



27. Семенов Ф. В., Банашек-Мещерякова Т. В. Влияние обогащенной тромбоцитами плазмы на течение раневого процесса после saniрующих операций «открытого» типа на среднего уха // Рос. оториолар. – 2010. – № 3 (46). – С. 145–151.
28. Сидоренко Е. И. Хирургическое лечение травматических повреждений стенок орбиты у детей // Вестн. офтальмологии. – 2005. – Т. 121, № 2. – С. 41–42.
29. Современные аспекты экономической значимости «болезни трепанационной полости» после общеполостной операции на уха / Н. А. Московченко [и др.] // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1987. – № 1. – С. 39–43.
30. Тарасов Д. И., Пятакина О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха. – М.: Медицина, 1988. – 285 с.
31. Толстов Ю. П., Аникин И. А. О клиническом значении состояния трепанационной полости у больных, перенесших радикальную операцию на среднем уха // Вестн. оториолар. – 1999. – № 1. – С. 44–46.
32. Хирургическая коррекция перегородки носа с использованием аллоимплантов Перфоост / Н. А. Дайхес [и др.] // Вестн. оториолар. – 2009. – № 5. – С. 33–36.
33. Beales P. H., Hynes W. Rapid healing after mastoid surgery by the use of the post-auricular flap // J. Laryngol. Otol. – 1968. – Vol. 72, N 9. – P. 888–901.
34. Brown J. A ten year statistical follow up of 1142 consecutive cases of cholesteatoma // Laryngoscope. – 1982. – Vol. 92. – P. 390–396.
35. Evolutia la distant a otomastoiditelor saturate cornice / T. Ataman [et al.] // Otorhinolaringologia. – 1988. – Vol. 33. – P. 193–196.
36. Jansen C. The Combinet Approach for Tympanoplasty // J. Laryng. – 1968. – Vol. 82. – P. 779–793.
37. Large meatoplasty technique for mastoid cavities / J. E. Osborne [et al.] // Clin. Otolaryngol. – 1985. – Vol. 10, N 3. – P. 357–360.
38. Plester D. Die «Alte Radikale» des chiente und Eutwicklung der chirurgie de warrenforsatres // Laryng. Rhinol. Otol. – 1985. – Vol. 27, N 2. – P. 228–232.
39. Sheehy J. L. Cholesteatome surgery in children / J. L. Sheehy // Acta. Otorhino-laryng. Belg. – 1980. – Vol. 34, N 1. – P. 98–106.
40. Smyth G. D. Tympanik Reconstruction Fittle en Vear Repirt on Tympanoplasty. Part. II // J. Laryng. – 1976. – Vol. 90, N 8. – P. 713–742.

Агаронова Зоя Борисовна – мл. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: 8-499-196-64-59, e-mail: zoyarabota@yandex.ru; **Ахмедов** Шамиль Магомедович – канд. мед. наук, ст. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: 8-499-196-64-59, e-mail: shamillor@mail.ru; **Мухамедов** Иса Туктарович – докт. мед. наук, вед. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: 8-499-196-64-59, e-mail: atal1960@mail.ru; **Лекишвили** Михаил Васильевич – докт. мед. наук, зав. лабораторией «тканевой банк» ЦИТО им. Н. Н. Приорова. 125299, Москва, ул. Приорова, д. 10; **Жидков** Игорь Леонидович – руководитель отделения экспериментальной хирургии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2; **Зелянин** Александр Сергеевич – зав. хирургическим отделением РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2; **Кочарян** Евгения Захарьевна – ст. н. с. отделения патологической анатомии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2.

УДК: 616.284-003.2-07-053.2

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Ш. Э. Амонов, С. Х. Саидов, А. Ш. Амонов

COMPREHENSIVE DIAGNOSIS OF EXUDATIVE OTITIS MEDIA IN CHILDREN

Sh. E. Amonov, S. H. Saidov, A. Sh. Amonov

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан
(Ректор – проф. Б. Т. Даминов)*

В комплексную диагностику экссудативного среднего отита у детей были включены эндоскопия носа и носоглотки, отоэндоскопия и мультиспиральная компьютерная томография височных костей. Результаты обследования 86 больных свидетельствуют о значимости предложенной методики.



Ключевые слова: экссудативный средний отит, аудиометрия, импедансометрия, отоэндоскопия, дисфункция слуховой трубы.

Библиография: 8 источников.

In a comprehensive diagnosis of exudative otitis media in children has been included endoscopy of the nose and nasopharynx, otoendoskopiya and multislice computed tomography of the temporal bone. The survey results show 86 patients of the importance of the proposed methodology of the study.

