

ния показали, что в детском возрасте при хроническом компенсированном тонзиллите довольно существенное значение имеет микробная флора миндалин и факторы неспецифической защиты. В то время как во взрослом состоянии большая роль отводится специфическому иммунному ответу.

Абабий И.И., Дьякова С.А.
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

*Государственный Университет Медицины и Фармации
«Николае Тестемицану», кафедра Оториноларингологии, Кишинев, Молдова*

Введение. Отсутствие своевременной диагностики и адекватного лечения среднего отита (СО) приводит к развитию хронических форм, стабильному снижению слуха и возникновению осложнений у детей. **Целью** исследования было определить частоту встречаемости и особенности эволюции СО у детей, сравнить эффективность традиционных и современных методов лечения, а также, проанализировать результаты применения модифицированной методики тимпаностомии. **Материал и методы.** Дети в возрасте от 1 до 7 лет без явной ушной патологии были включены в группу скринингового мониторинга, включающего тимпанометрию и отооскопию в течение 1 года. При наличии патологических изменений в течение 6 месяцев проводилось полное аудиологическое и отомикроскопическое обследование и лечение. Использовались как традиционные так и современные методы. Часть пациентов с хроническим экссудативным СО и рецидивирующим СО была прооперирована методом тимпаностомии в нашей модификации. Эффективность лечения оценивалась по динамике слуха, индекса общего здоровья и индекса качества жизни.

Результаты. Скрининг выявил частую встречаемость экссудативного СО у детей с соматической патологией и склонность его к малосимптомному и хроническому течению. Результаты медикаментозного лечения используются для дифференциальной диагностики. Наибольшая эффективность лечения характерна для комплекса, включающего тимпаностомию и аденотомию. Другие методы дают временное улучшение показателей. Предложенный вариант тимпаностомии является наиболее эффективным хирургическим методом в профилактике дальнейшей эволюции СО.

Заключение. Скрининг СО позволил выявить детей, нуждающихся в комплексном лечении, включая хирургическое. Комплексное лечение, включающее тимпаностомию и аденотомию, рекомендуется для улучшения слуха, качества жизни и общего здоровья у детей с хроническим экссудативным средним отитом. Большинство осложнений тимпаностомии являются проявлением природы самого среднего отита. Тимпаностомию по оптимизированной методике рекомендуется для лечения хронического экссудативного СО.

Абдихаликов Ж.А., Анарбаев А.А., Каримбаева А.О
К ЛЕЧЕНИЮ ПАРАТОЗИЛЛЯРНЫХ АБСЦЕССОВ У ДЕТЕЙ.

Ошская межобластная детская клиническая больница ЛОР отделение КЫРГЫЗСТАН г.Ош

Проведен статистический анализ заболеваемости пара тонзиллитом по Лор клинике за период 2007г. по май 2012г. Описывается тактика лечения заболевания с учетом стадии патологического процесса. Особое внимания уделяется способу анестезии при производстве абсцестонзиллоэктомии.

Исторически сложившиеся термины паратонзиллярный абсцесс и флегмонозная ангина отражают сущность воспаления около миндалин рыхлой клетчатки с образованием гноя. Причем начальную инфильтративную стадию воспаления принято называть паратонзиллитом. Лор клиника г. Ош является ведущим специализированным учреждением, где оказывается так же экстренная помощь в ургентных состояниях, каковым является паратонзиллит.

За период 2007 г. по май 2012 г. в Лор клинику обратилось за помощью в связи с паратонзиллитом 380 человек, из них 300 амбулаторных обращений, 80 находилось на стационарное лечение, что составило 1,5% от общего числа больных Лор клиники. В возрастном составе преобладали лица молодого возраста до 80%, преимущественно мальчики 60%. сравнительно редко заболевание встречалось у детей до 10 лет.

Отмечается сезонность заболевания: зимне-весенний период, что составляет обращаемость-65%.

Следует отметить учащение заболеваемости паратонзиллитом за последние годы что, по видимому, связано с социальным фактором, неполноценное питание, неблагоприятные бытовые факторы, стрессовая ситуация в целом по стране. Последнее повлекло за собой уменьшение числа плановых тонзиллоэктомий, что в свою очередь, несомненно увеличило рост осложнений в виде паратонзиллитов.

Появлению паратонзиллита, как правило, предшествуют ангины и встречается он преимущественно у боль-

ных с хроническим тонзиллитом, последний по нашим данным отмечается в 72% случаев. Вторым по частоте путем проникновения инфекции в паратонзиллярное пространство является одонтогенный путь. Обращаемость больных данной патологией составила лишь 2%. В основном у лиц при кариесе задних зубов нижней челюсти, затрудненном прорезывании зуба мудрости и гингивиты.

