

*Ю.В. ГАВРИЛЕНКО***КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА  
ЗАПАЛЕННЯ СЛУХОВОЇ ТРУБИ У ДІТЕЙ**

*Каф. дит. оториноларингології, аудіології та фоніатрії  
(зав. – проф. А.Л. Косаковський) Нац. мед. академії післядиплом. освіти  
ім. П.Л. Шупика (ректор – чл.-кор. АМНУ, проф. Ю.В. Вороненко);  
ЛОР-клініка Нац. дит. спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ»*

Запальні захворювання середнього вуха та слухової труби залишаються однією з важливих проблем сучасної оториноларингології. Слід визнати, що на сьогоднішній день не має єдиної ефективної схеми лікування даного контингенту хворих, що, в свою чергу, може привести до небажаних наслідків цієї патології у вигляді ускладнень різного ступеня тяжкості, переходу в хронічну форму перебігу, стійких порушень слухової функції у віддаленому періоді, а питання діагностики залишаються актуальними до цього часу.

За даними літератури запалення слухової труби зустрічається від 16 до 20% [2, 3]. О.О. Кіцера [6] у 35,8% дітей з незарощенням піднебіння і губи у діагностував сальпінгоотит і у 22,9% – дисфункцію слухової труби.

Слід зазначити, що запалення слухової труби має велике соціальне значення, тому що є причиною виникнення приглухуватості різного ступеня за типом ураження звукопровідного апарату, а також розвитку секреторного середнього отиту (ССО), з'являються ретракційні кишені та холестеатоми середнього вуха, і все це негативно впливає на психоемоційний стан дитини. За даними Brookhouser і співавторів (1991), навіть одностороннє підвищення порогів слуху на 20 дБ впливає на розвиток особистості і є актуальною і важливою медико-соціальною проблемою [5, 12-14].

Багаточисельність різних методів дослідження, часто одних і тих самих, але під

різними назвами, вносить плутанину при оцінці ступеня дисфункції слухової труби, тому результати цих робіт надто важко інтерпретувати та узагальнити [15, 16].

Дані літератури свідчать про те, що гостра форма сальпінгоотиту відповідає початковим клінічним проявам гострого середнього отиту, а ізольоване ураження слизової оболонки слухової труби є дуже проблематичним [1, 4, 5, 9].

Клінічна симптоматика запалення слухової труби складається із суб'єктивних і об'єктивних ознак. Суб'єктивні ознаки – відчуття закладання вуха та повноти в ньому, іноді шум у вусі, аутофонія, важкість у голові, незначне погіршення слуху. Дуже характерною скаргою є періодичне поліпшення і погіршення слухової функції, тобто флюктуація слуху, котра залежить від проникнення повітря в барабанну порожнину під час ковтання, сякання, чхання, крику та ін. Крім того, флюктуація слуху може виникати внаслідок зміщення маси трансудату. Біль у вусі відсутній, але хворі відчувають різні зміни в ньому як больову реакцію.

Загальний стан хворої дитини не порушений, температура тіла нормальна, а якщо і підвищена, то за рахунок захворювання дихальних шляхів, особливо у разі ГРВІ.

Під час отоскопії, ліпше отомікроскопії, спостерігається ін'єкція судин барабанної перетинки, вкорочення і зміни конфігурації світлового рефлексу; втягнення барабанної перетинки. Власне барабанна пере-

тинка виглядає не дуже блискучої, мутною і крізь неї видно скупчення трансудату в нижніх частинах барабанної порожнини у вигляді тонкої лінії з відтягнутими донизу краями. Такі ознаки бувають у дітей старшого шкільного віку не дуже часто. У разі заповнення трансудатом всієї барабанної порожнини барабанна перетинка стає мутною і втягнутою. Скупчення пухирців газу відбувається тоді, коли повітря частково проходить через слухову трубу. Рухомість барабанної перетинки не змінена.

Функціональне дослідження вказує на змінену або відсутню прохідність слухової труби, незначне ураження звукопровідного апарату. Під час проби Вебера відбувається латералізація в уражене вухо, а якщо процес двобічний – у більш уражене вухо. Проба Рінне – негативна, кісткова провідність – у нормі. Аудиометричне дослідження показує, що відмічається підвищення порогів сприйняття по повітряній провідності на низьких та середніх частотах.

