

Мухитдинов Улугбек Башируллаевич
д.м.н. доцент
кафедры оториноларингологии, детская оториноларингологии, детской
стоматологии
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт. г. Ташкент,
Хакимжанова Азизахон Содикжон кизи
студентка.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт . г. Ташкент,
Каратаева Лола Абдуллаевна
к.м.н. доцент
кафедры патологической анатомии.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт. г. Ташкент.
Mukhitdinov Ulugbek Bashrullayevich
MD, Associate Professor of the Department of Otorhinolaryngology,
Pediatric Otorhinolaryngology, Pediatric Dentistry Tashkent Pediatric Medical
Institute. Tashkent city,
Hakimjonova Azizaxon Sodiqjon qizi
student
Tashkent Pediatric Medical Institute
Tashkent.
Karataeva Lola Abdullaevna
PhD docent
Department of Pathological Anatomy.
Tashkent Pediatric Medical Institute. Tashkent city.

**СПЕЦИФИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ
ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА В ДЕТСКОМ
ВОЗРАСТЕ**

SPECIFICITY OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF VARIOUS FORMS OF CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA IN CHILDHOOD

Аннотация: В статье отмечены аспекты специфики клинических проявлений различных форм хронического гнойного среднего отита в детском возрасте на основе литературных данных.

Ключевые слова: дети, осложнения, отит, заболевания.

Abstract: The article highlights aspects of the specificity of clinical manifestations of various forms of chronic purulent otitis media in childhood based on literature data.

Key words: children, complications, otitis media, diseases.

Хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) страдает от 1,5 до 4% населения в мире, из них дети составляют 1,5%.

При дифференциальной диагностике различных форм среднего отита важную роль играет их клиническая картина.

Многие авторы называют экссудативный средний отит (ЭСО) "тихим" вследствие скудности его клинических проявлений и отмечают, что у 50% детей младшего возраста выявляется ЭСО, протекающий без жалоб. У другой половины детей клиническая картина заболевания характеризуется разнообразием жалоб: снижение слуха, заложенность ушей или чувство дискомфорта, ощущение переливания в ушах при смене положения тела.

При ХГСО жалобы детей, как правило, сводятся к снижению слуха и гноетечению из уха. Иногда заболевание может иметь вялое, бессимптомное течение и жалобы появляются только при обострении процесса, либо при развитии осложнений.

При ЭСО отоскопическая картина может быть весьма разнообразной: втянутость барабанной перепонки от незначительной до выраженной, а иногда - её взбухание; сглаженность её опознавательных пунктов; патологическое окрашивание - от янтарно-желтого до интенсивно синего; истончение перепонки; вследствие: атрофии; рубцы и петрификаты; наличие

просвечивающего уровня жидкости или пузырьков: воздуха в барабанной полости .

Отоскопическая картина при ХГСО имеет свои особенности. Во-первых, это обязательное; наличие перфорации перепонки: Перфорация при мезотимпаните располагается в натянутой части барабанной перепонки и носит название центральной . При эпитимпаните перфорация - краевая, располагается в ненапрянутой части барабанной перепонки. Во-вторых, имеют место выделения из уха. При мезотимпаните они слизистые, чаще довольно обильные, но не имеющие запаха; при эпитимпаните - густые скудные с неприятным запахом. При ХГСО могут визуализироваться грануляции и полипы . При эпимезотимпаните перфорация, как правило, краевая с локализацией в расслабленной части барабанной перепонки.

При ЭСО изменения в звуковом анализаторе сопровождаются обычно повышением слуховых порогов при воздушном звукопроведении на 15-35 дБ, причем тугоухость имеет прогрессирующий и флюктуирующий характер . Обычно повышение слуховых порогов при воздушном звукопроведении одинаково по всему диапазону частот или более выражено на низких и высоких частотах . Нередко диагностируется нейросенсорный компонент, то есть имеет место смешанная форма тугоухости . С внедрением в практику акустической импедансометрии установлено, что ЭСО у детей характеризуется тимпанограммой типа «В», снижением пикового давления ниже 150 мм водного столба, низким значением сопротивления и градиента, а при исследовании акустического рефлекса наиболее характерно его отсутствие .

