

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ДИТЯЧОЇ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

У Львові 3 грудня 2011 р. відбулася українсько-польська практична конференція «Сучасне і майбутнє дитячої отоларингології». Конференцію проведено в готелі «Дністер».

В конференції взяли участь 110 учасників з Львівської, Тернопільської, Івано-Франківської, Волинської, Закарпатської областей. Доповідачами виступили проф. А.Л. Косаковський (Київ, Україна), проф. К. Немчик (Варшава, Польща), проф. Е. Хасман (Бялисток, Польща), Ф. Юрочко (Львів, Україна), докт. мед. наук Ю. Межвінський (Бидгощ, Польща), доцент Ф. Лапій (Київ, Україна), докт. мед. наук М. Лавіцкі (Бидгощ, Польща).

Високотехнологічні тенденції

Професор **Анатолій Лук'янович Косаковський** – президент Асоціації дитячих оториноларингологів України, завідувач кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії НМАПО у виступі на тему:



«Використання електрозварювальних технологій в дитячій оториноларингології» розповів про сучасні розробки у галузі електрозварювання тканин при операціях на вусі, носі та глотці у дітей.

В доповіді йшлося про вплив високочастотної електрозварювальної технології на біологічні тканини у дитячій отоларингології з використанням електрокоагулятора для з'єднання живих м'яких тканин ЕК-300М1 та біполярних електроінструментів, розроблених разом з Інститутом електрозварки ім. Патона НАН України.

Для лікування дітей при гіпертрофічному риніті розроблено нову методику – підслизову високочастотну біполярну електротермоадгезію нижніх носових раковин. Тривалість лікування хворих на хронічний гіпертрофічний та вазомоторний риніт в стаціонарі при застосуванні електрозварювальної технології скоротилася у 3,2 рази. Суттєвим також було те, що не зареєстровано жодних випадків кровотечі, не використовувалась тампонада носа.

Вартим уваги є застосування цієї унікальної методики при тимпанопластиці у дітей. Зокрема, під час тимпанопластики виконується фіксація неотимпанального клаптя до оточуючих м'яких тканин шляхом електрозварювання за допомогою біполярного пристрою, через який пропускається високочастотний електричний струм при температурі 40-70⁰С в ділянці дії струму.

Розроблені способи хірургічних втручань на ЛОР-органах з використанням біполярного високочастотного електрозварювання біологічних тканин дозволили значно зменшити крововтрату під час операцій, а в нижці оперативних втручань (тонзилотомія, підслизова електротермоадгезія нижніх носових раковин, видалення синехій носа, видалення мембрани та рубців гортані, рубців гортанної частини глотки) повністю уникнути кровотечі.

При таких операціях для профілактики інфекційних ускладнень професор застосовує амоксицилін/клавуланат (АугментинTM) (разова доза для дітей з масою тіла до 40 кг – 25 мг/кг за амоксициліновим компонентом) за наступною схемою: при операції тривалістю менш як 1 год. вводить одну дозу внутрішньовенно до анестезії, при операції тривалістю понад 1 год. – одну дозу внутрішньовенно до анестезії та до 4 доз протягом 24 год. згідно з інструкцією.

Завжди актуальні отогенні ускладнення

Професор Казімеж **Нємчик**, який є головою Польського ЛОР-товариства та



керівником Клініки отоларингології, хірургії голови та шиї Варшавського медичного університету, мав доповідь на тему: «Ускладнення гострого і хронічного середнього отиту в дітей – діагностика і лікування».

У ній він наголосив на великій поширеності гострого середнього

отиту (ГСО), особливостях ускладнень залежно від збудника. Розказав, що основним методом профілактики ГСО є вакцинація протипневмококовими вакцинами. У лікуванні хворих на ГСО та при запобіганні ускладнень необхідно призначати антибіотики на 7-10 днів.

Серед антибіотиків, за польськими стандартами лікування, препаратами вибору найчастіше є амоксицилін (80-90 мг/кг/24 год) та амоксицилін/клавуланат. Застосування високих доз зумовлено високим рівнем розповсюдження резистентних штамів пневмококка в Польщі. Призначаються також макроліди (klarитроміцин – 15-20 мг/24 год., цефалоспорини – цефуроксим (30 мг/24 год.), цефтріаксон – 50 мг/24 год. Для лікування також використовуються місцеві деконгестанти (3-5 днів) та анальгетики протягом 3-5 днів.

