

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

**Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М.,
Исмаилова А.А., Беднякова Н.Н.**

Кафедра ЛОР болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева
Медицинский центр КГМА
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье представлены результаты обследования 85 пациентов, выявлены особенности микроотоскопии, импедансометрии и функции слуховой трубы в зависимости от формы экссудативного среднего отита и длительности процесса.

Ключевые слова: экссудативный средний отит, тимпанометрия, евстахиевая труба, отоскопия.

АЗЫРКЫ УБАКЫТТАГЫ ЭКССУДАТИВТИК ОРТО ОТИТТИН ДИАГНОСТИКАЛЫК КРИТЕРИЙЛЕРИ

**Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М.,
Исмаилова А.А., Беднякова Н.Н.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Кулак мурун жана тамак оорулар кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Котурунду: Бул статьяда 85 пациенттин текшерүүсү көрсөтүлгөн, экссудативдик орто отиттин формасына жана уланганына карата микроотоскопия, импедансометрия жана угуу тутугунун өзгөчөлүктөрү табылды.

Негизги сөздөр: экссудативтик орто отит, тимпанометрия, евстахидик тутугу, отоскопия

THE DIAGNOSTIC MEASURES OF EXUDATIVE OTITIS MEDIA AT THE MODERN PERIOD

**Nasyrov V.A., Izaeva T.A., Islamov I.M.,
Ismailova A.A., Bednyakova N.N.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy
ENT- department
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article presents the results of examinations of 85 patients, microtscopy peculiarities, impedansometry and function of the auditory tube, depending on the form of exudative otitis media and processing time.

Key words: exudative otitis media, tympanometry, eustachian tube, otoscopy.

Введение

В последние годы возросло количество больных с негнойными заболеваниями среднего уха, среди которых наибольшее внимание привлекает экссудативный средний отит (ЭСО). Экссудативный средний отит - заболевание, для которого характерно накопление экссудата в полостях среднего уха на фоне асептического воспаления и наличие кондуктивной тугоухости различной степени. По данным ряда авторов экссудативный средний отит составляет 15-17% среди всех заболеваний уха [2, 3, 4, 5]. Эта заболевание встречается в основном в детском возрасте от 2-х до 5-ти лет. Считается, что до 4-х летнего возраста как минимум 80% детей переносят ЭСО [1, 2, 4, 5]. Так же существенно

снижается уровень социальной активности у взрослых пациентов с ЭСО, принимая во внимание тот факт, что максимальный процент заболеваемости приходится на наиболее социально активный возраст - 25-50 лет.

Как правило, экссудативный средний отит у детей характеризуется очень скудной клинической симптоматикой, что создает трудности в диагностике и затрудняет его своевременное выявление.

Резюмируя вышесказанное, можно заключить, что проблема ЭСО актуальна, а решение вопросов ранней диагностики поможет предупредить развитие стойких поражений слуха, а у детей раннего возраста - задержку речевого развития.

Материалы и методы

Наш личный опыт основывается на обследовании 85 пациентов в возрасте от 3-х до 43-х лет, прошедших обследование и получавших лечение при кафедре оториноларингологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, в ЛОР-отделении Медицинского Центра КГМА и Центре слуха «Фонотек». Двусторонний процесс наблюдался у 58 больных, односторонний у 27 пациентов. 60 пациентов относились к детскому возрасту. Всем пациентам проводилась отоскопия (включая эндоотоскопию), эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, аудиометрия, акустическая импедансометрия, рефлексометрия, барометрия слуховой трубы с нагрузочными пробами (Тоинби, Вальсальвы).

Результаты и обсуждение

В подавляющем большинстве (89,4%) случаев была установлена причина заболевания, среди которых заболевания носа, околоносовых пазух и носоглотки встречались в 69,3% случаев. Основными жалобами явились снижение слуха (93,6%), постоянная или периодическая заложенность уха (90,7%), шум в ухе или аутофония (81,4%), чувство «переливания жидкости в ухе» и флюктуация (14,7%), чувство «распирания» (8,2%). Отоскопическая картина отличалась значительной вариабельностью в зависимости от количества и вязкости экссудата барабанной полости (рис. 1). При выраженном и давнем процессе (более 1 года) в среднем ухе,

барабанная перепонка приобретала синюшный (43,4%) или желтоватый цвет (56,6%), с визуализацией уровня жидкости или взбуханием в нижнем квадранте, чаще неподвижная.

По данным эндоскопического обследования носоглотки наиболее часто встречались различные варианты обструкции глоточных устьев слуховых труб аденоидными вегетациями II степени у 26 (43,3%) детей в возрасте от 3 до 13 лет. Гипертрофия трубных валиков обнаружена у 5 детей (8,3%). Аденоидные вегетации III степени отмечались у 34 пациентов (56,7%). У детей аденоиды II-III степени занимают практически весь объем носоглотки, прикрывают глоточные устья слуховых труб, пролабируют в задние отделы носа, тем самым, значительно затрудняя носовое дыхание.

Достоверных различий в уровне слуха по данным исследования шепотной и разговорной речью, данных тональной и речевой аудиометрии нами обнаружено не было. Снижение слуха в подавляющем большинстве было в пределах II степени, кондуктивной формы. Выявлена закономерная связь выраженности тугоухости от длительности заболевания.

