



5. Верещагин Н. В. Патология вертебрально-базилярной системы и нарушения мозгового кровообращения / Н. В. Верещагин. – М.: Медицина, 1980. – 311 с.
6. Гиндина А. М. Роль шейного остеохондроза в развитии сенсоневральной тугоухости и лабиринтопатии / А. М. Гиндина, Т. В. Квасова, И. Д. Вылова // Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. – № 4 (28). – С. 121–123.
7. Кунельская Н. Л. Роль лабиринтной артерии в развитии ней-росенсорной тугоухости / Н. Л. Кунельская // Вестн. оторинолар. – 1995. – № 2. – С. 20–23.
8. Преображенский Н. А. Тугоухость / Н. А. Преображенский. – М.: Медицина, 1978. 40 с.
9. Рындина А. М. Опыт консультативной работы оториноларин-голога сурдологического кабинета на базе консультативно-диагностического отделения поликлиники / А. М. Гиндина, Е. Н. Куке // Вестн. оторинолар. 1986. – № 5. – С. 67–71.
10. Староха А. П. Нарушение гемодинамики позвоночных артерий как этиопатогенетический механизм развития и прогрессирования нейросенсорной тугоухости. / А. П. Староха, Ю. А. Хандажапова, М. В. Солдатенко // Рос. оторинолар. – 2004. – № 6 (13). – С. 36–40.
11. Doppler sonography of vertebral arteries in patients with tin-nitus / M. Koyuncu, O. Celik, C. Luleci et al. // Auris Nasus Larynx (Tokyo). – 1995. – Vol. 22. – P. 24–28
12. The effect of degenerative cervical spine lesions and blood flow velocity in vertebrobasilar arterial system in Doppler measurement / W. Machala, W. Gaszynski, J. Olszewski et al. // Neur Neurochir. – 1995. – Vol. 29. – P. 17–23.

УДК: 616. 284-002. 253-07-08

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

А. В. Давыдов*, М. М. Литвак**

**Томский филиал ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава»
(Директор – Засл. врач РФ, проф. А. В. Староха)*

***ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава»,*

г. Томск

(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. А. В. Староха)

Экссудативный отит (ЭСО) – это негнойное воспаление среднего уха, сопровождающееся нарушением функции слуховой трубы и наличием жидкости в барабанной полости. Распространенность этого заболевания в популяции составляет от 1 до 5% в разных возрастных группах [11] и особенно высока у детей. При массовом обследовании школьников в Финляндии ЭСО был обнаружен у 2,8% детей в возрасте 7–8 лет [7], а в Великобритании – это самая частая причина обращения к врачу. По данным М. Tos [9] 80 – 90% детей дошкольного возраста имеют в анамнезе эпизоды тубарной дисфункции и экссудативного среднего отита.

Этиология и патогенез. До настоящего времени в литературе отсутствует единое мнение об этиологии и патогенезе ЭСО. Однако, большинство авторов сходятся во мнении, что основной этиологии ЭСО является сочетание вялотекущего воспаления и дисфункции слуховой трубы [3]. Установлено, что при секреторном среднем отите нарушение дренажной функции слуховой трубы обнаруживается в среднем у двух третей больных (66%), а нарушение вентиляционной функции почти у 100% [1]. Кроме того, в этиологии ЭСО имеют значение многие общие и местные факторы, такие как:

- острые и хронические заболевания носа, околоносовых пазух и носоглотки;
- механическое нарушение проходимости слуховой трубы за счет аденоидных вегетаций;
- гиперплазии трубных миндалин;
- доброкачественные и злокачественные новообразования носоглотки;
- нейромоторная дисфункция мышц, открывающих слуховую трубу;
- системная вазомоторная дисфункция слизистых оболочек верхних дыхательных путей;
- анатомо-физиологические особенности строения слуховой трубы в детском возрасте.



Так, анатомически, слуховая труба у новорожденного в 2 раза короче, чем у взрослого, она почти прямая, не имеет изгибов, просвет ее шире, а глоточное отверстие находится на уровне твердого неба. Все выше отмеченные причины могут нарушать вентиляцию полостей среднего уха, что приводит к возникновению в них отрицательного давления и избыточной концентрации углекислого газа. Это, в свою очередь, стимулирует повышенную секрецию слизистой оболочки [4] и ведет к формированию серозного или слизистого экссудата.

