

Состояние среднего уха и слуховой функции у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба в различные периоды детства

А.В.Богородицкая^{1,2}, М.Е.Сарафанова¹, Е.Ю.Радциг², А.Г.Притыко¹

¹Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы, Москва (директор — проф. А.Г.Притыко);

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра оториноларингологии педиатрического факультета, Москва (зав. кафедрой — чл.-кор. РАН, проф. М.Р.Богомилский)

Врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРВГН) составляют 86,9% всех врожденных пороков развития лица. Нередко у детей с данной патологией развивается кондуктивная тугоухость, обусловленная экссудативным средним отитом. На сегодняшний день недостаточно данных о состоянии среднего уха и слуховой функции у детей с ВРВГН в разные периоды детства. Целью исследования была оценка данных показателей у детей, оперированных по поводу ВРВГН на первом году жизни, в разные периоды детства. В результате комплексного обследования 28 детей установлено, что проблема со стороны среднего уха сохраняется у данного контингента пациентов, несмотря на ранние сроки оперативного лечения врожденного порока и курсы консервативной терапии, направленные на восстановление функции слуховой трубы. Сделано заключение о необходимости динамического наблюдения врачом-оториноларингологом данных пациентов в разные периоды детства даже при отсутствии жалоб со стороны среднего уха и хорошие результаты при исследовании состояния барабанной полости и слуха на момент очередного планового осмотра.

Ключевые слова: врожденная расщелина верхней губы и неба, детский возраст, экссудативный средний отит, тугоухость, тимпанометрия, отоакустическая эмиссия

Condition of the Middle Ear and Hearing Function in Patients with Congenital Cleft Lip and Palate in Different Periods of Childhood

A.V.Bogoroditskaya^{1,2}, M.E.Sarafanova¹, E.Yu.Radtsig², A.G.Prityko¹

¹Scientific and Practical Center of Medical Care for Children with Craniofacial Malformations and Congenital Diseases of the Nervous System, Moscow (Director — Prof. A.G.Prityko);

²Pirogov Russian National Research Medical University, Pediatric Faculty, Department of Otorhinolaryngology, Moscow (Head of the Department — Corr. Member of RAMS, Prof. M.R.Bogomilskiy)

Cleft lip and palate (CLP) take 86.9% of all congenital face malformations. Often the conductive hearing loss develops due to the otitis media with effusion in children with this pathology. There are not enough data about the state of the middle ear and hearing function in children with CLP in different periods of childhood. The aim of the study was to evaluate these indicators in children operated on for CLP in the first year of life in different periods of childhood. As a result of a comprehensive survey of 28 children it was found that the problem with the middle ear was preserved in that group of patients, despite the early stages of surgical treatment of the congenital malformation and the courses of the conservative therapy aimed at restoring the function of the auditory tube. It was made a conclusion about the necessity for the dynamic observation by a physician otolaryngologist of such patients in different periods of childhood, even in the absence of complaints from the middle ear and good results in the study of the state of the tympanic cavity and hearing at the time of another scheduled inspection.

Key words: cleft lip and palate, childhood, otitis media with effusion, hearing loss, tympanometry, otoacoustic emission

Для корреспонденции:

Богородицкая Алла Владимировна, врач-оториноларинголог НПЦ медицинской помощи детям, аспирант кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 119620, Москва, ул. Авиаторов, 38

Телефон: (499) 730-9849

E-mail: allashuruhina@rambler.ru

Статья поступила 21.10.2014, принята к печати 24.12.2014

По данным литературных источников, врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРВГН) составляют 86,9% всех врожденных пороков развития лица [1]. Вследствие неблагоприятной экологической обстановки число новорожденных с данной патологией неуклонно растет [2].

Интерес оториноларинголога к таким детям обусловлен частотой выявления у них ЛОР-патологии (от 89 до 100%).

Таблица. Жалобы и данные анамнеза пациентов с ВРВГиН, оперированных на первом году жизни, в преддошкольный и дошкольный периоды

Жалобы/данные анамнеза	Преддошкольный период	Дошкольный период
Отиты более 1 раза в год	5 (18%)	14 (50%)
Снижение слуха	5 (18%)	6 (21%)

Распространенным заболеванием у данного континента пациентов является экссудативный средний отит и вызванная им кондуктивная тугоухость [3, 4]. Одна из причин частого выявления этого заболевания — патологическое прикрепление мышц, натягивающих небную занавеску (*m. tensor veli palatini*), и мышц, поднимающих мягкое небо (*m. levator veli palatini*), вызывающее дисфункцию слуховой трубы. Вследствие этого происходит нарушение аэрации барабанной полости, создание в ней отрицательного давления, повышение содержания углекислого газа и появление в данной полости трансудата/экссудата [5].

