

**А.И. КРЮКОВ**, д.м.н., профессор, **А.Ю. ИВОЙЛОВ**, д.м.н., **В.Р. ПАКИНА**, к.м.н., **В.В. ЯНОВСКИЙ**, **Н.Р. АКУМЛДИЕВА**  
ГБУЗ «Московский научно-практический Центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

# АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

**Экссудативный средний отит (ЭСО) в детском возрасте не утрачивает свою актуальность, являясь основной причиной снижения слуха у детей в возрасте от 2 до 7 лет [1, 2]. На сегодняшний день для лечения ЭСО применяются консервативные и хирургические методы в зависимости от стадии процесса.**

*Ключевые слова: экссудативный средний отит, лечебный алгоритм, хирургическая санация, мифринготомия*

**Н**а первом этапе лечения ЭСО проводится санация верхних дыхательных путей и восстановление носового дыхания, что в подавляющем большинстве случаев положительно влияет на существующую дисфункцию слуховых труб. В детском возрасте санация верхних дыхательных путей чаще всего заключается в проведении аденотомии, аденотонзиллэктомии [3], которую целесообразно выполнять с применением общей анестезии для исключения психологической травмы у ребенка, а также возможности удаления лимфоидной ткани под визуальным контролем [4, 5].

В дальнейшем при сохранении тугоухости и типа С тимпаногаммы повторяют курс консервативного лечения дисфункции слуховой трубы [6–8]. Курс консервативного лечения ЭСО в детском возрасте включает в себя продувание слуховых труб по Политцеру, анемизацию устьев слуховых труб, применение современных топических кортикостероидов, кинезитерапию, лечение флюктуирующими токами, физиотерапию (эндауральный электрофорез с йодидом калия, ацетилцистеином), пневмомассаж барабанных перепонки. Катетеризация устьев слуховых труб проводится по большей части у детей старшего школьного возраста [9].

Золотым стандартом хирургического лечения ЭСО является шунтирование барабанной полости [7, 8]. Однако не все авторы признают традиционный метод шунтирования как высокоэффективный и предлагают различные альтернативные варианты – лазерную тимпаностомию [10], ретротимпанальное шунтирование [10–12] и т. д.

Целью нашего исследования явилась разработка лечебно-алгоритма ведения детей с ЭСО.

Для достижения поставленной цели в отделе ЛОР-патологии детского возраста МНПЦО на базе ЛОР-отделения ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского было обследовано и пролечено 186 детей в возрасте от 3 до 11 лет (110 мальчиков и 76 девочек), поступивших с диагнозом ЭСО за период с 2008 по 2012 гг. Двусторонний процесс отмечался у 168, односторонний – у 18 детей.

Всем детям проведено комплексное обследование: традиционный осмотр ЛОР-органов, эндоскопическое исследование носоглотки и полости носа, ото- и отоэндоскопия, акустическая импедансометрия, тест отоакустической эмиссии, тональная пороговая аудиометрия (если позволял воз-

раст ребенка), компьютерная томография (КТ) височных костей.

Пациенты в зависимости от стадии заболевания [7] были разделены на 2 группы: 1 группа – 30 детей с катаральной стадией ЭСО; 2 группа – 156 детей с секреторной стадией ЭСО.

У всех детей 1-й группы процесс носил двусторонний характер. Ранее они прошли курс консервативного лечения по месту жительства без положительной динамики, в связи с чем были направлены на госпитализацию. При ото- и отомикроскопии отмечали втяжение барабанной перепонки, при пневмоотоскопии – ограничение ее подвижности, изменение цвета от мутного до розового, укорочение светового конуса. Экссудат за барабанной перепонкой не визуализировали. По данным тональной пороговой аудиометрии, пороги воздушного звукопроводения не превышали 20 дБ, костное звуковосприятие нарушено не было. На тимпаногамме, как правило, определяли тип С с отклонением пика в сторону отрицательного давления до 200 мм вод. ст.

У 22 из 30 детей, по данным эндоскопии, носоглотки определили гипертрофию аденоидных вегетаций III–IV степени. У 8 детей был выявлен двусторонний острый гнойный гайморит, аденоиды II степени с явлениями хронического аденоидита. Лечение проводили в несколько этапов. На 1-м этапе 22 детям с III и IV степенью аденоидных вегетаций была проведена эндоскопическая аденотомия. У 8 детей был пролечен острый гнойный гайморит и аденоидит по стандартной методике.

При катанестическом обследовании через 1 месяц у 20 из 22 оперированных детей отмечено полное восстановление аудиологических показателей, нормализация отоскопической картины. У 8 детей после лечения острого синусита и аденоидита также зафиксировано полное восстановление аудиометрических и тимпанометрических показателей, нормализация отоскопической картины. При эндоскопическом исследовании носоглотки диагностированы аденоидные вегетации I степени, располагающиеся в своде, не блокирующие устья слуховых труб.

У 2 из прооперированных детей сохранялся тип С на тимпаногамме. На втором этапе им был проведен курс консервативного лечения, направленный на устранение дисфункции слуховых труб, включавший продувание слуховых труб по Политцеру; прием препаратов, обладающих муко-регулирующим эффектом и улучшающих мукоцилиарный клиренс; эндауральный электрофорез с йодистым калием; десен-

сублизирующую терапию; пневмомассаж барабанных перепонок; кинезитерапию для восстановления функции слуховой трубы; топические кортикостероиды эндоназально. После проведенного курса лечения отмечали полное восстановление аудиометрических и тимпанометрических показателей, нормализацию отоскопической и эндоэпифарингоскопической картины.

