

УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИЧНОГО
АЛГОРИТМУ Й ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ
ПРИ ЕКСУДАТИВНОМУ ОТИТІ У ДІТЕЙ

С. А. Левицька, І. Й. Сидорчук, О. М. Понич, Д. В. Сайдаков
Буковинський державний медичний університет, Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(зав. каф. – проф. Б. М. Боднар), м. Чернівці, Україна

У 62 дітей, хворих на ексудативний отит та аденоїдні вегетації, вивчена клінічна ефективність хірургічного лікування. Встановлено, що у 39 % дітей виконання аденотомії недостатньо для відновлення слуху. Запропонована методика одночасного виконання аденотомії та мірінготомії у дітей, хворих на ексудативний отит та аденоїдні вегетації, дозволила досягти швидкого відновлення прохідності слухових труб, ефективного відновлення слуху, зменшити частоту рецидивів ексудативного отиту.

Ключові слова: ексудативний отит, аденотомія, мірінготомія, діти.

Вступ. Ексудативний отит – одна з найбільш частих причин розвитку стійкого зниження слуху у дітей [4]. Розповсюдженість ексудативного отиту найбільша серед дитячого населення розвинутих країн [5]. Статистика щодо розповсюдження ексудативного отиту серед дітей країн колишнього СНД більш оптимістична [1], що може бути пов'язане не стільки з меншою хворобливістю, як з тяжкістю діагностики ексудативного отиту у дітей та необхідністю додаткового оснащення [6, 7].

Основним принципом лікування дитини, хворої на ексудативний отит, є відновлення прохідності слухових труб. У більшості випадків до порушення їх прохідності в дитячому віці призводять аденоїдні вегетації [9]. Тому однією з необхідних складових лікування є проведення оперативного втручання – аденотомії. У подальшому дитині призначають курс консервативного лікування, який включає протизапальні, мукоактивні, антигістамінні препарати та заходи, спрямовані на відновлення прохідності слухових труб [3]. До останніх належать лікувальна гімнастика м'язів м'якого піднебіння, продування слухових труб, пневмомасаж барабанних перетинки, масаж носоглотки та катетеризація слу-

хових труб [2]. Проте, слід зазначити, що арсенал цих заходів у педіатричній практиці надзвичайно звужений.

Лише за відсутності ефекту від лікування дитині проводять мірінгопункцію або мірінготомію. За умови впертого рецидивування процесу та необхідності тривалого дренажу барабанної порожнини здійснюють шунтування останньої [8].

Мета дослідження. Вдосконалення лікувальної тактики ексудативного отиту у дітей шляхом раннього проведення мірінготомії.

Матеріал та методи дослідження. Під спостереженням знаходилися 150 дітей із аденоїдними вегетаціями II–III ступенів, які були направлені на проведення планової аденотомії в ЛОР-відділення МКЛ №2 м. Чернівці. Вік дітей коливався від 2 до 15 років. Під час прицільного опитування батьків скарги на зниження слуху у дитини були виявлені у 36 % випадках, причому у 10,7 % вони виявилися провідним симптомом, який змусив батьків звернутися до лікарів та погодитися на проведення оперативного лікування. У 64 % випадків скарги на зниження слуху у дитини були відсутні, хоча у 25 % із них при проведенні отоскопії були виявлені клінічні ознаки, що свідчать про порушення прохідності слухових труб (табл.1).

У 9,3 % дітей отоскопічна картина була характерною для ексудативного отиту (мутна випукла барабанна перетинка, через яку просвічує рівень рідини та/або пухирці повітря), у 42,7 % дітей виявили барабанні перетинки «аденоїдного типу» (барабанна перетинка каламутна, пізнавальні орієнтири згладжені, світловий конус відсутній). У 48 % дітей отоскопічна картина не відрізнялася від нормальної, хоча в 22,2 % випадках батьки скаржилися, що дитина недочуває.

