



УДК: 616.284-002-253-08.039.73-053.2

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СЕКРЕТОРНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ

С. Х. Саидов

IMPROVE TREATMENT OF CHRONIC SECRETORY OTITIS MEDIA IN CHILDREN

S. H. Saidov

ГУ ВПО «Ташкентский педиатрический медицинский институт», Республика Узбекистан
(Зав. каф. оториноларингологии, детской оториноларингологии и стоматологии –
проф. Ш. Э. Амонов)

Своевременное хирургическое вмешательство при хронических формах секреторного среднего отита предупреждает риск возникновения осложнений, приводящих к различным степеням тугоухости. Проведенный анализ двойного дренирования антрума с последующей ретроградной отооксигенотерапией свидетельствует об эффективности предложенной нами методики.

Ключевые слова: секреторный средний отит, двойное дренирование антрума, ретроградная отооксигенотерапия.

Библиография: 6 источников.

Timely surgical intervention in chronic secretory otitis media warns the risk of complications, leading to various degrees of hearing loss. The analysis of double drainage antrum with subsequent retrograde oxygen treatment demonstrates the effectiveness of the proposed technique.

Key words: secretory otitis media, double drainage antrum, retrograde ear oxygen therapy.

Bibliography: 6 sources

Секреторный средний отит – один из частых отиатрических диагнозов, встречающийся у 80–90% детей хотя бы один раз в жизни [6]. Наиболее часто экссудативный средний отит сопровождается сезонными поллинозами и вспышками острых респираторных заболеваний. Несмотря на вероятность спонтанного улучшения, тяжелые и затянувшиеся случаи заболевания вызывают изменения барабанной перепонки (атрофия, ателектаз, ретракция), а также развитие адгезивного среднего отита, холестеатомы [2, 3]. Склонность к рецидиву и хронизации секреторного среднего отита наиболее высока среди детей младшей возрастной группы – до 2–3 случаев ежегодно [1]. Последствия секреторного среднего отита имеют наиболее высокий удельный вес (45–58%) в структуре детской и подростковой тугоухости с ежегодным увеличением числа заболевших до 1,5% [1]. По мнению многих авторов, даже своевременное и качественное консервативное лечение при хроническом экссудативном среднем отите в ряде случаев заканчивается ретракционной холестеатомой [4, 5].

В патогенезе хронического секреторного среднего отита важную роль играет блок тимпанальной диафрагмы и адитуса, который приводит к снижению парциального давления кислорода и метаплазии эпителия слизистой оболочки среднего уха, возрастанию количества бокаловидных клеток, продуцирующих слизь с высоким содержанием белка, что является патогенетическим механизмом в поддержании вялотекущего катарального воспаления в полостях среднего уха.

Цель исследования. Разработка эффективного метода лечения хронических секреторных средних отитов у детей.

Пациенты и методы исследования. Под наблюдением находилось 46 детей с хроническим секреторным средним отитом в возрасте от 3 до 14 лет, из них: 24 (52,0%) мальчика и 22 (48,0%) девочки; 14 (30,4%) детей в возрасте 3–6 лет, 9 (19,6%) – 7–10 лет и 23 (50%) – 11–14 лет. Из числа обследованных, у 8 (17,4%) был диагностирован двусторонний, у 38 (82,6%) односторонний секреторный средний отит.

Методика обследования включала изучение жалоб и анамнеза больных, оториноларингологический осмотр, аудиометрию, тимпанометрию, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) околоносовых пазух и височных костей. Уровень пневматизации клеточных структур сосцевидных отростков на МСКТ височных костей устанавливался по классификации J. Sade (1997). Всем больным проводились эндоскопия носа и носоглотки, отоэндоскопия и отомикроскопия. Полученные результаты фиксировались видеозаписью, что позволяло судить о динамике, при необходимости корректировать тактику лечения.

Критериями эффективности лечения являлись: нормализация данных эндо- и микроотоскопии, тимпанометрии, улучшение слуха.

Результаты и их обсуждение. При изучении анамнеза следует отметить следующее: родители 18 (39,1%) больных начали заболевание связывали с перенесенными ОРЗ, 11 (23,9%) детей



входили в группу часто болеющих, в 29 (63,0%) случаях имел место отягощенный аллергологический анамнез, у 8 (17,4%) пациентов – в анамнезе произведена аденоотомия.

