

УДК. 616.-284-002.258-053-089.

Д.Н. Кокоркин

Сравнительная патология носа и околоносовых пазух у детей и подростков с хроническими гнойными средними отитами

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.5(69):55-58; doi10.15574/SP.2015.69.55

Цель: выделить наиболее значимую хирургическую патологию носа и околоносовых пазух у детей, подростков и взрослых с недоброкачественными формами хронического гнойного среднего отита (ХГСО).

Пациенты и методы. Исследования проведены в трех группах больных. В первую группу вошли 125 детей в возрасте 5–14 лет, во вторую — 147 подростков 15–18 лет, в третью — 160 взрослых пациентов старше 25 лет. Пациенты всех групп страдали злокачественными формами хронического гнойного среднего отита.

Результаты. Наибольший удельный вес назальной патологии выявлен в группе детей — 87,2% наблюдений. Преимущественно встречалась гиперплазия лимфоглоточного кольца в сочетании с рецидивами острого экссудативного синусита. В группе подростков патология носа и околоносовых пазух встречалась в 73% случаев, при этом чаще диагностировались хронические риносинуситы в сочетании с деформацией перегородки носа. У взрослых пациентов патология носа и пазух наблюдалась в 70% случаев. Для этой категории больных наиболее характерны хронические гиперпластические синуситы в сочетании с деформацией перегородки носа.

Выводы. Положительные результаты этапа ринохирургии можно ожидать у 63% детей, 54% подростков и у 40% взрослых пациентов со злокачественным клиническим течением ХГСО.

Ключевые слова: хронический отит, патология носа и пазух, дети, подростки.

Введение

Известно, что в генезе большинства хронических гнойных средних отитов (ХГСО) прослеживается ринотубарный путь развития заболевания. Патология носа, параназальных синусов и носоглотки приводит к хронической дисфункции слуховой трубы, росту отрицательного давления в барабанной полости, втяжению податливых участков барабанной перепонки, что приводит к атрофии мембраны, формированию ретракционных карманов и их последующему инфицированию. Формируется перфорация в куполе ретракции, с последующим врастанием эпидермиса, возникает рост грануляций с резорбцией кости. Большинство авторов сегодня признается следующий маршрут заболевания: секреторный отит — фиброз барабанной полости — втяжение барабанной перепонки с формированием ретракционного кармана и появление холестеатомы [1–12].

Сказывается ли санация полости носа и пазух на клиническом течении ХГСО? Стараниями К. Jahnke в зарубежной литературе появилось словосочетание «nasal surgery preceding cholesteatoma», что буквально означает «носовая хирургия, предупреждающая холестеатому». В 1998 году W. Meyer и A. Krebs опубликовали работу по улучшению вентиляционной функции слуховой трубы у пациентов с хроническим гнойным средним отитом. В перечень методик авторы вынесли септопластику и корригирующие операции на носовых раковинах. По мнению авторов, saniрующие операции в полости носа и околоносовых пазухах существенно облегчают клиническое течение у пациентов с негнойными хроническими отитами [9]. К. Jahnke (2004) считает, что опыт «предупреждающих операций» наиболее важен при наличии т.н. «агрессивной» детской холестеатомы [7].

По мнению М. Cassano, P. Cassano (2010), не стоит преувеличивать значение патологии носа и пазух в развитии ХГСО, а больше внимания нужно уделять лечению секреторного отита. Авторы изучали последствия консервативного и хирургического лечения 37 детей с ретракционными карманами барабанной перепонки. Авторы классифицировали втяжения по четырем степеням

(М. Tos). При наличии 1–2 степени ретракции использовали консервативную терапию и выполняли шунтирование барабанной полости. При осложненном течении заболевания (3–4 степень) выполняли одноэтапную реконструктивную операцию уха. В контрольной группе (n=40) использовали только методы консервативной терапии. Положительные морфофункциональные результаты лечения в первом случае наблюдали у 94% пациентов. У детей с осложненным течением было, соответственно, 78% морфологических и 64% положительных функциональных результатов. В контрольной группе самоизлечение наступило у 35% больных, в остальных случаях заболевание продолжало прогрессировать, вплоть до появления серьезных осложнений. Сделан вывод: осложненное течение секреторного отита с угрозой формирования ХГСО с холестеатомой является прямым показанием к активной хирургической тактике [4].