Під проведенні аудіометричного дослід-

Результати обстеження дітей із аденоїдними вегетаціями

	Симптом		
	Скарги на зниження слуху	Зміни отоскопічної картини	Зниження слуху, підтвержене аудіометричним дослідженням
Симптом наявний	54 (36,0 %)	78 (52,0 %)	62 (41,3 %)
Симптом відсутній	96 (64,0 %)	72 (48,0 %)	88 (58,7 %)
Разом	150 (100 %)	150 (100 %)	150 (100 %)

Таблиця 2

Результати лікування

Результат лікування	Перша група (n=15)	Друга група (n=13)	Третя група (n=18)	Четверта група (n=16)
Вдалося досягти відновлення слуху	15 (100 %)	13 (100 %)*	11 (61,1 %)	14 (87,5 %)
Відновлення слуху не відбулося	0	0*	7 (38,9 %)	2 (12,5 %)
Разом	15 (100 %)	13 (100 %)	18 (100 %)	16 (100 %)

Примітка: * – різниця показників достовірна в порівнянні з третьою групою, $p < 0,05$

ження нормальний слух було діагностовано у 67 (44,7 %) дітей, ураження звукопровідного апарату – у 83 (55,3 %) дітей, причому тимпанограма типу «В» – у 62 (41,3 %) дітей. Показовим є той факт, що у 12 дітей при відсутності скарг на зниження слуху аудіометричне дослідження засвідчило враження звукопровідного апарату, а тимпанограма свідчила про наявність ексудату в барабанній порожнині.

Визначення гостроти слуху дозволило діагностувати у 28 дітей легкий ступінь приглухуватості (шепітну мову дитина чула на відстані 4–5 м, кістково-повітряний розрив не перевищував 20 дБ), у 34 дітей – середній ступінь (гострота слуху при перевірці шепітною мовою не перевищувала 4 м, кістково-повітряний розрив більше 20 дБ).

Результати дослідження та їх обговорення. У залежності від проведеного лікування діти були поділені на чотири групи. Перша група – 15 дітей із легким враженням слуху, яким була проведена планова аденотомія. У післяопераційному періоді дітям призначалося консервативне лікування, спрямоване на відновлення прохідності слухових труб: протизапальні, антигістамінні препарати, пневмомасаж барабаних перетинок, лікувальна гімнастика м'язів м'якого піднебіння, продування слухових труб.

Друга група – 13 дітей із легким враженням слуху, яким лікування доповнювалося проведенням міринготомії одночасно з аденотомією. Відбувалося видалення вмісту з барабанної порожнини, транстимпанальне введення медикаментозних засобів та їх ретроградне введення в слухову трубу. Протягом декількох днів після операції транстимпанальне введення медикаментозних засобів повторювалося до закриття післяопераційного отвору.

Третя група – 18 дітей із ураженням слуху середнього ступеню, лікування яких було ідентичним лікуванню дітей першої підгрупи.

Четверта група – 16 дітей із ураженням слуху середнього ступеню, де була обрана більш активна тактика відкриття слухових труб шляхом одночасного проведення міринготомії та аденотомії.

Результати лікування щодо відновлення слуху оцінювалися через 1 і 3 місяці після проведення оперативних втручань. Критеріями оцінки були нормалізація отоскопічної картини та висновок аудіометричного дослідження.

Через місяць після проведення операції найгірші показники щодо відновлення слуху були в третій групі дітей ($p < 0,05$). Так, відновлення слуху було відмічено у 61,1 % дітей третьої групи, у той час як даний показник в першій та другій групах склав 100 %, у чет-

Рецидив ексудативного отиту через 3 місяці після операції

Рецидив ексудативного отиту	Перша група (n=15)	Друга група (n=13)	Третя група (n=18)	Четверта група (n=16)
Є	1* (6,7%)	0*	8 (44,4%)	2 (12,5%)
Немає	14*(93,3%)	13*(100%)	10(55,6%)	14 (87,5%)
Разом	15 (100%)	13 (100%)	18 (100%)	16 (100%)

Примітка: * – різниця показників достовірна в порівнянні з третьою групою, $P < 0,05$

вертій – 87,5 % дітей четвертої груп (табл. 2).

У 38,9 % дітей третьої та 12,5 % дітей четвертої груп не вдалося досягти відновлення слуху, таким дітям був проведений повторний курс лікування з виконанням міринготомії.

Повторне накопичення ексудату в барабанній порожнині та зниження слуху через 3 місяці спостереження було діагностовано у 44,4 % дітей третьої групи ($p < 0,05$), у той час як даний показник серед дітей інших трьох груп був вірогідно нижчим і склав 6,7 % в першій групі, 12,5 % у четвертій групі (табл. 3).

У дітей із незначним зниженням слуху, яким аденотомія проводилася одночасно із міринготомією (друга група), рецидивів ексудативного отиту діагностовано не було.

Висновки. 1. Під час лікування дітей, хворих на ексудативний отит та аденоїдні вегетації, виконання аденотомії та проведення консервативних заходів, спрямованих на віднов-

лення прохідності слухових труб, виявилось недостатнім для відновлення слуху в 39 % випадках.