У клініці проф. Нємчик застосовуються така класифікація хронічних середніх отитів: хронічний секреторний отит, хронічний простий середній отит, хронічний холестеатомний середній отит, а також хронічний грануляційний середній отит.

Професор наголосив на ретракційних кишнях як зростаючій діагностичній та

лікувальній проблемі. Ретракційна кишня є наслідком секреторного отиту, який уражає власну пластинку барабанної перетинки, спричиняючи її послаблення. Ретракційна кишня – це часткова або повна деформація барабанної перетинки, епідермальний шар якої становить гризовий мішок в барабанній порожнині, а її воротами є отвір у волокнистій частині.

Для лікування хворих на хронічний середній отит застосовується радикальна операція, латеральна петрозектомія з облітерацією середнього вуха та різні види тимпанопластичних операцій.

Ускладнення отитів поділяються на внутрішньовискові та внутрішньочерепні. У дітей це є наслідком переважно гострого середнього отиту, а в дорослих – хронічного. До внутрішньовискових отогенних ускладнень належать мастоїдит, парез/параліч лицевого нерва, запалення внутрішнього вуха та піраміди вискової кістки. До внутрішньочерепних отогенних ускладнень відноситься епідуральний абсцес, субдуральний абсцес, тромбофлебіт сигмовидного синуса, менінгіт, абсцеси тканини мозку (мозку, мозочка) та отогенна гідроцефалія.

Ранніми проявами внутрішньочерепних отогенних ускладнень є збільшення отореї, головний біль у вусі (глибоко розташований), відновлення гарячки після її зникнення, слабкість, біль за очними яблуками, порушення зору, погіршення слуху і запаморочення, блювання.

Загальними принципами лікування при ускладненнях отиту є операція в місці виходу інфекції (антромастоїдектомія при гострих внутрішньовискових ускладненнях; радикальна – в інших випадках), антибіотикотерапія (інтенсивна внутрішньовенна, емпірична до моменту отримання результату посіву), а також спеціальна терапія з приводу внутрішньочерепних ускладнень при окремих видах останніх (абсцес мозку, менінгіт, енцефаліт).

Сучасне лікування при запаленнях навколоносових пазух

Професор **Ельжбета Хасманн-Познаньська**, яка є керівником Клініки дитячої отоларингології Білостоцького ме-

дичного університету зробила доповідь на тему «Синусити у дітей і їх ускладнення. Показання до ФЕХП у дітей». Нижче коротко викладено тези доповіді професора Хасманн-Познаньської.



Діагностика гострого синуситу (ГС) в дітей повинна базуватися на клінічних проявах та тривалості їх існування. Нема необхідності підтверджувати діагноз радіологічними дослідженнями. Не рекомендується

рутинно виконувати оглядову рентгенографію навколоносових пазух, тому що відсутня кореляція між результатами такого дослідження та діагнозом синуситу в 74% випадків. Показаннями до КТ пазух у дітей є наявність орбітальних або внутрішньочерепних ускладнень, синусити при імунodefіцитах, тяжкий перебіг хвороби, обстеження перед плановою операцією (виконують не раніше, як за 4 тижні після закінчення консервативної терапії).

Показаннями до антибіотикотерапії при гострих синуситах (ГС) є відсутність поліпшення через 7-10 днів ГС, тяжкий перебіг, погіршення після попереднього клінічного покращання стану та наявність ускладнень. Початкова антибіотикотерапія згідно з національними рекомендаціями при ГС – амоксицилін протягом 10 днів, доза його залежить від факторів ризику виникнення інфекції резистентними пневмококами. Призначається також амоксицилін / клавуланат, доза в дітей масою тіла до 40 кг складає 90 мг/кг/добу за амоксициліновим компонентом протягом 10 днів. В Україні таке дозування можна забезпечити завдяки використанню високодозової форми амоксициліну/клавуланату – аугментину ES.