У 138 детей 2-й группы патологический процесс носил двусторонний характер, у 18 – односторонний. При отоскопии определяли утолщение барабанной перепонки, ее втяжение в верхних отделах, иногда с цианотичным оттенком, выбухание в нижних квадрантах. На аудиограмме отмечали повышение порогов воздушного звукопроводения до 20–40 дБ. У 18 больных были повышены пороги костного звукопроводения в высокочастотном диапазоне до 10 дБ, при акустической импедансометрии определяли тип В и отсутствие акустических рефлексов.

У 142 детей этой группы при эндоскопии носоглотки определялись гипертрофия аденоидных вегетаций II–IV степени, блокирующие устья слуховых труб, пролабирующие в хоаны без признаков хронического аденоидита. В 6 случаях выявлена гипертрофия тубарных миндалин при свободной носоглотке (этим детям ранее была выполнена аденотомия в других стационарах). У 8 детей ЭСО развился на фоне аллергического ринита (4) и острого верхнечелюстного синусита (4).

Всем детям с гипертрофией аденоидных вегетаций была выполнена аденотомия под контролем эндоскопа, а 6 пациентам с гипертрофией тубарных миндалин – их эндоскопическая коррекция с использованием электрохирургического аппарата. Одновременно с аденотомией (или коррекцией тубарных миндалин) всем больным этой группы была выполнена миринготомия с одной или двух сторон. При получении интраоперационно вязкого густого экссудата в миринготомическое отверстие устанавливали титановый шунт. Шунты с двух сторон были установлены у 94 из 138 детей и у 4 – с одной стороны.

В послеоперационном периоде после шунтирования барабанных полостей всем детям трансстимпанально под давлением вводили раствор комбинации ацетилцистеина и антибиотика, затем раствор дексаметазона. Указанные процедуры проводили ежедневно не менее чем в течение 7 дней. Одновременно с этим в комплекс лечения ЭСО был включен эндауральный электрофорез с йодистым калием.

Детям после проведенной миринготомии аналогичные процедуры проводили в течение 2 дней до закрытия миринготомического отверстия.

Катамнестический осмотр проводили через 1, 3, 6, 9, 12 и 13 мес.

У 70 детей через 8–13 мес. шунты самостоятельно отторглись из барабанных перепонок с восстановлением целостности барабанных перепонок. В 58 случаях при аудиологическом исследовании отмечался тип А на тимпанограмме с двух сторон, регистрировался тест ОАЭ. У детей старшей возрастной группы, по данным тональной пороговой аудиометрии, слух был в пределах возрастной нормы. Отоскопически барабанные перепонки обычного цвета, световой конус присут-

ствовал. У 8 детей на тимпанограмме отмечался тип С. Им был проведен курс консервативного лечения по описанной выше схеме, используемой нами при лечении пациентам с катаральной стадией ЭСО. После проведенного лечения отмечено полное восстановление аудиологических показателей и отоскопической картины.


У 4 больных на тимпанограмме отмечался тип В. Курс консервативного лечения у них оказался недостаточно эффективным и им выполнено повторное шунтирование барабанных полостей. Все они наблюдаются в нашем отделе по настоящее время.

У 28 детей произведено удаление шунтов из барабанных перепонок в связи с длительным отсутствием их отторжения (более 1 года) с одномоментной мирингопластикой пластинами, содержащими гиалуроновую кислоту. При осмотре через 1–1,5 мес. у 24 отмечено купирование ЭСО с полным восстановлением аудиологических показателей. У 2 детей отмечен тип С на тимпанограмме с двух сторон, что нивелировалось после курса консервативного лечения. У 2 детей после удаления шунтов отмечен тип В на тимпанограмме с одной стороны и тип А с другой. После курса применяемого нами консервативного лечения с двух сторон определялся тип А на тимпанограмме, слух в пределах возрастной нормы.

**■ При катамнестическом обследовании через 1 месяц у 20 из 22 оперированных детей отмечено полное восстановление аудиологических показателей, нормализация отоскопической картины**

Из 50 детей после выполненной аденотомии с миринготомией купирование ЭСО с полным восстановлением аудиологических показателей отмечено у 40 пациентов. У 8 определялся тип С на тимпанограмме и у 2 – тип В, в связи с чем им был проведен курс консервативной терапии ЭСО, в результате которого лишь у 1 ребенка не было достигнуто положительного результата и ему выполнено шунтирование барабанных полостей. Больной находится под наблюдением до настоящего времени.

У 8 детей 2-й группы после проведенного курса лечения острого синусита и аллергического ринита отмечено полное восстановление аудиологических показателей.

Таким образом, разработанный и применяемый нами алгоритм ведения больных с ЭСО в зависимости от стадии процесса показал высокую эффективность лечения детей с вышеуказанной патологией. В случае неэффективности консервативного лечения секреторной стадии ЭСО одномоментно с хирургической санацией (или коррекцией структур) носоглотки, проводимой под эндоскопическим контролем, показано проведение миринготомии. Шунт при этом устанавливается в случае получения вязкого экссудата и при отсутствии возможности его полностью эвакуировать. 

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.