



5. Пискунов С. З., Пискунов Г. З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. – С. 390.
6. Протасевич Г. С. Клиническая классификация деформаций перегородки носа // Здоровоохранение Туркменистана. – 1979. – № 7. – С. 14–16.
7. Klinger M, Siegert R. Microcirculation of the nasal mucosa during use of balloon tamponade // Journal Laryngorhinootologie. – 1997 – Vol. 76, №3 – P. 127–130.
8. McCarry, Aitken D. Intranasal balloon catheters: how do they work // Clinical Otolaryng. – 1991. – Vol. 16, № 4. – P. 388–392.

УДК: 616. 284-002-036. 15

ЛАТЕНТНЫЙ АПЕРФОРАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ – СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

А. А. Локтева

THE LATENT APERFORATIVE OTITIS MEDIA AS A PRESENT CLINICAL COURSE OF AN ACUTE OTITIS MEDIA

A. A. Lokteva

*ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Росздрава
(Зав. каф. оториноларингологии с курсом детской оториноларингологии –
Засл. врач РФ, проф. Г. М. Портенко)*

В данной статье делается попытка доказать неправомерность выделения экссудативного среднего отита в качестве отдельного негнойного заболевания среднего уха. По мнению автора, это не что иное, как современное течение острого гнойного среднего отита, которое предлагается назвать латентным аперфоративным средним отитом.

Ключевые слова: *средний отит, экссудативный, латентный, аперфоративный.*

Библиография: *14 источников.*

An attempt to prove the illegitimacy of the isolation of an exudative otitis media as a separate nonsuppurative disease of the middle ear is done in this report. In the author's opinion, this is nothing else than a present clinical course of an acute purulent otitis media, which is proposed to be named as a latent aperforative otitis media.

Key words: *otitis media, exudative, latent, aperforative.*

Bibliography: *14 sources.*

При внимательном рассмотрении такой искусственно выделяемой формы заболевания среднего уха как экссудативный средний отит (ЭСО), становится очевидным тот факт, что его патогенез, клиника, лечение и исходы практически совпадают как с острым неперфоративным средним отитом, так и с латентным средним отитом [3]. В литературе существует до 55 синонимов этого заболевания.

В наш век урбанизации типичная клиническая картина 3-х стадийного развития острого среднего отита встречается редко. У многих людей значительно снизился общий и местный иммунитет, и, в связи с этим, при современном течении острого среднего отита яркая клиническая картина в 1-ой стадии его развития под влиянием разнообразных внешних и внутренних причин не проявляется: отсутствуют боли в ухе, повышение температуры, гиперемия и инфильтрация барабанной перепонки. Ведущими симптомами становятся заложенность уха, снижение слуха, выпячивание экссудата или втяжение барабанной перепонки. И, что является самым главным, не наступает 2-я стадия – перфорация барабанной перепонки с выделением из уха, что при неактивном лечении по удалению экссудата из барабанной полости и восстановлению проходимости слуховой трубы приводит к развитию адгезивного среднего отита или хронического гнойного среднего отита.



При этом данная форма современного течения острого среднего отита в литературе трактуется как латентный средний отит или экссудативный средний отит (ЭСО), который выделяют искусственно только по наличию экссудата в барабанной полости, что неправомерно, так как экссудат – это обязательный компонент любого воспаления. Как известно из патологической физиологии, экссудат – это жидкость, накапливающаяся во внесосудистом пространстве при воспалении в результате повышенной проницаемости микроциркуляторных сосудов. Его функции хорошо известны:

- снижение концентрации токсинов за счет разведения;
- нейтрализация токсинов поступающими антителами;
- способствование фагоцитозу;
- поддержание воспалительной гиперемии компонентами комплемента;
- стимуляция выхода лейкоцитов из сосудов в очаг воспаления;
- преобразование в фибрин фибриногена экссудата путем облегчения перехода в рану лейкоцитов крови, где молекулы фибрина служат субстратом для образования биологически активных пептидов – медиаторов воспаления [1].

Таким образом, экссудат – это часть и признак воспаления, а ЭСО, по своей сути, является воспалением с преобладанием процесса экссудации, и искусственно выделять его только по наличию экссудата в барабанной полости неправомерно. Это не что иное, как современное течение острого среднего отита с преобладанием экссудации, что, несомненно, зависит от индивидуальных особенностей организма конкретного человека, которые врачу необходимо выявлять для внесения коррекции в общепринятое лечение данной патологии. Такая трактовка этого заболевания уха позволит практическому оториноларингологу сосредоточить все свое внимание на лечении одной современной воспалительной патологии среднего уха, а не искать какие-то «отличительные методы лечения» искусственно выделяемого экссудативного среднего отита (ЭСО).

