

## ОСНОВНІ ПИТАННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ НА ГОСТРИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ І ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Проф. Г. І. ГАРЮК, проф. Т. В. ПОЧУЄВА, доц. О. О. КУЛІКОВА,  
Ю. В. ЛОЗОВА

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Проаналізовано дані архівного матеріалу щодо захворюваності дітей гострим середнім отитом. Виявлено, що у найбільшій групі пацієнтів діагностовано гнійну форму, дещо нижчі показники при секреторному і вірусному процесах. Серед ускладнень частіше трапляються мастоїдит, гостра сенсоневральна приглухуватість, лікворно-гіпертензійний та інтоксикаційний синдроми. Обґрунтовано необхідність застосування поряд з отоневрологічним дослідженням інструментальних методів для виявлення прихованих порушень функції вестибулярного аналізатора.**

*Ключові слова: гострий середній отит, частота, ускладнення, вестибулярні розлади, діти.*

Проблема гострого середнього отиту (ГСО) у дітей, незважаючи на досягнуті успіхи в діагностиці та лікуванні отоларингологічних захворювань, зберігає свою актуальність через розповсюдженість, соціальне значення, можливість швидкого розвитку як життєво небезпечних внутрішньочерепних, так і інтралабірінтних, мастоїдальних ускладнень, а також гострих або пролонгованих порушень функції прилеглих черепно-мозкових нервів, насамперед слухового, вестибулярного, лицевого. Дотепер у літературі систематичних оглядів щодо поширеності ГСО у дітей небагато, в основному вони стосуються немовлят і дошкільнят. Так, L. Monasta et al. [1] (2012) зазначають, що щороку близько 10,85% жителів Землі хворіють на ГСО, причому 51,0% із них — це діти до п'яти років, а глобальний показник захворюваності є найвищим у віковій групі від одного до чотирьох років (60,99%). За даними R. Vargaibar [2], на першому році життя епізоди ГСО трапляються у 48–62% дітей, у віці до трьох років — у 71%, а до семи років — у 95%. За оцінками дослідників [3–5], від 80 до 90% дітей дошкільного віку хоча б один раз переносять гостре запалення середнього вуха, а у 40% із них кількість таких епізодів доходить до шести.

Останніми роками було констатовано тенденцію до збільшення хворих із рецидивами і ускладненнями ГСО. За даними Н. В. Бойко та ін. [6], О. В. Бугайчук й Е. Ю. Радич [7], тяжкі ускладнені форми захворювання реєструються у 16–18% випадків, а у 30% дітей ГСО набуває затяжного перебігу і рецидивує. Найчастіше трапляються такі ускладнення, як отоанtrit, мастоїдит, змішана приглухуватість [4, 8–10]. В літературних джерелах є небагато робіт, присвячених можливості виникнення внутрішньочерепних ускладнень, периферичного парезу лицевого нерву, лабірінтиту, пролонгованої сенсоневральної приглухуватості, інтоксикаційного чи вестибулярного синдрому [6]. Фахівці приділяють зовсім мало уваги зв'язку порушень слухового і вестибулярного аналізаторів

на тлі ГСО у дітей як на початку захворювання, так і під час виписки зі стаціонару.

Мета цієї роботи — визначити частоту різних форм ГСО, характер і ступінь його ускладнень у дітей різного вікового діапазону, які потребували стаціонарного лікування (за архівними даними).

Нами проведено ретроспективний аналіз (2015–2019 рр.) історій хвороб дітей, хворих на ГСО (гнійний, вірусний, секреторний), які перебували на стаціонарному лікуванні у КНП «Міська клінічна лікарня № 30» Харківської міської ради, на базі якої розташована кафедра отоларингології та дитячої отоларингології Харківської медичної академії післядипломної освіти. Визначено в кожній групі та в цілому гендерно-віковий склад пацієнтів, характер і частоту ускладнень, супровідну патологію верхніх дихальних шляхів, результати проведеного лікування. У дослідження не було включено дітей із ГСО та гнійними внутрішньочерепними ускладненнями.

У дитячому відділенні стаціонару лікуються пацієнти віком від 2 до 18 років. Нами з'ясовано, що загалом за п'ять років (2015–2019 рр.) проліковано 16 413 дітей, із них — 3956 із ГСО. За визначеним періодом частота ГСО порівняно з іншими нозологічними групами варіювала від 17,0% (2016) до 23,3% (2018), у середньому — 19,5%. Серед них відзначено такі нозологічні форми: гнійний ГСО — у 1772 (44,8%) дітей; вірусний — у 958 (24,2%); секреторний — у 1226 (31,0%).

Нами констатовано, що майже половину пацієнтів було госпіталізовано з ознаками гнійного ГСО, із симптомами вірусного — у середньому дещо менше. Але при аналізі даних за роками привертає увагу той факт, що в період, коли кількість гнійних ГСО зменшувалася, число вірусних форм приблизно на стільки ж збільшувалось.