При экссудативном отите секрет часто становится более вязким, что приводит к организации вязкой жидкости в соединительную ткань. Образующиеся сращения, особенно выраженные в области слуховых косточек, могут привести к облитерации барабанной полости т. е. формированию хронического адгезивного среднего отита и тимпаносклероза [2]. В результате этого существенно нарушается функция звукопроводения: возникает кондуктивная тугоухость. Кроме того, экссудат в полостях среднего уха является благоприятной средой для размножения микроорганизмов, а несостоятельность вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы при ЭСО, будет способствовать развитию таких тяжелых осложнений как острые и хронические гнойные средние отиты.

Клиническая картина. При экссудативном среднем отите больные жалуются на чувство полноты и переливания, переполнения и давления в ухе. Члены семьи обычно отмечают, что ребенок громче, чем это необходимо включает телевизор, либо, общаясь, поворачивается лучше слышащим ухом. Остро возникшее снижение слуха носит флюктуирующий характер: слух изменяется при перемене положения головы. Боль в ухе отсутствует, однако дети иногда отмечают лёгкое покалывание. Ушное эхо – аутофония, может быть выражено настолько, что создает трудности в засыпании.

Диагностика экссудативного среднего отита основывается на данных анамнеза, эндоскопии, акустического и аудиометрического исследований, тимпанометрии и оценке тубарных функций.

Возможности отоскопии на современном этапе значительно возросли, благодаря применению увеличительной и цифровой оптики (отомикроскопия, видеоотоскопия). Абсолютным симптомом ЭСО при отоскопии является обнаружение экссудата в барабанной полости без признаков выраженного воспаления. Экссудат может иметь вид соломенно-желтой или белесоватой жидкости с уровнем, меняющимся в зависимости от положения головы пациента. Нередко выявляется втяжение шрапнелевой части, а иногда и всей барабанной перепонки. Использование пневматической отомикроскопии по мнению многих авторов [8], позволяет диагностировать ЭСО с точностью до 70–79%.

При акустрии и аудиометрии у больных ЭСО в первую очередь обращает на себя внимание нарушение звукопроводения. Костно-воздушный интервал обычно составляет около 10–40 дБ и может быть одинаковым по всему диапазону частот. В ряде случаев может выявиться более существенное снижение слуха смешанного характера. Однако, нарушение костной проводимости выражено незначительно и по всей видимости обусловлено блокадой лабиринтных окон жидкостью, которая находится в барабанной полости [2].

«Золотым стандартом» диагностики ЭСО и тубарной дисфункции являются тимпанометрия и фонобарометрия. В начальных стадиях заболевания могут определяться кривые типа «С» с отклонением пика в сторону отрицательного давления до – 200 мм вод. ст. и более. Однако чаще, при наличии экссудата в барабанной полости, встречаются уплощенные кривые типов «В», «D» и даже «F», акустический рефлекс при этом не регистрируется (Рис. 1).

В ряде случаев также проводится оптическая эндоскопия носоглотки с осмотром глоточного устья слуховой трубы, что зачастую позволяет установить механическую причину тубарной дисфункции. Многие авторы также отмечают высокую информативность тубосонометрии при ЭСО, поскольку этот метод позволяет оценивать проходимость слуховой трубы независимо от подвижности тимпанальной системы. Кроме того, метод применим как при целой, так и при перфорированной барабанной перепонке, в частности, после миринготомии и шунтирования барабанной полости. Это позволяет использовать тубосонометрию для контроля эффективности консервативного и хирургического лечения ЭСО [10].

