

Монография «СРЕДНИЕ ОТИТЫ У ДЕТЕЙ». – Львов: МС, 2012. – 95 с.

Монография авторов, написанная на украинском языке, посвящена актуальной проблеме, сложной в клиническом отношении – заболеваниям среднего уха у детей. Она охватывает все виды патологии среднего уха в детском возрасте, начиная с острого воспаления до ушной гидроцефалии. Прежде всего следует указать, что авторы, кроме своего большого опыта, использовали в основном зарубежные публикации. Из 322 источников лишь 6 принадлежит отечественным авторам. Это позволяет нам познакомиться с состоянием данной проблемы за рубежом, их точкой зрения на этиологию, клинику и лечение детей с патологией среднего уха.

Книга составлена по общепринятому методу: классификация, этиология, клиника, лечение, профилактические мероприятия. Но отдельные главы написаны по симптоматическому признаку: боль в ухе, перфорация барабанной перепонки, амбулаторная тактика при «мокром ухе». Описание роли вирусов, бактериальной инфекции, аллергии, дисфункции слуховой трубы, срыгивания у грудных детей в возникновении острого воспаления среднего уха совпадает с нашими положениями. Авторы делают акцент на особенностях острого воспаления среднего уха у грудных детей. Методы диагностики также совпадают с принятыми у нас. На примере анализа раздела «Боль в ухе: дифференциальная диагностика» авторы приводят несколько оригинальных, легко читаемых таблиц, облегчающих проведение дифференциальной диагностики. Подробно освещены отогенные причины, роль иррадиации со смежных органов и черепных нервов. Говоря о лечении больных острым средним отитом грудных детей, авторы указывают на большую частоту самоизлечения. Однако они при-

держиваются рекомендаций Американской академии педиатрии и семейной медицины (2004), предусматривающих обязательное применение общей антибиотикотерапии при всех формах отитов. Тактика отказа от начала ее использования ограничивается наблюдением в течение 1-2 дней при невыраженной клинической симптоматике, и даже у грудных детей и детей до 2 лет назначается общая антибиотикотерапия амоксициллином (клавуланат) в течение 10 дней. У детей с рецидивирующей формой отита обязательным является сочетание антибиотикотерапии с миринготомией. Следует заметить, что вопрос о назначении антибиотикотерапии при отитах в грудном возрасте, длительности ее и отказа от нее широко освещается и в мировой медицинской литературе, о результатах наших исследований авторы не сообщают.

Подробная глава о секреторных средних отитах (серозных и экссудативных) содержит большое число таблиц с описанием их типов, методов диагностики, алгоритмов лечения. Ознакомление с нею представляет большой интерес для читателя.

Отдельная глава посвящена шунтированию барабанной полости как основному виду хирургического вмешательства при всех формах влажных катаров среднего уха. В ней приведены показания и техника по Армстронгу, лазерная миринготомия, ранние и поздние осложнения их.

В краткой главе, посвященной хроническому гнойному среднему отиту у детей, авторы классифицируют их несколько необычно, чем принято у нас. Они выделяют хронический гнойный средний отит, хронический ателектатический средний отит и хронический холестеатомный отит. Общеизвестны дискуссии, предложение различных классификаций, но министерство здра-

воохранения Украины предписывает пользоваться МКБ-10 (Киев, 1998) – Н65-Н75. Обычно используются Н66.1 и Н 66.2 [мезотимпаниты и эптитимпаниты]. Болезни детского уха (Н 66.9) из классификации исключены и заменены на «Средний отит, неуточненный». Учитывая большую роль холестеатомы в развитии отогенных внутричерепных осложнений при эптитимпанитах, следует указывать на наличие холестеатомы. Она имеет место у 98% больных хроническим гнойным эптитимпанитом. В МКБ-10 холестеатома выделена в отдельную нозологическую форму (Н 71). А.А. Лайко (2004) выделяет в виде самостоятельной формы у детей «хронический аллергический средний отит».

С интересом читается раздел, посвященный различным методам закрытия стойких перфораций барабанной перепонки – главного признака хронического среднего отита. Очень важным, имеющим большое актуальное значение в отиатрии, является раздел, посвященный ретракционным карманам барабанной перепонки, как прехолестеатомному процессу. Содержание этого раздела согласуется с результатами обширных клинических наблюдений в нашей стране. Подробно излагается развитие учения о холестеатоме среднего уха. Наше мнение (Н.В. Завадский, 1971) о развитии холестеатомы, основанное на почти полувековом изучении ее, не совпадает с положениями авторов. Развитие первичной холестеатомы происходит согласно теории Конгейма о возникновении опухолей. Истинная холестеатома височной кости в нашей литературе впервые описана В.П. Ярославским в 1956 г. Хотя истинная холестеатома среднего уха встречается очень редко, иногда случайно обнаруживается на операции, описание ее авторами представлено излишне подробно. Следует согласиться с ними, что КТ наиболее ценный метод исследования для ее обнаружения.

