

### СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Ешиев А.М., Давыдова А.К., Уразматов С.Г.

Ошская межобластная объединенная клиническая больницы

Ош, Кыргызская Республика

**Резюме.** Проведен анализ 444 историй болезни с врожденными расщелинами губы и неба, на наличие сопутствующих заболеваний со стороны ЛОР-органов, выявлено отит-26(5,8%) детей. Лечение воспалительных заболеваний среднего уха у детей с ВРГН, в процессе лечения и реабилитации основных патологий, требуют повышенного внимания, как со стороны родителей, так и медицинских работников. Качественно оказанная помощь ЛОР врачом в дальнейшем позволит избежать таких грозных осложнений как тугоухость и глухота.

**Ключевые слова:** Врожденная расщелина губы и неба, отит, тугоухость, глухота.

### ЭРИНДИН ЖАНА ТАНДАЙДЫН ТУБАСА КЕМТИГИ БАР БАЛДАРДЫН ОРТОҢКУ КУЛАГЫНЫН АБАЛЫ

Ешиев А.М., Давыдова А.К., Уразматов С.Г.

Ош облус аралыс бириккен кликалык оруканасы

Ош, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Эриндин жана тандайдын тубаса кемтиги менен туулган балдардын, 444 бейтап баянына талдоо жүргүзүлгөн. ЛОР органдары тарабынан коштолгон дарттары 26(5,8%) балада кулактын сезгенүүсү байкалган. Мындай балдардын кулак ооруларын, негизги кемтигин дарылоодо жана калыбына келтирүүдө ата-энесинин ошондой эле дарыгерлердин жогорку даражада көңүл буурусу талап кылынат. ЛОР дарыгеринин сапаттуу жардам көрсөтүүсү кулак ооруларынын кабылдап кетүүсүн алдын алат.

**Негизги сөздөр:** Эриндин жана тандайдын тубаса кемтиги, кулактын сезгенүүсү, кулактын начар угуусу, кулактын укпай калуусу.

### CONDITION OF A MIDDLE EAR OF CHILDREN WITH CLEFT LIP AND PALATE

Eshiev A.M., Davidova A.K., Orozmatova S.A.

Osh interstate united hospital

Osh, Kyrgyz Republic

**Resume.** We have analyzed 444 clinical records about patients with cleft lip and palate, for the presence of concomitant diseases of ENT organs. The results were 26 (5.8%) children with otitis. Treatment of inflammatory disorders of the middle ear of children with cleft lip and palate, needs a high attention from parents as well as medical workers' side during the rehabilitation and treatment. Qualified care of ENT doctor further will help to avoid complications, such as hearing loss and deafness.

**Key words:** inherit cleft lip and palate, otitis, hearing loss and deafness.

Врожденные пороки развития одна из актуальнейших как медицинских, так и социальных проблем, что связано с довольно высокой их частотой и тяжестью. Когда рождается ребенок с патологией челюстно-лицевой области, это оказывается большим потрясением для родителей. Для медицинских работников также довольно стрессовая ситуация, они должны дать родителям необходимые разъяснения о характере дефекта, особенностях кормления и ухода за ребенком, а также о перспективах устранения

анатомофункциональных нарушений. Рождение ребенка с врожденными расщелинами верхней губы и неба сопровождается целым рядом социально-психологических особенностей, позволяющих выделить эту проблему как значимую.[1].

По данным Л.В.Харькова [5], у 11% опрошенных в семье сложилось тяжелая обстановка (скандалы, взаимные упреки), причем в 2% случаев это привело к разводам. У 62% матерей появилась раздражительность, нервозность, чувство безысходности, что



неблагоприятно повлияло на уход за ребенком. У 5% матерей отношение к отцу ребенка стало негативным из-за обвинений с его стороны. В связи со сложившейся ситуацией только 29% матерей высказались положительно на вопрос о желании еще иметь детей.

У 39% матерей отмечена боязнь родить такого же ребенка, 6% матерей «чувствовали свою вину» в рождении ребенка с незаращением, 50% родителей «стеснялись» своего ребенка, 7% родителей думали отказаться от ребенка.

