

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ  
С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА

М.М. Умарова

ГКБ на ПХВ «ГКБ №5» (главный врач – Садыков Б.Н.)  
г. Алматы, Республика Казахстан

**Резюме:** Профилактика стойких нарушений слуха у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба может быть успешной только в случае согласованных действий ЛОР врача, сурдолога и челюстно-лицевого хирурга. Одномоментная ураностафилопластика и тимпаностомия приводит к нормализации функции слуховой трубы, нормализации аэрации полостей среднего уха и сосцевидного отростка, соответственно купированию причинных факторов возникновения экссудативного среднего отита.

**Ключевые слова:** врожденная расщелина неба, тимпаностомия, тугоухость.

PREVENTION AND TREATMENT OF HEARING LOSS IN CHILDREN WITH CLEFT PALATE

M.M. Umarova

Clinical hospital #5 (director of clinic – Sadykov B.N.)  
Almaty, Republic of Kazakhstan

**Resume:** Prevention of persistent hearing loss of children with congenital cleft palate upper lip can be successful only if concerted action of ENT doctor, audiologist and maxillofacial surgeon. Simultaneous uranoplasty and tympanostomy lead to normalization of the function of the auditory tube, the normalization of the aeration of the middle ear and mastoid cavities, respectively to relief of the causal factors of otitis media with effusion.

**Key words:** cleft palate, tympanostomy, hearing loss

**Введение.** Реабилитация детей с врожденной расщелиной неба остается актуальной проблемой здравоохранения. По данным современных источников литературы в практическом здравоохранении не уделяется должного внимания состоянию ЛОР-органов у детей с врожденной расщелиной неба и, в частности, патологии среднего уха [1]. Нет настороженности педиатров, челюстно-лицевых хирургов, ортодонтот и родителей, в том, что у детей с врожденной расщелиной неба более чем в 70% случаев выявляется патология среднего уха [1]. Анатомические и функциональные изменения, встречающиеся при врожденной расщелине неба, приводят как к острым, так и хроническим заболеваниям ЛОР – органов. Причины возникновения среднего отита могут быть самыми разнообразными: острые респираторные и вирусные инфекции, деформации носа и перегородки носа, аденоидит и т.д., нередко возникающие как следствие смешанного ротоносового дыхания, попадания пищи из полости рта в слуховую трубу, полость носа и носоглотку, вследствие чего создаются условия для заброса секрета из носоглотки в слуховую трубу, что может привести к развитию мукоцилиарной недостаточности.

По данным статистики отмечается высокая заболеваемость среднего уха, диагностика которой в детском возрасте представляет серьезные

трудности из-за отсутствия болевого синдрома и скудной клинической симптоматики. Позднее начало лечения приводит к возникновению тугоухости, которая в 45-55% приобретает смешанный характер, что часто приводит к социальной дезадаптации больного. Даже одностороннее длительное снижение слуха до 30-35 дБ у детей первых лет жизни значительно влияет на развитие когнитивной и речевой функции [2].

В норме носоглотка отделяется от ротоглотки мягким небом и поэтому менее подвержена бактериальному загрязнению (за исключением случаев при заболеваниях верхних дыхательных путей). При нарушении целостности мягкого неба или ограничении его подвижности (в случаях врожденной расщелины неба), создаются условия инфицирования носоглотки и среднего уха.

Особое место в патогенезе средних отитов занимает тубарная дисфункция обструктивного характера у пациентов детского возраста, к которым, в частности, относятся гипоплазия и аплазия глоточного устья слуховой трубы [1], а также расщелины твердого и мягкого неба, которые сочетаются с недоразвитием слуховой трубы. При этом отмечается незрелость трубного хряща, гипоплазия или аномалии прикрепления мышц, открывающих слуховую трубу, что затрудняет открывание трубы или делает его не-

возможным, способствуя тем самым развитию экссудативного среднего отита [2].