При ХГСО у детей в большинстве случаев отмечается кондуктивная форма тугоухости, гораздо реже — смешанная. В основном имеет место значительная степень тугоухости - повышение слуховых порогов при воздушном звукопроведении на 30-60 дБ, а при костном - на 5-15 дБ. В последние годы увеличилось число случаев ХГСО, протекающих с достаточно выраженной нейросенсорным компонентом тугоухости. При

хроническом гнойном мезотимпаните отмечается преимущественно низкочастотная тугоухость, при эптитимпаните — смешанная с преобладанием низкочастотной.

У детей младшего возраста распознать заболевание особенно трудно. Для правильной постановки диагноза необходимо учитывать ряд диагностических признаков. Например, при менингите наблюдается усиление кожных и сухожильных рефлексов, судороги. Поднимается температура тела, появляется резкая, диффузная головная боль, усиливающаяся при давлении на глаза. При исследовании нистагма, как правило, регистрируется быстрый компонент в сторону здорового уха (угнетения). Может наблюдаться рвота. При исследовании спинномозговой жидкости (СМЖ) наблюдается нейтрофильный полинуклеоз, плеоцитоз. СМЖ мутная, давление её — высокое. Хронический гнойный средний отит может протекать в двух вариантах. В первом случае имеет место сухая перфорация барабанной перепонки и стойкое снижение слуха. И лишь при обострении появляются выделения из уха, сопровождающиеся повышением температуры, болью в ухе, признаками общей интоксикации. При втором варианте у детей при хорошем общем состоянии постоянно имеются гнойные или слизистые выделения из уха, которые при обострении усиливаются и сопровождаются, как и в первом случае, общими симптомами интоксикации. Жалобы, как правило, не имеют каких-либо существенных особенностей у детей, страдающих различными формами ХГСО.

По наблюдениям И.П. Енина (2004) при мезотимпаните дети жалуются, как правило, на выделения из уха, снижение слуха и шум в пораженном ухе. Ф.В. Семенов и соавт. (2004) провели анализ 702 историй болезни детей до 14 лет с ХГСО. Авторы отмечают, что дети чаще всего предъявляли жалобы на наличие отделяемого из уха и снижение слуха. Так, 94% больных с эптитимпанитом отмечали выделения из уха, 76% - снижение слуха. При мезотимпаните 84% детей предъявляли жалобы на наличие отореи и 63% - на сниженный слух. Другие жалобы, такие как боль в ухе, головная боль,

головокружение, повышение температуры тела встречались значительно реже. Последние могут свидетельствовать о развитии осложнений.

У детей младшего возраста анамнез собирается со слов родителей, дети постарше могут самостоятельно отвечать на вопросы, которые связаны с их жалобами, или клиническими проявлениями заболевания. При сборе анамнеза важны сведения о предшествующих инфекционных заболеваниях. По данным М.Р. Богомильского (2002) эпитимпанит чаще возникает после скарлатины, дифтерии или кори, а также после гриппа. Имеет значение и факт перенесенного острого гнойного среднего отита.

Также большое значение имеют длительность заболевания, частота и упорство рецидивов, насколько часто возникают обострения и какими клиническими симптомами они сопровождаются (повышение температуры, головная боль, нарушение статики, боли в ухе, общие симптомы интоксикации, характер и количество отделяемого).

Оториноларинголог должен обратить внимание и на данные предыдущих обследований (аудиограммы, анализ мазков на флору и её чувствительность к антибактериальным препаратам, а также (если имеются) результаты обычного рентгенологического и КТ исследований височной кости). Имеют значение и наличие данных об эффективности предыдущего лечения (какие препараты использовались, длительность ремиссии).

Особенностью хронического среднего отита у детей является взаимосвязь клинической картины заболевания с возрастом - в раннем возрасте обострения проявляются ярким манифестирующим характером с выраженной общей симптоматикой, в старшем - преимущественно локальными симптомами .

Все полученные данные в ходе сбора анамнеза вкупе с клинической картиной, данными аудиологического, рентгенологического, микробиологического и отоскопического методов исследования позволяют поставить правильный диагноз, оценить тяжесть заболевания, а также наилучшим образом подобрать вид лечения.

Компьютерная томография (КТ) височных костей в последнее время приобретает все большее значение и вытесняет рентгенографию при диагностике различных заболеваний. При ХГСО этот метод позволяет с высокой точностью установить не только объем деструктивных изменений височной кости, но и оценить состояние слуховых косточек, слуховой трубы, выявить распространение процесса в полость черепа.