При эндоскопии носа и носоглотки были получены следующие данные: у 12 (26,1%) больных диагностирован аллергический ринит, в 8 (66,6%) случаях аллергический ринит сочетался с искривлением перегородки носа. У 24 (52,2%) пациентов диагностированы аденоидные вегетации II–III степени, из них: у 12 (50,0%) – в сочетании с гипертрофией небных миндалин II–III степени, у 8 (33,3%) больных они сочетались с гипертрофией трубных валиков, у 4 (16,7%) – с рубцовыми изменениями в носоглотке. У 10 (21,7%) больных определялась полоска гноя, стекающая по задней стенке носоглотки, над глоточным устьем евстахиевой трубы. При МСКТ околоносовых пазух у 20 (43,5%) обследованных диагностированы различные формы синуситов. По результатам тональной пороговой аудиометрии у 38 (82,6%) пациентов определена кондуктивная тугоухость, у 8 (17,4%) – смешанная форма тугоухости. При проведении импедансометрии у 40 (87,0%) пациентов регистрировалась тимпанограмма тип В, у 6 (13,0%) – тип С. Монотимпанометрия показала: у 39 (84,8%) больных – II степень, а у 7 (15,2%) – III степень нарушения проходимости слуховой трубы.

Результаты эндо- и микроотоскопии выявили у 28 (60,9%) пациентов инъекцию сосудов и втяжение барабанной перепонки, у 10 (21,7%) – сосудистую инъекцию и выпячивание барабанной перепонки, у 8 (17,4%) – просвечивание горизонтального уровня жидкости, у 18 (39,1%) диагностирован ретракционный карман, из них – у 10 (55,5%) больных он был контролируемый, а у 8 (44,5%) – неконтролируемый, что увеличивает риск возникновения вторичной холестеатомы. Во всех случаях опознавательные знаки были сглаженными, нечеткими. По данным МСКТ височных костей, у 18 (39,1%) обследованных определена III степень пневматизации (малопневматизированный), у 28 (60,9%) I–II степень, склеротический и диплоэтический тип строения сосцевидных отростков, из них у 11 (23,9%) пациентов обнаружены блок адитуса и признаки мастоидита, у 8 (17,4%) – признаки мастоидита без блока адитуса, у 2 (4,3%) больных отмечена костная деструкция с холестеатомой.

Для устранения дисфункции слуховой трубы нами проведен курс консервативной (примене-

ние антибиотиков, противовирусных, противовоспалительных, антигистаминных препаратов, секретолитиков и деконгестантов) и хирургической (аденоотомия, аденотонзиллотомия, ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин, иссечение спаек трубных валиков, септопластика) терапии. Одномоментно 16 (34,8%) больным шунтировалась барабанная полость.

После проведенной терапии у 26 (56,5%) больных отмечалась положительная динамика, что привело к нормализации данных эндо- и микроотоскопии, монотимпанометрии, отмечалось улучшение слуха при аудиометрическом исследовании, и регистрировалась тимпанограмма тип А.

Однако у 20 (43,5%) пациентов за период наблюдения нами не отмечено положительной клинико-аудиологической динамики. В связи с этим им выполнена антротомия с двойным дренированием антрума (основываясь на картине МСКТ височных костей); проксимальный конец первой дренажной трубки устанавливали во входе в пещеру, второй – в полость антрума. В послеоперационном периоде через дренажную трубку в барабанную полость вводили глюкокортикоиды (0,5–1 мл р-ра гидрокортизона ацетата) в сочетании с раствором метронидазола ежедневно.

Со второго дня послеоперационного периода 36 (78,3%) пациентам, которым были выполнены шунтирование и антротомия, ежедневно, в течение 15–20 мин, проводили ретроградную отооксигенотерапию. Методику осуществляли следующим образом: поток кислорода под давлением до +200 мм вод. ст. подавали через аппарат Боброва по резиновой трубке от трансфузионной системы, которая устанавливалась в дренажную трубку, расположенную в адитусе, или через резиновую оливу, которая не плотно закрывала наружный слуховой проход. О прохождении кислорода в барабанную полость и слуховую трубу свидетельствовало наличие пузырьков воздуха, выходящих через шунт барабанной перепонки, либо субъективное ощущение больными потрескивания в ухе. Срок нахождения дренажной трубки в антруме в среднем составлял 7–10 дней.

