

*Б.Г. ІСЬКІВ, І.І. ГОРІШНІЙ*

## **КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ З СЕРОЗНОЮ ФОРМОЮ ХРОНІЧНОГО СЕКРЕТОРНОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ**

*Каф. оториноларингології (зав. – проф. Р.А. Абизов) НМАПО  
ім. П.Л. Шупика (ректор – проф. Ю.В. Вороненко)*

Хронічний секреторний середній отит (ХССО) – ураження середнього вуха, яке характеризується тим, що при цілій барабанній перетинці в барабанній порожнині накопичується секрет негнійного характеру.

Це захворювання до теперішнього часу зустрічається значно частіше, ніж діагностується, і залишається однією з основних причин приглухуватості (Б.Г. Іськів, 1997; М.Б. Крук, 1999; Г.Э. Тимен, И.В. Кузык, 1999; А.А. Лайко та співавт., 2005). Основним патогенетичним фактором вітчизняні та зарубіжні автори вважають обструкцію слухової труби (И.И. Гольдман, 1972; Н.А. Преображенский, 1974; М.Б. Крук, 1977, 1999; Ю.И. Гладуш, В.Л. Дидковский, 1999; Г.Д. Тарасова, Т.М. Ермолаева, 1999; Г.Э. Тимен, И.В. Кузык, 1999; Sade, Eliezer, 1970; Bluestone et al., 1983; Tos, 1984; Chan, Bluestone, 1989; Thomsen et al., 1989). Клінічні прояви ХССО різноманітні. Внаслідок цього виникають труднощі при його діагностиці та проведенні лікування. Не завжди сприятливим буває прогноз у відношенні слухової функції.

У вітчизняній та іноземній літературі до цього часу немає термінологічної визначеності. Так, В.І. Воячек (1925), Ameriso (1963), Meitzer (1967) вживають терміни “хронічна тубарна обструкція”, “туботимпанальний катар”, “туботимпаніт”, “отосальпінгіт”; Zollner (1966), Saboroff (1967) – “гідропс середнього вуха”, “гідротимпанум”, “серотимпанум”, “стерильний середній отит”; Portman (1969), Chen (1994) – “серозний отит”, “серозномукозний отит”; Tos (1980), Thomsen (1989), Bluestone (1981), Sade (1980) – “ефузійний середній

отит”, “мукоїдний отит”, “клейке вуха”, “синя барабанна перетинка”. М.О. Преображенський (1970), В.В. Березнюк та співавтори (1999), Silverstein (1964) користуються терміном “ексудативний отит”; Л.А. Зарицький (1968), Д.І. Тарасов (1988), Б.Г. Іськів (1995), М.Б. Крук (1997), Г.Е. Тимен (1999), А.А. Лайко (2005), Virolainen (1980) – “секреторний отит”.

За міжнародною статистичною класифікацією хвороб (МСКХ-10) і проблем, пов'язаних із здоров'ям, 10-го перегляду, прийнятою 43-ою Всесвітньою Асамблеєю Охорони Здоров'я (Женева, 1991), виділяються дві форми ХССО: серозна і слизова (хронічний серозний середній отит, шифр Н 65.2; хронічний слизовий середній отит, шифр Н 65.3). Але у вітчизняній літературі не дається визначення цих захворювань. В даному напрямку проводиться мало досліджень. Тому практичні лікарі зустрічаються зі значними труднощами при діагностиці такого захворювання. А саме це є лікарі первинної (сімейні лікарі) і вторинної ланки (районні лікарі).

На наш погляд, визначення диференціальної діагностики, вивчення наслідків і ускладнень ХССО, а також розробка нових і вдосконалення існуючих методів діагностики та лікування мають важливе практичне значення.

Метою нашого дослідження було поглиблене вивчення клінічної характеристики серозної форми ХССО на основі об'єктивного обстеження, даних тимпанопункції, біохімічного дослідження секрету, суб'єктивної аудіометрії, акустичної імпедансометрії, КТ вискової кістки і динамічного спостереження.