Импедансометрическое исследование во всех случаях выявляло нарушение подвижности структур среднего уха в виде изменения жесткости тимпанальной полости. Следует указать, что в подавляющем большинстве (75,4%) регистрировалась тимпанограмма - тип

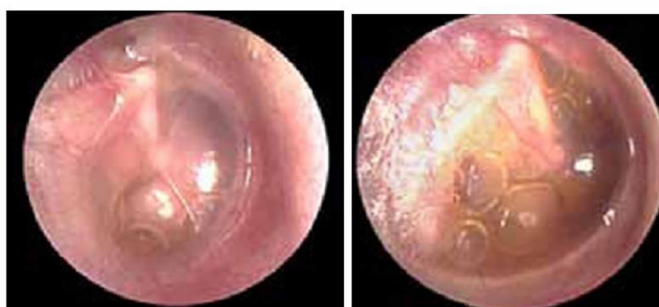


Рис. 1. Отоэндоскопия



Рис. 2. Эндоскопическое исследование носоглотки (аденоидные вегетации II-III степени)

В или F. Акустические рефлексы в большинстве случаев либо отсутствовали, либо регистрировались частично. Характеристикой этих типов тимпанограмм является значительное снижение амплитуды тимпанометрической кривой без выраженного пика подвижности барабанной перепонки при резко расширенном градиенте, который является прямым показателем наличия экссудата в среднем ухе. При типе F – тимпанометрическая кривая плоская, параллельная оси абсцисс (минимум импеданса не определяется). Такой тип импеданса указывает на полную неподвижность барабанной перепонки. При изучении особенностей морфологических стадий секреторного отита (Научный центр аудиологии и слухопротезирования Минздравмедпром РФ) нами были выявлены некоторые особенности импедансометрических показателей в зависимости от качества экссудата барабанной полости. Так, пациенты с экссудативным средним отитом и тимпанограммой типа F были нами отнесены к секреторной стадии экссудативного отита и отмечали длительность заболевания не более 1 года в анамнезе. При тимпаностомии отмечалось выделение серозного жидкого (водянистого) экссудата в значительном количестве.

Однако при тимпанограмме с типом B, в анамнезе пациентов с экссудативным средним отитом отмечалась длительность заболевания более 2-2,5 лет. Отоскопически барабанная перепонка мутная, неравномерно синюшная, неподвижная при нагрузочных пробах на евстахиеву трубу. В ряде случаев (26,6%) определялось выбухание в нижних отделах тимпанальной мембраны. Содержимое барабанной полости в виде вязкого густого, мукозного экссудата (клейкое ухо).

Заключение

Таким образом, выявлены ряд особенностей диагностических критериев экссудативного среднего отита, определение которых позволит практикующему врачу оториноларингологу в определение тактики дальнейшего лечения и прогноза. Так, сочетание отоскопических и импедансометрических показателей может предположительно указывать на прогноз заболевания и более адекватную коррекцию выбираемой терапевтической тактики. Так при туботите с повышенным

внутрибарабанным давлением лечение, направленное на купирование вазомоторных и воспалительных изменений в полости носа, околоносовых пазухах и носоглотке, позволяет добиться нормализации состояния среднего уха. Или, при экссудативном среднем отите с тимпанограммой типа B и давностью процесса более 1 года будут показаны хирургические методы лечения, и сроки восстановления слуха и функции слуховой трубы зависят от вязкости секрета и степени фиброзных изменений в барабанной полости. Соответственно сроки восстановления в этих случаях значительно удлиняются, и не всегда отмечается полное восстановление слуха даже после оперативных вмешательств. Исходя из наших наблюдений, отмечена прямая зависимость сроков восстановления функции слуха, разрешения процессов в среднем ухе и восстановления проходимости слуховой трубы от возраста пациентов. Так, у пациентов детского возраста отмечалась значительная положительная динамика в течение первых суток после начатого лечения.

Диагностическая эндоскопия полости носа и носоглотки с визуальным контролем функциональных проб должна выполняться каждому пациенту с ЭСО, так как она позволяет уточнить характер причин, связанных с дисфункцией слуховой трубы, и является одной из определяющих в выборе объема необходимого как консервативного, так и оперативного лечения.

Литература:

1. Давидян Е.Д. Клинико аудиологические особенности туботита при накачивающем эффекте слуховой трубы: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.- С-Пб, 2007.- 28 с.
2. Дорошевич И.В. Лечебно-диагностическая тактика при мукозной стадии экссудативного среднего отита у детей: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.- М., 2011.- 27 с.
3. Котов Р.В. Эндоскопия в диагностике и лечении экссудативного среднего отита у детей: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.- М., 2007.- 26 с.
4. Магомедов М.М., Никиткин А.Ю., Левина Ю.В. и др. Экссудативный средний отит. Современные представления и актуальность проблемы // Вестник оториноларингологии.- 2012.- №5.- С. 93-97.
5. Саликов А.В. Экссудативный средний отит: функционально-морфологические изменения в носоглотке и барабанной полости, совершенствование методов их коррекции: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.- С-Пб., 2010.- 25 с.