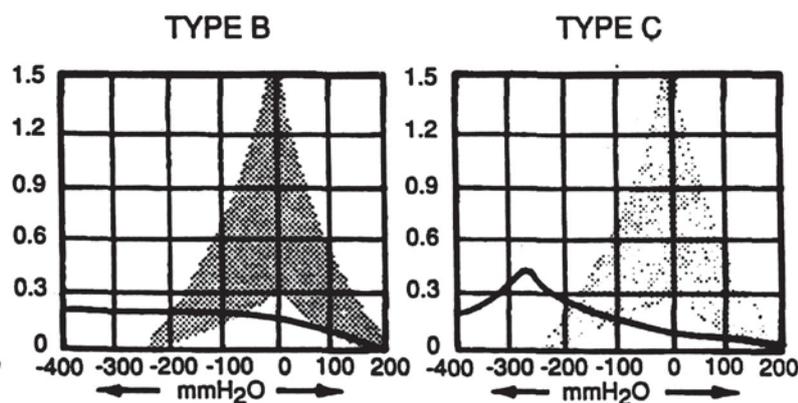


Рис. 1. Типы тимпанограмм при экссудативном среднем отите

Лечение. В современной литературе широко дискутируется вопрос о том, в каких случаях лечение ЭСО должно быть консервативным, а в каких – хирургическим. Из хирургических пособий в данном случае наиболее эффективна мириготомия с последующим введением тимпаностомической канюли. Эвакуация экссудата из среднего уха и восстановление вентиляции эффективно прерывает патогенетический цикл ЭСО и сопровождается отчетливым клиническим улучшением. Также применяются изолированная мириготомия и тимпанопункция с эвакуацией патологического экссудата и транстимпанальным введением противовоспалительных средств. Несмотря на хорошие отдаленные результаты, существуют определенные трудности при использовании подобных методов лечения. Во-первых, это необходимость применения общей анестезии, с чем сопряжен определенный процент осложнений. Во-вторых, нарушение целостности барабанной перепонки у детей, сопровождается риском возникновения послеоперационной оторреи (13%), тимпаносклероза (51%) и стойкой перфорации (40%) [8]. Данные факты, а также высокая вероятность самоизлечения при ЭСО, говорят о том, что хирургический метод следует применять более ограниченно.

Таким образом на первый план в лечении ЭСО выходит консервативное лечение, которое включает применение десенсибилизирующих, антибактериальных, противоотечных, муколитических, сосудосуживающих и ряда других препаратов. Применение каждой группы препаратов, опять же, широко дискутируется, так по данным Американской ассоциации оториноларингологов антибиотикотерапия является эффективной в 14% случаев ЭСО. Бесспорной является лишь целесообразность назначения антигистаминных препаратов и деконгестантов.

Принимая во внимание тот факт, что в патогенезе данного патологического состояния ключевую роль играет нарушение функций слуховой трубы [1], в консервативном лечении ЭСО целесообразно использовать методы, направленные на борьбу с тубарной дисфункцией. Исторически предлагалось множество методов для восстановления вентиляционной функции слуховой трубы, но наибольшее распространение получили: продувание слуховой трубы по Политцеру и самопродувание по методу Вальсальва. Данные методы являются довольно эффективными, но иногда их применение ограничено в силу определенных индивидуальных, социальных, возрастных особенностей пациента. Кроме того, при их применении, зачастую бывает сложно контролировать процесс раскрытия слуховой трубы, особенно у детей. В таких случаях широко применяются специально разработанные устройства для самопродувания слуховой трубы [5, 6, 12] Олива, соединенная с тонкостенным резиновым шариком, вводится в преддверие носа с одной стороны (Рис. 2). Вторая половина носа блокируется прижатием крыла носа к носовой перегородке. Пациент выполняет пробу Вальсальва, при этом резиновый шарик надувается воздухом, выходящим из одной ноздри через оливу. В носоглотке повышается давление, слуховая труба открывается, и давление в среднем ухе выравнивается с атмосферным.



Рис. 2. Устройство для самопродувания слуховой трубы в действии.

После окончания пробы воздух пассивно перемещается из шарика в полость носа, вновь повышая давление в носоглотке и повторно раскрывая слуховую трубу. Подобное «самопродувание» слуховой трубы проводится 3–4 раза в день, в течение двух недель. Одновременно допускается применение медикаментозной терапии в виде антигистаминных препаратов, деконгестантов по стандартным схемам. Эффективность лечения оценивается по данным отомикроскопии и тимпанометрии в динамике.

Одним из главных аргументов против применения устройств для самопродувания слуховой трубы был теоретический риск переноса бактерий из носоглотки в среднее ухо и возможность перфорации барабанной перепонки. В клинических исследованиях доказано, что острый отит развился только у 2% пролеченных с использованием устройств для самопродувания слуховой трубы, тогда как в группе контроля – у 5,5%; перфораций перепонки не произошло ни у одного ребенка. Эффективность лечения по данным литературы достигает 52–63%. Правильное проведение лечения достигается тщательным инструктированием по применению устройства.

На кафедре оториноларингологии ГОУ ВПО СибГМУ прошло апробацию устройство «Тубовент». Было исследовано 20 детей (12 мальчиков и 8 девочек) в возрасте от 3 до 12 лет с установленным диагнозом экссудативный средний отит, длительностью не менее 3-х месяцев. Контрольную группу составило 16 детей с аналогичными половозрастными характеристиками. Основным критерием включения в программу исследования был В-тип тимпанограммы. Все пациенты лечились консервативно с применением антигистаминных препаратов per os (5мг/сут) и деконгестантов («Назол Бэби» 2р/д) интраназально. Пациенты исследуемой группы проводили самопродувание слуховых труб с использованием устройства «Тубовент», а пациенты контрольной группы – самопродувание по методу Вальсальва 3 раза в день. Дети наблюдались в условиях дневного стационара, контрольные отомикроскопия и тимпанометрия проводились через 2 недели и через 1 месяц после начала лечения. Из результатов исследования можно отметить, что ухудшения не зарегистрировано ни у одного пациента, а процент клинико-инструментального выздоровления составил от 56,25% (контрольная группа) до 80% (исследуемая группа). У пациентов, применявших устройство для самопродувания слуховой трубы регресс патологических явлений в полости среднего уха происходил быстрее, что можно объяснить более вероятным раскрытием слуховой трубы при использовании уст-



ройства, чем при пробе Вальсальвы, правильность выполнения и, соответственно, эффективность которой у детей контролировать сложно.

