

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СЕРОЗНОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ У ДІТЕЙ

Проф. Г. І. ГАРЮК¹, доц. О. О. КУЛКОВА¹, Ю. В. ЛОЗОВА², А. В. ЧУМАКОВА¹, В. Л. ДАВИДЕНКО¹

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти,

² Миська клінічна лікарня № 30, Харків, Україна

Проведено аналіз архівного матеріалу, який показав зростання як загальної кількості гострих середніх отитів по роках, так і збільшення кількості секреторного середнього отиту, що потребує негайного повноцінного лікування (у тому числі хірургічного) для профілактики переходу його в більш тяжкі форми. Установлено поширену інфікованість вірусом Епштейна – Барр, що потребує, окрім традиційних втручань, специфічного лікування.

Ключові слова: секреторний середній отит, етіологія, обстеження, лікування.

У кожній спеціальності існують проблеми, вирішення яких може бути віднесене до найактуальніших. У дитячій оториноларингології це серозний середній отит (ССО). Незважаючи на різноманітні підходи до лікування захворювання і численні дослідження, останніми роками спостерігається абсолютно чітка тенденція до збільшення хворих на цю патологію [1–3].

Установленим фактом є поліетіологічність ССО і залежність його клінічної картини від переважаючого фактора [4, 5]. Багато авторів займалися вивченням цієї проблеми у різних аспектах, результатом чого стало визначення основних причин розвитку ССО. Серед етіологічних факторів обговорюються тубарна дисфункція [1, 4], імунологічні [5, 6], алергічні [4, 7].

Фахівці активно дискутують питання про роль гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), у тому числі її рецидивних форм, що запускає ССО [5, 6, 8, 9]. Крім того, не викликає сумнів зв'язок захворювання з герпес-вірусними інфекціями, зокрема, з вірусом Епштейна – Барр (ВЕБ), що частіше виявляється у дитячому віці [4, 5, 10, 11].

ССО – захворювання, для якого характерними є накопичення ексудату в порожнинах середнього вуха на тлі асептичного запалення і наявність кондуктивної приглухуватості I–II ступеня. Відсутність больового синдрому у клініці хронічного ССО, легкі порушення слуху на ранніх стадіях захворювання ускладнюють діагностику та відтермінують початок лікування. Несвоєчасно проведені діагностика і лікування можуть призвести до розвитку адгезивного процесу у середньому вусі, приглухуватості кондуктивного, а іноді й змішаного типу. У дітей раннього віку це може спричинити затримку мовного розвитку.

Незважаючи на широку дискусію у літературі з питань етіології та патогенезу серозного отиту, дотепер є відмінності у поглядах на природу захворювання, а отже, відсутні чіткі показання до вибору тактики лікування.

Більшість авторів [1–3, 7] розрізняють чотири стадії ССО:

1-а – катаральна, при якій поряд із консервативним лікуванням використовуються хірургічні методи: тимпанопункція або міринготомія з шунтуванням тимпанальної порожнини, аденотомія (за показаннями) [1–3, 9, 12];

2-а – серозна, яка потребує негайного лікування з метою профілактики її переходу в більш тяжкі форми;

3-я – мукозна, при якій консервативне лікування є малоефективним;

4-а – фіброзна, при якій ефективним є тільки специфічне хірургічне лікування [2, 3, 9, 12].

Ми у своїй роботі користуємося саме цією класифікацією.

Резюмуючи зазначене, можна зробити висновок, що проблема ССО у дітей актуальна, а вирішення питань ранньої діагностики та своєчасного консервативного і хірургічного лікування допоможе попередити розвиток стійких уражень слуху у таких пацієнтів.

Мета дослідження – проаналізувати частоту ССО у дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні у клініці Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО) (Миська клінічна лікарня № 30, Харків) у 2013–2016 рр., ефективність алгоритму лікування цього захворювання, а також окреслити шляхи його удосконалення.

Ми проаналізували архівні дані дітей із ССО, які перебували на лікуванні у клініці ХМАПО – Миській клінічній лікарні № 30 у 2013–2016 рр. Нозологічні форми гострих середніх негнійних отитів та їх кількість по роках подано у табл. 1.