E.R. Grimes, G. Isaacson (2006), напротив, считают, что патология носоглотки является одной из причин развития ХГСО. Авторы выделили перечень прогностических признаков безусловного развития хронического отита: ранний детский возраст, локализация ретракции, ее степень, состояние лимфоглоточного кольца. Сделан вывод: патология носоглотки существенно отягощает течение хронического секреторного отита и подлежит безусловной хирургической санации [6]. Сопутствующая патология носа и носоглотки должна учитываться при выборе тактики лечения детей с ХГСО, считают Van den Aarveg M.T. et al. (2010). Авторы изучали роль аденоидных вегетаций в развитии осложнений секреторных отитов. Сделан вывод: аденотомия, как самостоятельная операция, оказывает малое воздействие на течение секреторного отита. Риск развития осложнений отита значительно снижается с одновременным использованием аденотомии и шунтирования барабанной полости [3].

A.M. Yeolekar, K.S. Dasgupta (2011) подвели итог многолетних исследований по изучению эффективности риноопераций в лечении туботимпанальных хронических средних отитов. Наблюдали 200 больных в возрасте 11–60 лет. Выявлена сопутствующая назальная патология:

Таблица 1

Морфологические варианты хронических гнойных средних отитов в группах

Группа	ХГСО	Гнойно-деструктивная	Холестеатомная форма			
			передний эптитимпанит	аттика	синусная	слухового прохода
Дети (n=125)		13 (10,4)	23 (18,4)	49 (39,2)	36 (28,8)	4 (3,2)
Подростки (n=147)		29 (19,7)	19 (13)	45 (30,6)	50 (34)	4 (2,7)
Взрослые (n=160)		47 (29,3)	17 (10,6)	50 (31,2)	41 (25,6)	5 (3,1)

искривление перегородки носа (80%), хронический синусит (13,5%) и полипозные синуситы (10,5%). Носовая хирургия оказалась эффективной в большинстве случаев, при этом заметные улучшения в состоянии уха отметили 79% больных. Самой эффективной операцией оказалась резекция перегородки носа. Неудачи после «носовой хирургии» авторы объясняют наличием фиброза тимпанального устья слуховой трубы и барабанной полости [13].

Цель исследования: выделить наиболее значимую хирургическую патологию носа и околоносовых пазух в лечении детей, подростков и взрослых с недоброкачественными формами хронического гнойного среднего отита.

Материал и методы исследования

Исследования проведены по трем группам больных. В первую группу вошли 125 детей в возрасте 5–14 лет. Вторую группу составили 147 подростков 15–18 лет, третью — 160 взрослых пациентов старше 25 лет. Во всех группах пациенты страдали недоброкачественными формами хронического гнойного среднего отита. У 82% больных отмечалась холестеатомная форма ХГСО. При первичном осмотре больных особое внимание уделяли не только отомикроскопии, но и состоянию носа и околоносовых пазух. Использовали компьютерную томографию височной кости и околоносовых пазух. При выборе тактики лечения учитывали возраст больных, тяжесть проявлений ХГСО, значимость патологии носа и пазух. В большинстве случаев использовали этапные вмешательства: первым этапом — ринооперация, вторым — отохирургия. При статистической обработке клинического материала использовали индекс парной корреляции Пирсона (r). Использован программный продукт Statistica-6.

Результаты исследований и их обсуждение

Как известно, для недоброкачественных ХГСО наиболее характерны две морфологические формы — холестеатомная и гнойно-деструктивная. В нашем исследовании последняя форма встречалась у пациентов с краевой перфорацией барабанной перепонки и дефектом латеральной стенки аттика. Этим больных отличали частые обострения отита с упорным гноетечением. При отоскопии обнаруживали грануляции на медиальной стенке барабанной полости, реже — obtурирующие слуховой проход фиброзные полипы. Наиболее часто гнойно-деструктивную форму отита обнаруживали у взрослых пациентов и в три раза реже — среди детей (табл. 1).

Группа холестеатомных отитов была наиболее значимой. Среди выделенных нами форм особое место занимает т.н. «передний эптитимпанит». Эту форму заболевания отличает расположение перфорации — точечный дефект в передних отделах аттика. Заболевание протекает скрытно, признаки тугоухости отсутствуют. Отмечаются скудные зловонные выделения в слуховом проходе. На операционном поле всегда обнаруживают распространенную холестеатому с обширными разрушениями среднего уха. По нашему мнению, эта форма заболевания является кли-

ническим воплощением врожденной холестеатомы, которая в своем развитии проходит этапы зарождения, латентного развития и молниеносного распространения в хорошо пневматизированном сосцевидном отростке. Наиболее часто передний эптитимпанит находили в детском возрасте, существенно реже — в подростковой и взрослой группе. Наиболее обширной оказалась группа больных с ретракционными холестеатомами. Очевидно, что в генезе как аттикальной, так и синусной холестеатомы, четко прослеживается ринотубарный путь развития заболевания. Патология носа и параназальных синусов приводит к хронической дисфункции слуховой трубы, росту отрицательного давления в барабанной полости, втяжению податливых участков барабанной перепонки, атрофии мембраны с формированием ретракционных карманов и их инфицированию. С недоверной разницей ретракционная холестеатома встречалась во всех группах у 271 (62,7%) больного. При отоскопии в таких случаях находили глубокий ретракционный карман, прикрытый грануляциями или одиночным полипом. У некоторых больных атрофичная мембрана повторяла элементы слуховых косточек и структуру промонториальной стенки, а барабанная полость была безвоздушной (ателектаз).

