

УДК 616.28-002

Д.Е. ТОГУЗБАЕВА, С.А. ТАУКЕЛЕВА

Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ У ДЕТЕЙ



Тогузбаева Д.Е.

Хронический гнойный средний отит (otitis media purulenta chronica) – это хроническое гнойное воспаление среднего уха, характеризующееся триадой признаков: наличием стойкой перфорации барабанной перепонки, постоянным или периодически повторяющимся гноетечением из уха и в различной степени выраженным снижением слуха, постепенно прогрессирующим при длительном течении заболевания.

Цель исследования – разработка лечебно-диагностического алгоритма при ХГСО, эффективного способа консервативного воздействия на воспалительный процесс в среднем ухе, а также обоснование прогностических критериев течения и исхода этого заболевания.

Материал и методы. Исследования проведены на клинической базе кафедры оториноларингологии в рамках целевой программы кафедры по изучению распространенности гнойных отитов среди детского населения города Алматы в периоды с 2012 по 2014 годы.

Результаты и обсуждение. Изучение уровня заболеваемости ХГСО в структуре ЛОР-патологии детского возраста в г. Алматы показало, что заболеваемость воспалительной патологией среднего уха в исследуемый период увеличилась в 1,6 раза.

Выводы. Часто болеющие дети (ОРВИ, грипп и т.д.) до 3-х лет с несколькими эпизодами острого гнойного среднего отита, неблагоприятной наследственностью,отягощенными пренатальными факторами. Детей с обострением эпи- и эпимезотимпанита следует незамедлительно направлять в стационар, где после посева отделяемого из уха для идентификации характера микрофлоры и определения её чувствительности к антибиотикам будет назначено адекватное лечение, направленное на купирование явлений обострения посредством применения адекватных антибиотиков и иммуномодуляторов. При эпи- и эпимезотимпаните с небольшой холестеатомой показано проведение раздельной аттико-антротомии с тимпанопластикой с тщательным удалением матрикса холестеатомы, но с обязательной ревизией барабанной полости и антрума через 1 год, поскольку холестеатомный процесс в различных возрастных периодах у детей характеризуется большой склонностью к рецидивированию. Эпи- и эпимезотимпанит с распространенной холестеатомой подлежит обязательному хирургическому лечению с проведением консервативно-кальканальной операции во избежание развития внутричерепных осложнений.

Ключевые слова: отит, хронический гнойный средний отит, перфорация барабанной перепонки, снижение слуха, холестеатома.

По данным авторов современных исследований, хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) страдает от 1,5 до 4% населения в мире, из них дети составляют 1,5%. В условиях современного развивающегося Казахстана данная патология все так же не потеряла своей злободневности [1, 4, 13].

Хронический гнойный средний отит (otitis media purulenta chronica) – это хроническое гнойное воспаление среднего уха, характеризующееся триадой признаков: наличием стойкой перфорации барабанной перепонки, постоянным или периодически повторяющимся гноетечением из уха и в различной степени выраженным снижением слуха, постепенно прогрессирующим при длительном течении заболевания [1].

ХГСО может протекать в нескольких вариантах. Более благоприятная форма – мезотимпанит, при котором имеется изолированное воспаление слизистой оболочки слуховой трубы, мезо- и гипотимпанума [3, 6]. В структуре ХГСО у детей мезотимпанит занимает ведущее место и

составляет больше половины всех случаев этого заболевания [4]. Другая форма, эптитимпанит, на который приходится около 20% случаев ХГСО, характеризуется более тяжелым по сравнению с мезотимпанитом течением. При эптитимпаните преимущественно поражаются верхний этаж барабанной полости (аттик) и сосцевидный отросток, причем при этой форме ХГСО обязательно имеет место кариес костных стенок барабанной полости, антрума, слуховых косточек, может формироваться холестеатома. Около 30% ХГСО приходится на смешанную форму – эпимезотимпанит [5, 11, 15].

Среди факторов, оказывающих влияние на развитие и течение ХГСО у детей, важную роль играют различного рода отклонения в антенатальном и постнатальном периодах развития. Известны только предрасполагающие факторы, которыми являются анатомо-физиологические особенности среднего уха у детей [1, 2, 3, 4].