С высокой распространенностью врожденных пороков развития лица, а также тяжестью анатомических и функциональных нарушений связаны особые требования к организации лечения больных. У этих детей от рождения расстроены функции сосания, глотания, жевания, внешнего дыхания, нарушена речевая артикуляция. Попадание пищи из полости рта в полость носа и носоглотку приводит к развитию хронического ринита, евстахиита, отита и как следствие — к снижению слуха.

Воспалительные заболевания среднего уха относятся к числу основных патологических проявлений, характерных для пациентов с врожденными расщелинами верхней губы и неба [3]. Многократно перенесенный средний отит у детей, оперированных по поводу врожденной расщелины верхней губы и неба (ВРГН) в возрасте старше 3 лет, остается причиной формирования кондуктивной тугоухости и развития экссудативного отита в 90% случаев [4].

Дети с врожденными расщелинами лица с самого рождения нуждаются в интенсивном многопрофильном лечении. Система комплексного лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба предусматривает многоэтапное междисциплинарное взаимодействие специалистов: хирургов-стоматологов, педиатров, невропатологов, терапевтов, ортодонтов, логопедов, оториноларингологов и других специалистов [2].

### **Цель исследования:**

лечение и реабилитация детей с ВРГН осложненных воспалительными заболеваниями среднего уха.

### **Материалы и методы исследования**

По архивным данным челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы за 3 года (2010-2012гг)

проведено исследование 444 историй болезни с различными видами врожденных расщелин верхней губы и неба в возрасте от 6-и месяцев до 20 лет и более. Проведен анализ историй болезни на наличие сопутствующих заболеваний и сочетанных уродств.

### **Результаты исследования и их обсуждения**

Изучение состояния соматического здоровья детей показало, сопутствующая патология выявлена у 272 (61,2%) больных. Из них выявлены у 78 (17,5%) железодефицитная анемия, хронический бронхит-45 (10,1%), хронический тонзиллит-70 (15,7%), отит-26 (5,8%), врожденные пороки у 15 (3,4%) детей, также 15 (3,4%) обследованных детей имели отставание в физическом и умственном развитии.

С периодичностью два-три раза в год пациентов с ВРГН осматривает ЛОР-специалист, так как анатомическое строение полости рта и носа у ребенка с ВРГН способствует частому развитию осложнений со стороны ЛОР-органов. До 90% таких детей 4-5 раз в год страдают воспалительными заболеваниями ЛОР-органов.

На основании анализа результатов клинического и аудиологического обследования 26 детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба, имевшим в анамнезе заболевание среднего уха, относящегося к факторам риска по тугоухости и глухоте, у 80,7% детей выявлены нарушения слуха.

Снижение слуха замечали и обращались к ЛОР-врачу только родители 6 (23%) детей, остальные же связывали нарушение речевого развития с нарушением функции артикуляционного аппарата и порока челюстно-лицевой системы. Как до проведения оперативного лечения, так и после уранопластики 17 (65,3%) больных в анамнезе имели рецидивирующие средние катаральные отиты, у 3 (11,5%) детей рецидивирующее гноетечение из ушей. По данным анамнеза, у детей с ВРГН рецидивы острого среднего отита, как правило, двусторонние, отмечались 4-5 раз в год.

Всем больным проводилась отоскопия, при которой оценивались целостность, цвет, плотность, расположение барабанных перепонки, наличие рубцовых изменений, полнота светового конуса и наличие экссудата в барабанной полости. У 17 (69,2%) пациентов с расщелинами верхней губы и неба при отоскопии отмечались



утолщение и ретракция барабанных перепонки, неполный или отсутствующий световой рефлекс и сглаженность контуров. У 5 (19,2%) больных — рубцовые изменения на барабанных перепонках, барабанные перепонки имели желто-серый цвет, контуры не определялись. Только у 3 (11,5%) пациентов при отоскопии барабанные перепонки имели жемчужный оттенок, но неполный световой рефлекс.