У роботах [7, 9, 10] доведено, що на розповсюдженість ГСО у дітей впливає ступінь формування анатомо-фізіологічних структур середнього вуха в різному віковому діапазоні, що створює особливі умови для розвитку запальних процесів.

Таблиця 1

**Віковий склад дітей, хворих на різні форми гострого середнього отиту**

Форми захворювання	Вік пацієнтів					
	2–5 років		6–10 років		11–18 років	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
ГСО (загалом), n = 3956	2263*	57,2	1345	34	348	8,8
Гнійна, n = 1772	1191*	67,2	494	27,9	87	4,9
Вірусна, n = 958	532*	55,5	335	35	91	9,5
Секреторна, n = 1226	804*	65,7	343	28	79	6,3

\* p < 0,005 – статистична різниця між групами.

Проведений нами аналіз показав, що статистично достовірно частіше на всі види ГСО страждали діти віком 2–5 років (у цілому 57,2%), причому гнійний і секреторний отити мали навіть більш високий показник, ніж у середньому (відповідно 67,2 і 65,7%). Це частково відповідає даним літературних джерел [1, 5, 9, 11], хоча всі вони стосуються захворюваності взагалі (як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах).

Серед обстежених було 1859 дівчат (47%) та 2097 хлопчиків (63%), що не мало статистично достовірної різниці. Під час аналізу по роках за віком і нозологічними формами гендерний склад залишався приблизно однаковим. У літературі ми знайшли лише одне повідомлення про те, що ГСО трапляються частіше у хлопчиків, ніж у дівчаток [12]. Не було й аналізу цих показників саме у пацієнтів, які потребували з тих чи інших причин стаціонарного лікування.

ГСО взагалі, а особливо в дитячому віці, пов'язаний насамперед із патологією розташованих поруч ЛОР-органів, частіше – із запальними процесами верхніх і нижніх дихальних шляхів. Для дітей віком 2–5 років при гнійному і секреторному ГСО був характерний гострий аденоїдит – у 87%

випадків, здебільшого на тлі гіпертрофії аденоїдних вегетацій II–III ступеня. У пацієнтів віком 6–10 років ця патологія зменшувалася до 48%, але приєднувався гострий гнійний риносинусит у 35% випадків. У віковій категорії 11–18 років переважали гнійні риносинусити (76%), і тільки у 12% випадків ми констатували запальні зміни носоглоткового мигдалика. Для вірусного ГСО, який частіше ставав результатом перенесеної гострої респіраторної вірусної інфекції, домінував гострий вірусний синусит і тільки в 13–28% випадків залежно від віку. Було також встановлено хронічну герпес-вірусну патологію (частіше вірус Епштейна – Бар) у значній кількості дітей віком 2–5 і 6–10 років, хворих на ГСО: при гнійному – 32–43 і 28–36%, при секреторному – 28–30 і 15–20% відповідно.

Досить часто (27%) в обстежених пацієнтів визначалися алергічні риніти/риносинусити, інколи ускладнені астматичним бронхітом і навіть бронхіальною астмою (10%). Вони значно обтяжували перебіг ГСО, частіше цю патологію було діагностовано при секреторних (28%) і гнійних (24%) ГСО. При аналізі за віковим складом переважали пацієнти 2–5 і 6–10 років.

У більшості випадків до дитячого відділення госпіталізують пацієнтів із обтяженим перебігом ГСО або його ускладненнями. Нами проаналізовано ускладнення різних видів ГСО за визначений термін (табл. 2).

Серед ускладнень, які спостерігалися у наших пацієнтів при гнійному ГСО, тільки в 3,0% випадків було констатовано мастоїдит у стадії абсцедування, що вимагав проведення оперативного втручання, причому серед них було тільки 53 дитини із вікової категорії 2–5 років. Водночас у 195 (11,0%) дітей віком 2–5 років ускладнення гнійного ГСО мастоїдитом у стадії інфільтрації добре піддавалось інтенсивній консервативній терапії з накладанням парацентезу або тимпаностомії. Треба відзначити, що в літературних джерелах [6, 7] саме мастоїдит фігурує як домінуюче ускладнення при гнійному ГСО у дітей віком до трьох років. У нашому дослідженні вікова категорія дітей із мастоїдитом становила 2–5 років, а у відсотковому плані це ускладнення не було домінуючим.

