

УДК 616.28-002-053.2-08

С.А.Левицька

ПРОБЛЕМА ЛІКУВАННЯ ЕКСУДАТИВНОГО ОТИТУ В ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології (зав. – проф. Б.М.Боднар)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. У 62 дітей, хворих на ексудативний отит та аденоїдні вегетації, вивчена клінічна ефективність хірургічного лікування. Встановлено, що в 39 % дітей виконання аденотомії недостатньо для відновлення слуху. Запропонована методика одночасного виконання аденотомії та міринготомії в дітей, хворих на ексудати-

вний отит та аденоїдні вегетації, дозволила досягти швидкого відновлення прохідності слухових труб, ефективного відновлення слуху, зменшити частоту рецидивів ексудативного отиту.

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

Вступ. Ексудативний отит – одна з причин розвитку стійкого зниження слуху в дітей [4]. Розповсюдженість ексудативного отиту найбільша серед дитячого населення розвинутих країн [5]. Статистика щодо поширеності ексудативного отиту серед дітей країн колишнього СНД більш оптимістична [1], що може бути пов'язане не стільки з меншою хворобливістю, як із важкістю діагностики ексудативного отиту в 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 барабаних перетинок, масаж носоглотки та катетеризація слухових труб [2]. Проте слід зазначити, що арсенал цих заходів у педіатричній практиці надзвичайно звужений.

Лише за відсутності ефекту від лікування дитині проводять мірингопункцію або міринготомію. При стійкому рецидивуванні процесу та необхідності тривалого дренажу барабанної порожнини здійснюють шунтування останньої [8].

Мета дослідження. Удосконалення лікувальної тактики ексудативного отиту в дітей шляхом раннього проведення міринготомії.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходилися 150 дітей з аденоїдними вегетаціями II-III ступенів, які направлені на проведення планової аденотомії в ЛОР-відділення МКЛ № 2 м. Чернівці. Вік дітей коливався від 2 до 15 років.

Результати дослідження та їх обговорення. Під час опитування батьків скарги на зниження слуху в дитини виявлені в 36 % випадках, причому в 10,7 % вони залишалися провідним симптомом, який змусив батьків звернутися до лікарів та погодитися на проведення оперативного лікування. У 64 % випадків скарги на зниження слуху

в дитини відсутні, хоча у 25 % із них при проведенні отоскопії виявлені клінічні ознаки, що свідчать про порушення прохідності слухових труб (табл. 1).

У 9,3 % дітей отоскопічна картина була характерною для ексудативного отиту (каламутна випукла барабанна перетинка, через яку просвічувався 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 у 22,2 % випадках батьки скаржилися, що дитина недочуває.

У результаті проведеного аудіометричного дослідження нормальний слух діагностовано у 88 (58,7 %) дітей, ураження звукопровідного апарату – у 62 (41,3 %) дітей. Показовим є те, що у 12 дітей за відсутності скарг на зниження слуху аудіометричне дослідження засвідчило ураження звукопровідного апарату.

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 4м, кістково-повітряний розрив більше 20 дБ).

Залежно від проведеного лікування діти розподілені на чотири групи. Перша група – 15 дітей із легким ураженням слуху, яким 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 ураженням слуху, яким лікування доповнювалося проведенням міринготомії одночасно з аденотомією. Відбувалося видалення вмісту з барабанної порожнини, транстимпанальне уведення лікарських засобів та їх ретроградне уведення в слухову трубу. Протягом декількох днів після операції транстимпанальне уведення лікарських засобів повторювалося до закриття післяопераційного отвору.

Таблиця 1

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 порівняно з третьою групою, $P < 0,05$

Таблиця 3

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)
Рецидив є	1 (6,7%)	-	8 (44,4%)	2 (12,5%)
Рецидиву 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 порівняно з третьою групою, $P < 0,05$

Третя група – 18 дітей з ураженням слуху середнього ступеня, лікування яких ідентичне лікуванню дітей першої підгрупи.

Четверта група – 16 дітей з ураженням слуху середнього ступеня, де 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 операції найгірші показники щодо відновлення слуху були в третій групі ($P < 0,05$). Так, відновлення слуху відмічено в 61,1 % дітей третьої групи, у той час як даний показник у першій та другій групах становив 100 %, у четвертій – 87,5 % дітей (табл. 2). У 38,9 % дітей третьої та 12,5 % дітей четвертої груп не вдалося досягти відновлення слуху, таким дітям проведено повторний курс лікування з виконанням міринготомії.

Повторне накопичення ексудату в барабанній порожнині та зниження слуху через 3 місяці

спостереження діагностовано в 44,4 % дітей третьої групи ($P < 0,05$), у той час як даний показник серед дітей інших трьох груп вірогідно нижчий і становив 6,7 % у 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 не діагностовано.

Висновки

1. При лікуванні дітей, хворих на ексудативний отит та аденоїдні вегетації, виконання аденотомії та проведення консервативних заходів, спрямованих на відновлення прохідності слухових труб, виявилось недостатнім для відновлення слуху в 39 % випадків.

2. Для швидкого відновлення прохідності слухових труб, ефективного відновлення слуху, зменшення частоти рецидивів ексудативного отиту в 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 в дітей Буковини доцільним і необхідним є укомплектування дитячої оториноларингологічної служби імпедансометрами. Це дозволить покращити якість діагностики, збільшити відсоток раннього виявлення ексудативного отиту, знизити зайву інвазивність та не допустити розвитку незворотних уражень слуху.

Література

1. Агранович В.И. Хронический экссудативный средний отит у часто болеющих детей / В.И.Агранович // Современные вопросы диагностики и реабилитации больных с тугоухостью и глухотой: Международ. 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. – Т. 6, № 4. – С. 24-26.
3. Лучихин Л.А. Острый средний отит / Л.А.Лучихин // Леч. врач. – 2003. – № 3. – С. 13-17.
4. Славинский А.А. Противоречивые аспекты проблемы экссудативного среднего отита / А.А.Славинский, Ф.В.Семенов // Вестн. отоларингол. – 2006. – № 2. – С. 5-9.
5. Bennett K.E. Accumulation of factors influencing children's middle ear disease: risk factors 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 [et al.] // 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 [et al.] // Clinical Otolaryngology. – 2007. – Vol. 13, № 3. – P. 179-184.

ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

С.А.Левуцкая

Резюме. У 62 детей с экссудативным отитом и аденоидными вегетациями изучена клиническая эффективность хирургического лечения. Установлено, что у 39 % детей только выполнение аденотомии недостаточно для восстановления слуха. Предложенная методика одновременного выполнения аденотомии и мириготомии 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, мириготомия, дети.

THE PROBLEM OF TREATMENT OF MUCOUS OTITIS IN CHILDREN

S.A.Levyts'ka

Abstract. The clinical efficacy of surgical treatment in 62 children with exudative otitis media and adenoids has been studied. It has been established that the performance of adenotomy alone is not sufficient for hearing recovery in 39 % of the children. The proposed method of simultaneous adenotomy and myringotomy has allowed to achieve a speedy recovery of auditory tubes patency, effective hearing recovery, a reduction of the rate of relapses of exudative otitis in children with exudative otitis and adenoid vegetation.

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

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – д.мед.н. Ф.В.Гринчук

Buk. Med. Herald. – 2008. – Vol. 12, № 4. – P.20-22

Надійшла до редакції 16.09.2008 року