

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТИ**

Дустбобоев Д.С., Насретдинова М.Т.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКСУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО
ОТИТА У ДЕТЕЙ**

методические рекомендации

Самарканд -2024

Составители:

Дустбобоев Дилшод -свободный соискатель кафедры
Садуллаевич Оториноларингологии №2 СамГМУ

Насретдинова Махзуна - д.м.н., профессор, заведующий кафедры
Тахсиновна Оториноларингологии №2 СамГМУ

Рецензенты:

Хайитов А.А.- PhD., доцент кафедры Оториноларингологии
№2 СамГМУ

Нуров У.И.- д.м.н., доцент, заведующий кафедры
оториноларингологии БухГМИ

***Аннотация.** Экссудативный средний отит (ЭСО) — негнойное заболевание среднего уха, для которого характерно скопление экссудата в барабанной полости, сопровождающееся ограничением подвижности барабанной перепонки. Распространенность ЭСО в популяции колеблется от 1 до 5% в разных возрастных группах. Принято считать, что экссудативный средний отит наиболее характерен для детей, однако у взрослых ЭСО также является распространенным заболеванием и составляет 15—17% всех заболеваний уха. Отмечается устойчивая тенденция к росту заболеваемости ЭСО. Значительное количество случаев ЭСО разрешается самостоятельно в течение 3 мес, однако не менее 25% случаев продолжаются более 3 месяцев и могут приводить к стойкому снижению слуха, нарушениям равновесия, внимания, поведения. Сглаженность клинических проявлений, широкая вариабельность отоскопических признаков затрудняет верификацию ЭСО с помощью рутинных способов диагностики и диктует необходимость применения дополнительных методов подтверждения наличия экссудата. В условиях доступности широкого спектра исследований необходим взвешенный подход к выбору уточняющих методов диагностики.*

Данная методическая рекомендация даёт возможность рассмотреть основные методы диагностики экссудативного среднего отита у детей. Методическая рекомендация предназначена для клинических ординаторов, врачей оториноларингологов, педиатров.

Методическая рекомендация обсуждена и утверждена на заседании Ученого Совета Самаркандского медицинского университета и рекомендована к печати.

« 6 » июль 2024 год, Протокол № 3

Секретарь ученого совета



Очилов У.У.

Содержание

Введение	4
Хирургическое лечение ЭСО.....	5
Методы хирургического лечения.....	7
Список литературы.....	12

ВВЕДЕНИЕ

В литературе встречаются многочисленные обозначения экссудативного среднего отита, такие, как "серозный отит", "острый средний отит с экссудатом", "рецидивирующий средний отит с экссудатом", "затянувшийся острый средний отит с экссудатом", "клеякое ухо", "голубое ухо" и т.д. Все эти названия отражают либо этиологию процесса, либо отоскопическую картину, либо продолжительность болезни [1, 6, 7], однако, ни одно из них нельзя считать универсальным, то есть всесторонне отражающим природу и клинические проявления экссудативного среднего отита. Определенный интерес представляет изучение характеристик ушного шума при кондуктивной тугоухости в сравнении с таковыми при нейросенсорной тугоухости, а также выявления показателей, влияющих на сохранение (изменение) или исчезновение ушного шума. С этой целью были отобраны две группы больных: I - с хроническим средним отитом вне стадии обострения. Из 40 больных с этой формой патологии среднего уха у 23 был диагностирован адгезивный перфоративный средний отит (рубцовоизмененная, с участками атрофии, барабанная перепонка нередко слегка втянутая; при операции обнаруживали рубцовую ткань и часто - дефект в цепи косточек или их анкилоз), а у 17 - "сухой" перфоративный, средний отит с центральным дефектом (различных размеров и локализаций) барабанной перепонки без видимых признаков воспалительной реакции. Функциональное состояние слуховой трубы было слабо нарушено или было нормальное. Одностороннее поражение уха выявлено у 21, двустороннее - у 19. Кроме этой группы обследована группа (II) больных отосклерозом из 37 человек, из которых 18-ти была произведена раньше (2-12 лет тому назад) успешно стапедопластика одного уха. По возрастному составу группы больных были идентичными (см. главу II).

При тональной пороговой аудиометрии исследуемого уха установлено, что усредненные пороги слуха при костном звукопроведении в диапазоне 500-2000 Гц не превышали 20 дБ (тимпанальная форма тугоухости) в I

группе - у 21 (52,5%) больных и у 19 (47,5%) находились в пределах 21-30 дБ (смешанная форма), во II группе - соответственно у 21 (56,8%) и у 16 (43,2%) больных.