### Матеріали та методи

У клініці оториноларингології НМАПО ім. П.Л. Шупика обстежено 127 хворих на ХССО, з них у 34 виявлено серозну його форму. У 21 пацієнта був однобічний процес і у 13 – двобічний. В загальній кількості це складало 47 випадків.

Обстежувані були у віці від 16 до 60 років, з них 4 – від 16 до 20 років, 8 – від 21 до 30, 12 – від 31 до 40, 4 – від 41 до 50 і 6 – від 51 до 60. Осіб чоловічої статі було 20, жіночої – 14, тривалість захворювання у 20 з них становила від 1 до 3 міс, у 12 – від 3 до 6 міс, у 2 – понад 6 міс.

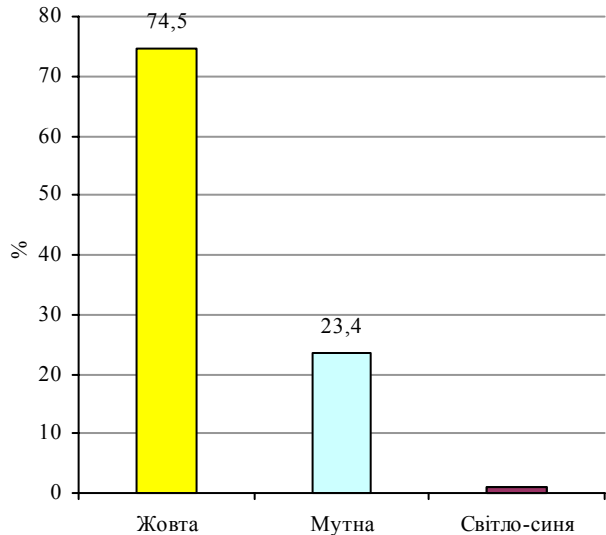
Причиною серозної форми ХССО були хронічні захворювання ВДШ в стадії загострення після застуди і респіраторних інфекцій.

Дуже важливо визначити перший епізод, коли з'явилось відчуття повноти у вусі, закладання вуха. Після застосування судинозвужуючих крапель і протинабрякових аерозолів в ніс закладання вуха зменшується. В цей період барабанна перетинка (б/п) набуває жовтуватого кольору, потовщується її звисла частина, у частини хворих виникає її випинання. В представленій табл. 1 видно, що найчастіше (75,5%) у пацієнтів з серозною формою ХССО б/п має жовтуватий колір і лише в 1,1% – світло-синій, а у 23,4% випадків вона мутна. Щодо стану б/п, то майже у однакового числа обстежених (трохи більше половини – 53,2% та майже у половини – 46,8%) вона, відповідно, випинається або втягується. Більш наочно зазначені дані показані на мал. 1 і 2.

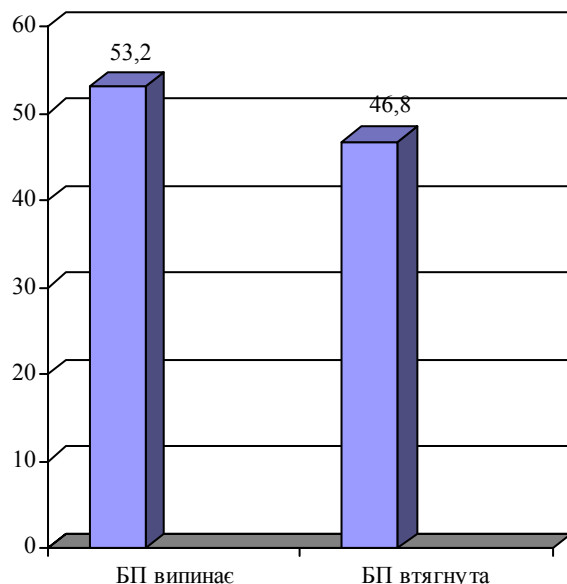
Таблиця 1

Дані отоскопії при серозній формі ХССО

Колір та стан б/п при отоскопії	Число хворих	
	в абсолютних числах	в % від загальної кількості
Жовта	35	75,5
Мутна	11	23,4
Світло-синя	1	1,1
Випнута	25	53,2
Втягнута	22	46,8



Мал. 1. Колір барабанної перетинки при серозній формі ХССО



Мал. 2. Стан барабанної перетинки при серозній формі ХССО

При продуванні слухової труби у хворих на ХССО слух може тимчасово поліпшуватись. При тимпанопункції, як правило, у таких пацієнтів отримували серозний пунктат жовтого кольору, що являв собою трансудат: проба Рівальти була негативною – не викликала помутніння рідини.