Відзначено зростання як загальної кількості гострих середніх отитів по роках, так і збільшення кількості 2-ї стадії ССО, яка потребує негайного повноцінного лікування для профілактики переходу її в більш тяжкі форми. Кількість мукозних отитів не змінилася, а відсутність 4-ї (фіброзної) стадії можна пояснити недосконалістю діагностики, бо відсутність болю і легкий ступінь

Таблиця 1

Різновиди гострих середніх негнійних отитів у дітей

Різновиди отитів	Роки				
	2013	2014	2015	2016	Усього
Гострі середні негнійні отити (загальна кількість)	579	593	716	738	2626
Гострий середній катаральний отит (1-а стадія ССО)	87	109	71	88	355
Секреторний середній отит (2-а стадія)	133	254	261	264	912
Мукозний середній отит (3-я стадія)	5	7	7	6	25
Хворі із установленим шунтом барабанної перетинки	3	5	6	5	19

Таблиця 2

Кількість аденотомій, проведених під загальною анестезією з тимпанопункцією барабанних перетинок, і тимпанопункції барабанних перетинок під місцевою анестезією

Кількість оперативних втручань	Роки				
	2013	2014	2015	2016	Усього
Аденотомії, проведені під загальною анестезією	1028	781	807	731	3347
Тимпанопункції барабанних перетинок, проведені під час аденотомій	184 (18,0%)	118 (15,1%)	95 (11,8%)	131 (17,9%)	528 (15,8%)
Тимпанопункції барабанних перетинок, проведені під місцевою анестезією	29 (2,8%)	48 (6,1%)	59 (7,3%)	38 (5,1%)	164 (4,9%)

Примітка. % — кількість тимпанопункцій барабанних перетинок від загальної кількості проведених аденотомій.

приглухуватості обумовлюють запізнілу діагностику цієї форми отиту. Її виявлення примушує батьків звертатися з хворими дітьми до спеціалізованих відділень слухопокращуючого хірургічного лікування. Таким чином, проблема лікування ССО у дітей повністю не вирішена, кількість пацієнтів не зменшується, захворювання потребує більш ранньої та головне — диференційованої діагностики, оскільки тільки аденотомії недостатньо для вирішення проблеми профілактики рецидивів захворювання.

Цікава статистика нашої клініки щодо використання первинних аденотомій з одночасною тимпанопункцією у дітей по роках і тимпанопункцій, проведених під місцевою анестезією (табл. 2). У цілому ми користуємося алгоритмом лікування, розробленим Г. Е. Тіменом та ін. [2]. Але у нашій клініці традиційно застосовується більш агресивна тактика лікування хворих ССО 2-ї стадії. У майже 80% випадків за згодою батьків ми виконуємо тимпанопункцію барабанних перетинок після підтвердження діагнозу ССО на основі вивчення анамнезу хвороби, класичного огляду ЛОР-органів, імпедансометрії, аудіометрії, ендоскопії носа і носоглотки (за можливості контакту з дитиною). Обов'язково береться до уваги термін захворювання, амбулаторне лікування, якщо воно було, а також ступінь приглухуватості. Якщо консервативного лікування не проводили або аудіограма показує невелике зниження слуху

(до 20–25 дБ за кондуктивним типом приглухуватості), то дитині призначається курс консервативного лікування, спрямований на санацію носоглотки і відновлення прохідності слухової труби. Якщо через 7–10 дн лікування позитивна динаміка не спостерігається, батькам пропонують провести дитині тимпанопункцію. Найбільш зручно це виконується під загальною анестезією під час першого етапу лікування: аденотомії під контролем ендоскопії (якщо дитині раніше аденотомія не проводилася). Одночасно з аденотомією проводиться тимпанопункція барабанних перетинок й диференціюються серозна і мукозна стадії процесу у порожнинах середнього вуха. Мукозна стадія ССО у більшості випадків після курсу неекстремального консервативного лікування потребує встановлення шунта барабанної перетинки. Однак ми згодні з точкою зору проф. Г. Е. Тімена зі співавт. [2], що шунт не треба встановлювати одразу після встановлення діагнозу без проведення курсу консервативного лікування. Групі дітей з діагнозом ССО, яким раніше було видалено носоглотковий мигдалик і які не мають показань до повторного втручання (аденотомії), а лише інші етіологічні фактори виникнення захворювання, тимпанопункцію барабанних перетинок виконують під місцевою анестезією. У більшості випадків ССО у цього контингенту хворих виникає повторно (це найбільш складні для лікування рецидивні форми ССО). Місцевою анестезією доцільно проводити

у вигляді супраеатальної вушної блокади, оскільки ендауральна зменшує і без того вузький слуховий прохід у дітей. Місцевій анестезії передуює медикаментозна премедикація.

