

## Экссудативный средний отит у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба

Н. С. Дмитриев, Ад. А. Мамедов, А. В. Соколова, Н. А. Милешина,  
М. Л. Учанейшвили

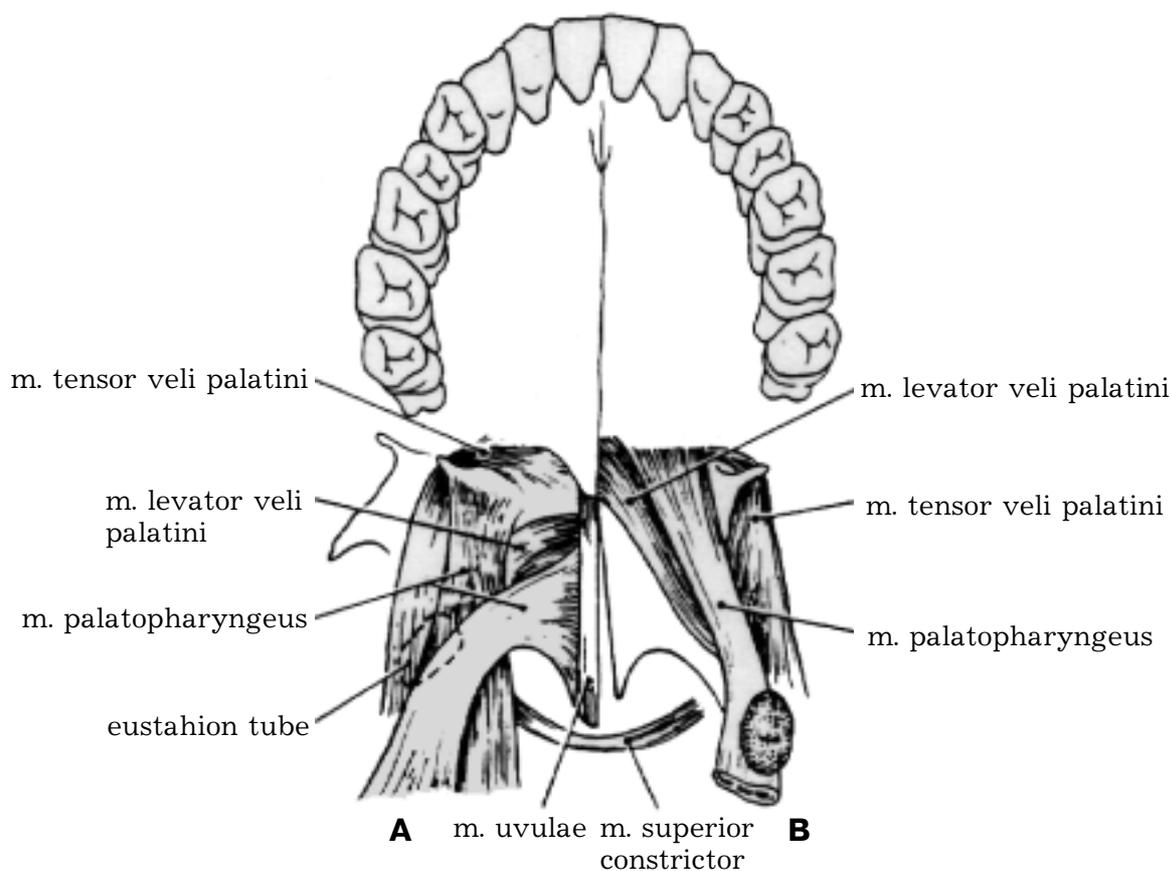
Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии, Российский научный центр аудиологии и слухопротезирования МЗ РФ

Экссудативный средний отит (ЭСО) — наиболее часто встречающееся заболевание в детской отиатрической практике. Его причиной служит дисфункция слуховой трубы (СТ), сопровождающаяся скоплением жидкости в полости среднего уха. Длительное отрицательное давление в барабанной полости создает условия для появления вначале транссудата из сосудов слизистой оболочки, затем — экссудата, за счет гиперсекреции слизистых желез. Заболевание длительностью до 1 мес принято считать острым, более 1 мес — хроническим (Дмитриев и др., 1996).