Для развития хронического гнойного воспаления среднего уха необходимо неблагоприятное сочетание

Контакты: Тогузбаева Динара Еркеновна, канд. мед. наук, доцент кафедры оториноларингологии, АО КазМУНО, г. Алматы. Тел. +7 700 770 05 77, +7 701 785 66 18, e-mail: toguzbayeva@list.ru

Contacts: Dinara Yerkenovna Toguzbayeva, Candidate of Medical Science, Associate Professor of the Department of Otorhinolaryngology of KazMUNO JSC, Almaty c. Ph. +7 700 770 05 77, +7 701 785 66 18, e-mail: toguzbayeva@list.ru

нескольких факторов, к которым относятся: наличие инфекционного агента, угнетение общего и местного специфического и неспецифического иммунитета, дисфункция слуховой трубы, социально-экономические условия и другие общие и местные факторы [9, 12, 13, 14].

При ХГСО жалобы детей (со слов мам), как правило, сводятся к снижению слуха и гноетечению из уха. Иногда заболевание может иметь вялое, бессимптомное течение, и жалобы появляются только при обострении процесса либо при развитии осложнений.

При ХГСО у детей в большинстве случаев отмечается кондуктивная форма тугоухости, гораздо реже – смешанная. В основном имеет место значительная степень тугоухости – повышение слуховых порогов при воздушном звукопроведении на 30–60 дБ, а при костном – на 5–15 дБ [18, 19, 20].

Хронический гнойный средний отит может протекать в двух вариантах. В первом случае имеют место сухая перфорация барабанной перепонки и стойкое снижение слуха. И лишь при обострении появляются выделения из уха, сопровождающиеся повышением температуры, болью в ухе, признаками общей интоксикации. При втором варианте у детей при хорошем общем состоянии постоянно имеются гнойные или слизистые выделения из уха, которые при обострении усиливаются и сопровождаются, как и в первом случае, общими симптомами интоксикации [15, 16, 21, 22].

Существующие многочисленные способы консервативного лечения детей с мезотимпанитом и лекарственные средства, применяемые с этой целью, не всегда столь эффективны в достижении [6, 8, 10, 17].

Цель исследования – разработка лечебно-диагностического алгоритма при ХГСО, эффективного способа консервативного воздействия на воспалительный процесс в среднем ухе, а также обоснование прогностических критериев течения и исхода этого заболевания.

Материал и методы

Исследования проведены на клинической базе кафедры оториноларингологии в рамках целевой программы кафедры по изучению распространенности гнойных отитов среди детского населения города Алматы в периоды с 2012 по 2014 годы.

Проводилось исследование 139 пациентов, страдающих различными формами хронического гнойного среднего отита. При этом исследованы состояние и функции 159 ушей. Этих больных мы выделили в первую группу.

Вторую группу (сравнения) составили 86 пациентов (14), (101 ухо, n), также страдавших различными формами ХГСО – состояние их было оценено по материалам архивированных историй болезни. Этим детям были проведены различные виды консервативного и хирургического лечения в период с 2011 по 2014 гг. в лор-отделении Детской городской клинической больницы №5.

Дизайн обследования пациентов включал осмотр ЛОР-органов, эндоскопию полости носа, носоглотки и

уха, аудиологическое исследование. Всем больным детям проводилось рентгеновское исследование височных костей в классических проекциях и выполнялось их КТ-исследование. Исследовалось также состояние вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы и его влияние на результаты лечения детей.

При этом применялись следующие методы исследования: общеклинические, рентгенологические, компьютерно-томографические, аудиологические.

Распределение обследованных детей по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение детей, страдающих ХГСО, по полу и возрасту (n = 285)

Группа	Пол	Возрастной период				
		3-7	7-11	11-18	N	%
I группа (основная) ОМ = 139)	Мальчики	11	17	62	90	64,7
	Девочки	3	10	36	49	35,3
II группа (контрольная) ОМ = 86)	Мальчики	5	16	26	47	54,7
	Девочки	3	12	24	39	45,3
III группа (здоровые дети) ОМ = 60)	Мальчики	10	10	10	30	50
	Девочки	10	10	10	30	50

Из таблицы 1 видно, что в основном были обследованы дети 2-го (младший школьный возраст) и 3-го (старший школьный возраст) возрастных периодов. Причем мальчики страдали ХГСО чаще (P <0,001) – в первой (основной) группе их было 64,7%, во второй – 54,7%, чем девочки.

Длительность заболевания у детей составила от 3 до 14 лет, причем их наибольшее количество (78,5%) заболело ХГСО в ясельном периоде, т.е. в возрасте от 1 до 3-х лет.