Теория воспалительной метаплазии однорядного кубического эпителия в многослойный плоский впервые предложена Wendt в 1873 г. Она практически оставлена, т.к. плоскоклеточная метаплазия никогда не доходит до уровня превращения в многослойный плоский эпителий с ороговеиванием

(эпидермис), а гиперкератоз является обязательным условием холестеатомы. На основании наших обширных наблюдений за больными хроническим гнойным эптитимпанитом с холестеатомой мы, признавая наиболее вероятной иммиграционную теорию Habermann, расцениваем ее возникновение как результат нарушения нормального процесса регенерации в костной ране с возникновением атипичных воспалительных разрастаний эпидермиса с погружным ростом.

Нельзя согласиться с мнением авторов, что рецидивирующий средний отит у грудных детей – это рецидивирование острого среднего отита. Наши обширные наблюдения за этими больными показали, что это особая форма воспаления среднего уха. Чаще она обусловлена нарушением нормального течения первого периода пневматизации височной кости, недостаточным уровнем специфических и неспецифических факторов защиты. Об этом свидетельствуют и особенности течения заболевания. Оно обычно развивается во второй половине грудного возраста, когда истощается врожденный материнский иммунитет и наступает иммунная беззащитность. Неблагоприятным фактором служит вынужденный переход на искусственный прикорм, часто ведущий к развитию энтеральной диспепсии с обезвоживанием, нейротоксикозом. Клиническое течение такого отита напоминает латентные формы отоантрита. У детей старше 3 лет рецидивирующие средние отиты не наблюдаются вообще, а имеющиеся – прекращаются.

Провоцирующим моментом рецидивов являются, как правило, острые респираторные заболевания, вызывающие тубарную дисфункцию. Начало заболевания или рецидив не носит четко выраженного характера острого среднего отита, нередко он распознается после появления гноетечения из уха. Несмотря на большую толщину барабанной перепонки, она спонтанно перфорируется, а также быстро заживает. Наиболее дискуссионным представляется вопрос о назначении при остром и рецидивирующем среднем отите общей антибиотикотерапии. Как указано выше, авторы с первого дня заболевания ребенка, после 1-2-дневного контролируемого наблюдения за

ним, назначают антибиотики. Они используют цефалоспорины последних поколений (клиндамицин) в течение 10 дней. Авторы указывают на отрицательную роль антибиотикотерапии в виде повышения резистентности к ампициллинам, учащения рецидивов. Эта тенденция отмечается и в наших наблюдениях. Однако при рецидивирующих средних отитах в грудном и в начале раннего детского возраста у половины обследуемых детей излечение от рецидива происходит спонтанно или при сохранении алгоритма других лечебных назначений. Все эти клинические особенности рецидивирующих средних отитов у грудных детей и первого года раннего детского возраста дают основание рассматривать их как следствие нарушения первого периода пневматизации височной кости, распада миксоидной ткани. Для удаления этой гноевидной жидкости у них служат анатомические особенности слуховой трубы, постоянное зияние ее. Даже при этих особенностях острое респираторное заболевание суживает или блокирует ее просвет и затрудняет дренаж. Сохраняющийся или усиливающийся при этом антимикробный фагоцитоз не в состоянии уменьшить накопление экссудата, усиление давления в барабанной полости вызывает клинику и отоскопические проявления острого отита.

К сожалению, в монографии авторов совершенно нет упоминания о процессе пневматизации височной кости так же как и среди 11 факторов риска заболевания. Этот процесс, его отношение к частоте воспаления среднего уха у грудных детей и раннего детского возраста детально изучен Л.Е. Ко-

мендантовым (1914), А.А. Арутюновым (1940), Е.И. Ярославским (1940), С.И. Вульфсоном (1948), Н.В. Завадским (1971), А.А. Лайко и соавторами (2001), А.В. Завадским (2004), Wittmaak (1918), Ruedi (1939). Морфологически процесс рассасывания миксоидной ткани носит воспалительный характер, но степень его выраженности не доходит до уровня манифестации острого гнойного воспаления. Это позволило говорить о «физиологическом воспалении» среднего уха, ускоряющем первый период пневматизации височной кости.

Нормальный ход пневматизации височной кости, ведущий к развитию воздушных сосцевидных отростков, обеспечивают высокую толерантность к возникновению воспаления среднего уха в течение всей жизни. Без преувеличения можно сказать, что учение о пневматизации височной кости является ключом отиатрии. Учет особенностей пневматизации височной кости у ребенка облегчит вопросы диагностики, клиники и лечения, показаний к назначению антибактериальной терапии, ее продолжительности.

Несмотря на наши замечания, авторам в небольшой по объему монографии удалось осветить современные зарубежные представления об этой важной проблеме отиатрии детского возраста. Книга является полезной как для практических отоларингологов, так и семейных врачей общей практики. Акцент внимания на наиболее дискуссионные вопросы, дифференциальную диагностику позволит уточнить диагноз и выбор рационального лечения. *Qui bene diagnoscit, bene curat.*

*Заведующий кафедрой отоларингологии Крымского государственного
медицинского университета им. С.И. Георгиевского –
доктор мед. наук, профессор А.В. Завадский*

*Профессор кафедры отоларингологии Крымского государственного
медицинского университета им. С.И. Георгиевского –
доктор мед. наук, профессор Н.В. Завадский*