



**МЕТОД ДЛИТЕЛЬНЫХ ПОВТОРНЫХ ПЕРФУЗИЙ
ТРЕПАНАЦИОННЫХ ПОЛОСТЕЙ, В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ УХА**
(инструкция по применению)

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ: д.м.н., профессор Ситников В.П., к.м.н., доцент Х. Рефай,
к.м.н., доцент Шляга И.Д., Ядченко Е.С., Колесник Т.И.

Гомель, 2012

У пациентов, после радикальной (общеполостной) операции на среднем ухе, как правило, формируется большая трепанационная полость, которая является источником отореи вследствие неполной эпидермизации, роста грануляций в ней, скопления ушной серы и масс слущенного эпидермиса. Персистенция в трепанационной полости патогенной микрофлоры и нарушение ее самоочищения создает предпосылки к частым рецидивам воспалительного процесса, существенно ухудшая качество жизни пациентов.

Разработан метод локальной терапии пациентов, страдающих хроническим гнойным средним отитом, перенесших в прошлом радикальную операцию на среднем ухе, в основе которого лежит принцип создания длительного контакта пораженных патологическим процессом послеоперационных полостей среднего уха с жидкими лекарственными средствами, что способствует ускоренной регенерации слизистой оболочки и эпидермизации трепанационной полости.

Показания к применению: Хронический гнойный тотальный тимпанит, состояние после радикальной операции уха, неэпидермизированная трепанационная полость, оторея.

Противопоказания: нет.

Перечень необходимого оборудования, изделий медицинской техники, инструментария, расходных материалов

Перечень необходимого оборудования

Термометр для определения температуры лекарственного раствора.

Перечень необходимого инструментария

На одну процедуру необходимо:

1. Система для внутривенных инфузий – 1 шт.
2. Шприц – 2,0 мл с иглой – 1 шт.
3. Шприц Жане.

Расходные материалы

1. 0,9% раствор натрия хлорида.
2. Вода для инъекций.
3. 1% раствор лидокаина – 2,0 мл.
4. Амфотерицин В – порошок лиофилизированный (1 флакон 50000 ЕД) – 6 шт.
5. Раствор антибактериального лекарственного средства (с учетом чувствительности бактериобиоты ушного отделяемого).
6. Раствор сложного состава (0,9% раствор NaCl – 500 мл, суспензия гидрокортизона ацетата 2,5% – 4,0 мл, раствор ацетилцистеина 300 мг – 3,0 мл, 1% раствор никотиновой кислоты – 4,0 мл)

Описание технологии используемого метода с указанием этапов

1. Планирование лечебной тактики

Перед началом терапии, с целью выявления специфического возбудителя, поддерживающего гнойно-воспалительный процесс в ухе, необходимо проведение микробиологического исследования ушного отделяемого: микроскопия нативного и окрашенного препарата, бактериологическое исследование (посев на общепринятые питательные среды) с определением чувствительности к наиболее часто используемым противомикробным лекарственным средствам. Перед проведением перфузии необходимо произвести влажный туалет трепанационной полости путем ее промывания теплым 0,9% раствором NaCl (200 мл) шприцом Жане.

Анестезиологическое пособие

Выполняется местная инфильтрационная анестезия введением 1,0 мл 1% раствора лидокаина в заушную складку.

2. Описание технологии использования метода

Для введения жидкости в послеоперационную полость используется капельная система для внутривенных инфузий. Предварительно лекарственный раствор подогревается до температуры $37^{\circ}\text{C}\pm 0,5^{\circ}\text{C}$, игла вводится в трепанационную полость через прокол кожи в области заушной складки. Пациент при этом находится на боку на стороне, противоположной оперированному уху, лекарственная жидкость поступает из капельной системы со скоростью 40 – 50 капель в минуту, омывает полости среднего уха и выливается через наружный слуховой проход в почкообразный лоток (рисунок 1). Время одного промывания – 30 – 40 минут. Общее число промываний составляет 7 – 10.



Рисунок 1 – Метод длительных повторных перфузий среднего уха после радикальной операции

С целью ускорения эпидермизации трепанационной полости, стимуляции регенеративных процессов в ней, готовится лекарственный раствор сложного состава, в который входят: 0,9% раствор NaCl – 500 мл, суспензия гидрокортизона ацетата 2,5% – 4,0 мл, раствор ацетилцистеина 300 мг – 3,0 мл, 1% раствор никотиновой кислоты – 4,0 мл, противомикробный препарат.

