



ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ

Л. А. Головкина^{1, 2}, Ю. К. Янов¹, С. И. Алексеенко^{1, 2}, Г. П. Цурикова¹, М. В. Пинеvская²

OPTIMIZING THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RECURRENT OTITIS MEDIA IN CHILDREN

L. A. Golovkina, J. K. Yanov, S. I. Alekseyenko, G. P. Tsurikova, M. V. Pinevskaya

¹ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

(Ректор – проф. О. Г. Хурцилава)

² ГБУЗ «Детская городская больница № 19 им. К. А. Раухфуса», Санкт-Петербург, Россия

(Главный врач – канд. мед. наук В. Ю. Детков)

Представлены результаты обследования и лечения 32 детей с рецидивирующими средними отитами на фоне персистирующей герпетической вирусной Эпштейна–Барр и цитомегаловирус-инфекции. Разработан алгоритм диагностики и лечения детей с вышеуказанной патологией.

Применение методики показало эффективность тимпаностомии у исследуемой группы. Полное выздоровление и отсутствие рецидивов наступило у 12 детей (82%) из группы, которым проводилась тимпаностомия за период наблюдения.

Ключевые слова: рецидивирующий отит, персистирующая герпетическая вирусная инфекция, компьютерная томография височных костей, тимпаностомия.

Библиография: 10 источников.

The results of examination and treatment of 32 children with recurrent otitis average amid persistent herpes virus Epstein–Barr and Cytomegalovirus infection. The algorithm of diagnosis and treatment in children with the disease. Application of the method showed the effectiveness of tympanostomy in the study group. Full recovery and absence of relapses occurred in 12 (82%) a group of children who had tympanostomy during the observation period.

Key words: recurrent otitis media, persistent herpes virus infection, computed tomography of the temporal bones, tympanostomy.

Bibliography: 10 sources.

Рецидивирующий средний отит (PCO) – это воспаление среднего уха, повторяющееся несколько раз в течение года после полного выздоровления, характерное для детей в возрасте 2–5 лет [1]. Опасность рецидивирующего среднего отита заключается как в стойком снижении слуха, так и в развитии хронического среднего отита со всеми неблагоприятными последствиями.

В последнее время, по данным литературы и нашего клинического опыта, у детей с воспалительными заболеваниями ЛОР-органов все чаще выявляется фоновая персистирующая герпетическая вирусная инфекция (вирус Эпштейна–Барр, цитомегаловирус).

Лечение детей с рецидивирующими средними отитами традиционно проводится в два этапа: на первом – терапия направлена на ликвидацию текущего обострения (антибактериальная терапия, санация верхних дыхательных путей, туалет уха и др.). На втором этапе (в период ремиссии) большая роль уделяется профилактике рецидивов. В этот период актуальным является также лечение фоновой патологии.

В ряде случаев прибегают к хирургическому лечению (миринготомия, тимпанопункция,

тимпаностомия, антродренаж, антромастотомия).

В то же время, несмотря на совершенствование методов лечения детей с рецидивирующими средними отитами, в этой проблеме остается много спорных и нерешенных вопросов. Рост заболеваемости рецидивирующими средними отитами, а также неблагоприятный прогноз в отношении слуха создают актуальность поиска новых индивидуальных схем лечения.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения детей с рецидивирующими средними отитами.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением за период с 2011 по 2013 г. находилось 32 ребенка в возрасте от 7 месяцев до 6 лет, проходивших лечение в Детской городской больнице № 19 им. К. А. Раухфуса с диагнозом рецидивирующий средний отит. В зависимости от длительности заболевания, фоновой патологии, анамнестических данных и объема проводимой терапии пациенты были разделены на три группы:

– первая группа – дети, страдающие рецидивирующими средними отитами на фоне персистирующей герпетической вирусной ин-

фекции (ПГВИ), обусловленной вирусом Эпштейна–Барр;

– вторая группа – дети, страдающие рецидивирующими средними отитами на фоне персистирующей герпетической вирусной инфекции, обусловленной цитомегаловирусом;

– третья группа – дети, страдающие рецидивирующими средними отитами на фоне персистирующей герпетической вирусной инфекции, обусловленной и цитомегаловирусом и вирусом Эпштейна–Барр.

Обследование включало: сбор жалоб и анамнеза заболевания, эндоскопический осмотр ЛОР-органов, импедансометрию, иммуноферментный анализ крови к вирусу Эпштейна–Барр, цитомегаловирусу. КТ-исследование височных костей проводили дважды: в эпизод рецидивирующего среднего отита и через 6 месяцев после тимпаностомии.