2. Для швидкого відновлення прохідності слухових труб, ефективного відновлення слуху, зменшення частоти рецидивів ексудативного отиту у дітей із аденоїдними вегетаціями II–III ступенів та ексудативним отитом доцільними є відмова від очікувальної тактики та одночасне проведення аденотомії та міринготомії.

Перспективи подальших досліджень. Для підвищення ефективності діагностики та лікування ексудативного отиту доцільним і необхідним є обов'язкове проведення перевірки слуху, аудіометрія та тимпанометрія дітям, що спрямовуються на хірургічне лікування з приводу аденоїдних вегетацій. Це дозволить покращити якість діагностики, збільшити відсоток раннього виявлення ексудативного отиту, знизити зайву інвазивність та не допустити розвитку незворотних вражень слуху.

ЛІТЕРАТУРА

1. Агранович В. И. Хронический экссудативный средний отит у часто болеющих детей // Современные вопросы диагностики и реабилитации больных с тугоухостью и глухотой: междунар. науч.-техн. конф., Суздаль. 2006.: тезисы докл. – Суздаль, 2006. – С.3–4.
2. Косяков С. Я. Острый, затянувшийся и рецидивирующий средний отиты: выбор лечения на распутье / С. Я. Косяков, А. С. Лопатин // Consilium-Medicum. – Том 6, №4. – С. 24–26.
3. Лучихин Л. А. Острый средний отит / Л. А. Лучихин // Лечащий врач. – 2003. – №3. – С. 13–17.
4. Славинский А. А. Противоречивые аспекты проблемы экссудативного среднего отита / А. А. Славинский, Ф. В. Семенов // Вестник отоларингологии. – 2006. – №2. – С. 5–9.
5. Bennett K. E. Accumulation of factors influencing children's middle ear disease: risk factor modelling on a large population cohort / K. E. Bennett, M. P. Haggard // J. Epidemiol. Community Health. – 1998. – Vol.52, №12. – P. 786–793.
6. Harris P. K. The use of tympanometry and pneumatic otoscopy for predicting middle ear disease / P. K. Harris, K.M.Hutchinson, J. Moravec // Am J Audiol. – 2005. – Vol. 14, №1. – P. 3–13.
7. Hogan S. C. Duration and recurrence of otitis media with effusion in children from birth to 3 years: prospective study using monthly otoscopy and tympanometry / S. C. Hogan, K. J. Stratford, D. R. Moore // BMJ. – 1997. – Vol. 1, № 314. – P. 350–353.
8. Lous J. Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with

effusion in children / J. Lous, M. J. Burton, J. U. Felding, T. Oversen, M. M. Rovers, I. Williamson // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2006. – Vol. 135, №4. – P.507–510.

9. Ohashi Y. Reversibility of reduced ciliary

activity on adenoids of patients with otitis media with effusion following culture / Y. Ohashi, Y. Nakai, H. Koshimo, H. Ikeoka, Y. Esaki, J. Nakata, S. Osako // Clinical Otolaryngology. – 2007. – Vol. 13, №3. – P. 179 – 184.

С. А. Левицкая, И. Й. Сидорчук,
А. Н. Пониц, Д. В. Сайдаков
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ОТИТЕ У ДЕТЕЙ

г. Черновцы, Украина

Резюме. У 62 детей с экссудативным отитом и аденоидными вегетациями изучена клиническая эффективность хирургического лечения. Установлено, что у 39 % детей только выполнения аденотомии недостаточно для восстановления слуха. Предложенная методика одновременного выполнения аденотомии и миригнотомии у детей с экссудативным отитом и аденоидными вегетациями, позволила достичь быстрого восстановления проходимости слуховых труб, эффективного восстановления слуха, уменьшить частоту рецидивов экссудативного отита.

Ключевые слова: экссудативный отит, аденотомия, миригнотомия, дети.

S. A. Levytska, I. Y. Sydorчук,
O. M. Ponich, D. V. Saydakov
THE IMPROVEMENT OF THE DIAGNOSTIC ALGORITHM AND OF THE TREATMENT OF MUCOUS OTITIS IN CHILDREN

Chernivtsi, Ukraine

Summary. The clinical efficacy of surgical treatment in 62 children with mucous otitis and adenoids has been studied. It has been established that the adenotomy has no effect for hearing recovery in 39 % of cases. The proposed method of simultaneous adenotomy and myringotomy allowed to achieve the fast recovery of auditory tubes patency, the effective hearing recovery, the slippage of the rate of relapse of the mucous otitis.

Key words: mucous otitis, adenotomy, myringotomy, children.