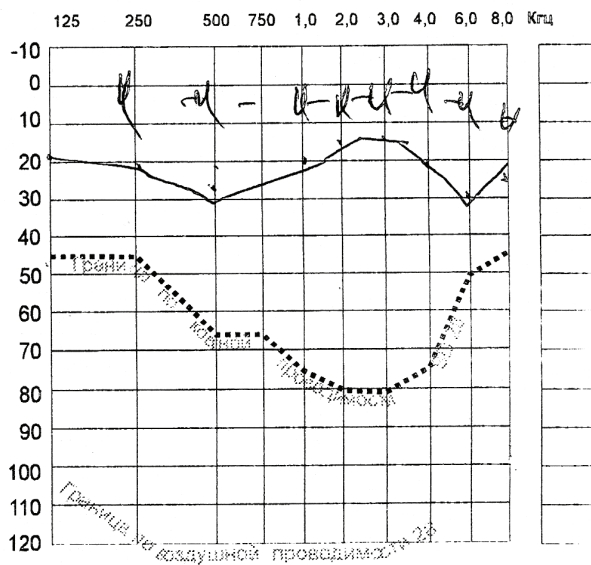
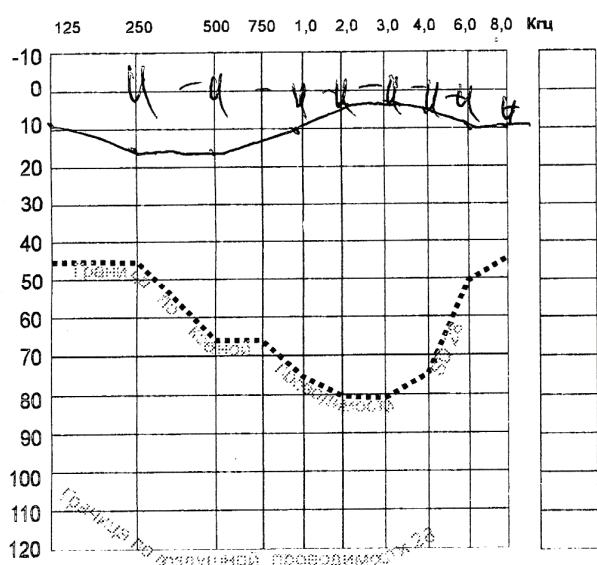


Рис. 1.

Кістково-повітряний інтервал іноді становить до 50 дБ, але частіше – 20-30 дБ. Слухова функція погіршується, як правило, за типом ураження звукопровідного апарату в середньому до 30 дБ, але інколи має змішаний характер (висхідний тип кривих тональної аудіограми).

Звертається увага на інші ЛОР-органи для з'ясування причини захворювання, насамперед на скарги, які стосуються стану верхніх дихальних шляхів. Ретельно проводиться огляд порожнини носа, навколосових пазух, глотки. Застосовується рентгенологічне, ультразвукове, термографічне дослідження. Особлива увага приділяється обстеженню глоткового отвору слухової труби, трубних валиків та ін. за допомогою задньої риноскопії.

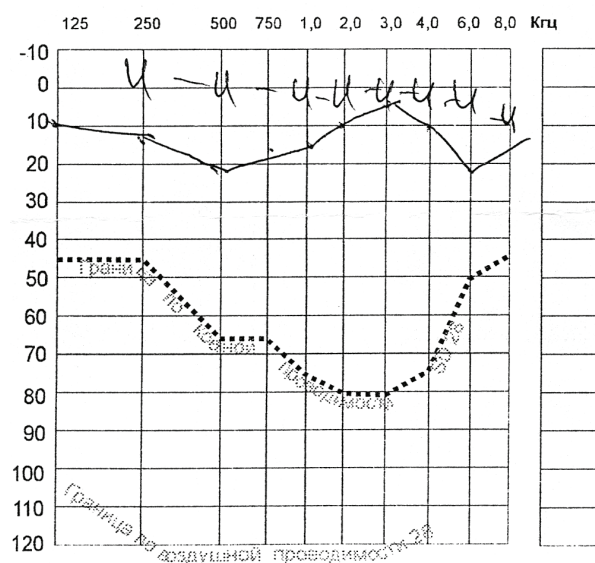


Рис. 2.