Согласно классификации И.И. Потапова (1961) ХГСО в зависимости от характера воспалительного процесса в среднем ухе, локализации и размеров перфорации барабанной перепонки подразделяется на три формы:

1) мезотимпанит, для которого характерно только разной степени выраженности хроническое катаральное воспаление слизистой оболочки (мукозит) среднего и нижнего отделов барабанной полости (мезо- и гипотимпанума), а центральный дефект (передний, задний, субтотальный) барабанной перепонки располагается в её натянутой части (рис. 1);

2) эптитимпанит, характеризующийся кариозно-грануляционным процессом (часто с холестеатомой) в надбарабанном пространстве (аттике) барабанной полости, при котором перфорация локализуется в ненапрянутой части барабанной перепонки (рис. 2);

3) эпимезотимпанит (тотальный тимпанит), при котором наблюдаются отоскопические изменения, присущие первым двум формам ХГСО, и воспалительный процесс носит смешанный характер.

Как видно из представленной таблицы 2, как в основной, так и контрольной группах больных преобладающей формой ХГСО являлся мезотимпанит – 64,8% и 48,5% соответственно, тогда как эптитимпанит наблюдался в 23,9%



Рисунок 1 – Эндоскопическая картина барабанной перепонки больного с диагнозом: левосторонний хронический гнойный мезотимпанит вне обострения (центральная перфорация барабанной перепонки)



Рисунок 2 – Эндоскопическая картина барабанной перепонки больного с диагнозом: левосторонний хронический гнойный эпитимпанит (в стадии обострения)

Таблица 2 – Распределение детей с ХГСО в зависимости от его формы (S = 225, n = 260)

Форма ХГСО	Группа обследованных больных (ушей)			
	основная группа (S = 139)		Контрольная группа (S= 86)	
	количество ушей (n)	%	количество ушей (n)	%
Мезотимпанит	103	64,8	49	48,5
Эпитимпанит	38	23,9	36	35,6
Эпимезотимпанит	18	11,3	16	15,9
Всего	159	100	101	100

и 35,6%, а эпимезотимпанит – в 11,3% и 15,9% случаев соответственно.

У детей основной группы, страдающих ХГСО, со стороны ЛОР-органов были выявлены следующие сопутствующие заболевания:

1. С мезотимпанитом – аденоиды 2-3 степени, аденоиды 1 степени с явлениями хронического аденоидита, острый гнойный синусит, хронический тонзиллит токсикоаллергическая форма 2, вазомоторный ринит;

2. С эпи- и эпимезотимпанитом – аденоиды 2-3 степени, аденоиды 1 степени с явлениями хронического аденоидита, острый гнойный синусит, хронический тонзиллит токсико-аллергическая форма 2, вазомоторный ринит.

Результаты и обсуждение

Изучение уровня заболеваемости ХГСО в структуре ЛОР-патологии детского возраста в г. Алматы показало, что заболеваемость воспалительной патологией среднего уха в исследуемый период увеличивалась в 1,6 раза.

Слуховая функция у детей с хроническим гнойным средним отитом характеризуется кондуктивной тугоухостью при мезотимпаните и смешанной тугоухостью со слуховыми порогами по костному звукопроведению $5,0 \pm 0,6$ дБ и $10,0 \pm 1,8$ дБ – при эпи- и эпимезотимпаните со-

ответственно при их длительном течении, 100% разборчивостью речи без феномена ускоренного нарастания громкости; при этом вестибулярная функция у них не страдает.

У больных с хроническим гнойным средним отитом при мезотимпаните умеренно нарушаются вентиляционная (III-IV степени – у 70,9%) и дренажная (2-3 степени – у 70,9%) функции слуховой трубы, при эпи- и эпимезотимпаните они изменены в большей степени; при этом выявлена корреляционная зависимость состояния функций слуховой трубы.

Выводы

1. Часто болеющие дети (ОРВИ, грипп и т.д.) до 3-х лет с несколькими эпизодами острого гнойного среднего отита, неблагоприятной наследственностью, отягощенными пренатальными (курение матери, употребление ею алкогольных напитков во время беременности, перенесенные в этот период инфекционные вирусные заболевания, недоношенность ребенка, осложнения во время беременности и родов), а также перинатальными факторами (конъюгационная желтуха, внутриутробная гипотрофия, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, ферментопатия и др.) должны быть выделены в группу повышенного риска развития хронического гнойного среднего отита и взяты на диспансерное наблюдение в поликлинике.

2. Детей с обострением эпи- и эпимезотимпанита следует незамедлительно направлять в стационар, где после посева отделяемого из уха для идентификации характера микрофлоры и определения её чувствительности к антибиотикам будет назначено адекватное лечение, направленное на купирование явлений обострения посредством применения адекватных антибиотиков и иммуномодуляторов.