Наиболее малочисленная наша находка — это холестеатома слухового прохода. Эта форма заболевания считается относительной редкой. В большинстве случаев симптомы отсутствуют или выражены неярко. Самой частой находкой является свищ задней стенки наружного слухового прохода, при этом как барабанная перепонка, так и элементы барабанной полости могут быть интактными. На операционном столе у таких больных находили обширные разрушения сосцевидного отростка, при этом цепь слуховых косточек была сохранена. В генезе этой формы заболевания большинство авторов усматривает асептический некроз височной кости с незаращением тимпано-мастоидального шва.

В целом сопутствующая назальная патология выявлена в 329 (76,1%) случаях. Сведения о сопутствующих заболеваниях носа и околоносовых пазух представлены в таблице 2. Наиболее высокий удельный вес назальной патологии обнаружен в группе детей — 87,2% наблюдений. В группе подростков патология носа и пазух выявлена в 73,4% случаев, соответственно у взрослых пациентов — в 70,6% случаев. Сопутствующая патология носа и околоносовых пазух у наших пациентов отличалась неоднородностью. В группе детей преимущественно встречалась гиперплазия лимфоглоточного кольца в сочетании с рецидивами острого гнойного синусита ($r=0,485$; $p<0,05$). У подростков чаще обнаруживали вазомоторный ринит в сочетании с искривлением перегородки носа ($r=0,505$; $p<0,05$) и реже — кистозные моносинуситы. У взрослых чаще диагностировали хронические гиперпластические синуситы ($r=0,435$; $p<0,05$). В целом хронические синуситы диагностированы у 1,6% детей, 8,8% подростков и у 53,1% взрослых пациентов.

Хирургическое лечение назальной патологии совмещали с одновременной санацией уха — удалением поли-

Таблица 2

Сопутствующая патология носа и околоносовых пазух в группах сравнения

Форма	Дети (n=125)	Подростки (n=147)	Взрослые (n=160)
Гиперплазия лимфоглоточного кольца	70 (56)*	17 (11,6)	-
Вазомоторный ринит, септум-девиация	7 (5,6)	66 (44,9)*	22 (13,7)
Синуситы - острые - экссудативные	30 (24)*	12 (8,1)	6 (3,75)
Синуситы гнойно-деструктивные	-	3 (2)	12 (7,5)
Синуситы хронические гиперпластические	2 (1,6)	7 (4,7)	48 (30)*
Синуситы хронические гнойно-гиперпластические	-	3 (2)	25(15,7)*

Примечание: * – p<0,05.

пов, грануляций, орошением барабанной полости стероидами и антисептиками. Для послеоперационного сопровождения использовали топические назальные стероиды и секретомуколитики. В группе детей санацию носоглотки проводили под общей анестезией с одновременной пункцией и дренированием пораженных пазух. В группе подростков хирургические вмешательства на перегородке носа сопровождалась реимплантацией отмоделированного фрагмента четырехугольного хряща. В хирургии вазомоторного ринита использовали ультразвуковую дезинтеграцию или радиочастотную термоабляцию носовых раковин.

Санация пазух проводилась преимущественно эндоназальным доступом с ревизией структур остиомеатального комплекса. Наружным доступом санировались пазухи с гнойно-полипозным и распространенным полипозно-кислотозным процессом. После санации околоносовых пазух назначали трехнедельный курс назальных стероидов.

К моменту выписки состояние уха улучшилось у 44,5% больных. В большинстве случаев это были больные с гнойно-деструктивными отитами. Состояние уха оценивали через три и шесть месяцев после ринохирургического этапа. Через три месяца после выписки улучшение в состоянии уха в виде отсутствия гноетечения, субъективного уменьшения или полного исчезновения шума и улучшения слуха отметили 53,5% оперированных больных. В большинстве своем это были пациенты с гнойно-деструктивной формой отита и ретракционными карманами барабанной полости. Несмотря на лечение, ни в одном случае признаков восстановления воздушности барабанной полости при ателектазе мы не обнаружили. Через шесть месяцев оставалось стабильным состояние больных только с гнойно-деструктивной формой отита и аттикальной ретракцией, во всех остальных случаях наступил рецидив

гноетечения. В целом положительные результаты лечения после этапа ринохирургии выявили у 63% детей, 54% подростков и у 40% взрослых больных.