При наличии в ушном отделяемом бактериобиоты, для промывания используется раствор антибиотика (в соответствии с чувствительностью, выделенного из полостей среднего уха возбудителя). При отрицательном результате микробиологического исследования используется 0,3% раствор ципрофлоксацина (15,0 мл) в связи с высокой чувствительностью большинства патогенов ушного отделяемого.

При грибковом поражении – используется раствор амфотерицина В: 1 флакон амфотерицина В (50000 ЕД) разводится в 20 мл воды для инъекций, на каждое промывание используется 6 флаконов (амфотерицин В обладает наиболее широким спектром противогрибкового действия из всех препаратов этой группы, помимо этого, согласно нашим исследованиям, он также обладает выраженными антиоксидантными свойствами).

При смешанной грибково-бактериальной биоте промывания уха чередуются: одно промывание проводится антибактериальным раствором, второе – раствором амфотерицина В.

Возможные осложнения и ошибки и их предупреждение

1. Вестибулярные нарушения могут быть предупреждены промыванием трепанационной полости лекарственным раствором, температура которого составляет $37^{\circ}\text{C} \pm 0,5^{\circ}\text{C}$.

2. Аллергические реакции на лекарственные препараты могут быть предупреждены сбором аллергологического анамнеза у пациента, а также заменой лекарственных препаратов их аналогами.

Обоснование целесообразности практического применения предлагаемого метода длительных повторных перфузий среднего уха в консервативном лечении пациентов с хроническим гнойным тотальным тимпанитом

Разработанный способ консервативного лечения применен у пациентов с хроническим гнойным тотальным тимпанитом (состояние после радикальной операции уха) в ЛОР клинике УО «Гомельский государственный медицинский университет». Морфо-функциональный эффект определяется следующими факторами:

1. Длительное и многократное промывание трепанационной полости через инфузионную систему с учетом спектра возбудителей и их чувствительности к противомикробным препаратам позволяет улучшить результаты консервативного лечения пациентов, с хроническим гнойным средним отитом бактериальной, грибковой и грибково – бактериальной этиологии, а применение средств, улучшающих регенерацию тканей, ускоряет эпидермизацию трепанационной полости.

2. Создание высоких локальных концентраций лекарственных препаратов позволяет уменьшить их системное применение, что приводит к уменьшению побочного действия на организм пациента в целом.

3. Применение указанного метода в качестве предоперационной подготовки приводит к полной эпидермизации большой трепанационной полости и прекращению отореи, что позволяет провести мастоидотимпаноластику.

Экономическая значимость практического применения методики определяется следующими эффектами:

1. Сокращением сроков пребывания пациентов в стационаре.
2. Уменьшением числа рецидивов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ситников, В.П. К вопросу о «Болезни оперированного уха» / В.П. Ситников [и др.] // тезисы VIII съезда оториноларингологов Украины. – Киев. – 1995. – С.293.
2. Волошина, И.А. Послеоперационное воспаление в трепанационных полостях височной кости / И.А. Волошина, А.А. Миронов // Вестник оториноларингологии. – 2004. – №2. – С. 56-58.
3. Толстов, Ю.П. О клиническом значении состояния трепанационной полости у больных, перенесших радикальную операцию на среднем ухе / Ю.П.Толстов, И.А.Аникин // Вестник оториноларингологии. – 1999. – №1. – С. 44 – 46.
4. Пальчун, В.Т. Динамическое исследование антибиотикорезистентности микробного фона в оториноларингологическом отделении / В.Т. Пальчун [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2004. – №1. – С. 53 – 56.
5. Протасевич, Р.С. Местное лечение больных хроническим гнойным средним отитом / Р.С. Протасевич // Вестник оториноларингологии. – 2002. – №3. – С. 57 – 60.
6. Treatment of postoperative otorrhea by grafting of mastoid cavities with cultured autologous epidermal cell / D.J.Premachandra., V.M.Woodward, C.M.Milton et al. // Lancet. – 1990. – №335. – P. 365 – 367.