Хирургическое лечение больных отосклерозом заключалось в выполнении стапедопластики протезом из аутохряща в виде вилки длиной 3,3-3,5 мм, устанавливаемом между венозным трансплантом (в окне преддверия) и лентикулярным отростком наковальни. При этом основание стремени удаляли полностью или оставляли в виде узкой полоски в переднем отделе, прежде всего с целью снижения кровоточивости (Преображенский Н.А., Пятякина О.К., 1978, 1983). Очаги отосклероза чаще были ограниченные, и основание стремени - тонкое; но у тех больных, у которых были повышенные пороги слуха при костном звукопроведении (на 500-2000 Гц выше 20 дБ, или на 4 и 8 кГц выше 30 дБ), как правило, визуально обозревались диффузные очаги в области мыса и сужение ниши окна улитки, что давало основание предполагать внутрилабиринтное отосклеротическое поражение основного завитка улитки.

При операции у больных адгезивным неперфоративным средним отитом иссекали рубцовые перемычки, удаляли тимпаносклеротические бляшки, если они обнаруживались, мобилизовали цепь косточек, все

Хирургическое лечение больных с экссудативным средним отитом

Не обсуждая причины повышения порогов слуха по костному звукопроведению, которое в литературе рассматривают как "компонент" нейросенсорной тугоухости, можно лишь отметить, что повышение "костных" порогов слуха чаще соответствовало либо длительному течению отита, либо местному применению токсических препаратов, либо работе в шуме и т.д. Лишь иногда, при тимпаносклеротическом анкилозе стремени, можно было думать о так называемом "зубце Кархарта". Иными словами, "нейросенсорный компонент" тугоухости при хроническом среднем отите объяснить только вторичной интоксикацией содержимого улитки продуктами воспаления (через вторичную мембрану) можно было далеко не

всегда. Этот "компонент", по нашим данным, может иметь отношение к возникновению шума и его частотной окраске. Почти в равной степени это относится к высокочастотному спектру ушного шума при локализации очагов отосклероза в основном завитке улитки.

Общая эффективность хирургического подавления ушного шума при кондуктивной тугоухости представлена на таблице 34 и рис. 6 по данным субъективного ощущения исчезновения (0) шума или по оценкам в % оставшейся громкости шума. 100%-я оценка - это исходный уровень громкости шума. Был проведен сравнительный анализ кратности аденотомий у детей обеих групп (табл. 1).

Таблица 1.

Кратность аденотомий у детей основной группы и группы сравнения

Число аденотомий за период наблюдения	Основная группа	Группа сравнения
1-кратная аденотомия	45 (34,6%)	94 (78,3%)
2-кратная аденотомия	71 (54,7%)	22 (18,3%)
3-кратная аденотомия	14 (10,8%)	4 (3,3%)
ИТОГО	130 (100,0%)	120 (100,0%)

На эффективность хирургического лечения больных с кондуктивной тугоухостью в известной мере оказывала влияние и степень интенсивности ушного шума, определяемая субъективно самими больными: I степень - ощущение ушного шума в тишине, II степень - шум беспокоит в обычной обстановке и III - шум мешает заснуть. Наиболее часто выявлялась II степень интенсивности шума: при хроническом среднем отите - у 23 (57,5%) из 40 и при отосклерозе - у 22 (59,5%) из 37. Положительная динамика интенсивности ушного шума отмечена у 25 (62,5%) больных хроническим средним отитом, хотя из общего числа всех 40 обследованных больных "отличный" результат (исчезновение шума или сохранение его в пределах 25% громкости) наблюдался лишь у 19 (47,5%). Как видно на таблице 37, лучше всего подавляется хирургически ушной шум I и II степени. В равной степени это

относится и к подавлению шума у больных отосклерозом благодаря проведению операции.

Методы хирургического лечения больных с экссудативным средним отитом

Мы полагаем, что ухудшение восприятия высоких тонов может указывать на "поражение" основного завитка улитки, проявляющееся высокочастотным шумом. Поэтому, как ухудшение восприятия высоких тонов, так и сохранение высокочастотного шума, могут быть необратимыми даже при успешном выполнении операции. Общие результаты такого сопоставления представлены на таблице 39. Из 6 больных, имеющих усредненные пороги (в диапазоне 500- 2000 Гц) выше 30 дБ, ни у одного не был получен "отличный" (0-25\$) результат, у одного зарегистрирован "неудовлетворительный", у 2 - "удовлетворительный" и у двух - "хороший" (шум уменьшился наполовину от исходной громкости).