Нарушения функции СТ наблюдаются, как правило, при патологии верхних дыхательных

путей (ВДП), острых и хронических заболеваниях носа и околоносовых пазух, механической обструкции глоточного устья СТ аденоидными вегетациями, врожденных назофарингеальных кистах, ювенильных ангиофибромах носоглотки, злокачественных опухолях.

К наименее изученным в отечественной отиатрии причинам возникновения ЭСО относятся врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРГН). Высокая распространенность ЭСО у детей с ВРГН связана с патологическим прикреплением мышц, натягивающих небную занавеску (*m. tensor veli palatini*), к СТ, что нарушает ее открытие (**рис. 1**).



**Рис. 1.** Схематическое изображение мышц небно-глоточного кольца в норме (А) и патологии (В) при врожденной расщелине неба (Kaplan, 1975).

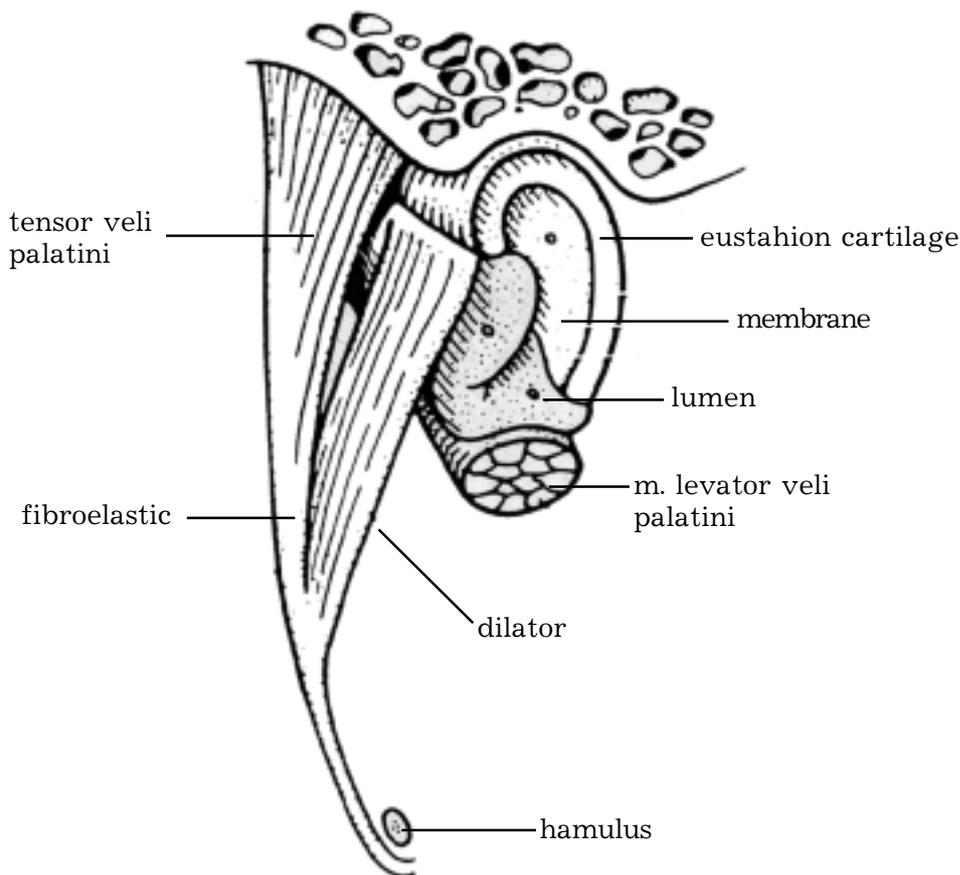


Рис. 2. Прикрепление мышц к устью слуховой трубы (Muntz, 1993).