В отечественной литературе имеются публикации (статьи, монографии), посвященные состоянию среднего уха у детей с ВРВГиН. Разработан алгоритм лечебно-диагностических мероприятий, направленных на раннее выявление и своевременную профилактику заболеваний среднего уха у данного контингента больных. Установлено, что поэтапное хирургическое лечение врожденного порока на первом году жизни благотворно влияет на функцию слуховой трубы. По данным литературных источников, в 2 мес жизни нормальные показатели отоскопической картины и тимпаногаммы определяются только у 7,5% пациентов с ВРВГиН [6]. Среди пациентов, оперированных по поводу ВРВГиН на первом году жизни, восстановление слуховой функции в возрасте 16–18 мес отмечено у 70% детей. Для сравнения: у пациентов, оперированных в возрасте старше трех лет, в 100% случаев зафиксировано изменение отоскопических и тимпанометрических показателей [6].

Однако данные динамического наблюдения за состоянием слуха у детей, оперированных по поводу ВРВГиН на первом году жизни, практически отсутствуют. Поэтому целью нашей работы была сравнительная оценка состояния среднего уха у таких пациентов в разные периоды детства.

Пациенты и методы

Под нашим наблюдением находились 28 пациентов (17 мальчиков и 11 девочек) с ВРВГиН, успешно прооперированных по поводу врожденного порока на первом году жизни в НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы г. Москвы.

Обследование детей было комплексным, включало в себя сбор анамнеза (жалобы пациента на момент осмотра, данные о заболеваемости на основании анализа первичной медицинской документации — карт индивидуального развития из поликлиник по месту жительства), классический ЛОР-осмотр (передняя риноскопия, мезофарингоскопия, отоскопия/эндоотоскопия), эндоскопию носоглотки (по трансназальной методике), исследование состояния барабанной полости (тимпанометрия) и оценку состояния слуховой функции методом задержанной вы-

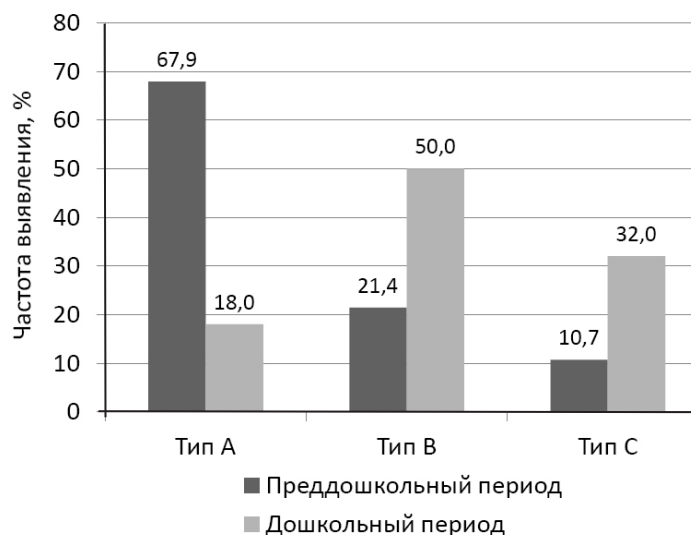


Рис. 1. Результаты тимпанометрии у детей, оперированных по поводу ВРВГиН на первом году жизни, в разные периоды детства.

званной отоакустической эмиссии. Проводили обследование в преддошкольный (от 1 года до 3 лет) и дошкольный (от 3 до 5 лет) периоды, максимальным возрастом дошкольного периода считали 5 лет. При проведении эндоотоскопии оценивали цвет барабанной перепонки, ее подвижность, толщину, наличие или отсутствие рубцовых изменений и контуров.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ жалоб пациентов и/или их законных представителей в зависимости от возраста представлен в таблице. Настораживает трехкратное увеличение эпизодов среднего отита по мере роста пациентов, а также отсутствие тенденции к уменьшению снижения слуха, что и служило причиной обращения родителей к оториноларингологу.