Для лікування хворих на хронічний синусит застосовуються різні методики в певній послідовності (від менш інтенсивного до більш інтенсивного): обмеження вірусних інфекцій, зменшення запилення вдома, полоскання порожнини носа сольовими

розчинами, 3-4 тижні антибіотикотерапії, ендоназальні кортикостероїди, алерготести та імунотерапія, аденотомія, ендоскопічна хірургія, гамма-глобуліни.

Вибір показань до функціональної ендоскопічної хірургії пазух (ФЕХП) у дітей базується на проявах хвороби (анамнез, результати огляду, КТ), відсутності реакції на консервативне лікування протягом 26 тижнів (цикли антибіотиків, місцеві/системні стероїди, сольові розчини, місцеві/системні деконгестанти), на наявності 6 або більше епізодів синуситів за рік, виконанні алергологічної діагностики та можливого лікування на діагностиці та можливому лікуванні з приводу рефлюксної хвороби, діагностиці системних хвороб і КТ після закінчення консервативної терапії.

Нема узгодженого рішення щодо вікових обмежень для використання ФЕХП у дітей. Є повідомлення про мінімальний вік 2 роки, 6 років. Але доведено, що нема суттєвої різниці в рості лицевого черепа у дітей, у яких застосована ФЕХП у віці 2-4 роки, і в контрольній групі.

У дітей виконується передня етмоїдектомія з антростомією верхньощелепної пазухи, задня етмоїдектомія та сфеноїдектомія. Ефективність ФЕХП сягає до 88 %, вона зменшується до 45% за наявності поліпозних варіантів синуситів. Частота виникнення великих ускладнень ФЕХП у дітей становить 0,6%.

Абсолютними показаннями до ФЕХП у дітей є повна блокада порожнини носа (медіалізація латеральної стінки носа, поліпи) при муковісцидозі, орбітальні позасептальні ускладнення синуситів (субперіостальний абсцес, флегмона орбіти), внутрішньочерепні ускладнення, антрохональний поліп, мукоцеле, мукопіоцеле, грибові синусити.

При ускладненнях синуситів вибір хірургічної тактики залежить від локалізації ускладнення. При орбітальних ускладненнях обирається комбінація різних методів – ФЕХП, ендоскопічна орбітотомія, орбітотомія із зовнішнім доступом, етмоїдектомія (фронтотетмоїдектомія) із зовнішнім доступом, дренивання абсцесу. При внутрішньочерепних ускладненнях синуситів застосовується ФЕХП (переважно з відкриттям

лобної пазухи), фронтоетмоїдектомія із зовнішнім доступом, пункція лобної пазухи з накладанням дренажу, краніотомія (остання не обов'язкова у випадку малих епідуральних абсцесів і субдуральних абсцесів без ознак суттєвого збільшення внутрішньочерепного тиску).

При ускладненнях синуситів обов'язковою є антибіотикотерапія, на початку – емпірична (внутрішньовенно – амоксицилін / клавуланат), а після отримання результатів посіву – прицільна.

Актуальні тенденції лікування при гострому середньому отиті

Доповідь **Федора Юрочка**, головного



дитячого отоларинголога ГУОЗ Львівської ОДА, була присвячена тактиці лікування дітей при гострому середньому отиті.

На початку було визначено терміни, які використано у доповіді. Гострий середній отит (ГСО) – гостра бактеріальна інфекція середнього вуха. Рецидивуючий середній отит визначається при наявності трьох або

більше епізодів ГСО протягом 6 міс або ж 4 чи більше епізодів ГСО протягом 12-місячного періоду. Персистуючий середній отит діагностується при збереженні ознак середнього отиту протягом 1 міс або більше після 1-2 курсів антимікробного лікування. Тяжким ГСО вважається за наявності помірної/тяжкої оталгії та/або температури тіла понад 39⁰С, решту випадків можна вважати нетяжкими. Впроваджено також поняття впевненості лікаря у діагнозі ГСО (при впевненості у діагнозі ГСО – одночасна наявність 3 ознак: гострий початок + ознаки існування секрету в середньому вусі + ознаки запалення в середньому вусі).

Вибір тактики лікування при ГСО у дітей залежить від їх віку, впевненості у діагнозі та тяжкості перебігу ГСО (таблиця).

