной цепи, что позволяло восстановить звукопередачу. При обнаружении дисфункции слуховой трубы мы просверлили канавку в нижней стенке, в которую уложили тефлоновую тимпано-вентиляционную трубку, чтобы создать воздушное пространство барабанной полости, а также для профилактики сращения височной фасции с травмированной слизистой оболочки мыса, оставляя тефлоновую прокладку, которую удаляли через 6 месяцев.

У больных с закрытой формой тимпаносклероза одномоментно выполнялись операции с максимально полным удалением склеротических конгломератов (тимпаносклеротических бляшек) из среднего уха, мобилизации рукоятки и стремени и восстановление системы звукопередачи в среднем ухе с помощью коллумелизации.

Во время операции удалением фрагмента кости задневерхних отделов наружного слухового прохода мы обеспечивали хороший обзор окна преддверия и ревизию цепи слуховых косточек. В конце операции дефект замещали аллохрящевой пластинкой толщиной 100-150 мк, размеры которой перекрывают края костного дефекта на 1,5-2 мм, что препятствует в дальнейшем втяжению барабанной перепонки и образованию ретракционного кармана, который приводит к ограничению трансмиссионного механизма уха. При фиксации слуховых косточек в аттике удаляли наковальню, которая часто вовлекается в патологический процесс, и резецировали головку молоточка. При мобилизации стремени удаляли все очаги тимпаносклероза до круговой связки

стремени и пересекали склеротически измененное сухожилие стремени мышцы. Затем производили мобилизацию, а именно высвобождение рукоятки молоточка от барабанной перепонки, после чего посредством клинообразного аллохряща, который устанавливается кпереди от рукоятки молоточка между шейкой и головкой молоточка с одной стороны, и над окном преддверия восстанавливали цепь слуховых косточек.

Для восстановления местной микроциркуляции и лимфооттока в послеоперационном периоде ставили медицинские пиявки на биологически активные точки, расположенные вокруг уха. Кроме того, в послеоперационном периоде из антиоксидантов больным назначали витамин Е, блокаторы кальциевых каналов, верапамил и малосолевую диету. Величина костно-воздушного интервала (КВИ) у пациентов составляла 46,7 дБ, величина КВИ через месяц после операции уменьшилась до 29,3 дБ, после трех месяцев – до 22,6 дБ.

Таким образом, профилактика развития тимпаносклеротического процесса включает своевременное дренирование барабанной полости при острых отитах, раннее выявление ХГСО и его активное комплексное лечение с хирургическим дренированием полости антрума или ревизией аттико-антральной области в зависимости от выраженности их поражения, а также улучшение социальных условий населения.

Литература

1. Кофанов Р.В. Тимпаносклероз, клиника и хирургическое лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед наук. – Л., 1986. – 39 с.
2. 2. Пятакина О.К., Гаров Е.В., Дондитов А.Ц. Тимпаносклероз: клиника, диагностика, причины, патогенез, лечение // 8-я научно-практическая конференция оториноларингологов Москвы. – М., 1998. – С. 79-81.

3. Ульянов Ю.П., Шадыев Х.Д., Шадыев Т.Х. Хронический средний отит. – М.: Медпрактика, 2008. – 220 с.

4. Gibb A.G., Pang Y.T. Surgical treatment of tympanosclerosis // Europ. Arch. Otorhinolaryngol. – 1995. – Vol. 252, №1. – P. 1-10.

Резюме: У пациентов с различными формами тимпаносклероза, разделенных на 2 группы в зависимости от формы заболевания (открытая и закрытая), оперированных одно- или двухмоментно, для послеоперационной профилактики

тимпаносклероза использованы аллохрящ, вентиляционную трубка и гирудотерапию.

Summary: This article deal patients with different forms of tympanosclerosis. Patients were divided into two groups who were ill with open or closed form of tympanosclerosis, who were operated at single or double stage. The allocartilage was used for postoperational prophylaxis of tympanosclerosis, then, by using ventilation tube and the method of hirudotherapy.

СЕНСОНЕВРАЛЬНАЯ ТУГОУХОСТЬ В КОМПЛЕКСЕ РЕДКИХ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: СИНДРОМ ВААРДЕНБУРГА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Ш.Э. Амонов, Н.А. Каримова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии,

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В современной медицине известно более 400 наследственных генетически обусловленных синдромов, одним из которых является сенсоневральная тугоухость (СНТ) или глухота [1-6]. Представим краткую информацию о некоторых из них: синдром Ваарденбурга (СНТ различной степени, пигментные anomalies кожи, волос и глаз – гетерохромия радужки), синдром Стиклера (сочетание СНТ, расщелины нёба и спондилоэпифизарной дисплазии с исходом в остеоартрит), синдром Ушера (СНТ и пигментный ретинит, слепоглухота), синдром Пендредда (сочетание врожденной тяжелой НСТ и эутиреоидного зоба), синдром Джервелла и Ланге – Нильсена (врожденная глухота и удлинение Q-T-интервала на ЭКГ), болезнь Рефсума (НСТ и пигментный ретинит, вызванный нарушениями метаболизма фитановой кислоты), синдром Альпорта (включает прогрессирующую нейросенсорную потерю слуха различной степени тяжести, прогрессирующий гломерулонефрит, ведущий к

терминальной стадии почечной болезни, различные проявления со стороны органа зрения).

Хотелось бы отметить, что выявление и диагностирование определенных форм предоставляется возможным при наличии специализированного и современного оборудования, обученного персонала, укомплектованного штата специалистов и, конечно же, непосредственно масштабной поточности обследуемых и высокой обращаемости. Таковым является наш центр и непосредственно отделение, одной из функций которых является комплексное обследование слуховой функции у детей и взрослых по всей республике. Так, была определена главная миссия нашего аудиологического сектора, которой мы дали название «слуховая диспансеризация».

За короткий период функционирования (2013-2014 гг.) в аудиологических кабинетах нашего отделения в стационарном и амбулаторном порядке обследованы 965 пациентов, Из них 527 детей в возрасте