Таблиця 2

**Ускладнення різних видів гострого середнього отиту в обстежених дітей**

Ускладнення	Види ГСО					
	гнійний, n = 1772		вірусний, n = 958		секреторний, n = 1226	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Мастоїдит:						
інфільтративна стадія	195	11,0	—		6	0,5
абсцедуюча стадія	53	3,0	—		—	
Гостра сенсоневральна приглухуватість	447	25,2	542	56,6	15	1,2
Парез лицевого нерву	18	1,0	37	3,9	3	0,25
Лабіринтит	8	0,45	77	8,0	—	
Лікворно-гіпертензійний синдром	298	16,8	356	37,2	72	5,9
Інтоксикаційний синдром	436	24,6	632	66,0	5	0,4

При аналізі показників частоти виникнення ускладнень значно більшу увагу привертає поява гострої сенсоневральної приглухуватості у дітей як при вірусному (56,6%), так і при гнійному (25,2%) ГСО, а також лікворно-гіпертензійного (відповідно 37,2 і 16,8%) та інтоксикаційного (відповідно 66 і 24,6%) синдромів. Причому ознаки лікворної гіпертензії у вигляді обмеження рухомості очних яблук, зниження корнеального рефлексу, «+» симптому Манна, двобічного дрібно-розмашистого ністагму, інтенції при виконанні координаторних проб (у 32% випадків) переважно зафіксовано у дітей більш старшої вікової категорії (11–18 років). Водночас інтоксикаційний синдром був характерним більше для пацієнтів віком 2–5 і 6–10 років, особливо при гнійному і вірусному ГСО. З'ясовано, що діти мали скарги на слабкість, головний біль, запаморочення, нудоту, інколи блювання. В огляді отоневролога відзначалися наявність дрібно-розмашистого горизонтального ністагму, хиткість у позі Ромберга, «промазування» при виконанні координаторних проб. Ці факти привернули нашу увагу під час вивчення архівних матеріалів, оскільки саме вони вказують на можливе залучення до запального процесу вестибулярного (поруч зі сенсоневральним) аналізатора, який не в повному обсязі був обстежений у дітей.

Треба зазначити, що вивченню стану вестибулярної функції до теперішнього часу не приділялося достатньої уваги при патології вуха в дитячому віці. За даними дослідників [13, 14], симптоми вестибулярної дисфункції у дітей можуть маскуватися під інтоксикаційний синдром, при якому не можна викреслити підозру щодо виникнення

вестибуло-атаксічного синдрому. Труднощі в таких випадках полягають в обмеженні можливостей традиційних методів обстеження в дитячому віці та необхідності застосування інструментальних методів для виявлення прихованих порушень функції вестибулярного аналізатора.

Результати ретроспективного аналізу історій хвороб дитячого контингенту із ГСО дали змогу дійти таких висновків.

На теперішній час значну захворюваність на ГСО у дитячому віці продемонстровано стабільно високим показником (19,5%) таких пацієнтів при госпіталізації у стаціонар. Домінуючою патологією серед ГСО продовжує бути гнійний запальний процес (44,8%), дещо нижчі показники спостерігаються при секреторному (31%) і вірусному (24,2%) видах захворювання.

Найчастіше з ГСО госпіталізують дітей 2–5 років (57,2%), найбільше з гнійним (67,2%) і секреторним (65,7%) варіантами перебігу, трохи менше з вірусним (55,5%), але по всіх групах відмінність статистично достовірно відрізнялася від вікового діапазону 6–10 і 11–18 років.

Серед ускладнень гнійних і вірусних ГСО, окрім традиційних для дітей мастоїдитів і гострої сенсоневральної приглухуватості, виявлено досить значущі прояви лікворно-гіпертензійного та інтоксикаційного синдромів. При цьому як причину їх прояви не можна виключати вірогідність ураження вестибулярного аналізатора, що практично не вивчається у дітей. На наш погляд, доцільним є проведення подальшого дослідження для встановлення явних і прихованих вестибулярних порушень в означеній категорії хворих.