Key words: exudative otitis media, audiometry, impedancemetry, otoendoskopiya, dysfunction of the auditory tube.

Bibliography: 8 sources.

Проблема патологии органа слуха с каждым годом становится все более злободневной не только в медицинском, но и в социально-экономическом отношении [1]. По частоте встречаемости экссудативный средний отит занимает одно из ведущих мест среди ЛОР-патологии у пациентов детского возраста [4].

Экссудативный средний отит – полиэтиологическое заболевание, характеризующееся наличием транссудата или экссудата в полостях среднего уха и развитием рецидивирующего, вялотекущего негнойного воспаления в слуховой трубе, барабанной полости и клетках сосцевидного отростка, нередко приводящее к стойкой потере слуха.

Среди этиологических причин развития экссудативного среднего отита наиболее активно обсуждаются инфекционные, аллергические, иммунологические факторы [2–8].

В патогенезе экссудативного среднего отита дисфункция слуховой трубы играет важную роль. Поэтому своевременное выявление и устранение причин дисфункции слуховой трубы во многих случаях приводит к полному выздоровлению пациентов [4].

Цель исследования. Изучение диагностической ценности различных методов исследования в диагностике экссудативного среднего отита у детей.

Пациенты и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 86 детей с экссудативным средним отитом в возрасте от 3 до 14 лет, из них 54 (62,8%) мальчика и 32 (37,2%) девочки; 44 (51,2%) ребенка были в возрасте от 3 до 6 лет, 29 (33,7%) – от 7 до 10 лет и 13 (15,1%) – от 11 до 14 лет. Из числа обследованных детей у 65 (75,6%) был диагностирован двухсторонний, у 21 (24,4%) односторонний процесс, у 66 (76,7%) больных острая, у 20 (23,3%) хроническая форма экссудативного среднего отита.

Методика обследования включала изучение жалоб и анамнеза больных, оториноларингологический осмотр, рентгенографию и мультиспиральную компьютерную томографию околоносовых пазух и височных костей. Всем больным – эндоскопия носа и носоглотки, отоэндоскопия и отомикроскопия. Полученные результаты фиксировались видеозаписью, что позволяло судить о динамике течения процесса и при необходимости корректировать тактику лечения. Тимпанометрия, монотимпанометрия проводились с помощью двух тестов: Swallowing и Valsalvation, определяющих проходимость слуховых труб при целой барабанной перепонке. Снижение слуха оценивали по международной классификации тугоухости.

Результаты и их обсуждение. При изучении анамнеза следует отметить следующее: родители 41 (47,7%) больного связывали заболевание с перенесенной ОРВИ, 22 (25,6%) ребенка входили в группу часто болеющих детей, в 14 (16,2%) случаях имел местоотягощенный аллергологический анамнез (экссудативно-катаральный и тимиколимфатический диатез), в 9 (10,5%) случаях сопутствовала глистная инвазия.

Эндоскопия носа и носоглотки показала следующее: у 54 (62,8%) больных имело место проявление аллергического ринита, из них у 34 (63%) оно сочеталось с различными деформациями перегородки носа, у 41 (47,7%) больного определялась полоска гноя, стекающая по задней стенке носоглотки. У 38 (44,2%) больных определялись аденоидные вегетации II–III степени, у 29 (33,7%) аденоиды сочетались с гипертрофией небных миндалин разной степени, у 28 (32,6%) пациентов была отмечена гипертрофия трубных валиков, а у 21 (24,4%) – рубцовые изменения в носоглотке, связанные с ранее перенесенными оперативными вмешательствами (аденотомия или реаденотомия).

При рентгенографии или компьютерной томографии околоносовых пазух у 41 (47,7%) пациента были выявлены различные виды синуситов. Из них у 21 (51,2%) – гайморозтмоидит,



у 14 (34,2%) – этмоидит, у 6 (14,6%) – односторонний изолированный гайморит с наличием горизонтального уровня жидкости в пазухе.

Результаты акуметрии: 40 (46,5%) больных воспринимали шепотную речь с 4 м, 37 (43%) – с 2 м, 9 (10,5%) – около ушной раковины. По результатам тональной пороговой аудиометрии – в 40 (46,5%) случаях установлена I степень, в 37 (43%) – II степень и в 9 (10,5%) – III степень тугоухости. Из них: у 50 (58,1%) больных регистрировали восходящий тип аудиограммы, у 28 (32,6%) – горизонтальный тип, в основном, в речевом диапазоне частот (500–4000 Гц). У 8 (9,3%) – регистрировали нисходящий тип аудиограммы без костно-воздушной бреша, что указывало на сенсоневральный тип тугоухости. При проведении импедансометрии у 45 (52,3%) пациентов регистрировалась тимпанограмма типа С, у 41 (47,7%) – типа В. Монотимпанометрия показала, что у 31 (36%) больного I степень, у 46 (53,5%) II степень, а у 9 (10,5%) III степень нарушения проходимости слуховой трубы.