Всем детям проводилась акустическая импедансометрия и тональная пороговая аудиометрия на аппарате maiko mi-26 («maicodiagnosticgmbh», Германия). тимпанограммы типа В определялись у 21 (80,7%) детей независимо от вида расщелин, тип С выявлялся у 5 (19,2%) больных. Снижение слуха по типу нарушения звукопроводения выявлено у 18 (69,2%) детей, имеющих тимпанограммы типа В, наличие кондуктивной тугоухости при порогах слуха до 30 дБ отмечалось у 14 (53,8%) пациентов, у 6 (23%) больных пороги слуха достигали 50—60 дБ на всех частотах. У 3 (11,5%) пациентов с ВРГН, в анамнезе имеющих тимпанограмму типа В, выявлялась смешанная тугоухость с костно-воздушным интервалом до 20—25 дБ, когда нижний порог нарушения звукопроводения достигал 40 дБ. У 3 (11,5%) пациентов отмечалась нейросенсорная тугоухость I степени с повышением порогов костного звукопроводения до 30 дБ на всех частотах, что свидетельствовало о блоке окон лабиринта экссудатом барабанной полости.

Все пациенты после исследования получали консервативную терапию, курс лечения определялся возрастом и адекватностью поведения ребенка, так как лечебные мероприятия предполагали активное участие пациента, консервативную терапию мы проводили в амбулаторных условиях на базе клиник-консультативного отдела ОМОКБ. После анемизации глоточных устьев слуховых труб проводилось продувание по Политцеру в течение 10 дней с одномоментным пневмомассажем барабанных перепонки. Физиотерапевтическое лечение заключалось в проведении эндоаурального электрофореза с йодистым калием или лидазой с целью восстановления функции слуховой трубы и аэрации барабанной полости. Проводились также эндоназальная лазеротерапия и ультразвуковая терапия на область носа, направленные на улучшение носового дыхания. Пациенты получали

витамины группы В для улучшения трофики тканей, аскорутин, растворы муколитиков в полость носа антигомотоксическую терапию. Антибактериальная и микостатическая терапия назначалась детям при получении на бактериологических посевах из носа и миндалин патогенной грамположительной и грамотрицательной флоры и грибов рода *Candida*.

Исходя из результатов проведенного исследования, для достижения высокого уровня медицинской и социальной реабилитации детей с расщелинами требуется четкая методическая работа центров диспансеризации и единая, взаимосвязанная тактика всех специалистов, участвующих в реабилитации ребенка с врожденной расщелиной губы и нёба. Восстановление утраченной или изменившейся функции всегда является сложным и многогранным процессом. Вопросы лечения воспалительных заболеваний среднего уха у детей с ВРГН, в процессе лечения и реабилитации основных патологий, требуют повышенного внимания, как со стороны родителей, так и медицинских работников. Своевременно и качественно оказанная помощь в дальнейшем позволит избежать таких грозных осложнений как тугоухость и глухота.

### Литература:

1. Гуцан А.Э. Врожденные расщелины верхней губы и неба. — Кишинев, 1980. — 141 с.
2. Ешиев А.М. Анализ выявления сопутствующей и сочетанной патологии у детей с расщелинами губы и неба. / А. М. Ешиев, А. К. Давыдова // *Фундаментальные исследования*. Москва, 2013.- № 9. - С. 42-45 .
3. Макхамова Н.Э. и др. К вопросу о диагностике тугоухости у больных с врожденными расщелинами неба. / Н. Э. Макхамов, М. Е. Сарафанова, М. Р. Богомилский, Г. В. Гончаков /Сб. научн. Трудов. Ташкент 1993; с.12-14.
4. Соколова А.В. Профилактика и коррекция нарушений слуха, обусловленных экссудативным средним отитом у детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба. Автореф. дисс. ...канд. мед.наук. М., 2003. -25 с.
5. Харькова Л.В. Оказание специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения (на примере Липецкой обл.) Автореф. дисс. ...канд. мед.наук. Тверь, 2006. -24 с.