Дисфункция СТ появляется в результате аномалий развития ее мышц и хряща (Stewart, 1991). Y. Sibahara и I. Sando (1988) отметили, что малый угол между прикрепленными мышцами, натягивающими небную занавеску, и латеральной пластинкой, а также самой СТ, ведет к ее недостаточному открытию. Снижение функциональной способности СТ при ВРГН отмечается и за счет снижения плотности эластина в хряще. S. Matsune с соавт. (1991) показали значительное уменьшение соотношений между латеральной и медиальной пластинками СТ у пациентов с ВРГН, что сопровождалось изменением ее просвета.

Мышцы, поднимающие мягкое небо (m. levator veli palatini), в норме прикрепляются к слуховой трубе и устью каротидного канала, а при патологии фиксируются к заднему краю твердого неба и сухожилию m. tensor veli palatini в области средней линии мягкого неба (Muntz, 1993) (рис. 2).

Было проведено обследование 41 ребенка в возрасте от 3 до 16 лет с ВРГН. Больные распределены по нозологическим формам согласно клинко-анатомической классификации ВРГН Ад. А. Мамедова (1998). Дети находились на различных этапах хирургического лечения по

поводу патологии верхней губы, твердого и мягкого неба.

Как видно из табл. 1, нарушения слуха при ВРГН отмечены у 23 из 41 больного, что составляет 56 %. Обращают на себя внимание 2 вида патологии, при которых во всех случаях отмечено нарушение слуха. Это врожденная скрытая расщелина неба и небо-глоточная недостаточность (НГН) после первичной хейлоуранопластики (уранопластики). Возможно, это обусловлено патологическим механизмом открытия и закрытия СТ в результате отсутствия фиксации мышц мягкого неба. По-видимому, такой же механизм нарушения функции мягкого неба имеет место и у большинства больных (у 10 из 17) с врожденной изолированной расщелиной неба. При врожденной сквозной расщелине верхней губы и неба, как односторонней, так и двухсторонней, нарушения слуха и нормальная слуховая функция выявлены практически у одинакового количества больных.

С возрастом в группе детей с ВРГН происходит увеличение абсолютного числа больных с нарушением слуха и тугоухостью.

Корреляция между видом хирургического вмешательства и нарушением слуховой функции

Таблица 1  
**Состояние слуховой функции у больных с врожденной патологией верхней губы и неба**

Нозологическая форма	Число больных со слуховой функцией		Всего больных
	в норме	нарушенной	
Двусторонняя сквозная (полная) расщелина верхней губы и неба	4	3	7
Односторонняя сквозная (полная) расщелина губы и неба	6	5	11
Врожденная изолированная расщелина неба	7	10	17
Врожденная односторонняя расщелина верхней губы	1	1	2
Врожденная скрытая расщелина неба	—	3	3
Небно-глоточная недостаточность	—	1	1
<b>Итого</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>41</b>

у детей с ВРГН отсутствует. Не выявлено зависимости также между возрастом, в котором производилось хирургическое вмешательство, и наличием тугоухости. При проведении реопераций (хейлопластика и фарингопластика) количество детей с нарушением слуха увеличивалось более чем в два раза (7 из 10). После уранопластики количество детей с нарушением слуха и без нарушения практически одинаково (3 и 4).

У всех обследованных детей с ВРГН нарушение слуха носило кондуктивный характер и было обусловлено ЭСО.

Результаты обследования свидетельствуют о позднем выявлении ЭСО у детей с ВРГН. По данным тимпанометрии, происходит полное нарушение функции СТ, что подтверждает тезис о позднем обращении детей с ВРГН по поводу снижения слуха. По-видимому, это обусловлено тем, что родители и врачи основное внимание обращают на патологию в челюстно-лицевой области.

Первым этапом лечения ЭСО на всех стадиях заболевания является санация верхних дыхательных путей, направленная на восстановление носового дыхания (санация околоносовых пазух, аденотомия и т. д.). Такой курс

Таблица 2  
**Эффективность консервативного лечения больных с ЭСО, в зависимости от стадии заболевания**

Стадии ЭСО	Общее число детей	Число детей, пролеченных	
		с восстановлением слуховой функции	без эффекта
I	1	1	—
II	17	12	5
III	2	—	2
<b>Итого</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>7</b>

консервативного лечения был проведен 20 детям с ВРГН.