Известно, что эндо- и микроотоскопия позволяют оценить состояние барабанной перепонки при дисфункции слуховой трубы. При эндо- и микроотоскопии выявили у 35 (40,7%) пациентов наличие инъекции сосудов и втяжение барабанной перепонки, у 30 (58,9%) – сосудистую инъекцию и выпячивание барабанной перепонки, у 12 (14%) – просвечивание горизонтального уровня жидкости через перепонку, у 9 (10,5%) диагностирован ретракционный карман, из них у 6 (66,7%) больных он был контролируемый, а у 3 (33,3%) – неконтролируемый, что увеличивало риск возникновения вторичной холестеатомы. Всем больным выполняли пробы Вальсальвы и Тойнби при сохранности вентиляционной функции слуховой трубы: у 74 (86%) больных барабанная перепонка была подвижная, у 12 (14%) – она оказалось неподвижной.

20 (23,3%) больным с хроническим экссудативным средним отитом проведена мультиспиральная компьютерная томография височных костей, по результатам которой у 8 (40%) пациентов – обнаружен блок адитуса и признаки мастоидита, у 8 (40%) – признаки мастоидита без блока адитуса, у 4 (20%) больных отмечена костная деструкция с наличием холестеатомы.

Выводы

Проведенное нами исследование показало, что для своевременной диагностики дисфункции слуховой трубы при экссудативном среднем отите необходим комплекс методов исследования, включающий эндоскопию полости носа и носоглотки, эндо- и ото-микроотоскопию, тимпанометрию.

Своевременная диагностика дисфункции слуховой трубы позволяет определить правильную тактику лечения экссудативного среднего отита и является важной составляющей в слуховой реабилитации подобных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева С. Н. Распространенность заболеваний ЛОР-органов среди городского населения на современном этапе // Рос. оторинолар. – 2006. – № 3 (22). – С. 33–37.
2. Книппенберг А. Э. Клиническая эффективность использования локальной иммунокоррекции в комплексной терапии экссудативного среднего отита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2008. – 26 с.
3. Очиров Д. Д. Клиническо-иммунологическая эффективность мукозальной иммунокоррекции в комплексном лечении экссудативного среднего отита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2012. – 26 с.
4. Славинский А. А., Семенов Ф. В. Противоречивые аспекты проблемы экссудативного среднего отита // Вестн. оторинолар. – 2006. – № 2. – С. 62–65.
5. De Miguel Martinez I., Macias A. R. Serous otitis media in children: implication of *Alloicoccus otitidis* // Otol. Neurotol. – 2008. – Vol. 29, N 4. – P. 526–530.
6. Eustachian tube function in patients with eosinophilic otitis media associated with bronchial asthma evaluated by sonotubometry / Y. Iino [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2006. – Vol. 132, N 10. – P. 1109–1114.
7. Hurst D. S. Efficacy of allergy immunotherapy as a treatment for patients with chronic otitis media with effusion // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2008. – Vol. 8. – P. 1215–1223.
8. IgE sensitization, respiratory allergy symptoms, and heritability independently increase the risk of otitis media with effusion / F. M. Chantzi [et al.] // Allergy. – 2006. – Vol. 61, N 3. – P. 332–336.

Амонов Шавкат Эргашевич – зав. каф. оториноларингологии ТашПМИ. 100140, Ташкент, Юнус-Абадский район, ул. Богишамол – 223; тел.: (8-371) 262-33-14; e-mail: lor_amonov@mail.ru; **Сайдов Санжар Хусенович** – аспирант кафедры оториноларингологии ТашПМИ. 100140, Ташкент, Юнус-Абадский район, ул. Богишамол – 223; тел.: (8-371) 262-33-14; e-mail: saidov_sanjar11@mail.ru; **Амонов Аминжон Шавкатович** – резидент 2-го курса кафедры оториноларингологии ТашПМИ. 100140, Ташкент, Юнус-Абадский район, ул. Богишамол – 223; тел.: (8-371) 262-33-14; e-mail: amonov.aminjon@mail.ru