Выводы

Сопутствующая патология носа и околоносовых пазух у пациентов с недоброкачественными формами хронического отита в разных возрастных группах отличается неоднородностью. Наиболее высокий удельный вес назальной патологии обнаружен в группе детей – 87,2% наблюдений. Преимущественно встречается гиперплазия лимфоглоточного кольца в сочетании с рецидивами острого экссудативного синусита.

В группе подростков с недоброкачественными формами ХГСО патология носа и околоносовых пазух встречается в 73% случаев, при этом наиболее часто диагностируются хронические риносинуситы в сочетании с деформацией перегородки носа. У взрослых пациентов патология носа и пазух встречается в 70% случаев. Для этой категории больных наиболее характерны хронические гиперпластические синуситы в сочетании с деформацией перегородки носа.

Санация носа и околоносовых пазух наиболее существенно сказывается на клиническом течении гнойно-деструктивного ХГСО и позволяет достичь стойкой ремиссии в большинстве случаев. Выполнение риноопераций у больных с холестеатомой лишь отчасти улучшает состояние больных с ретракционными отитами, а в большинстве случаев не препятствует рецидиву гноетечения через 3–6 месяцев после операции. Тем не менее, отдаленные положительные результаты этапа ринохирургии можно ожидать у 63% детей, 54% подростков и у 40% взрослых пациентов с недоброкачественным клиническим течением хронического гнойного отита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов М. Я. Холестеатома среднего уха в детском возрасте / М. Я. Козлов, Л. В. Егоров // Вестн. оториноларинголог. — 1984. — № 1. — С. 71–73.
2. Сушко Ю. А. Рецидив холестеатомы уха / Ю. А. Сушко // Журнал ушных, носовых та горловых хвороб. — 2001. — № 1. — С. 77–81.
3. Adenoidectomy for otitis media in children / Van den Aardweg M. T., Schilder A. G., Herkert E. [et al.] // Cocrane Database System. Rev. — 2010. — Vol. 20 (1): CD007810.
4. Cassano M. Retraction pocets of pars tensa in pediatric patients—clinical evolution and treatment / M. Cassano, P. Cassano // Int. J. Pediatr Otorhinolaryngol. — 2010. — Vol. 74 (2). — P. 178–182.
5. Fish U. Tympanoplasty, Mastoidectomy and Stapes Surgery / U. Fish. — Stuttgart : Time Medical Publieshed, 1994. — P. 146–148.
6. Grimes E. R. The mechanical reduction of early acquired cholesteatomas in children-indication and limitations / E. R. Grimes, G. Isaacson // Ear, Nose, Throte. — 2006. — Vol. 85 (4). — P. 252–256.
7. Jahnke K. Middle ear surgery / K. Jahnke, Georg Thieme Verlag. — Stuttgart, 2004. — 164 p.
8. Lau T. Tensa retraction cholesteatoma: treatment and long-term results / T. Lau, M. Tos // J. Laryngol Otol. — 1989. — Vol. 103 (2). — P. 149–157.
9. Meyer W. Ist die Chirurgie der inneren Nase vor Tympanoplastik indiziert? / W. Meyer, A. Krebs // Laryngol. Otol. — 1998. — Vol. 77. — P. 682–688.
10. Palva T. Prussak space in health and disieas / T. Palva, H. Ramsay // Oytitis media today. — Kugler Publications, 1999. — P. 301–306.
11. Sad? J. Treatment of cholesteatoma and retraction pockets // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. — 1993. — Vol. 250 (4). — P. 193–199.
12. Tos M. Incidense, etiology and pathgenesis of cholesteatoma in children / M. Tos // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. — 1988. — Vol. 40. — P. 110–117.
13. Yeolekar A. M. Otitis media. Does the onus lie on sinonasal pathology? / A. M. Yeolekar, K. S. Dasgupta // Indian J. Otol. — 2011. — Vol. 17 (1). — P. 8–11.

Порівняльна патологія носа та навколоносових пазух у дітей та підлітків із хронічними гнійними середніми отитами

Д.Н. Кокоркін

ДУ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета: виділити найбільш значну хірургічну патологію носа та навколоносових пазух у дітей, підлітків і дорослих із недоброякісними формами хронічного гнійного середнього отиту (ХГСО).