Из табл. 2 видно, что стойкое восстановление слуха наступило у 13 детей — с I и II стадиями ЭСО. У 2 больных с III стадией ЭСО курс консервативного лечения оказался неэффективным. Эти данные подтверждают нашу тактику лечения. После неэффективности консервативной терапии 7 больным проведена тимпаностомия (5 — со II стадией и 2 — с III стадией ЭСО).

Проведение тимпаностомии во II стадии ЭСО привело к полному и стойкому восстановлению слуха у всех детей из числа оперированных, при III стадии заболевания восстановление слуха было получено у 1 ребенка из 2 прооперированных (табл. 3).

Результаты исследования свидетельствуют о высокой частоте развития ЭСО у детей с

Таблица 3  
**Эффективность хирургического лечения больных с ЭСО, в зависимости от стадии заболевания**

Стадии ЭСО	Число детей, у которых произошло	
	восстановление слуха	улучшение слуха
I	—	—
II	5	—
III	1	1
<b>Итого</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

ВРГН (56 %), в связи с чем особую актуальность приобретает вопрос о целесообразности превентивной тимпаностомии одновременно с первым этапом хирургического вмешательства на небе. Ее надо проводить при часто повторяющихся в течение года воспалительных явлениях среднего уха. Требуется пересмотреть лечебную тактику стоматологов, педиатров и оториноларингологов при данной патологии, а также решить вопрос о передаче информации о рождении детей с ВРГН в сурдологические кабинеты и центры для диспансерного наблюдения и лечения.

### Литература

- Дмитриев Н.С., Милешина Н.А., Колесова Л.И.* Экссудативный средний отит у детей: Метод рекомендации. — М., 1996.
- Голубкова Н. А.* Диагностика и лечение секреторного среднего отита в детском возрасте: Дис. ... канд. мед. наук. — Тбилиси, 1986.
- Лебедев Ю. А.* Передняя тимпаностомия в лечении больных экссудативным средним отитом // Журн. ушн. горл. и нос. бол. — 1993. — N 1. — С. 63—69.
- Мамедов Ад. А.* Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. — М.: Детстомиздат, 1998. — 309 с.
- Милешина Н. А.* Возрастные особенности экссудативного среднего отита: Дис. ... канд. мед. наук. — Москва, 1994.
- Патякина О. К., Быкова В. П., Юзвенкевич Л. С., Храбриков А. Н.* Клиника, профилактика и лечение хронических секреторных средних отитов: Метод рекомендации. — М., 1988.
- Преображенский Н. А., Гольдман И. И.* Экссудативный средний отит. — М.: Медицина, 1987.
- Таварткиладзе Г. А.* Акустическая импедансометрия и тубосонометрия в аудиологической диагностике: Дис. ... канд. мед. наук. — Тбилиси, 1977.
- Хечинашвили С. Н., Голубкова Н. А.* Секреторный средний отит у детей // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1986. — N 1. — С. 29—32.
- Matsune S., Sando I., Takahashi H.* Insertion of the tensor veli palatini muscle into the eustachian tube cartilage in cleft palate cases // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. — 1991. — 100. — P. 439—446.
- Sibahara Y., Sando I.* Histopathology of eustachian tube in cleft palate patients // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. — 1988. — 97. — P. 403—408.
- Stewart M.G.* Introduction to Cleft Lip and Palate. — Baylor College of Medicine in Houston, Texas, 1991.
- Tos M.* Epidemiology and natural history of secretory otitis // Ann. J. Otolaryngol. — 1984. — V. 5. — P. 459—462.
- Tos M., Paulsen G., Borch J.* Etiological factor in secretory otitis // Arch. Otolaryngol. — 1979. — V. 105. — P. 582.
- Muntz H. R.* An Overview of Middle Ear Disease in Cleft Palate Children // J. Facial. Plastic. Surgery. — 1993. — Vol. 9. — № 3. — P. 177—180.