У діагностиці хронічного катарального сальпінгоотиту важливі дані надає імпедансометрія, яка дозволяє виявити процеси, що відбуваються в барабанній порожнині. Імпедансну тимпанометрію доцільно проводити в

динаміці: у стані спокою, при пробі Тойнбі та Вальсальви. Тимпанометрична крива в таких пацієнтів зміщена ліворуч, у бік негативних значень шкали, фіксуючи зниження інтратимпанального тиску; це крива типу «С».

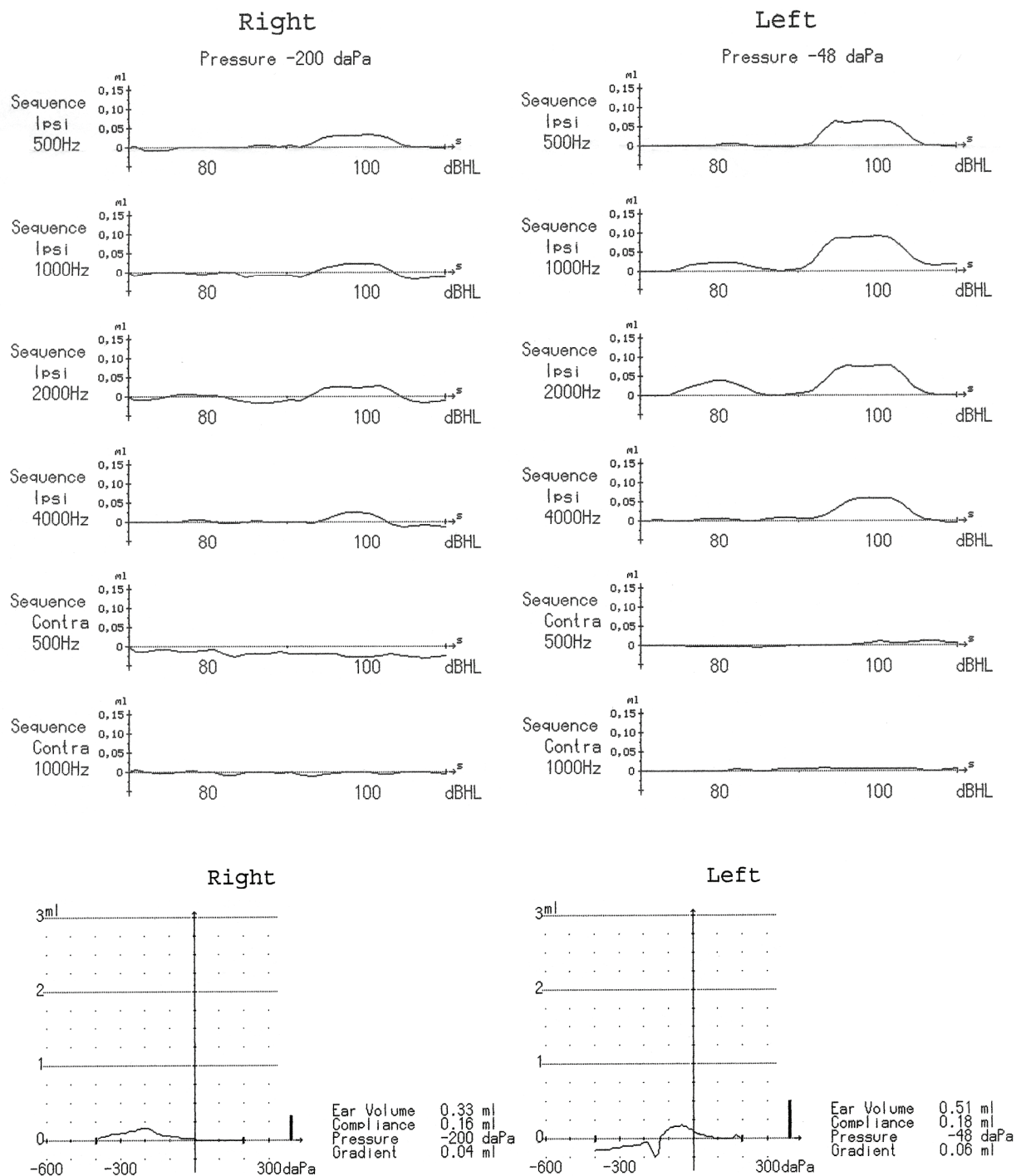


Рис. 3.