Пацієнти і методи. Дослідження проведені у трьох групах хворих. До першої групи увійшли 125 дітей віком 5–14 років, до другої — 147 підлітків 15–18 років, до третьої — 160 дорослих пацієнтів старше 25 років. У всіх групах пацієнти страждали на недоброякісні форми хронічного гнійного середнього отиту.

Результати. Найвища питома вага назальної патології виявлена у групі дітей — 87,2% спостережень. Переважно зустрічалася гіперплазія лимфоглоткового кільця у поєднанні з рецидивами гострого ексудативного синуситу. У групі підлітків патологія носа та навколоносових пазух зустрічалася в 73% випадків, при цьому найчастіше діагностовано хронічні риносинусити у поєднанні із деформацією перегородки носа. У дорослих пацієнтів патологія носа і пазух спостерігалася у 70% випадків. Цій категорії хворих найбільш притаманні хронічні гіперпластичні синусити у поєднанні з деформацією перегородки носа.

Висновки. Позитивні результати етапу ринохірургії можна очікувати у 63% дітей, 54% підлітків і у 40% дорослих пацієнтів із недоброякісним клінічним перебігом ХГСО.

Ключові слова: хронічний отит, патологія носа і пазух, діти, підлітки.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.5(69):55-58; doi10.15574/SP.2015.69.55

Comparative pathology nose and paranasal sinuses in children and adolescents with chronic suppurative otitis media

D.N. Kokorkin

State institution Zaporozhye Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health, Department of Otorhinolaryngology

Actuality. It is known that in the genesis of most chronic suppurative purulent otitis media is rhinotubar traced the path of the disease. Affects whether the reorganization of the nasal cavity and sinuses on the clinical course of chronic otitis media with bad quality over

Objective: To identify the surgical pathology of nose and paranasal sinuses in children, adolescents and adults with substandard forms of chronic suppurative otitis media.

Materials and methods. Research conducted in three groups of patients. The first group included 125 children aged 5–14 years. The second group — 147 adolescents 15–18 years old, and third group — 160 adults older than 25 years. In all groups of patients suffered substandard forms of chronic suppurative otitis media.

Results and discussion. The highest proportion of nasal pathology is found in the group of children — 87.2% of cases. Thus, advantageously meets adenoid hypertrophy in combination with relapsed acute sinusitis.

In the group of adolescents with substandard forms of purulent otitis media pathology of nose and paranasal sinuses found in 73% of cases, the most frequently diagnosed chronic rhino — sinusitis in conjunction with the deformation of the nasal septum. In adult patients, nasal and sinus pathology occurs in 70% of cases. For this category of patients is most common chronic hyperplastic sinusitis in conjunction with the deformation of the nasal septum.

Conclusion. The positive results of phase rhino- surgery can expect 63% of children, 54% of teens and 40% of adult patients with bad quality clinical course of chronic suppurative otitis media.

Key words: chronic otitis media, nasal and sinus pathology, children, adolescents.

Сведения об авторах:

Коренев Николай Михайлович — д.мед.н., проф., директор ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Адрес: г. Харьков, пр. 50-летия ВЛКСМ, 52-А; тел. (0572) 62-60-12.

Пересипкина Татьяна Валентиновна — к.мед.н., зав. отделением научной организации медицинской помощи школьникам и подросткам ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Адрес: г. Харьков, пр. 50-летия ВЛКСМ, 52-А; тел. (0572) 62-60-12.

Сидоренко Татьяна Павловна — к.мед.н., ст.н.сотр. отделения научной организации медицинской помощи школьникам и подросткам ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Адрес: г. Харьков, пр. 50-летия ВЛКСМ, 52-А; тел. (0572) 62-60-12.

Проскурина Т.Ю. — д.мед.н., зав. отделения психоневрологии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Адрес: г. Харьков, пр. 50-летия ВЛКСМ, 52-А; тел. (0572) 62-60-12.

Рак Л.И. — д.мед.н, вед.н.сотр. отделения педиатрии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Адрес: г. Харьков, пр. 50-летия ВЛКСМ, 52-А; тел. (0572) 62-60-12.

Вародова О.В. — к.мед.н., н.сотр. отделения эндокринологии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Адрес: г. Харьков, пр. 50-летия ВЛКСМ, 52-А; тел. (0572) 62-60-12.

Савво И. Д. — к.мед.н., н.сотр. отделения кардиоревматологии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Адрес: г. Харьков, пр. 50-летия ВЛКСМ, 52-А; тел. (0572) 62-60-12.

Статья поступила в редакцию 08.07.2015 г.