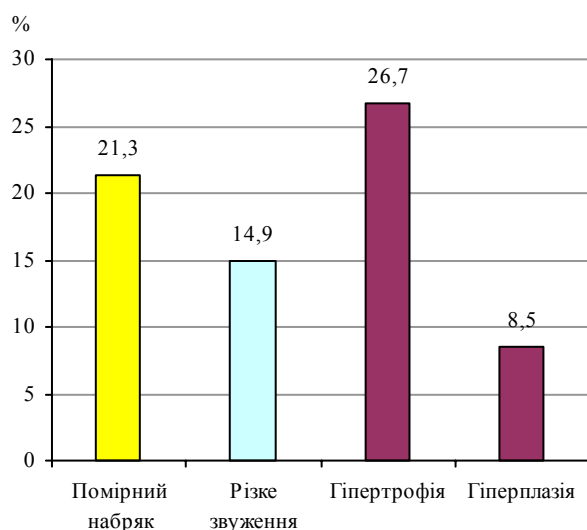
Ступінь приглухуватості у обстежуваних осіб ми визначали за критеріями, запропонованими В.Г. Базаровим і А.І. Розкладкою (1987). Пороги сприйняття повіт-

рянопроведених звуків на основних мовних частотах у 57,4% випадків коливались від 16 до 25 дБ, у 42,6% – від 26 до 35 дБ. У всіх обстежених був I ступінь приглухуватості за зазначеною класифікацією.

За даними акустичної імпедансометрії, наявність рідини в порожнині середнього вуха була підтверджена тимпанограмами типу “В” у всіх випадках.

Комп’ютерна томографія вискової кістки була проведена у 8 хворих на спіральному комп’ютерному томографі „Select SP” фірми “Marconi” в режимі програми “Ear” з використанням спірального режиму сканування та мультипланарних і тривимірних реконструкцій в аксіальних і коронарних зрізах, в режимі T<sub>1</sub> і T<sub>2</sub> (зміна сигналу від сосковидного відростка). Показники щільності були в межах від +1 до +10 одиниць НУ, що за шкалою Хаунсфілда відповідає рідині з незначним вмістом білка (Р.И. Габунія, Е.К. Колесникова, 1995; М. Прокоп, М. Галански, 2006).

Стан глоткового отвору слухової труби досліджувався за допомогою задньої риноскопії та ендоскопії. При цьому виявлено різноманітні наступні зміни (мал. 3.): у 21,3% випадків спостерігалася помірна гіперемія на фоні невеликого набряку, у 14,9% – різке звуження тимпанального отвору слухової труби, у 26,7% – гіпертрофія лімфної тканини трубного мигдалика, у 8,5% – гіперплазія слизової оболонки трубного валика.



Мал. 3. Стан глоткового отвору слухової труби при серозній формі ХССО.

Своєчасна діагностика серозної форми ХССО утруднена, оскільки спочатку слухова функція не різко знижена. Порушення слухової функції має флюктууючий характер і тільки при отоскопії та акустичній імпедансометрії виявляються зміни БП.

Спочатку ми звернули увагу на більш прості методи діагностики, які дозволяють сімейним лікарям і лікарям другої ланки запідозрити дане захворювання. Для цього нами був розроблений алгоритм диференціальної діагностики між серозною формою ХССО і гострим гнійним середнім отитом (ГГСО), який представлено в табл. 2.