Препаратами вибору при ГСО є амоксицилін та амоксицилін/клавуланат (аугментинTM) (доза - 45 мг/кг/доба за амоксициліновим компонентом). Препаратам вибору за наявності факторів ризику, які можуть вказувати на існування інфекції резистентними збудниками, є високодозовий амоксицилін/клавуланат (доза 80-90 мг/кг/доба за амоксициліновим компонентом). На території України єдиним препаратом, який зареєстрований з таким режимом дозування, є «АугментинTM ES».

Вибір тактики лікування дітей при ГСО

Вік дітей	Впевненість у діагнозі ГСО	Невпевненість у діагнозі ГСО
	спосіб лікування	
До 6 міс	антибіотик	антибіотик
6 міс – 2 роки	антибіотик	антибіотик при тяжкому ГСО, інші ГСО – спостереження
2 роки і старші	антибіотик при тяжкому ГСО, інші ГСО – спостереження	спостереження

Факторами резистентності збудників, які впливають на обрання препарату вибору, слугують відвідування дитиною дитячих закладів, вік дитини - до 2 років, прийом антибіотика за останні 3 міс, неефективне попереднє антимікробне лікування, ГСО під час зимових місяців, системні хвороби з імунodefіцитами, природжені вади розвит-

ку і рецидивуючий або персистуючий середній отит.

Препаратами другого ряду являються високодозовий амоксицилін/клавуланат (аугментинTM ES) (доза - 80-90 мг/кг/добу за амоксициліновим компонентом); цефуросиму аксетил (доза – 30 мг/кг/добу); цефтріаксон парентеральний (50-100 мг/кг/добу).

Препаратами другого ряду, коли пацієнт має тяжкі алергічні реакції на пеніциліни або амоксицилін, є азитроміцин (10 мг/кг/добу 1 раз на день) і кларитроміцин (15 мг/кг/добу, поділено на два прийоми).

Тривалість антибіотикотерапії у дітей віком до 6 років або при тяжкому перебігу ГСО – 10 днів, у решті випадків – 5-7 днів.

Міринготомія (розріз барабанної перетинки) – важливий елемент лікування хворих на середній отит. Лектор розказав про велику кількість показань до міринготомії.

До додаткових методів лікування при ГСО належать системне лікування (дезінтоксикаційна терапія при тяжкому стані дитини), краплі у вухо, знеболення (перорально або ректально парацетамол чи ібупрофен), місцеві носові деконгестанти (протягом 7 днів з метою поліпшення роботи слухової труби), фізіотерапевтичні засоби.

Варто також пам'ятати так зване «правило трьох»: «У випадку неефективності лікування хворий сприймає дві, максимум три зміни препарату, за наступним разом він змінює лікаря».

Активне поширення кохлеарної імплантації

Доповідь докт. мед. наук **Міхала Лавіцко**, який є керівником аудіологічного відділу Програми кохлеарної імплантації Куявсько-Поморського воєводства, «Сучасні показання до кохлеарної імплантації у дітей» була присвячена сучасним методам лікування дітей з приводу приглухуватості.

Поступово зменшується вік дітей для кохлеарної імплантації (КІ): нині вона виконується у віці від 12 міс, в окремих випадках – від 6 міс. Причина ранньої КІ – правильний або майже правильний розвиток мови у дітей, у яких виконана КІ до 2-річного віку.

При визначенні показань до КІ слід досліджувати пороги слуху (об'єктивна аудіометрія, імпедансометрія, отоакустична емісія) та поведінкові тести (у віці понад 6 міс).

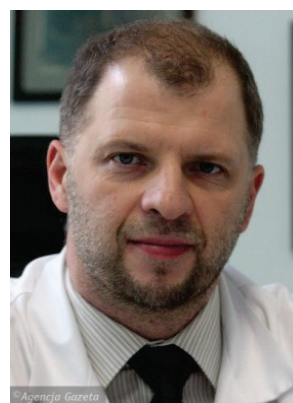
Показання до проведення КІ визначає ціла «команда» вузьких спеціалістів – аудіолог (поведінкові і об'єктивні методи), логопед, психолог, отоларинголог, фоніатр, радіолог перед операцією.