Аналіз показників проведення аденотомій по роках (у 2013 р. — 1028, у 2016 р. — 731) відображає загальну тенденцію до більш зваженого підходу до цієї операції і покращання діагностики інших етіологічних факторів, що передують виникненню ССО. Усі тимпанопункції барабаних перетинок, проведені під місцевою анестезією, виконані у 38 дітей, яким вже видалили носоглотковий мигдалик у попередні роки, але це не запобігло виникненню ССО повторно. У цих пацієнтів як етіологічний фактор, що призвів до рецидиву ССО, встановлено порушення тубарної функції, яка є обов'язковим компонентом. Причинами цього є: імунологічні порушення, підтверджені імунограмою сироватки крові, алергічні та запальні захворювання носу й носоглотки (хронічний риніт, гострий і хронічний синусит, хронічний епіфарингіт).

Діти з рецидивами ССО після проведених аденотомій, тимпанопункції і курсу консервативного лікування є найскладнішими у діагностичному плані, тому що в цих випадках треба встановити конкретну причину рецидиву ССО. Ми вважаємо доцільним виконання поглибленого вірусологічного дослідження їх носоглотки. Якщо раніше усі ГРВІ пов'язувалися з респіраторними вірусами, то останнім часом все більше авторів верифікують герпес-віруси як такі, що провокують загострення епіфарингіту, блокування глоткового отвору слухової труби і рецидив ССО. Загальновідома тропність ВЕБ до лімфоїдних клітин носоглотки та інфікування цим вірусом у дитячому віці. Дослідження епіфарингітів, етіологічно пов'язаних з ВЕБ як у дітей [8], так і у дорослих [9, 13], не показують його зв'язок з рецидивами ССО. У нашій клініці 38 дітей, яким було проведено тимпанопункцію барабаних перетинок при рецидивному

ССО у 2016 р., обстежувалися на інфікованість ВЕБ. Досліджувалися специфічні антитіла до ВЕБ у сироватці крові методом імуноферментного аналізу. Установлено, що 28,9% обстежених дітей були інфіковані цим вірусом. Це потребує, окрім традиційних втручань, специфічного лікування. Отже, дослідження у цьому напрямку мають бути продовжені.

За результатами проведеного ретроспективного дослідження було зроблено такі висновки.

Аналізуючи дані архівного матеріалу, ми виявили зростання як загальної кількості гострих середніх отитів по роках (у 2013 р. — 579, у 2016 р. — 738), так і збільшення кількості випадків 2-ї стадії ССО (у 2013 р. — 133, у 2016 р. — 264), яка потребує негайного повноцінного лікування для профілактики переходу її в більш тяжкі форми.

Змінилася статистика проведених у нашій клініці первинних аденотомій з одночасною тимпанопункцією барабаних перетинок у дітей по роках і тимпанопункцій, виконаних під місцевою анестезією (у 2013 р. — 1028, у 2016 р. — 731), що відображає загальну тенденцію до більш зваженого підходу до цієї операції і покращання діагностики інших етіологічних факторів виникнення ССО.

Усі тимпанопункції барабаних перетинок, проведені під місцевою анестезією, виконані у дітей, яким уже видалили носоглотковий мигдалик у попередні роки, але це не запобігло виникненню ССО повторно.

Діти, яким проведено тимпанопункцію барабаних перетинок при рецидивному ССО у 2016 р., були обстежені на інфікованість ВЕБ. Установлено, що 80% пацієнтів були інфіковані цим вірусом, що потребувало, окрім традиційних втручань, специфічного лікування.

Корекція зазначених факторів є перспективою досягнення стійкої ремісії та видужання з повним відновленням слухової функції у даного контингенту пацієнтів.