Слід зазначити, що діагностика захворювання у переважній більшості дітей шкільного віку не утруднена. Характерний анамнез, отоскопічні зміни і функціональні проби вказують на гострий сальпінгоотит.

Проте у дітей віком до 3 років діагностика є складною, оскільки перебіг запалення слухової труби непомітний, малосимптомний, а в більшості хворих діагноз не визначається. Питання вирішується тільки шляхом динамічного спостереження за загальним станом організму та при відсутності динаміки отоскопічної картини [7, 8, 11, 17, 18].

Під нашим спостереженням знаходилось 65 пацієнтів, у 21 (32,3%) з них основний діагноз – «запалення слухової труби», у 44 (67,7%) – «гострий гнійний середній отит» (неперфоративна форма).

Методи дослідження: передня, задня ендоскопічна епіфарингоскопія (застосовувався ендоскоп «OLYMPUS WISERA OTV-S7»), вушна манометрія за В.Г. Воячком, аудіометрія. Тональна порогова аудіометрія проводилась у всіх хворих на аудіометрії МА-31 (Німеччина) при поступленні, а потім кожні 5 днів до нормалізації показників (нормалізація кривих повітряної провідності та досягнення кістково-повітряного інтервалу в 5-10 дБ).

Додатково у всіх пацієнтів виконувалась відеоендоскопія глоткового отвору слухової труби (використовували оптичні ендоскопи фірми OLYMPUS з діаметром 4 мм та кутом огляду в  $0^{\circ}$ ,  $30^{\circ}$  та  $70^{\circ}$ ).

Ендоскопічна оцінка стану глоткового отвору слухової труби та навколишньої ділянки слизової оболонки носової частини глотки дозволила виділити у осіб із запаленням слухової труби декілька типів змін в даній області та співставити їх з результатами отомікроскопії. Відмічено, що катаральне запалення в ділянці глоткового отвору слухової труби відповідає втягнутій барабанній перетинці (42-54% хворих з даною патологією), а набряково-катаральне запалення глоткового отвору слухової труби відповідає отомікроскопічним ознакам гострого запалення (46-58%). У всіх дітей обстежуваної групи відмічалась латералізація в досліді Вебера в бік ушкодженого вуха, III-IV ступінь вентиляційної функції слухо-

вої труби, на тональних аудіограмах кістково-повітряний інтервал складав 15-25 дБ в діапазоні частот до 1500-2500 Гц.

При ендоскопії стан глоткового отвору слухової труби у хворих на гострий середній отит відповідав наступним показникам отоскопічної картини. При набряково-інфільтративному запаленні глоткового отвору слухової труби (48,5-56%) відмічено посилений судинний малюнок барабанної перетинки: на фоні сірої барабанної перетинки видно розширені капіляри вздовж рукоятки молоточка, передньої та задньої складок і (або) радіарна ін'єкція судин. Світловий рефлекс частіше відсутній, втягнення барабанної перетинки незначне.

При змішаній формі запалення слухової труби (44-52,5%) відмічається розлита гіперемія барабанної перетинки, яка стає мутною, виглядає потовщеною, колір її – від сіро-рожевого до інтенсивно червоного, світловий рефлекс відсутній, судинний малюнок не візуалізується, втягнення не відмічається, контури можуть бути стертими.

Таким чином, огляд глоткового отвору слухової труби за допомогою ендовідео-скопії апаратури показав, що у всіх хворих як із запаленням слухової труби, так і з неперфоративною формою гострого гнійного середнього отиту спостерігаються патологічні зміни слухових труб по типу катарального, набряково-катарального запалення або змішаної форми при виникненні запалення, що проявляється в характерному отомікроскопічному вигляді барабанної перетинки, аудіологічних порушеннях і розладах вентиляційної функції слухової труби за даними вушної манометрії.

