

анатомо-фізіологічні особливості, що вимагає тісної співпраці алерголога і отоларинголога.

Висновок. Рівень поширеності АР серед дітей Київського регіону є високим, а діагностика часто складною та недостатньою, особливо у дітей раннього віку.

Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Лудин О.І. (Чернівці, Україна)

ЛІКУВАННЯ СЕРЕДНЬОГО СЕКРЕТОРНОГО ОТИТУ У ДІТЕЙ

Середній секреторний отит (ССО) (шифр – Н 65.9) – це негнійне хронічне ураження середнього вуха, що виникає при порушенні функції слухової труби і супроводжується накопиченням трансудату у порожнинах середнього вуха та кондуктивною приглухуватістю. Клініка захворювання проявляється неяскраво, у зв'язку з чим розпізнається рідше, ніж виникає насправді. У клінічному перебігу можна виділити 2 стадії: застійну та ексудативну, яка має назву “ексудативного отиту”.

Мета дослідження: Вивчити ефективність консервативного лікування дітей з ССО без шунтування барабанної порожнини.

Матеріал і методи: У ЛОР-відділенні ОКЛ в період з 2015-2021 рік було під наглядом 124 дитини з ССО. Вік дітей склав від 4 до 13 років. Середній вік 7,5 років, хлопчиків було 64 (51%) дівчаток - 60% (49,6%). У 78% процес був двобічний, в 22%-однобічний.

Серед супутніх патологічних станів переважають аденоїди (82%), викривлення перегородки носа, вазомоторний і гіпертрофічний риніт - 10%, синусити та хронічні аденоїдити - 8%.

Усім хворим проводилась передня та задня риноскопія, отоскопія, ендоскопія носоглотки, дослідження слуху ШМ і РМ, тональна порогова аудіометрія та імпедансометрія (тимпанометрія+АР)

Клінічні діагностичні критерії: зниження слуху, відчуття закладеності вуха відмічалось у 100% хворих; відчуття переливання рідини, симптом флюктуації слуху – зміна гостроти слуху внаслідок зміщення маси трансудату,

аутофонія у – 65%; шум у вухах – у 50%; періодичні виділення з вуха через наявність мікроперфорації у 15%.

Отоскопічні ознаки: мутна барабанна перетинка, втягнута, згладжені пізнавальні контури – у 90% хворих; рухливість барабанної перетинки обмежена – у 70%; колір барабанної перетинки за наявності ексудату в барабанній порожнині від жовтуватого до синюшного (залежно від складу ексудату) – у 50%; у разі неповного заповнення барабанної порожнини ексудатом – рівень рідини часто з пухирцями газу – у 50%.

Аудіологічні діагностичні критерії: при камертональному дослідженні – ураження звукопровідного апарату в 70% випадків, в 30% - по змішаному типу; на аудіограмі підвищення порогів звукосприйняття по повітряній провідності, кістково-повітряний розрив складає 30-40 дБ. Значну допомогу в діагностиці ексудативного отиту надає імпедансометрія. Характерні тимпанометричні криві типу В і С: тип В – ексудат в барабанній порожнині; тип С – дисфункція слухової труби з значним зниженням тиску в барабанній порожнині. Акустичні рефлекси не реєструються.

Для відновлення барофункції слухових труб дітям проводилось відповідне консервативне лікування: АБ-препарати, десенсибілізуючі, секретолітики, деконгестанти, промивання аквамарісом, хюмером і т.п., ІКС в залежності від супутньої патології. При наявності показань до оперативного лікування проводилась аденотомія, підслизова резекція перегородки носа, ошадливі септум операції, підслизова резекція перегородки носа з аденотомією, вазотомія.

Результати поетапного лікування з усуненням причин дисфункції слухової труби.

У групі пацієнтів із вказаними захворюваннями тривалість перебігу яких не перевищувала 10-14 днів, ліквідація непрохідності слухової труби досягнута у 100% випадків. У разі наявності запальних процесів більше 2 тижнів (15-25 днів) ефективність консервативного лікування склала 75%.

Після ліквідації запальних процесів та оперативного лікування причин дисфункції слухової труби через певний період проводилось продування вуха за Політцером, катетеризація слухових труб під контролем ендоскопа,

пневматизація барабанної порожнини, ФТЛ, а також проводилась аудіометричне та імпендансометричне дослідження.

Ефективність оперативного лікування також залежить від тривалості наявності порушень слухової труби. При тривалості захворювання до 3-х місяців після аденотомії, септум-операції, вазотомії через 14 днів проводилось аудіометричне дослідження, що показало відновлення слуху у 70% хворих, 30% потрібно було проводити продування вуха за Політцером, якого було достатньо для відновлення прохідності слухових труби та слухових функцій. При тривалості ССО більше 4 місяців ефективність лікування захворювання 60%, а у дітей з тривалістю дисфункції слухової труби і відповідно ССО більше 6 місяців ефективність в плані покращення слуху за даними аудіометрії і тимпанограми складає не більше 40%.

Висновки. Таким чином: ефективність лікування ССО прямо пропорційно залежить від тривалості дисфункції слухових труби на фоні супутньої патології. При тривалості ССО до 3 місяців ефективність як консервативного так і оперативного лікування по усуненню причини дисфункції слухової труби висока. При тривалості захворювання більше 4 місяців у разі помірного покращення в результаті лікування супутньої патології і у разі тривалості дисфункції більше 6 місяців, особливо з обох боків з кістково-повітряним розривом більше 25-30 дБ. Показано шунтування барабанних порожнин.

Слід відмітити, що нормальна прохідність слухової труби ще не означає її нормальне функціонування, а критеріями ефективності лікування є нормалізація отоскопічної картини та відновлення слухової функції.

Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Лудин О.І. (Чернівці, Україна)

ОПТИМІЗАЦІЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ НА ХРОНІЧНИЙ АДЕНОЇДИТ З ВИКОРИСТАННЯМ РОСЛИННОГО ПРЕПАРАТУ ІМУПРЕТ

Частота розвитку хронічного аденоїдиту (ХА) складає до 10% у хворих без гіпертрофії глоткового мигдалика, а при гіпертрофії — значно більше (від 21,5 до 83,7%).