В каждой группе были выделены две подгруппы в зависимости от объема проводимой терапии. К первой подгруппе отнесли детей с рецидивирующими средними отитами, которые получали только консервативную терапию, пациенты во второй подгруппе, кроме стандартной консервативной терапии, подверглись хирургическому лечению – тимпаностомии.

Консервативная терапия включала в себя: антибактериальную терапию (цефалоспорины II или III поколения в возрастной дозировке), местное лечение (туалет наружного слухового прохода, нагнетание антибактериальных и антисептических препаратов в барабанную полость, анемизация слизистой оболочки носа, продувание слуховых труб по Политцеру).

Показанием к тимпаностомии служили:

- анамнез рецидивирующего среднего отита;
- отомикроскопические признаки рецидивирующего среднего отита;

– результаты компьютерной томографии височных костей (в случае, если патологическое содержимое заполняло барабанную полость, антрум и клетки сосцевидного отростка без признаков деструкции кости).

Хирургическое лечение включало проведение тимпаностомии. Применяли шунты 0,7, 1,02, 1,27 мм. Оперативное лечение проводили под наркозом. Шунты оставляли сроком до 6 месяцев.

Результаты исследования. В процессе обследования и лечения детей с рецидивирующими средними отитами отмечено, что наибольшее число детей приходится на возраст от 1 года до 3 лет. Процентные соотношения по полу не различались. При осмотре в период рецидива у 92% детей наблюдали характерную отоскопическую картину: изменение цвета барабанной перепонки, вздутие барабанной перепонки, отсутствие перфорации и светового конуса. По результатам импедансометрии регистрировали тимпанограмму типа В у 14 (44%) детей, акустический рефлекс не регистрировался у 1 (3%) ребенка.

При исследовании крови методом иммуноферментного анализа на АТ к вирусу Эпштейна–Барр, цитомегаловирусу установлено, что у 18 детей (56%) имеет место положительный титр антител к вирусу Эпштейна–Барр, у 10 (28%) – к цитомегаловирусу и у 4 детей (16%) определена микстинфекция.

Результаты проведения КТ височных костей у детей с рецидивирующим средним отитом отражены в табл. 1.

Анализируя полученные данные, можно отметить, что у детей с РСО, протекающим на фоне персистирующей герпетической вирусной инфекции, обусловленной вирусом Эпштейна–Барр и микстинфекцией, имеет место в основном субтотальное или тотальное заполнение клеточной

Таблица 1

Результаты обследования детей с рецидивирующими средними отитами

Группа	Всего	Поражение		КТ височных костей			Тимпанометрия			Тимпаностомия	
		одно- сторон- ное	двусто- роннее	1	2	3	Тип А	Тип В	Тип С	прово- дился	не прово- дился
1-я	18 (56%)	10 (56%)	8 (44%)	2 (11%)	5 (28%)	11 (61%)	5 (28%)	10 (55%)	3 (17%)	7 (38%)	11 (62%)
2-я	10 (28%)	8 (80%)	2 (20%)	3 (30%)	4 (40%)	3 (30%)	5 (50%)	3 (30%)	2 (20%)	4 (40%)	6 (60%)
3-я	4 (16%)	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	3 (75%)	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)
Примечание. 1 – пневматизация барабанной полости, антрума, клеток сосцевидного отростка сохранена; 2 – патологическое содержимое в клетках сосцевидного отростка; 3 – патологическое содержимое в барабанной полости, антруме, клетках сосцевидного отростка.											