Лікування хворих з серозною формою ХССО було направлено, в першу чергу, на усунення основної причини захворювання і включало санацію поєднаної патології ВДШ у всіх обстежуваних цієї групи: у 3 з них проведено аденотомію, у 5 – тонзилектомію під ендотрахеальним наркозом, у 6 – підслизову резекцію перегородки носа, у 7 – кріодеструкцію задніх кінців нижніх носових раковин і у 5 – трубного мигдалика, у 12 – лікування при гаймориті дренажним методом. Під час санації ВДШ проводилась тимпанопункція.

Далі виконувалось промивання барабанної порожнини. Поліпшення отоскопічної картини і нормалізація слуху наступили у 52,9% пацієнтів. Покращання слуху до 10 дБ відмічено у 44,1% осіб і було нестійкого характеру та з наступним погіршенням; без змін слух залишився у 2,9%.

Наступним етапом лікування у 47,0 % хворих була міринготомія з активною евакуацією секрету відсмоктувачем і введенням в барабанну порожнину розчину хімопсину в малій концентрації, антибіотика з гідрокортизоном. Короткочасне шунтування барабанної порожнини (14 днів) проводилось у 23,5% пацієнтів.

Всі обстежувані отримували десенсибілізуюче лікування, судинозвужуючі краплі, муколітики, фізіотерапію (інгаляції з протинабряковою сумішшю, фонофорез ендоназально з антибіотиком і гідрокортизоном, ендоназальний фонофорез з маззю “Гіоксизон”), продування вух за Політцером, катетеризацію слухової труби з введенням емульсії гідрокортизона і судинозвужуючих крапель.

Таблиця 2

Критерії диференціальної діагностики	Захворювання середнього вуха	
	серозна форма ХССО	ГГСО
1. Причини звертання до лікаря	Зниження слуху	Біль у вусі, виділення, зниження слуху
2. Етіологічні фактори	Хронічні захворювання ВДШ на фоні їх загострення	ГВЗ, рідко – травма БП, дитячі інфекційні захворювання.
3. Клінічні симптоми гострої фази	Закладання вуха, нормальна t, відсутність виділень, відчуття переливання рідини у вусі	Сильний біль у вусі, підвищення t, виділення з вуха, значне зниження слуху
4. Стан слухової функції	Зниження слуху непостійного характеру (флюктууючого). Зміна слуху при зміні положення голови	Значне зниження слуху постійного характеру; поліпшення слуху може наступити у фазі одужування
5. Дані акустичної імпедансометрії	Переважно тимпанограма типу «В»	Не проводиться
6. Отоскопія	Випинання або втягнення б/п, жовтуватий її колір, контури б/п збережені, відсутність світлового конусу, рівень рідини.	Інтенсивна гіперемія, інфільтрація БП, контури згладжені, випинання або наявність перфорації і гнійні виділення
7. Наявність перфорації	Відсутність перфорації; ретракційне втягнення в задньоверхньому квадранті і pars Shrapnelli	Центральна в натягнутій частині
8. Дані тимпанопункції	Серозний рідкий вміст жовтуватого кольору	При відсутності перфорації гнійний ексудат
9. Парацентез	Незначне потовщення БП, серозний вміст	При відсутності перфорації значне потовщення і м'якість БП, гнійний ексудат
10. Подальший перебіг	Одуження або прогресування процесу	Нормалізація БП або перехід в хронічну форму з перфораціями різної локалізації

Після санації ВДШ, тимпанопункції, міринготомії і короткочасного транстимпанального шунтування поліпшення отоскопічної картини та нормалізація слуху наступили у 88,2% осіб, поліпшився слух на 20 дБ – у 11,8%.

### **Висновки**

1. На основі об'єктивного обстеження, даних тимпанопункції, біохімічного дослідження секрету, аудіометрії, акустичної імпедансометрії, комп'ютерної томографії вискової кістки і динамічного спостереження представлена більш поглиблена клінічна характеристика серозної форми ХССО.

2. Розроблено алгоритм диференціальної діагностики серозної форми ХССО з ГГСО.

3. Застосовано метод комплексного, поетапного лікування, який мав на меті відновлення носового дихання і дренажної та вентиляційної функції слухової труби, поліпшення евакуації трансудату із середнього вуха і покращання слухової функції, що дозволило отримати позитивний клініко-функціональний результат у хворих з серозною формою ХССО в найближчому періоді після лікування в 88,2% випадків, а у віддаленому періоді – у 94,1%.