3. При эпи- и эпимезотимпаните с небольшой холестеатомой показано проведение раздельной аттико-антротомии

с тимпанопластикой с тщательным удалением матрикса холестеатомы, но с обязательной ревизией барабанной полости и антрума через 1 год, поскольку холестеатомный процесс в различных возрастных периодах у детей характеризуется большой склонностью к рецидивированию.

4. Эпи- и эпимезотимпанит с распространенной холестеатомой подлежит обязательному хирургическому лечению с проведением консервативно-радикальной операции во избежание развития внутричерепных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бобошко М.Ю., Лопотко А.И. Слуховая труба. – СПб.: Спецлит, 2003. – 360 с.

2 Борзяк Э.И., Волкова Л.И., Добровольская Е.А. и др.; Анатомия человека. Под ред. Сапина М.Р. – 4-е изд., стереотипное. – М.: Медицина, 1997. – 560 с.

3 Енин И.П., Моренко В.М., Карпов В.П., Ягода И.Л., Сиволова Н.А., Енин И.В., Агранович В.И. Реабилитация детей с заболеваниями уха. – Ставрополь: СтГМА, 2004. – 199 с.

4 Загорянская М.Е., Румянцева М.Г., Дайняк Л.Б. Нарушение слуха у детей: эпидемиологическое исследование // Вестн. оториолар. – 2003. – № 6. – С. 7-10

5 Зликович Е.И. Предоперационная компьютерная томография височных костей // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2001. – № 6. – С. 10-15

6 Ajalloueyan M. Experience With Surgical Management of Cholesteatomas // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.- 2006. – № 9. – Vol. 132. – P. 931-933

7 Araujo M.F.S., Oliveira C.A., Bahmad Jr F.M. Intratympanic dexamethasone injections as a treatment for severe, disabling tinnitus // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2005. – Vol. 131. – P. 113-117

8 Auinger P., Lanphear B.P., Kalkwarf H.J., Mansour M.E. Trends in otitis media among children in the United States // Pediatrics. – 2003. – Vol. 112, N9 (P. 1). – P. 514-520

9 Balle V.H., Tos M., Dang H.S., Nhan T.S., Le T., Tran K.P., Tran T.T., Vu M.T. Prevalence of chronic otitis media in a randomly selected population from two communes in southern Vietnam // Acta Otolaryngol. Suppl. – 2000. – Vol. 543. – P. 51-53

10 Couzos S., Lea T., Mueller R., Murray R., Culbong M. Effectiveness of ototopical antibiotics for chronic suppurative otitis media in Aboriginal children: a community-based, multicentre, double-blind randomised controlled trial // Med. J. Aust. – 2003. – Vol. 179, N4. – P. 185-90

11 El-Kashlan H.K., Harker L.A., Shelton C., Aygun N., Niparko J.K. St. Louis: Mosby, Elsevier; 2010. Complications of temporal bone infections; P. 1979–1998

12 Forsen J.W. Chronic disorders of the Middle Ear and Mastoid // In: Pediatric Otolaryngology. – Thieme, New York, 2000. – P. 281-304

13 Godinho R.N., Goncalves T.M., Nunes F.B., Becker C.G., Becker H.M., Guimaraes R.E., Sanfins F., Colosimo E.A., Oliveira R.G., Lamounier J.A. Prevalence and impact of chronic otitis media in school age children in Brazil. First epidemiology study concerning chronic otitis media in Latin America // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2001. – Vol. 61, N3. – P. 223-232

14 Lin Y.S., Lin L.C., Lee F.P., Lee K.J. The prevalence of chronic otitis media and its complication rates in teenagers and adult patients. Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;140: 165–170. doi: 10.1016/j.otohns.2008.10.020. pmid:19201282

15 Nelson H.M., Daly K.A., Davey C.S., Himes J.H., Synder D.J., Bartoshuk L.M. Otitis media and associations with overweight status in toddlers. Physiol Behav. 2011;102: 511–517. doi: 10.1016/j.physbeh.2011.01.002. pmid:21236280

16 Nguyen L.H., Manoukian J.J., Yoskovitch A., Al-Sebeih K.H. Adenoidectomy: selection criteria for surgical cases of otitis media // Laryngoscope. – 2004. – Vol. 114, N5. – P. 863-866

17 Vohra S., Johnston B.C., Cramer K., Humphreys K. Adverse events associated with pediatric spinal manipulation: a systematic review // Pediatrics. – 2007. – N119. – P. e275–e283. [PubMed]

18 Pichichero M.E. Acute otitis media: part I. Improving diagnostic accuracy // Am Fam Physician. – 2000. – N61. – P. 2051–2056. [PubMed]