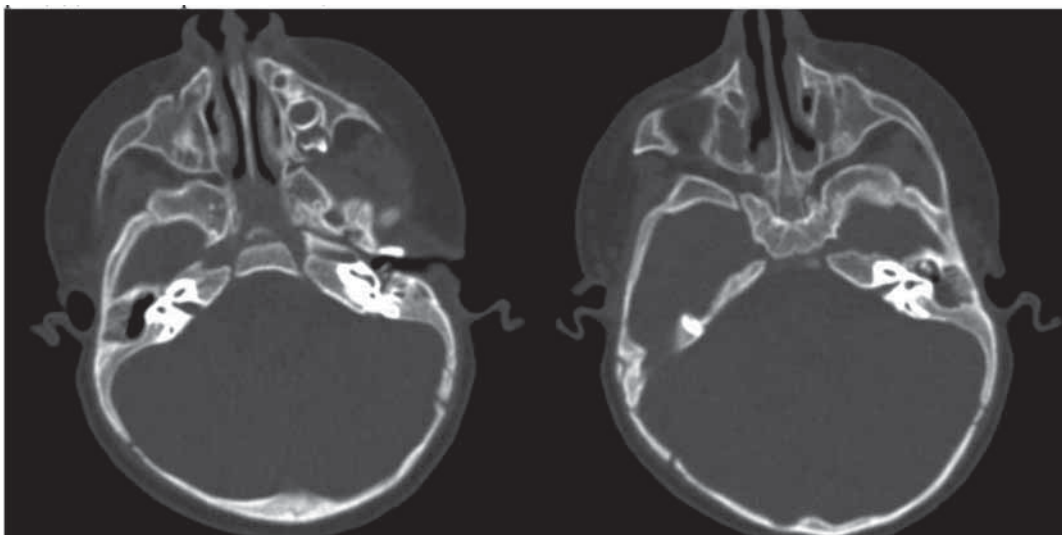


Рис. 1. КТ височных костей в период рецидива у ребенка 10 месяцев с рецидивирующим средним отитом. Мы видим тотальное затемнение антрума, барабанной полости слева.

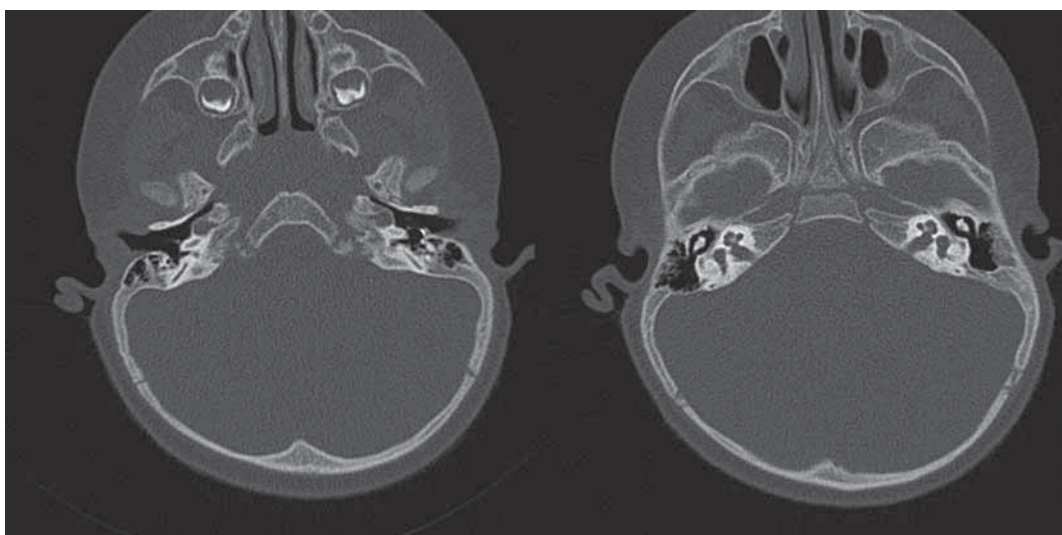


Рис. 2. КТ височных костей ребенка 10 месяцев с рецидивирующим средним отитом через 6 месяцев после тимпаностомии. Мы видим установленный шунт в барабанной перепонке слева и полное восстановление пневматизации антрума и барабанной полости слева.

Т а б л и ц а 2

Результаты лечения детей с рецидивирующими средними отитами через 6 месяцев

Шунтирование	Всего 32	КТ височных костей			Отомикроскопия		Клинические данные	
		1	2	3	4	5	Рецидивов не было	Рецидивы были
Выполнено	13	10 77%	2 15%	1 8%	11 85%	2 15%	12 82%	1 8%
Не выполнено	19	–	19 100%		–	19 100%	5 26%	14 74%

Примечание. 1 – пневматизация барабанной полости, антрума, клеток сосцевидного отростка восстановилась; 2 – пневматизация барабанной полости, антрума, клеток сосцевидного отростка не восстановилась; 3 – пневматизация барабанной полости, антрума, клеток сосцевидного отростка не восстановилась, появились элементы деструкции; 4 – барабанная перепонка серая, контуры четкие, конус +; 5 – барабанная перепонка серая, мутная, контуры определяются, конус+/-.



системы височной кости патологическим содержанием.

У детей с РСО на фоне персистирующей герпетической вирусной инфекции, обусловленной цитомегаловирусом, изменения в височной кости либо не выявлялись, либо имели меньшую степень поражения (только клетки сосцевидного отростка).