Выводы:

Несмотря на неяркою клинику, вялое течение и скудность симптоматики, экссудативный средний отит может быть причиной тяжелых осложнений, таких как хронический адгезивный средний отит, хронический гнойный средний отит, приводить к выраженному снижению слуха и инвалидизации пациентов. В то же время, ЭСО является сравнительно доброкачественным заболеванием, при котором в 50% случаев наблюдается самоизлечение, поэтому антибиотики и хирургическое дренирование среднего уха не являются первостепенными этапами терапии. В консервативном лечении ЭСО, особенно на ранних стадиях процесса, целесообразно применение устройств для самопродувания слуховой трубы в виду их безопасности и высокой эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев Ю. А. Критерии количественной оценки тубарной функции у больных секреторным средним отитом / Ю. А. Лебедев, В. Ю. Шахов // Вестн. оторинолар. – 1997. – № 3. – С. 30–34
2. Бобошко М. Ю. Слуховая труба / Бобошко М. Ю., Лопотко А. И. СПб.: Спец. Лит., 2003. – 360 с.
3. Бурмистрова Т. В. Современные этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита / Т. В. Бурмистрова // Российская оториноларингология – 2004. – № 1 (8). – С. 25–28
4. Косяков С. Я. Острый, затянувшийся и рецидивирующий отиты: выбор лечения на распутье / С. Я. Косяков, А. С. Лопатин // Консилиум медикум. – 2004. – № 4. – С. 12–16.
5. Клиническая эффективность метода самопродувания слуховой трубы при лечении экссудативного среднего отита и тубарной дисфункции у детей / А. В. Давыдов, А. В. Староха, М. М. Литвак и др. // Материалы XVII съезда оториноларингологов России. – СПб, Риа-ами. – 2006. – С. 436–437.
6. Пат. 56189 Российская Федерация, МПК8 А61М 1/00. Устройство для самопродувания слуховой трубы / «Орион» (RU), Давыдов А. В. (RU), Староха А. В. (RU), Никитин М. Ю. (RU), Архипов В. А. (RU), Литвак М. М. (RU), Хабас М. В. (RU). Заявка № 2006100196 от 10. 01. 2006, опубликовано 10. 09. 2006
7. Virolainen E., Acoustical measurement of auditory tubal opening / E. Virolainen // Bruel and Kjoer Tech. Rev. – 1980. – № 3. – P. 23–32.
8. Practice Guideline, Managing Otitis Media With Effusion in Young Children. // Pediatrics. – Nov. 1994. – Vol. 94. – № 5.
9. Tos M. Otolaryngology in Denmark 1899–1999 / M. Tos // Copenhagen. – 1999. – P. 73–90.
10. Sonotubometry findings in children at high risk from middle ear effusion / K. J. Munro, C. L. Benton, R. J. Marchbanks // Clin. Otolaryngol. – 1999. – Vol. 24. – № 3. – P. 223–227.
11. Williamson I. Otitis media with effusion / I. Williamson // Clinical Evidence. – 2001. – № 5 – P. 359–366.
12. Point Prevalence of Barotitis and Its Prevention and Treatment with Nasal Balloon Inflation: A Prospective, Controlled Study / S. -E. Stangerup, M. Klokke, S. Vesterhauge // Otolaryngology & Neurology. – 2004. – № 25 (2). – P. 89–94.

УДК 616. 22-006-089-036. 868

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ С ПОЛИМЕРНЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ

И. И. Давыдова

*Ярославская государственная медицинская академия
(Зав. каф. ЛОР болезней – проф. А. Л. Клочихин)*

Рак гортани занимает первое место среди злокачественных новообразований головы и шеи [6] Одной из актуальных задач современной онкологии является поиск эффективных методов лечения рака гортани. В последние десятилетия, в связи с внедрением в практику онкологов современных диагностических технологий, уточняющих границы опухолевого поражения, появлением новых полимерных материалов, бурное развитие получила функционально-щадящая хирургия гортани.

После появления метода полимерного эндопротезирования гортани при раке, появились новые возможности функциональной реабилитации больных в послеоперационном периоде