Если обратиться к современной литературе по оториноларингологии, то видно, что нет единого мнения о необходимости выделения ЭСО как отдельной нозологии. Так, например, М. Р. Богомильский и соавт. [3] трактуют ЭСО как своеобразную форму воспаления среднего уха с образованием и длительным сохранением транссудата в барабанной полости. О. В. Стратиева и соавт. [12] рассматривает ЭСО как продолжение острого среднего отита с формированием «порочного круга». Суть его она видит в том, что неадекватное и часто необоснованное применение антибактериальных препаратов при лечении острого среднего отита приводит к сенсibilизации и снижению иммунной реактивности у пациентов. Следствием этого становится увеличение частоты возникновения респираторных вирусных заболеваний у таких больных с распространением процесса на среднее ухо, что приводит к формированию «аперфоративного» хронического среднего отита. Н. С. Дмитриев с соавт. [7] разработали классификацию ЭСО и лечебную тактику в зависимости от 4-х стадий процесса, которая, впрочем, принципиально не отличается от стандартного общепринятого лечения латентного среднего отита. С. З. Пискунов с соавт. [9] указывают на то, что дифференциальная диагностика между секреторной и мукозной стадиями заболевания часто затруднительна, и даже при макроскопическом анализе экссудата часто невозможно установить стадию заболевания. Самое главное, в этом даже нет необходимости, так как лечение детей с ЭСО на 2–3 стадиях заболевания заключается в санации верхних дыхательных путей, миригнотомии с удалением скопившегося экссудата из барабанной полости, в ее ревизии и установке вентиляционной трубки (шунта) с последующим введением в барабанную полость лекарственных препаратов.

Данными авторами сделан также вывод о том, что в основе развития экссудативного среднего отита лежит хронический асептический процесс, и в ряде случаев выявляется аллергический процесс, связанный с сенсibilизацией слизистой оболочки к различным неспецифическим аллергенам.

Однако большинство авторов сходится в мнении, что основой этиологии ЭСО является сочетание вялотекущего воспаления и тубарной дисфункции [6, 10, 12].

Влияние тубарной дисфункции проявляется в том, что под ее действием в полостях среднего уха возникают отрицательное давление и избыточная концентрация углекислого газа. Это



стимулирует повышенную секрецию слизистой оболочки [10]. О. В. Стратиева и соавт. [12] указывает на то, что особенностями течения ЭСО является:

- преобладание катарального вялотекущего воспаления по типу мукозного;
- отсутствие или клиническая скоротечность 1 и 2 стадии как основное отличие от «классического механизма».

Т. В. Бурмистрова [5], анализируя причины и патогенез ЭСО, успех лечебных мероприятий видит в своевременности выявления ЭСО и в индивидуальности подхода к лечению.

В настоящее время актуальными и спорными остаются вопросы о причинах развития ЭСО [2, 4, 11, 13, 14].

Во многих работах авторы выделяют ряд факторов, вызывающих ЭСО или усиливающих его проявление, но при внимательном их рассмотрении не имеющих специфичности. Например, к факторам, влияющим на процесс воспаления, относят:

- высокую вероятность перехода острого среднего отита в экссудативный при более ярко выраженной интоксикации;
- нарушение общего и местного иммунитета;
- широкое общее и местное применение антибиотиков;
- соматические заболевания (сахарный диабет, аутоиммунные заболевания и т. д.);
- аллергические заболевания;
- воспалительный процесс в полости носа, придаточных пазух и носоглотки;
- аденоиды;
- позднее выявление заболевания [5].

Как видно из вышеперечисленного, те же факторы и предрасполагающие причины имеют непосредственное отношение к патогенезу современного течения острого среднего отита, что уже может свидетельствовать о неразделимости этих форм среднего отита.

Однотипность патогенеза современного течения острого среднего отита и искусственно выделяемого ЭСО доказывается и экспериментальными исследованиями И. В. Енина [8]. Проведя эксперимент на крысах, он установил, что при прогрессировании простудного заболевания воспалительный процесс со слизистой оболочки полости носа распространяется на структурные образования носоглотки и слуховых труб. В подэпителиальном слое формируются полости, заполненные воспалительным экссудатом. Все слои слизистой оболочки инфильтрированы полиморфно-ядерными лейкоцитами, которые мигрировали и в просвет слуховой трубы. Дисфункция слуховых труб, обусловленная евстахиитом, закономерно приводила к возникновению и развитию сначала острого катарального воспаления среднего уха, а в дальнейшем и последующих стадий острого среднего отита. У животных с клиническими проявлениями острого гнойного доперфоративного среднего отита полости среднего уха заполнены воспалительным экссудатом. Просвет слуховой трубы obturated экссудатом. Постепенно увеличивалось количество экссудата в барабанной полости и под давлением его происходило выпячивание барабанной перепонки, что, в конечном итоге, и приводило к ее деструкции и перфорации.