#### Список літератури

1. *Monasta L., Ronfani L., Marchetti F.* Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates // *PLoS One*. 2012. № 4 (7). Art. E36226. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036226>
2. *Baraibar R.* Incidence and risk factors of acute otitis media in children // *J. Clin. Microb. Infect.* 2007. № 3. P. 13–22.
3. *Vergison A., Dagan R., Arguedas A.* Otitis media and its consequences: beyond the earache // *Lancet Infect. Dis.* 2010. № 10, 3(10). P. 195–203. doi: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(10\)70012-8](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(10)70012-8)
4. *Burrows H. L., Blackwood R. A., Cooke J. M.* Otitis Media Guideline Team // *University of Michigan Health System otitis media guideline*. 2013. URL: <http://www.med.umich.edu/1info/fhp/practiceguides/om/OM.pdf>
5. *Harnes K. M., Blackwood R. A., Burrow H. L.* Otitis media: Diagnosis and treatment // *Am. Fam. Physician*. 2013. Vol. 7 (88). P. 435–440.
6. *Бойко Н. В., Сорока Г. Г., Давыдова А. П.* Современные особенности мастоидита у детей // *Рос. оториноларингология*. 2012. Т. 60. № 5. С. 25–32.
7. *Бугайчук О. В., Радциг Е. Ю.* Этиология острого среднего гнойного отита у детей дошкольного возраста // *Вестн. РГМУ*. 2015. № 1. С. 38–40.
8. *Бойко Н. В., Сорока Г. Г., Давыдова А. П.* Патогенез осложненный мастоидита у детей // *Медицинский вестн. Юга России*. 2012. № 2. С. 26–29.
9. *Лайко А. А., Заболотний Д. І., Горішний І. І.* Секреторний середній отит. К.: Логос, 2005. 120 с.
10. *Синяченко В. В.* Діагностика та лікування гострого середнього отиту в дитячому віці // *Укр. медичний часопис*. 2013. № 2 (94) III/IV. С. 57–62.
11. *Кривопапов А. А., Фанта И. В.* Острый средний отит: эпидемиология, классификация, этиология и лечение // *Медицинский совет* 2016. № 4. С. 53–55.
12. *Kong K., Coates H. L. C.* Natural history, definitions, risk factors and burden of otitis media // *Med. J. Aust.* 2009. № 9 (191). P. 39–43.
13. *Таран М.* Вестибулярні розлади в дитячому віці // *Медицина світу* 2016. URL: <http://msvitu.com/archive/2016/december/article-7.php>
14. *Зайцева О. В., Тарасова Г. Д.* Методы исследования вестибулярной системы в детском возрасте. М.: Науч.-клин. центр оториноларингологии Росздрава, 2013.

## ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕШЕНИЯ

Г. И. ГАРЮК, Т. В. ПОЧУЕВА, Е. А. КУЛИКОВА, Ю. В. ЛОЗОВАЯ

Проанализированы данные архивного материала по заболеваемости детей острым средним отитом. Выявлено, что в самой большой группе пациентов диагностирована гнойная форма, несколько ниже показатели при секреторном и вирусном процессах. Среди осложнений чаще встречаются мастоидит, острая сенсоневральная тугоухость, ликворно-гипертензионный и интоксикационный синдромы. Обоснована необходимость применения наряду с отоневрологическим исследованием инструментальных методов для выявления скрытых нарушений функции вестибулярного анализатора.

*Ключевые слова:* острый средний отит, частота, осложнения, вестибулярные расстройства, дети.

## MAIN ISSUES OF CHILDREN'S INCIDENCE OF ACUTE OTITIS MEDIA AND PROSPECTS TO SOLVE THEM

H. I. HARIUK, T. V. POCHUIEVA, O. O. KULIKOVA, Yu. V. LOZOVA

The data of archival records on the incidence of acute otitis media in children have been analyzed. It was found that in the largest group the patients were diagnosed with a purulent form, slightly lower rates of secretory and viral processes. Complications included mastoiditis, acute sensorineural hearing loss, cerebrospinal fluid and intoxication syndromes. The necessity of application along with otoneurological research of instrumental methods for detection of latent disturbances of function of the vestibular analyzer has been substantiated.

*Key words:* acute otitis media, frequency, complications, vestibular disorders, children.

Надійшла 05.11.2020

## ДАКРІОЦИСТИТИ ЯК ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА: ВЛАСНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ

С. О. САМУСЕНКО<sup>1</sup>, доц. І. В. ФІЛАТОВА<sup>2</sup>

<sup>1</sup> КПН «Міська клінічна лікарня № 30» ХМР, Харків,

<sup>2</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Проаналізовано актуальну проблему хірургічного лікування дакріоциститів в отоларингологічній практиці. Досліджено характеристики контингенту хворих, основні риногенні фактори та особливості перебігу дакріоциститів. Показано ефективність індивідуального підходу до планування операції за загальноновизнаною методикою. Установлено основні критерії ефективності етапів хірургічного лікування.

*Ключові слова:* дакріоцистит, ендоназальна ендоскопічна дакріоцисториностомія, риногенні чинники, стентування, хірургічне лікування, епіфора, слъзотеча.

Завдяки технічному прогресу у медичну практику впроваджуються нові сучасні інструментальні методи, що сприяє підвищенню ефективності діагностики та лікування захворювань, в тому числі й ЛОР-органів [1–3]. Але проблемними залишаються питання лікування пацієнтів із захворюваннями на межі кількох спеціальностей, зокрема отоларингології та офтальмології,— патології си-

стеми слізівідведення [4–7]. Показник кількості таких пацієнтів становить близько 10% на амбулаторному офтальмологічному прийомі, до 20% — у стаціонарі й 2% — серед хворих отоларингологічних відділень [8–10]. Визначено досить високу питому вагу (від 18 до 24%) посттравматичних дакріоциститів (ДЦ) із неоднорідною структурою, за якою травми серединної зони обличчя