У комплексі аудіологічних досліджень застосовуються тональна аудіометрія, імпедансометрія, мовна аудіометрія, реєстрація слухових викликаних потенціалів, оцінка органа рівноваги, визначення електричної збудливості позакохлеарних слухових шляхів.

На що зважати при визначенні показань до КІ? На незворотність рішення, виконання умов (слуховий тренінг в апаратах, оцінка прогресу слухової реабілітації), відсутність діагностики існування у дитини психічних порушень, підтвердження наявності слухового нерва.

Поліпшення слуху в дітей з секреторним отитом

Доповідь **Юзефа Межвінського** – докт. мед. наук, завідувача відділу дитячої оториноларингології Воєводської дитячої



лікарні з м. Бидгощ (Польща) була присвячена темі: «Лікування дітей з хронічним секреторним отитом і його наслідками».

Відомо, що секрет в середньому вусі може зникати самостійно і рідко виявляється у дітей віком понад 12 років. Частою є ситуація, коли направляють хворого на хірургічне втручання з приводу секреторного отиту, а коли дитина поступає, секрету у вусі вже нема.

Отже, виникає запитання: для чого лікувати такого пацієнта, якщо в переважній більшості випадків ця хвороба минає самостійно? Але... Є багато аргументів на користь проведення лікування. Зокрема, відомо, що тривале існування приглухуватості негативно впливає на розвиток дитини, а негативний тиск в барабанній порожнині з наявністю секрету може призводити до рецидивуючого отиту і/або вторинних змін БП – ретракційних кишень, рубців і навіть холестеатоми.

Які умови здійснення лікування у хворих на секреторний отит. По-перше, перед початком лікування обов'язкове спо-

стереження за пацієнтом (як мінімум, 3 міс), наявність секрету в барабанній порожнині та приглухуватість понад 20 дБ.

Які методи лікування таких пацієнтів? Є три напрямки – фармакотерапія (ендоназальні кортикостероїди, деконгестанти), самопродування (також і використання пристрою «Отовент») і хірургічне втручання (дренування барабаних порожнин/аденотомія, висікання ретракційної кишені, тимпанопластика з хрящем). Додатковими факторами, які прискорюють рішення про операцію, є вторинні зміни барабанної перетинки, рецидивуючий середній отит, уповільнений розвиток мови в дитини, наявні спроби лікування та наявність приглухуватості з нейросенсорним компонентом.

Одним з найскладніших і найчастіших ускладнень секреторного отиту є виникнення ретракційних кишень. У своїй практичній роботі лектор використовує класифікацію ретракційних кишень за Шарашон.

За наявності ретракційних кишень I типу обирається наступна тактика. Якщо кишеня без секрету, то застосовується консервативне лікування та спостереження в динаміці (огляд кожні 3 міс). Якщо є кишеня і наявний секрет в барабанній порожнині, то встановлюється дренаж (шунт) барабанної порожнини. Якщо кишеня без секрету прогресує, забезпечується дренаж барабанної порожнини, якщо кишеня обмежена до одного квадранту і глибоко проникає в барабанну порожнину, виконується виведення і висікання кишені.

За наявності ретракційних кишень II типу тактика така. Якщо кишеня без секрету, то застосовується консервативне лікування та спостереження в динаміці (огляд кожні 3 міс). Якщо кишеня з секретом і/або кишеня прогресує, то видаляються рубці, встановлюється дренаж барабанної порожнини шунтом Т і посилюється ателектатична перетинка хрящем.

За наявності ретракційних кишень III типу тактика єдина – застосовується тимпанопластика з хрящем. Якщо пацієнт не погоджується на операцію або є дуже поширені рубці, то виконується КТ вискових кісток, періодичне очищення накопичення кератину, туалет кишені та подальше спостереження

Отже, метою лікування дітей при секреторному отиті є правильний їх розвиток і запобігання розвитку патології барабанної перетинки. Хірургічне втручання виражених ретракційних кишень є ефективним методом профілактики появи холестеатоми. Найважливішим фактором прийняття рішення при ретракційних кишнях є спостереження за прогресуванням і динамікою змін в останніх.