Таким образом, и данный эксперимент подтверждает тот факт, что при остром среднем гнойном отите всегда образуется воспалительный экссудат в барабанной полости. Отсюда видно, что выделять ЭСО только по наличию экссудата в барабанной полости как отдельную нозологическую форму неправомерно. К тому же при воспалении среднего уха всегда нарушается функция слуховой трубы, что придает клинической картине схожие черты (заложенность уха, снижение слуха, аутофония, ощущение жидкости в ухе, уровень или просвечивание пузырьков экссудата).

Утверждение С. З. Пискунова и соавт. [9], что выяснение этиологического фактора, ведущего к развитию дисфункции слуховой трубы, имеет большое значение для выбора рационального плана лечения ЭСО, с той же уверенностью можно отнести и к лечению современного течения острого среднего отита, которому необходимо дать адекватное название в отличие от острого гнойного неперфоративного среднего отита с острым началом и яркой типичной клинической картиной.

Пока мы предлагаем называть его «латентным аперфоративным средним отитом», а это не что иное, как современное течение острого гнойного среднего отита. Это позволит практиче-



кому оториноларингологу диагностировать и лечить одну патологию среднего уха, не путаясь в различных синонимах данного заболевания, а также направит дальнейшие научные исследования в нужном направлении.

Выводы:

1. *Экссудативный средний отит и латентный средний отит являются синонимами, так как представляют собой не что иное, как современное течение острого гнойного среднего отита.*
2. *Предлагаем называть современное течение острого среднего отита латентным аперфоративным средним отитом.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д. Патологическая физиология: Учебник для медицинских вузов. М.: Триада-Х, 2002. С. 273–281.
2. Бобошко М. Ю., Лопотко А. И. Слуховая труба. СПб.: СпецЛит, 2003. 360 с.
3. Богомилский М. Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология: Учебник для студентов мед. вузов. М.: ГЕОТАР-МЕД, 2001. С. 87–93.
4. Будяков С. В. Комплексное лечение экссудативного среднего отита при патологии носоглотки, полости носа и околоносовых пазух: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Курск, 2002. 28 с.
5. Бурмистрова Т. В. Современные этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита // Рос. оторинолар. – 2004. – №1(8). – С. 25–28.
6. Гаращенко Т. И. Состояние слуховой трубы у детей с экссудативным и рецидивирующим средним отитом: Мат. XV съезда оториноларингологов России. СПб, 1995. Т. 1. С. 454–459.
7. Дмитриев Н. С., Милешина Н. А., Колесова Л. И. Экссудативный средний отит у детей (патогенетический подход к лечению): метод. рекомендации. М.: Науч. Центр аудиологии и слухопротезирования, 1996. 22 с.
8. Енин И. В. О взаимосвязи морфологических и функциональных изменений при острых средних отитах // Рос. оторинолар. – 2008. – № 5(36). – С. 37 – 41.
9. Значение цитологического исследования экссудата барабанной полости в диагностике и лечении экссудативного среднего отита / Пискунов С. З. [и др.] // Рос. оторинолар. – 2008. – №5 (36). – С. 122–129.
10. Лебедев Ю. А. Секреторный средний отит и его хирургическое лечение: уч.-метод. пособие. Нижегородская гос. мед. акад., 2000. 20 с.
11. Преображенский Н. А., Гольдман И. И. Экссудативный средний отит. М: Медицина, 1987. 192 с.
12. Стратиева О. В. Ланцов А. А., Арефьева Н. А. Экссудативный средний отит: причины, диагностика, лечение. Уфа: Башкирский гос. мед. ун-т., 1998. 322 с.
13. Терещина М. Г., Скребнева Н. Б., Павленко С. А. Особенности течения экссудативного среднего отита на фоне персистирующего аллергического ринита. Мат. XVII съезда оториноларингологов России. СПб.: «РИА-АМИ», 2006. С. 345–346.
14. Тихомирова И. А. Анализ факторов развития секреторного отита у детей. Мат. V Всерос. науч.-практ. конф. «Наука и практика в оториноларингологии». М.: 2006. С. 125–127.

УДК: 616. 211-002-056. 3-053. 2

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

И. В. Маругин

ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN OF ROSTOV REGION

I. V. Marugin

ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет

(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – Засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

Выявлена истинная (популяционная) частота аллергического ринита (АР) у детей промышленных городов и сельских районов Ростовской области. Изучена распространенность интермиттирующего и персистирующего АР и структура степени тяжести заболевания на популяционном уровне. В двухэтапное эпидемиологическое исследование в соответствии с программой ISAAC включено на первом этапе анкетного скрининга 7264 школьника, на втором этапе проведено клиничко-иммунологическое, функциональное и аллергологическое обследование клинической группы из 963 школьников, ответивших положительно хотя бы на один вопрос анкеты.