Однако в связи со значительной стоимостью оборудования для КТ и самого исследования, этот метод, к сожалению, применяется реже, чем традиционная рентгенография височных костей.

При воспалительных процессах в ухе КТ позволяет выявить изменения слуховых косточек; видны даже утолщения складок слизистой оболочки барабанной полости, что существенно для определения сообщаемости верхнего и среднего отделов барабанной полости. Иногда даже при КТ очень трудно определить размеры и распространенность холестеатомы, так как этому могут мешать значительный отек слизистой оболочки барабанной полости и антрума и наличие грануляций.

Е.И. Зеликович (2004) методом КТ обследовала 38 пациентов с ХГСО (в группу больных входили как взрослые, так и дети), что позволило автору выделить КТ-признаки хронического гнойного нехолестеатомного среднего отита. К ним относятся склеротические изменения костной ткани сосцевидного отростка (82,7%), нарушение пневматизации полостей среднего уха, в том числе барабанной полости (80,7%) за счет наличия патологического субстрата, деструктивные изменения слуховых косточек (50%), кариозные изменения стенок полостей среднего уха (21%).

В другой своей работе Е.И. Зеликович (2004) выделяет КТ-признаки ХГСО с холестеатомой. К ним относятся: деформация аттика за счет разрушения латеральной стенки мягкотканым образованием, расширение входа в антрум, наличие в антромастоидальной области полости со склерозированными стенками, кариозные изменения слуховых косточек, смещение (дислокация) цепи косточек, кариозные изменения стенок

полостей среднего уха, включая крышу и лабиринтную стенку барабанной полости, что позволяет диагностировать фистулу лабиринта и внутричерепные осложнения холестеатомы.

Несомненно, при внутричерепных отогенных осложнениях КТ имеет первостепенную роль,- так как позволяет с высокой точностью установить объема деструктивных, изменений височной кости, определить локализацию процесса в полости черепа, а также вид и; объем хирургического вмешательства.

Таким образом подводя итог литературного обзора можно отметить ,что своевременная диагностика заболевания дает ускоренный темп к выздоровлению больного .

Литература

1. Фотин А.В. О классификации хронического гнойного среднего отита // Труды клиники болезней уха, горла и носа «Хронический гнойный средний отит и его осложнения» / - М. - 1969. - с. 28-31.
2. Черныш Н.Н. Этиология детской тугоухости в Челябинской области в сравнительном аспекте // Вестн. оторинолар. - 2004. - № 6. - с. 34-35.
3. Чумаков Ф.И., Селин В.Н., Голубовский ГА. Динамика летальности ЛОР- больных в конце двадцатого века // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 2002. - № 4. - с. 48-50.
4. Шестаков В.А., Ивойлов А.Ю. Медикаментозная реабилитация детей, страдающих хроническим воспалением среднего уха / В кн.: Сборник научных статей «Медико-социальная экспертиза и реабилитация».- Минск.- 2003,-Вып. 5,-С. 188-195.
5. Nyembue D.T., Tshiswaka J.M., Sabue M.J., Muyunga C.K. Bacteriology of chronic suppurative otitis media in Congolese children // Acta Otorhinolaryngol. Belg. - 2003. - v. 57. - № 3. - p. 205-208.

6. Ologe F.E., Nwawolo C.C. Prevalence of chronic suppurative otitis media among school children in a rural community in Nigeria // Niger Postgrad. Med. J. - 2002. - v. 9. - № 2. - p. 63-66.
7. Qiu J.H., Liu S.L., Su Y., Qiao L. Expression of substance P receptor positive cells in the Corti's organ with acute middle ear infection in guinea pigs // Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. - 2004: - v. 39. - № 2. - p. 3-6.
8. Shah U.R., W.P. Potsic W.P. The dizzy child // In: Pediatric Otolaryngology. - Thieme:, New York, 2000. - p. 203-218.
9. Siwiec H., Klatka J., Szymanski M., Trojanowski P. Labyrinthitis in chronic otitis media // Ann. Univ. Mariae Curie Sklodowska [Med]. - 2002. - v. 57. - № 2. p. 127-130.
10. Balle VH, Tos M, Dang HS, Nhan TS, Le T, Tran KP, Tran TT, Vu MT. Prevalence of chronic otitis media in a randomly selected population from two communes in southern Vietnam // Acta Otolaryngol. Suppl. - 2000. - v. 543. - p. 51-53.