Рис.1 1-й этап местная анестезия



Рис.2 2-й этап введение серповидного скальпеля



Рис.3 3-й этап проводится разрез барабанной перепонки



Рис 4. 4-й этап с помощью электроотсоса удаляется секрет из барабанной полости



Рис.5 5-й этап введение шунта



Рис.6 6-й этап установление шунта в БП

В заключении можно отметить, что при кондуктивной тугоухости (или смешанной, с преобладанием кондуктивного компонента), обусловленной отосклеротическим или воспалительным процессом, основным видом "лечения" субъективного ушного шума, как и тугоухости при обоих видах патологии является слухоулучшающая операция. Высокая степень прироста слуха по воздушному звукопроведению (до полной реализации кохлеарного резерва - полного закрытия костновоздушного разрыва), как правило, избавляет больных и от ушного шума, который при кондуктивной тугоухости чаще имеет низко-среднечастотную окраску. Небольшая интенсивность ушного шума (до 25\$ от исходной громкости) мало беспокоит больных и нередко больные упоминают о нем при наводящих вопросах. Поэтому, с большой долей вероятности, можно говорить о том, что 89\$ больных отосклерозом и 60\$ с последствиями хронического среднего отита могут рассчитывать на избавление от тягостного ощущения постоянного шума в ушах. Прогностически благоприятными признаками избавления (0-25\$) больных от шума при обоих видах патологии служат постепенное развитие шума, сравнительно небольшая продолжительность шума (до 5 лет), малая величина шумового поля (до 10 дБ), низкая степень его выраженности (I-II), смешанный низко-среднечастотный спектр, уровень порогов слуха на

речевых частотах при воздушном звукопроведении в пределах 31-60 дБ и при костном звукопроведении до 20 дБ. Сопутствующие заболевания, не оказывая в общем заметного влияния на эффективность хирургического подавления ушного шума, могут снижать эффективность лечения в случаях своего сочетания (2-3 вида патологии) и при значительной их выраженности. Прогностически неблагоприятными признаками исхода операции в отношении подавления шума являются большая длительность шума, высокая степень его интенсивности и широкое шумовое поле, высокочастотный или смешанный средне-высокочастотный спектр шума, высокие пороги слуха в речевом диапазоне частот как при воздушном (свыше 60 дБ), так и при костном (свыше 30 дБ) звукопроведении, пожилой возраст, а также выявляемые при операции значительные изменения в области окон лабиринта и промотория (основной завиток улитки) в виде диффузного отосклеротического процесса с сужением окна улитки, грубых рубцовых изменений, тимпаносклеротических бляшек или длительно текущего "мукозита".