Местный иммунитет ротовой полости у детей с врожденной расщелиной неба значительно снижен, уровень энтеротоксичных бактерий вдоль расщелины почти в 6 раз выше, чем у детей без патологии [3].

Поэтому в настоящее время остается много вопросов по проблеме нарушений слуха у детей с врожденной расщелиной неба, а именно: как часто развивается экссудативный средний отит у детей с врожденной расщелиной неба, приводящий к кондуктивной и смешанной тугоухости.

Ранняя профилактика, диагностика, своевременное лечение и диспансерное наблюдение детей с врожденной расщелиной неба остается актуальной задачей, поэтому попытка решения этих вопросов позволит предупредить развитие стойких нарушений слуха.

Таким образом, проводимое исследование имеет не только важное научное, но и большое практическое значение. Несмотря на множество работ, посвященных проблеме лечения детей с врожденной расщелиной неба, остаются актуальными вопросы систематизации и методологии подходов к решению столь сложной проблемы, связанной с нарушением слуха.

**Целью** исследования является разработка методов ранней диагностики, лечения и профилактики экссудативного среднего отита у детей с врожденной расщелиной неба.

**Материал и методы исследования.** В основу работы положены результаты клинических наблюдений и лечения 123 больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба в возрасте от года до 14 лет за период с 2005 по 2012 годы, а так же результаты клинического обследования ЛОР-органов у 45 детей без врожденной челюстно-лицевой патологии. Исследования проведены в отделении детской челюстно-лицевой хирургии, сурдологическом центре ГКБ№5 г. Алматы.

Первая группа – дети с врожденной расщелиной неба, которым проводилась ураностафилопластика (n=65).

Вторая группа – дети с врожденной расщелиной неба, которым проводилось одномоментно ураностафилопластика с тимпаностомией (n=58).

Третью группу (n=45) составили дети без челюстно-лицевой и ЛОР патологии для сравнения и определения нормальных показателей.

У всех пациентов собран анамнез с учетом особенностей хирургической реабилитации.

При выявлении тугоухости тщательно анализировались данные анамнеза: течение беременности; наследственность (наличие сопутствующего синдрома); сроки проведения хирургического лечения по поводу челюстно-лицевой патологии, особенности проведения ураностафилопластики (в один или два этапа и.т. д.); наличие сопутствующих заболеваний, заболевания ЛОР-органов (были ли отиты, сколько раз и в каком возрасте, характер течения, проводимое лечение, снижение слуха); заболеваний желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчевыводящих путей, гастрит, дуоденит, панкреатит). Учитывали также жалобы больных (в каком возрасте заметили снижение слуха, было ли ощущение заложенности и переливания жидкости в ухе и.т.д.).

Клиническое обследование включало: фарингоскопию, переднюю и заднюю риноскопию, пальцевое исследование носоглотки, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, отоскопию, компьютерную томографию (КТ) височных костей для определения пневматизации полостей среднего уха и костного отдела слуховой трубы.

Клинические методы обследования ЛОР-органов выполнялись традиционными способами, принятыми в общей оториноларингологической практике.

Оптическая эндоскопия полости носа и носоглотки осуществлялась эндоназальным доступом [3], выполнялась ригидным риноскопом фирмы Karl Storz (Германия) диаметром 4,0 мм или 2,7 мм с оптикой 0 град.

Тимпанометрия – один из видов акустической импедансометрии, который представляет собой регистрацию акустического сопротивления звукопроводящего аппарата слуховой системы, она позволяет провести дифференциальную диагностику патологии среднего уха (экссудативного среднего отита, отосклероза, адгезивного отита). Тимпанометрия заключается в регистрации значений акустического сопротивления или акустической податливости при изменении давления воздуха в наружном слуховом проходе (обычно от +200 до -400 мм. водного столба). Кривая отражающая зависимость податливости от давления, именуется тимпанограммой. Наибольшее распространение получила классификация тимпанограмм [4], согласно которой различают пять основных типов тимпанометрических кривых, обозначаемых буквами латинского алфавита.