Симптомы паратонзиллита являются настолько характерными что позволяют поставить диагноз практически без затруднений: как правило, односторонняя боль в глотки усиливающаяся при глотании с иррадиацией в ухо, верхнюю челюсть, повышенные температуры тела, слабость, отказ от пищи, гиперсаливация, возникает тонический спазм жевательной мускулатуры. Обязательным симптомом является болезненность и припухание региональных лимфатических узлов. На фоне общей интоксикации состояние больного прогрессирует ухудшается до прорыва гнойника, реже спонтанного характера, в основном, после хирургического вмешательства. Фарингоскопическая картина заболевания зависит от локализации гнойника, от формы абсцесса. Общее признание является классификация Б.С. Преображенского которой представлены: переднее - верхний, задний нижний и боковой абсцессы. Наиболее частой формой является переднее-верхний абсцесс, по нашим данным в 76% случаев, что по видимому связано с анатомическими условиями: наличием добавочной доли с супратонзиллярном пространстве. Боковой абсцесс имел место 5% случаев, это форма заболевания является наиболее серьезной по плане возникновения осложнений таких как флегмона шеи медиастинит, перикардит. Нижний абсцесс встречался у 0,4% пациентов. Абсцесс задней локализации отмечался в 18,6% случаев.

Лечение паратонзиллита в основном оперативное. Консервативная терапия возможно на раннем этапе заболевания. Применяются современные высоко эффективные антибиотиков представители пенициллинов, содержащее клавулоновую кислоту – Уназин (ампициллин, сульбактам) амоксицилин, цефалоспоринов третьего ряда цефобид, цефотаксин. По прежнему остается актуальным В-Гемолитический стрептококк гр. А. возбудителями являются различные дрожжевые грибы и мицелии грибов кандиды. По этому назначается на анаэробный микромир метронидазол и высокоэффективные противогрибковые препараты с системным Дифлюкан (флуконазол).

Оперативное лечение П.А. представлено следующими методиками: тупое вскрытие абсцесса, разрез на месте наибольшего выпячивания абсцесса, частичной удалении миндалин (верхнего полюса) и наконец полное удаление миндалин с одно моментным вскрытием полости абсцесса.

Абсцесстонзиллектомия (АТЭК) в настоящее время применяется как наиболее радикальная методика лечения и признана большинством хирургов. По сложившейся терминологии существует абсцесстонзиллектомия в так называемом горячем периоде операция производится в первые сутки или даже часы, в теплом периоде ближайший один три дня, в холодном периоде-через несколько недель после вскрытия абсцесса. Существуют относительные и абсолютные показания к производству АТЭК. Сепсис, угроза парафарингеального абсцесса. Противопоказаниями для АТЭК являются болезни системы крови, пониженная свертываемость крови, гипертоническая болезнь, заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, диабет, туберкулез.

АТЭК произведено за исследуемый период 18 больных, что составило 20% от общего числа больных с паратонзиллитом. Операция горячем периоде осуществлена у 3-х больных, в теплом периоде у 14 больных, 1 пациент оперирован в холодном периоде. Средний койко-дней пребывания больных паратонзиллитом в ЛОР клинику составил 5,8, в том числе у больных подвергшихся абсцесстонзиллектомии, койко-дней составил 6,1. Успешность АТЭК во многом зависит от правильно проведенной анестезии.

Предложены мандибулярная и палатинная анестезия (Э.Р.Цильман), гальваноинный способ (И.С.Соколов), шейная блокада новокаином (И.Р.Волошен, В.А.Ратнер) по нашему мнению метод палатинной анестезии является наиболее перспективным. Анестезия производится в области малого небного отверстия, которое находится в точке коронки третьего большого коренного зуба и вторая вдоль середины небного отростка верхней челюсти. Вводят 0,5 мл 1% или 2% раствора новокаина, действие наступает 5-7 минут. Следует отметить особенности инфильтрационной анестезии: применяется высоко концентрированный раствор в небольших количествах методом обкалывания полости абсцесса.

При производстве АТЭК не рекомендуется брать сразу миндалину на зажим и производить тракцию. Операцию следует начинать с рассечения передней дужки как можно на большом протяжении. При затруднении же этой рекомендуется рассечь дужку до места предварительной инцизии, что позволяет без ошибочно найти полость абсцесса. АТЭК рекомендуется производить с обеих сторон, т.к. оставшаяся миндалина часто дает рецидивы заболевания.

В заключение следует отметить что пропагандируемая нами операция АТЭК, как радикальная мера при лечении паратонзиллита, должна применяться шире практике оториноларингологии.