19 Godwin M., Ruhland L., Casson I., MacDonald S., Delva D., Birtwhistle R. Pragmatic controlled clinical trials in primary care: the struggle between external and internal validity // BMC Med Res Methodol. – 2003. – N3. – P. 28. [PubMed]

20 Gartlehner G., Hansen R.A., Nissman D., Lohr K.N., Carey T.S. AHRQ Publication No. 06-0046. 2006. Criteria for distinguishing effectiveness from efficacy trials in systematic reviews. [PubMed]

21 Wanna G.B., Dharamsi L.M., Moss J.R., Bennett M.L., Thompson R.C., Haynes D.S. Contemporary management of intracranial complications of otitis media // Otol Neurotol. 2010. – Vol. 31(1). – P. 111–117. [PubMed]

22 Zhang Y., Xu M., Zhang J., Zeng L., Wang Y., Zheng Q.Y. Risk factors for chronic and recurrent otitis media-a meta-analysis // PLoS One. – 2014. – N9. – P. e86397. doi: 10.1371/journal.pone.0086397. pmid:24466073

ТҰЖЫРЫМ

Д.Е. ТОҒЫЗБАЕВА, С.А. ТӘУКЕЛЕВА

Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Алматы қ.

БАЛАЛАРДАҒЫ СОЗЫЛМАЛЫ ОРТАҢҒЫ ҚҰЛАҚ ҚАБЫНУЫНА ЗАМАНАУИ КӨЗҚАРАС

Созылмалы ортаңғы құлақ қабынуы – бұл негізгі үш белгімен сипатталатын ауру: дабыл жарғағының тұрақты тесілуі, тұрақты немесе ауыспалы ірің ағуы мен есту қабілетінің төмендеуі.

Зерттеу мақсаты. Созылмалы отит кезіндегі емдік-диагностикалық шараларды жүйелеу мен консервативті ем шараларын қалыптастыру.

Материал және әдістері. Зерттеу Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университетінің клиникалық базасында жүргізілді. Зерттеу 2012-2014 жылдары балалар арасындағы созылмалы іріңді отиттердің таралу мәселесіне арналған бағдарлама аясында жүргізілді.

Нәтижелері және талқылауы. Алматы қаласының балалар арасындағы ҚМТ ауруларының таралуын зерттеу ортаңғы құлақ ауруларының 1,6 ретке көбейгендігін көрсетті.

Қорытынды. Жиі ауыратын 3 жасқа дейінгі балалар категориясында созылмалы іріңді отит жиі кездеседі. Эпимезотимпаниттері бар балаларды шұғыл түрде стационарға жеткізу – дер кезіндегі көмек көрсетуге бағытталады.

Негізгі сөздер: отит, созылмалы іріңді орташа отит, дабыл жарғағының тесілуі, есту қабілетінің төмендеуі, холестеатома.

SUMMARY

D.E. TOGUZBAYEVA, S.A. TAUKELEVA

Kazakh Medical University Continuing Education, Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty c.

MODERN IDEAS OF OTITIS MEDIA PURULENTA CHRONICA AT CHILDREN

Otitis media purulenta chronica is a chronic purulent inflammation of middle ear, which is characterized by the following features: resistant perforation of eardrum, permanent or periodic suppuration from the ear that is represented in hearing decline at different stage, gradually progressing upon long course of disease.

The investigation objective is a development of medical-diagnostic algorithm upon chronic otitis media, effective method

of conservatic influence on inflammatory process in middle ear, and clarification of predictor criteria for the course and results of this disease.

Material and methods. The investigation was performed on clinical base of the chair of otolaryngology in the framework of chair's campaign to study a prevalence of purulent otitis among children in Almaty in the period 2012-2014 yy.

Results and discussion. Study of the level of chronic otitis media sickness rate in the structure of ENT-pathology among children in Almaty showed that sickness rate of inflammatory pathology of middle ear within the investigated period has been increased in 1,6 times.

Conclusions. Frequently ill children (SARS, flu, etc) older than 3 years old with several episodes of acute purulent otitis media, unfavorable heredity, weighed down by perinatals.

Key words: *otitis, chronic otitis media, perforated eardrum, hearing loss, cholesteatoma.*

Для ссылки: Тогузбаева Д.Е., Таукелева С.А. Современные представления о хроническом гнойном среднем отите у детей // Журн. Медицина (Medicine Almaty). – 2015. – №6 (156). – С. 35-39
Статья поступила в редакцию 28.05.2015 г.