Литература

1. Анарбаев А. А., Маткасымова А. Т., Калматов Р. К. Динамика изменений иммунологических показателей экссудата среднего уха при отите //Рецензенты: Бекназаров Рахым Агибаевич, д-р ист. наук, профессор. – 2016. – С. 51.
2. Арутюнян Г. С., Косяков С. Я. Современный подход к методам лечения экссудативного среднего отита //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2020. – Т. 26. – №. 1. – С. 12-22.
3. Арутюнян Г. С., Косяков С. Я. Триггеры развития экссудативного среднего отита (обзор литературы) //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2020. – Т. 26. – №. 1. – С. 40-45.
4. Вахрушев С. Г., Кузовков В. Е., Голофаев Д. О. Наш способ микроэндоскопического исследования слуховой трубы //Российская оториноларингология. – 2019. – Т. 18. – №. 1 (98). – С. 24-33.
5. Дроздова М. В., Рязанцев С. В., Быкова А. В. Новые возможности терапии экссудативного среднего отита у детей //Вопросы практической педиатрии. – 2022. – Т. 17. – №. 2. – С. 65-71.
6. Жумабаев Р. Б. Обзор методик лечения экссудативного среднего отита в мировой практике //Наука о жизни и здоровье. – 2016. – №. 2. – С. 6-12.
7. Золотова Т. В. и др. Одноэтапная санация носоглотки и барабанной полости при рецидивировании экссудативного среднего отита //Universum: медицина и фармакология. – 2016. – №. 9 (31). – С. 1.
8. Золотова Т. В. и др. Особенности течения экссудативного среднего отита при патологических состояниях носоглотки //Актуальные вопросы оториноларингологии. – 2023. – С. 153-156.
9. Золотова Т. В., Волков А. Г., Манукян А. Г. Определение стадий экссудативного среднего отита с учётом результатов тизиографии содержимого барабанной полости //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2020. – Т. 26. – №. 2. – С. 77-84.
10. Золотова Т. В., Манукян А. Г. Одновременная аденотомия и шунтирование у детей с гипертрофией лимфоэпителиального кольца глотки и экссудативным средним отитом //Матер.межрегион. научно-практич. конф.оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с международным участием "Актуальные вопросы оториноларингологии". – 2017. – С. 198-201.
11. Кодиров О., Насретдинова М., Хушвакова Н. Роль цитологического исследования в оценке локального иммунитета при экссудативном среднем отите //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2016. – №. 3 (89). – С. 36-38.
12. Красножен В. Н., Андреева И. Г., Токарев П. В. Лечение экссудативного среднего отита у детей //Российская оториноларингология. – 2018. – №. 5 (96). – С. 115-121.
13. Кротов С. Ю. Особенности пролонгированного течения экссудативного среднего отита. Обзор литературы //Оториноларингология. Восточная Европа. – 2022. – Т. 12. – №. 2. – С. 219-228.
14. Крюков А. И. и др. Алгоритм лечения детей с экссудативным средним отитом //Медицинский совет. – 2013. – №. 7. – С. 52-53.
15. Крюков А. И. и др. Доставка лекарственных препаратов в барабанную полость при экссудативном среднем отите //Российская оториноларингология. – 2020. – Т. 19. – №. 4 (107). – С. 48-54.

16. Крюков А. И. и др. К вопросу о лечении экссудативного среднего отита в детском возрасте //Вестник оториноларингологии. – 2020. – Т. 85. – №. 1. – С. 14-21.
17. Кунельская Н. Л. и др. Колонизация шунтов микрофлорой как возможная причина рецидива экссудативного среднего отита в детском возрасте //Российская оториноларингология. – 2016. – №. 3 (82). – С. 198-198.
18. Кунельская Н. Л. и др. Экссудативный средний отит в детском возрасте //Вестник оториноларингологии. – 2015. – Т. 80. – №. 1. – С. 75-79.
19. Магомедов М. М. и др. Катетеризация слуховой трубы в комплексной терапии экссудативного отита //Вестник оториноларингологии. – 2013. – №. 6. – С. 48-50.
20. Мирхайдарова З. М. Роль цитологического исследования в оценке локального иммунитета при экссудативном среднем отите //Современная медицина: актуальные вопросы. – 2015. – №. 10-11 (43). – С. 30-34.
21. Морозова С. В., Еремеева К. В., Суайфан В. Х. А. Обоснованность топической медикаментозной терапии при экссудативном среднем отите //Медицинский совет. – 2021. – №. 18. – С. 80-84.
22. Опре А. Е., Андамова О. В., Киселёв А. Б. Комплексное лечение экссудативного отита //Journal of Siberian Medical Sciences. – 2018. – №. 3. – С. 53-60.
23. Оспанова Д. А., Жумабаев Р. Б. Анализ основных методик лечения экссудативного среднего отита в мировой практике //Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2016. – №. 4. – С. 470-476.
24. Полунин М. М., Чернова О. В. Лечение экссудативного среднего отита у детей раннего возраста с учетом анатомических особенностей слуховой трубы //Вестник оториноларингологии. – 2020. – Т. 85. – №. 1. – С. 10-13.
25. Путалова И. Н., Кротов С. Ю., Кротов Ю. А. Регионарная лимфотропная терапия в комплексном лечении больных экссудативным средним отитом //Лимфология: от фундаментальных исследований к медицинским технологиям. – 2018. – С. 105-106.
26. Савенко И., Бобошко М. Экссудативный средний отит у недоношенных детей первых 3 лет жизни //Врач. – 2014. – №. 2. – С. 56.
27. Саликов А. В., Попова Л. П. Цитологическое исследование экссудата у больных с рецидивом экссудативного среднего отита после тимпаностомии //Russian otorhinolaryngology. – С. 117.
28. Хайитов А. А. и др. Оптимизация одноэтапной санации носоглотки и барабанной полости при рецидивировании экссудативного среднего отита //Актуальные научные исследования в современном мире. – 2018. – №. 1-8. – С. 81-84.