Сучасне лікування хворих на тонзиліт, з точки зору інфекціоніста

Наступний лектор – **Федір Лапій**, доцент кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології НМАПО ім. П.Л. Шупика, зробив доповідь на тему: «Раціональна антибіотикотерапія гострого тонзиліту, з точки зору інфекціоніста».

На жаль, зараз домінує надлишкове та нерациональне використання антибіотиків. Причинами цього є недостатнє знання клініки ГРЗ, спектру збудників та їх чутливості до антибіотиків, відсутність методів експрес-діагностики, перестрашування та тиск адміністрації у разі проблемного перебігу захворювання, неправильне трактування лабораторних даних (зокрема, так звані «бактеріальні» зміни в загальному аналізі крові). Рушійною силою розвитку та розповсюдження антибіотикорезистентності в Україні є низький рівень мікробіологічної діагностики.

Причиною гострих тонзилітів є віруси в 35-40% випадків (*Rhinovirus*, *Coronavirus* та *Adenovirus* – 30%; *Epstein Barr* -1%; *Influenza* та *Parainfluenza* - 4%) та бактерії (тут домінує *S. pyogenes* – 35-37%. Інші бактерії мають невелике значення (стрептококи групи С та G - 5%, *Mycoplasma pneumoniae* – 1%, *Chlamydia pneumoniae* – 1%, *Arcanobacterium hemolyticum* та анаероби – 1%).

Тонзиліт – запалення піднебінних мигдаликів, що найчастіше викликане вірусною чи бактеріальною інфекцією. Етіотропної терапії при вірусних тонзилітах у відповідності до принципів доказової медицини нема. Бактеріальна етіологія тонзиліту потребує призначення антибіотиків. Гострий стрептококовий тонзиліт – одна з най-

частіших причин призначення антибіотиків дітям.

Поширеність β -гемолітичного стрептокока групи А у дітей різного віку - 37%, при тонзиліті у дітей менше 5 років - 24%, у дітей без симптомів тонзиліту або фарингіту – 12%, у дітей менше 5 років без симптомів тонзиліту або фарингіту 4%.

Лектор наголосив, що частою причиною невдалої антибактеріальної терапії є ко-патогени, і терапія повинна враховувати не лише дію на бета-гемолітичний стрептокок, але й на β -лактамазо-продукуючу «сусідню» мікрофлору.

Тому для терапії хворих на гострий тонзиліт перевагу слід надавати антибіотикам, які є ефективними проти бета-гемолітичного стрептокока групи А (феноксиметилпеніцилін), а також стійкими до β -лактамаз (амоксицилін/клавуланат, пероральні цефалоспорины I-II поколінь). І лише при алергії на β -лактами застосовуються макроліди або лінкозаміди.

Серед цефалоспоринів за антимікробною активністю препарати I покоління (цефазолін, цефалексин, цефадроксил) мають недостатню активність щодо грамнегативних збудників (*H.influenzae*, *M.catarrhalis*),

вони руйнуються β -лактамазами. Ефективними при гострому тонзиліті є препарати II покоління (цефуроксим аксетил - зіннат™), які мають збалансований антибактеріальний спектр, оптимальний для емпіричної терапії. Препарати III і IV покоління розроблені переважно для госпітальних інфекцій.

Цефуроксим аксетил – це перший і єдиний цефалоспорин II покоління, який стійкий до β -лактамаз. Показано, що 5-тиденний курс терапії цефуроксимом виявився ефективнішим у лікуванні хворих на тонзилофарингіт, ніж 10-денний курс лікування пеніциліном.

Наприкінці...

За відгуками учасників, лекторів та організаторів, конференція була дуже цікавою та корисною. Формат конференції передбачав спілкування з лекторами та активний обмін думками між усіма учасниками. Добре організований переклад зняв усі мовні бар'єри між лекторами та слухачами. Після конференції з багатьох уст звучало бажання знову зустрітися у Львові та поспілкуватися на тему актуальних питань дитячої оториноларингології.

До зустрічі у Львові!

***Підготував Федір Богданович Юрочко,
головний дитячий отоларинголог Львівської ОДА***

Надійшла до редакції 04.09.12.

© Ф.Б. Юрочко, 2012

AGMT/10/UA/05.03.2012/6003

Друкується за підтримки ГлаксоСмітКляйн