Список літератури

1. Лайко А. А. Секреторний середній отит / А. А. Лайко, Д. І. Заболотний, І. І. Горішний. — К.: Логос, 2005.— 120 с.
2. Підвищення ефективності лікування дітей з хронічним секреторним середнім отитом / Г. Е. Тімен, В. М. Писанко, Б. М. Миронюк [та ін.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб.— 2016.— № 5.— С. 144.
3. Сучасні підходи до діагностики і лікування хронічного секреторного середнього отиту / Ю. О. Сушко, О. М. Борисенко, І. А. Сребняк, М. М. Моргун // Журн. вушних, носових і горлових хвороб.— 2014.— № 5.— С. 142–143.
4. Горішний І. І. Роль верхніх дихальних шляхів в етіології і патогенезі хронічного секреторного середнього отиту / І. І. Горішний // Матеріали Х з'їзду оториноларингологів України; Судак, 2005.— К.: Преса України, 2005.— С. 279–280.
5. Особенности течения заболеваний среднего уха при хронической рецидивирующей Эпштейна — Барр вирусной инфекции / И. Е. Коленова [и др.] // Материалы 2-го национального конгресса аудиологов (Суздаль — Москва, 2007).— М., 2007.— С. 130–131.
6. Савенко И. В. Роль Эпштейна — Барр вирусной инфекции в формировании патологии ЛОР-органов в детском возрасте / И. В. Савенко, Е. А. Комарова // Рос. оториноларингология.— 2007.— № 6.— С. 138–144.
7. Савенко И. В. Экссудативный средний отит / И. В. Савенко, М. Ю. Бобошко, А. И. Лопотко.— СПб.: Диалог, 2010.— 80 с.
8. Butler C. C. The Etiology, Pathophysiology, and Management of Otitis Media with Effusion / C. C. Butler, R. G. William // Curr. Infect. Dis. Rep.— 2003.— Vol. 5, № 3.— P. 205–212.
9. Pereira M. B. Tympanostomy tube sequelae in children with otitis media with effusion: a three-year follow-up

- study / M. B. Pereira, D. R. Pereira, S. S. Costa // Rev. Bras. Otorinolaringol. (Engl. ed).— 2005.— Vol. 71, № 4.— P. 415–420.
10. *Молочок Ю. А.* Актуальные вопросы клинического течения Эпштейна — Барр вирусной инфекции в практике детских отоларингологов / Ю. А. Молочок, Н. Ю. Яковлева, Р. В. Мостовенко // Матеріали Х з'їзду отоларингологів України; Судак, 2005.— К.: Преса України, 2005.— С. 45–46.
11. *Попович В. І.* Перебіг епіфарингіту у осіб з хронічною ЕВІ-інфекцією / В. І. Попович, О. Б. Дикий, Г. Б. Матейко // Матер. Х з'їзду отоларингологів України; Судак, 2005.— К.: Преса України, 2005.— С. 473–474.
12. *Smith W.* How we do it: Laser reduction of peritubal adenoids in selected patient with otitis media with effusion / W. Smith, M. Yung // Clinical. Otolaryngol.— 2006.— Vol. 31, № 1.— P. 69–72.
13. *Young L. S.* Epstein — Barr virus: 40 years on / L. S. Young, A. B. Rickinson // Nat. Rev. Cancer.— 2004.— № 4 (10).— P. 757–768.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕРОЗНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Г. И. ГАРИЮК, Е. А. КУЛИКОВА, Ю. В. ЛОЗОВАЯ, А. В. ЧУМАКОВА, В. Л. ДАВИДЕНКО

Проведен анализ архивного материала, который показал возрастание как общего количества острых средних отитов по годам, так и увеличение количества секреторного среднего отита, который требует немедленного полноценного лечения (в том числе хирургического) для профилактики перехода его в более тяжелые формы. Установлено распространенное инфицирование вирусом Эпштейна — Барр, что требует, помимо обычных вмешательств, специфического лечения.

Ключевые слова: секреторный средний отит, этиология, обследование, лечение.

STATISTICAL ANALYSIS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SEROUS OTITIS MEDIA IN CHILDREN

H. I. HARIUK, O. O. KULIKOVA, Yu. V. LOZOVA, A. V. CHUMAKOVA, V. L. DAVYDENKO

The analysis of archival material revealed the increase of both the total number of acute otitis media averaged over the years, as well as the increase in the amount of secretory otitis media, which requires immediate, full-scale treatment (including surgical) to prevent its transition into more severe forms. Wide-spread infection with Epstein — Barr virus, which requires, in addition to traditional interventions, specific treatment, was established.

Key words: secretory otitis media, etiology, investigation, treatment.

Надійшла 19.09.2017