У данного контингента больных нормализация отоскопической картины наблюдалась к 8–10-му дню после операции. Импедансометрия, проведенная через месяц, у 34 (94,4%) пациентов показала тимпанограмму тип А. При катamnестическом наблюдении в течение 1 года рецидива заболевания не регистрировалось.

Выводы

Использованный нами способ поэтапного лечения хронических форм секреторного среднего отита дает обнадеживающие клинико-функциональные результаты. Двойное дренирование барабанной полости является методом выбора в лечении хронических форм секреторного среднего отита. Включение в комплексную терапию способа ретроградной отооксигенотерапии является пато-



генетическим и способствует повышению эффективности лечения хронических форм секреторных средних отитов у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Значение активного аудиологического обследования детей раннего возраста в выявлении и профилактике слуховых нарушений / М. Р. Богомилский [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2006. – № 1. – С. 49–50.
2. Преображенский Н. А., Гвелесиани Т. Г. Клиническая аудиология. – М., 1996. – Р. 22–43.
3. Bluestone C. D., Klein J. O. In: Pediatric otolaryngology. – Philadelphia, 1990. – Р. 341–372.
4. Fish U. Tympanoplasty, Mastoidectomy and Stapes Surgery // Time Medical Publised. – Stuttgart, 1994. – Р. 146–148.
5. Sedeberg-Olsen J., Sedeberg-Olsen A., Jensen A. Late results of treatment with ventilation tubes for secretory otitis media in ENT – practice // Acta Otolaryngol. – 1989. – N 5–6. – Р. 448–455.
6. Tos M. Otolaryngology in Denmark, 1899–1999. – Copenhagen, 1999. – Р. 73–90.

Саидов Санжар Хусенович – аспирант каф. оториноларингологии Ташкентского педиатрического медицинского института. Республика Узбекистан, 100140, Ташкент, Юнус-Абадский р-н, ул. Богишамол, д. 223; тел.: 8-371-262-33-14, (+99890) 939-72-53; e-mail: otology_ent@bk.ru;

УДК: 616.216.3-002.3-089

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ СФЕНОИДИТОВ

И. А. Скиданова

APPROACH FOR THE MANAGEMENT OF ISOLATED SPHENOID SINUS DISEASES

I. A. Skidanova

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Минздрава РФ»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. С. А. Карпищенко)

ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой»

Управления делами президента РФ», Санкт-Петербург

(Главный врач – Г. А. Иванов)

Изолированный сфеноидит составляет 1–2% всех синуситов. Основной жалобой пациентов является длительная головная боль. Диагноз ставится на основании результатов эндоскопического исследования полости носа, КТ и МРТ околоносовых пазух. Эндоскопическая эндоназальная хирургия является оптимальным методом лечения.

Ключевые слова: изолированный сфеноидит, клиновидная пазуха.

Библиография: 18 источников.

Isolated sphenoid sinus disease represents 1–2% of all paranasal sinusitis. Chief complaint of patients is headache. Preoperative investigations include endoscopy research of a nasal cavity, computed tomography and magnetic resonance imaging. Endoscopic sinus surgery is optimal method of treatment.

Key words: isolated sphenoid sinus diseases, sphenoid sinus.

Bibliography: 18 sources.

Изолированный сфеноидит встречается крайне редко, в 1–2% случаев всех синуситов, и часто бывает недиагностирован, что приводит к постановке неврологического или офтальмологического диагноза и проведению некорректной терапии.

Опасность развития воспаления в клиновидной пазухе связана с ее анатомо-топографическим расположением рядом с гипофизом, лобной долей головного мозга, внутренней сонной артерией, пещеристой пазухой, глазодвигательным, блоковым, первой ветвью тройничного и отводящим нервами (III, IV, V, VI пары черепных нервов). Поражение черепных нервов, развитие тромбоза

кавернозного синуса и вовлечение оболочек головного мозга являются нередкими осложнениями сфеноидита [1].

Предрасполагающими факторами развития изолированного сфеноидита являются: искривление носовой перегородки в задних отделах, аномалия или гипертрофия верхней и (или) средней носовой раковины, приводящие к блоку естественного соустья клиновидной пазухи. Кроме того, клиновидная пазуха весьма вариабельна по анатомическому строению, что может обуславливать атипичное течение патологического процесса, а также усложнять задачи врача при хирургическом вмешательстве. Изолированные