У дітей раннього віку діагностувати запалення слухової труби надзвичайно складно. Допомагає в діагностиці динаміка спостереження за пацієнтом, а головне – надзвичайно важливим методом діагностики є імпедансна тимпанометрія в динаміці: у стані спокою і при пробах Тойнбі та Вальсальви. У дітей до 5-річного віку характерною особливістю тимпанометричних кривих є їх сплюсненість. Акустичний рефлекс знижений також відносно низької амплітуди з поступовим її наростанням при збільшенні інтенсивності стимулу.

1. Бобошко М.Ю. Материалы к диагностике и лечению салпингоотитов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1987. – 169 с.
2. Гаращенко Т.И., Радциг Е.Ю. Мукорегулирующие препараты в лечении негнойных заболеваний среднего уха (рецидивирующих средних отитов, острых и хронических экссудативных отитов) // Актуальные вопросы отоларингологии детского возраста и фармакотерапии болезней ЛОР-органов. – М., 2001. – С. 151-157.
3. Гаращенко Т.И., Радциг Е.Ю., Сквиря И.Е. Антигомотоксическая терапия бактериальных заболеваний верхних дыхательных путей // Актуальные вопросы отоларингологии детского возраста и фармакотерапии болезней ЛОР-органов. – М., 2001. – С. 305-310.
4. Заболотный Д.И., Готь И.М., Кіцера О.О., Ванарчук-Патерга В.В., Ільницький Я.М. Діагностика та лікування хронічних запальних захворювань середнього вуха і порушень слуху у дітей з природженими незарощеннями піднебіння // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. – №1. – С. 2-6.
5. Заболотный Д.И., Мельников О.Ф. Теоретические аспекты генеза и терапии хронического тонзиллита // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – № 5, дод. – С. 42-47.
6. Кіцера О.О., Кіцера О.О. Патологія ЛОР-органів у дітей з природженим незарощенням піднебіння // Конгрес світової федерації українських лікарських товариств. – Луганськ, 2002. – С. 153-154.
7. Крук М.Б. Функціональний стан слухової труби у дітей з алергічним ринитом // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №5 (додаток). – С. 32-33.
8. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Логос, 2008. – 703 с.
9. Лопотко А.И., Бобошко М.Ю. Шумы в ушах тубарного генеза // Ученые записки гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова. 2002. – Т. IX, №1. – С. 24-28.
10. Мельников О.Ф., Заболотный Д.И. Новый концептуальный підхід до діагностики імунодефіцитного стану на основі визначення вмісту секреторного імуноглобуліну А при інфекційно-запальних захворюваннях ЛОР-органів // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2002. – № 6. – С. 2-6.
11. Тимен Г.Э., Писанко В.Н, Мельников О.Ф., Хоцяновский К.А. Влияние оперативного лечения детей с гипертрофией образований лимфоглоточного кольца на состояние местного и системного иммунитета // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №5 (додаток). – С. 97.
12. Alho O.P., Laara E., Oja H. What is the natural history of recurrent acute otitis media in infancy? // J. Family Practice. – 1996. 43(3); 258-64.
13. Campbell N., Hugo R., Uys I., Hanekom J., Millard S. Early recurrent otitis media, language and central auditory processing in children // South African Journal of Communication Disorders. – die Suid-Afrikanse Tydskrif vir Kommunikasalfwykings. – 1995. 42:73-84.
14. Luotonen M., Uhari M., Aitola L. Lukkoroinen A. M., Luotonen J., Uhari M., Korkeamakni R. L. Recurrent otitis media during infancy and linguistic at the age of nine years // Pediatric Infections Disease Journal. – 1996. 15(10):854-8.
15. Miura M., Takahashi H, Honjo I. et al. Influence of the upper respiratory tract infection on tubal compliance in children with otitis media with effusion // Acta Otolaryngol. (Stockh.). 1997. Vol. 117, N 4. P. 574-577.
16. Portmann M., Verhulst J. Chirurgie de la trompe d'Eustache.
17. Tiedermann R. Die acute eitrig und die seromuköse otitis media // HNO. – 1981. – Vol. 29. – N11. – P. 370-373.
18. Tos M., Bak-Pedersen K. Goblet cell population in the normal middle ear and Eustachian tube of children and adults // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1976. Suppl. 25. – P. 44-50.

Надійшла до редакції 01.04.09.

© Ю.В. Гавриленко, 2009