При сопоставлении данных КТ височных костей с результатами тимпанометрии детей с РСО получено, что тип В на тимпанометрии чаще соответствует КТ-картине с заполнением всей клеточной системы височной кости.

На рис. 1 и 2 представлены КТ височных костей ребенка 10 месяцев с РСО в период ре-

цидива и через 6 месяцев после тимпаностомии.

Результаты лечения детей с рецидивирующими средними отитами представлены в табл. 2.

По данным результатов лечения детей с рецидивирующими средними отитами следует, что отсутствие рецидивов большей частью наблюдалось у детей с РСО на фоне персистирующей герпетической вирусной инфекции с выполненным шунтированием барабанной перепонки.

У детей же с персистирующей герпетической вирусной инфекцией без проведения шунтирования барабанной перепонки рецидивы сохранялись, что даже потребовало проведения хирургического лечения.

Выводы

У детей с рецидивирующими средними отитами показано КТ-исследование височных костей для определения показаний к хирургическому лечению.

У детей с рецидивирующими средними отитами на фоне хронической персистирующей герпетической вирусной инфекции (вирус Эпштейна–Барр, цитомегаловирус), кроме консервативной терапии, более активно должно применяться хирургическое лечение – тимпаностомия.

После проведенной тимпаностомии КТ височных костей показано через 6 месяцев, чтобы контролировать восстановление воздушности клеток сосцевидного отростка и соответственно определить своевременное удаление шунта.

Проведение тимпаностомии в раннем возрасте (до 3 лет) может помочь избежать рецидивов средних отитов, особенно у детей, при наличии персистирующей герпетической вирусной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская оториноларингология / Под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. – 2002. – 432 с.
2. Особенности течения заболеваний среднего уха при хронической рецидивирующей Эпштейна–Барр-вирусной инфекции / И. Е. Коленова [и др.] // Мат. 2-го Нац. конгресса аудиологов, 6-го Междунар. симп. «Современные проблемы физиологии и патологии слуха». – М., 2007. – С. 130–131.
1. Савенко И. В., Комарова Е. А. Роль Эпштейна–Барр вирусной инфекции в формировании патологии ЛОР-органов в детском возрасте // Рос. оторинолар. – 2007. – С. 138–144.
2. Симованьян Э. Н., Сизякина Л. П., Сарычев А. М. Хроническая Эпштейна–Барр-вирусная инфекция у детей // Доктор.Ру. – 2006. – № 2. – С. 34–42.
3. Impact of tympanostomy tubes on child quality of life / R. M. Rosenfeld [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. – 2000. – N 126. – P. 585–592.
4. Pathogens causing recurrent and difficult-to-treat acute otitis media / M. E. Pichichero [et al.] // Clin. Pediatr. (Phila). – 2008. – N 47. – P. 901–906.
5. Subannular ventilation tubes: retrospective study / J. F. Cloutier [et al.] // Otolaryngol. – 2005. – Vol. 34. – N 5. – P. 312–316.
6. The impact of recurrent acute otitis media on the quality of life of children and their caregivers / C. N. Brouwer [et al.] // Clin. Otolaryngol. – 2005. – N 30. – P. 258–265.
7. van Balen F. A., De Melker R. A. Persistent otitis media with effusion: can it be predicted? A family practice follow-up study in children aged 6 months to 6 years // Fam. Pract. – 2000. – N 49. – P. 605–611.
8. Yamanaka N., Hotomi M., Billal D. S. Clinical bacteriology and immunology in acute otitis media in children // Infect. Chemother. – 2008. – N 14 (3). – P. 180–187.

Янов Юрий Константинович – засл. врач РФ, докт. мед. наук, чл.-корр. РАМН профессор каф. оториноларингологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; тел.: 8-812-303-50-00.

Головкина Лилия Александровна – аспирант Северо-Западного ГМУ им. И. И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; тел.: 8-812-578-75-41, e-mail: lilu2580@yandex.ru

Алексеев Светлана Иосифовна – канд. мед. наук, доцент, зав. отдел. оториноларингологии Детской городской больницы № 19 им. К. А. Раухфуса. 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 8; тел.: 8-812-578-75-24, e-mail: svolga-lor@mail.ru.

Цурикова Галина Павловна – канд. мед. наук, доцент Северо-Западного ГМУ им. И. И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; тел.: 8-911-995-99-30, e-mail: lenskaya8@mail.ru

Пиневская Марина Владимировна – зав. отделом рентгенологии Детской городской больницы № 19 им. К. А. Раухфуса. 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 8; тел.: 8-812-578-75-54, e-mail: oldrauhfusa@yandex.ru