

справа, и в трети случаев слева обнаружены сосцевидные отверстия. 3. При изучении КТ нормальных височных костей определяются практически все структуры височной кости. 4. При диагностике хронического среднего отита на КТ определяются: наличие в барабанной полости и/или сосцевидном отростке скоплений жидкости или холестеатомных масс, грануляционной ткани или спаек, склеротические изменения костной ткани сосцевидного отростка, деструктивные изменения слуховых косточек и стенок среднего уха.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УША У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Затолока П. А., Доценко М. Л.

*Белорусский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, Минск*

Цель исследования – выявить микробиологические особенности хронических воспалительных заболеваний уха у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от уровня лимфоцитов CD4.

Выполнили 54 микробиологических исследования отделяемого из наружного слухового прохода у ВИЧ-инфицированных лиц, у которых диагностировали хроническую инфекционно-воспалительную патологию уха (хронический наружный отит, хронический гнойный средний отит). В одном (1,9%) случае роста микрофлоры не произошло, в 46-и (85,1%) случаях обнаружили монофлору, в 7-и (13,0%) – сочетание двух видов микроорганизмов. Полученные данные указывают на то, что при хронических наружных отитах и хронических гнойных средних отитах выявили идентичную микрофлору, поэтому ниже представлены обобщенные данные по этим нозологиям. В таблице представлена частота выявления микроорганизмов (число случаев на 100 исследований) у ВИЧ-инфицированных лиц, у которых диагностировали патологию уха, в зависимости от числа лимфоцитов CD4 в микролитре крови.

Таблица. Частота выявления микроорганизмов у ВИЧ-инфицированных пациентов, имеющих хроническую воспалительную патологию уха, в зависимости от числа лимфоцитов CD4 мкл-1.

Микроорганизм	Группы ВИЧ-инфицированных пациентов			
	CD4>500 n=6	CD4 200-499 n=17	CD4<200 n=31	Все n=54
Частота выявления микроорганизмов (P±m)				
<i>Staphylococcus aureus</i>	33,3±19,2	58,8±11,9	45,2±8,9	48,1±6,8
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	-	17,6±9,2	22,6±7,5	18,5±5,3
Коагулазонегативный стафилококк	50,0±20,4	-	12,9±6,0	13,0±4,6
Все стафилок кки	83,3±15,2	76,5±10,3	80,6±7,1	79,6±5,5
<i>Streptococcus haemolyticus</i> α	-	5,9±5,7	6,5±4,4	5,6±3,1
<i>Streptococcus auricularis</i>	-	11,8±7,8	-	3,7±2,6
Все стрептококки	-	17,6±9,2	6,5±4,4	9,3±3,9
Все грамположительные кокк	83,3±15,2	94,1±5,7	87,1±6,0	88,9±4,3
<i>Enterococcus faecium</i>	16,7±15,2	-	-	1,9±1,8
<i>Corynebacterium amycolatum</i>	16,7±15,2	-	-	1,9±1,8
Грибы рода <i>Candida</i>	-	5,9±5,7	29,0±8,2	18,5±5,3

Наиболее часто при воспалительной патологии уха у ВИЧ-инфицированных пациентов идентифицировали грамположительные кокки, частота их верификации составила 88,9±4,3

случаев на 100 обследований (стафилококки – $79,6 \pm 5,5$, стрептококки – $9,3 \pm 3,9$). Частота выявления указанных микроорганизмов оказалась достаточно стабильна вне зависимости от числа лимфоцитов CD4. Грибы *Candida* верифицировали с частотой $18,5 \pm 5,3$ случаев на 100 обследований. По мере снижения числа лимфоцитов CD4, существенно увеличилась частота выявления указанных грибов в отделяемом из наружного слухового прохода, достигнув значения $29,0 \pm 8,2$ при CD4 менее 200 мкл-1.

Выводы:

Грамположительные кокки оказались наиболее актуальными и наиболее стабильно выявляемыми микроорганизмами при хронической воспалительной патологии уха у ВИЧ-инфицированных пациентов ($88,9 \pm 4,3$), что указывает на целесообразность применения антибактериальных средств при лечении указанной патологии вне зависимости от уровня CD4 лимфоцитов.

По мере снижения числа CD4 лимфоцитов значительно возросла частота верификации грибов рода *Candida*, достигнув значения $29,0 \pm 8,2$ при CD4 менее 200 мкл-1, поэтому у этой группы пациентов целесообразно применение противогрибковых средств.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТИМПАНОПЛАСТИКИ БЕЗ МАСТОИДЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Зеленкова В. Н., Сударев П. А., Мищенко В. В., Мепаришвили А. С.

Московский научно-практический центр оториноларингологии

им. Л. И. Свержевского ДЗ Москвы

Россия, Москва

Основным методом лечения, реабилитации слуха и профилактики обострений хронического гнойного среднего отита (ХГСО), мезотимпанита, является тимпанопластика. Анатомо-функциональная эффективность операции во многом зависит от времени прошедшего с момента последнего обострения, локализации и размера дефекта, состояния функции слуховой трубы и слизистой оболочки полостей среднего уха, способа реконструкции, опыта хирурга и качества послеоперационного периода.

Нет единого мнения по поводу объёма операции у пациентов с ХГСО (мезотимпанитом). Некоторые авторы считают, что мастоидэктомия при тимпанопластике не является абсолютно необходимой у больных ХГСО без холестеатомы, так как не даёт лучшего функционального результата (реперфорация при мирингопластике у 24%, при сочетании с мастоидэктомией – у 17–22%) [Косяков С. Я., 2012; Albu S. et al., 2012]. При мастоидэктомии или отдельной аттикоантротомии аэрация полостей среднего уха восстанавливается лишь в 50% случаев по данным компьютерной томографии (КТ) височных костей, тогда как при тимпанопластике без мастоидэктомии воздушность барабанной полости восстанавливается у 93% пациентов, а клеток сосцевидного отростка – у 43% [Takahashi H., 2001]. Тимпанопластика с мастоидэктомией или отдельная аттикоантротомия считается обязательной при вялотекущих формах ХГСО (с мезотимпанитом) и отсутствии эффекта от системной и местной антибактериальной терапии [Fisch U., 1994; Brackmann D. et al., 2010].

Цель исследований – оценка анатомо-функциональной эффективности интрамеатальной тимпанопластики I-III типа у больных хроническим гнойным средним отитом (мезотимпанитом).

Материалы и методы исследования. В отделе микрохирургии уха Центра за три года у больных ХГСО (мезотимпанитом) проведёно 652 тимпанопластики I-III типа, из них в 50 (7,6%) случаях возникла реперфорация. В исследование включены только пациенты, ко-