1. Березнюк В.В., Репета О.Е., Ламза Н.В. Современные аспекты хирургического лечения детей с экссудативным средним отитом // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №3 (додаток). – С. 510-512.
2. Габуния Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. – М.: Медицина, 1995. – С. 352.
3. Гладуш Ю.И., Дидковский В.Л. Медикаментозная терапия больных экссудативным средним отитом // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №5 (I). – С. 28-29.
4. Гольдман И.И. Экссудативный средний отит: Метод. указания. – М., 1972. – 118 с.
5. Іськів Б.Г. Проблеми консервативного, хірургічного лікування та слухополіпшувальної мікрохірургії у хворих на хронічний середній отит // Матеріали республіканської науково-практичної конференції "Світ звуків". – Київ, 1997. – С. 25-32.
6. Крук М.Б. К вопросу диагностики и лечения туботимпанитов // VI съезд оториноларингологов Украины. – Донецк, 1977. – С. 243-244.
7. Крук М.Б. Секреторный средний отит // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №5 (I). – С. 69-70.
8. Лайко А.А., Заболотний Д.І., Горішній І.І. Секреторный средний отит. – К.: Логос, 2005. – 120 с.
9. М. Прокоп, М. Галански. Спиральная и многослойная компьютерная томография / Перевод с англ. под ред. А.В. Зубарева, Ш.Ш. Шотемора. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – Т.1. – С. 204-213.
10. Тарасова Г.Д., Ермолаева Т.М. Комплексная диагностика хронического экссудативного среднего отита в детском возрасте // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №5 (I). – С. 139-140.
11. Тимен Г.Э., Кузык И.В. Медикаментозная терапия в комплексном лечении больных секреторным отитом // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №5 (II). – С. 109-110.
12. Bluestone C., Beer Q., Paradise J. Audiometry and tympanometry in relation to middle ear effusions in children // Laryngoscope (St. Louis). – 1983. – №4. – P. 594-604.
13. Chan K., Bluestone Ch. Lack of efficacy of middle-ear inflation: Treatment of otitis media with effusion in children // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1989. – Vol. 100. – №4. – P. 317-223.
14. Sade J., Eliezer N. Secretory otitis media and the nature of the mucociliary system // Acta otolaryng. (Stockh.). – 1970. – Vol.70. - №5-6. – P. 351-357.
15. Thomsen J. Sederberg J., Balle V. Antibiotic treatment of children with secretory otitis media // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1989. – Vol. 115. – №4. – P. 448-451.
16. Tos M. Epidemiology and natural history of secretory otitis // Am.J. Otol. – 1984. – №5. – P. 459-462.
17. Virolainen E., Puhakka H., Aantaa E. et al. Prevalence of secretory otitis media in seven to eight year old school children // Ann. Otol. (St. Louis). – 1980. – Vol. 89. – Suppl. 68. – P. 7-10.

Надійшла до редакції 12.01.07.

© Б.Г. Іськів, І.І. Горішній, 2007

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА  
БОЛЬНЫХ С СЕРОЗНОЙ ФОРМОЙ  
ХРОНИЧЕСКОГО СЕКРЕТОРНОГО  
СРЕДНЕГО ОТИТА**

*Іськів Б.Г., Горішній І.І. (Київ)*

*Резюме*

Проанализировано 34 случая серозной формы хронического секреторного среднего отита. Дана клиническая характеристика серозной формы ХССО, предложена дифференциальная диагностика между данной формой ХССО и острым гнойным средним отитом.

**CLINICAL CHARACTERISTICS  
OF PATIENTS WITH SEROUS FORM OF  
PERSISTENT SECRETORY  
OTITIS MEDIA**

*Is'kiv B.G., Gorishnij I.I. (Kiev)*

*Summary*

It was examined 34 cases of serous form of persistent secretory otitis media. It is given the clinical characteristic of serous form of persistent secretory otitis media. It is proposed the differential diagnostics between the given form of persistent secretory otitis media and acute purulent otitis media.