Тональная пороговая аудиометрия проводилась в специальном звукоизолированном поме-

щении. Пороги слышимости определяли при воздушном и костном проведении. Стимулом являлся чистый тон, при необходимости маскировки использовался широкополосный шум. Определение средних значений порогов звуковосприятия на частотах 500, 1000, 2000, и 4000 Гц. Производилось согласно международной классификации степеней тугоухости [5].

Компьютерная томография височных костей выполнялась для определения пневматизации полостей среднего уха и костного отдела слуховой трубы.

Представленные выше методы исследования, которые включены в клинический протокол, по данным литературы, являются наиболее информативными для оценки состояния носоглотки и среднего отита [6].

**Результаты и их обсуждение.** На основании данных обследования у 76 (62%) детей с врожденной расщелиной неба поставлен диагноз экссудативный средний отит, детям из первой и второй группы через несколько дней после нашего обследования проведена ураностафилопластика. Всем пациентам проводился контрольный осмотр на 2-й и 6-й день после операции.

У большинства детей при незначительных реактивных явлениях (степень выраженности которых зависит от особенностей тканей, степени травматичности и т.д.) на небе и в ротоглотке отоскопия мало отличалась от первоначальной (до операции). В послеоперационном периоде у 8 пациентов отмечалась субфебрильная температура в первые сутки.

По нашим данным, у 6 (43%) пациентов после ураностафилопластики произошло восстановление слуха до нормы. У 8 детей (57%) после ураностафилопластики сохранились отоскопические и аудиологические признаки экссудативного среднего отита. У 63 (100%) детей после одномоментной ураностафилопластики и тимпаностомии произошло восстановление слуховой функции и развитие нормального сосцевидного отростка. По данным нашего исследования ураностафилопластика является лечебным и профилактическим фактором развития экссудативного среднего отита.

#### Выводы:

1. На основании анализа результатов клинического и аудиологического обследования 123 ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба, находившихся на различных этапах хирургической реабилитации следует, что эта врожденная патология должна быть отнесена к факторам риска по тугоухости и глухоте, так как нами у 62% детей диагностирован экссудативный средний отит.

2. Раннее выявление экссудативного среднего отита способствует успешному лечению этого заболевания.

3. Нами отмечена высокая эффективность консервативного лечения экссудативного среднего отита у 51% детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба только при I и II стадиях заболевания.

#### Литература:

1. Пальчун, В.Т. *Оториноларингология* / В.Т.Пальчун, М.М.Магомедов, Л.А.Лучихин. - М.: Медгиз, 2002. - С.22-25; С. 187-199.
2. Зубковская, С.А. *Опыт лечения экссудативного среднего отита* / С.А. Зубковская // *Новости оториноларингологии и логопатологии*. - 2000. - №1. - С.29-30.
3. Меркулова, Е.П. *Латентные тимпанальные заболевания у детей* / Е.П. Меркулова. - Минск: БГМУ, 2004. - 204 с.
4. Дроздов, М.В. *Тактика лечения экссудативного среднего отита у детей* / М.В. Дроздова, В.П. Ситников, Г.И. Тимофеева // *Мат. XVII съезда оторинолоар.* - СПб.: РИА-АМИ, 2006. - С.438.
5. Тарасова, Г.Д. *Особенности микрофлоры носоглотки и функциональное состояние среднего уха у детей* / Г.Д. Тарасова, Л.С. Страчунский // *Вестник оториноларингологии*. - 2000. - №4. - С.30-32.
6. Загорянская, М.Е. *Профилактика нарушений слуха у детей с врожденной расщелиной неба* / М.Е. Загорянская, М.Г. Румянцева, Л.Д. Васильева // *Научно-практ. конф., Курск, 7-8 июня 2000 г.* - Курск, 2000. - С.128-131.