При проведении отоскопии у 8 (29%) пациентов преддошкольного периода имела место патологическая отоскопическая картина: барабанная перепонка была втянута, тусклая, имела нечеткие контуры. Среди дошкольников у 21 (75%) ребенка были выявлены патологические изменения: помутнение и втянутость барабанных перепонки, сглаженность контуров и отсутствие светового рефлекса; у 3 (10,7%) детей за барабанной перепонкой визуализировался экссудат.

Обобщенные (за оба возрастных периода) результаты тимпанометрии представлены на рис. 1. Обращает внимание факт роста частоты выявления патологических кривых (типы С и В) по мере увеличения времени, прошедшего после оперативного вмешательства. Так, если в возрасте 16 мес нормальный (А) тип тимпанометрической кривой

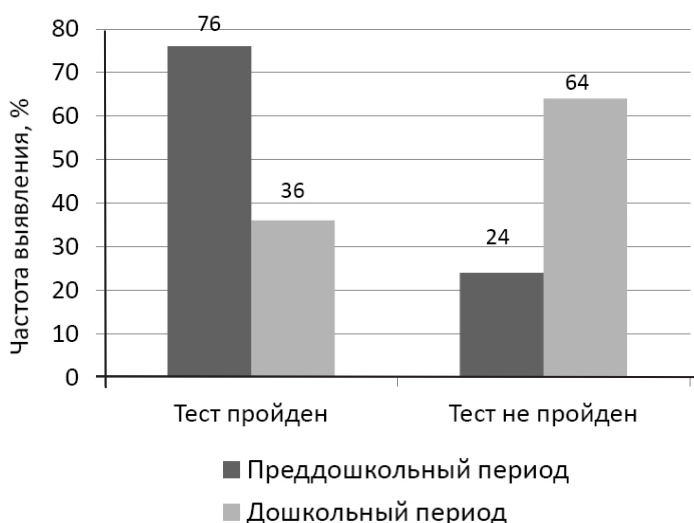


Рис. 2. Результаты теста задержанной вызванной отоакустической эмиссии у детей, оперированных по поводу ВРВГиН на первом году жизни, в разные периоды детства.

определялся у большинства пациентов (67,9%), то по прошествии времени (в среднем 2 года) он был зарегистрирован только у 18% больных. У остальных пациентов (82%) присутствовали разной степени выраженности изменения в барабанной полости, а также изменения отоскопической картины.

Объективная оценка состояния среднего уха (тимпанометрия) необходима перед проведением слухового скрининга методом отоакустической эмиссии. Данная процедура обязательна для всех детей, начиная с периода новорожденности. Наблюдаемым детям слуховой скрининг проводили методом задержанной вызванной отоакустической эмиссии, результаты для разных периодов детства представлены на рис. 2. Дети в исследуемые возрастные периоды еще не готовы к проведению субъективной оценки слуховой функции методом игровой аудиометрии, т.е. судить о состоянии слуховой функции можно только на основании различных методов отоакустической эмиссии. Однако их использование ограничено наличием патологии среднего уха. Поэтому своевременное лечение и профилактика заболеваний полости среднего уха важны еще и с этой точки зрения.

На данные возрастные периоды приходится «расцвет» структур лимфатического глоточного кольца Пирогова–Вальдейера. Гипертрофия глоточной и/или трубной миндалин может приводить к обструкции глоточного устья слуховой трубы, создавая дополнительные условия для развития различных форм среднего отита (катарального, гнойного, экссудативного). Блока глоточного устья слуховых труб не было выявлено ни в одном случае среди наблюдаемых нами детей во всех возрастных группах.

Заключение

Наблюдение за детьми с врожденными расщелинами верхней губы и неба в анамнезе позволило нам выявить, что проблема со стороны среднего уха сохраняется у данного контингента детей, несмотря на ранние сроки оперативного лечения врожденного порока и курсы консервативной терапии, направленные на восстановление функции слуховой трубы.

Учитывая рост пациентов с данной патологией, проблема не теряет своей актуальности. Необходимо динамическое наблюдение врачом-оториноларингологом подобных пациентов в разные периоды детства, несмотря на отсутствие жалоб со стороны среднего уха и хорошие результаты при исследовании состояния барабанной полости и слуха на момент очередного планового осмотра.

Литература

1. Махкамова Н.Э., Миразизов К.Д. Состояние гортани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Оториноларингология. 2007. №5. С.23–25.
2. Сутулов В.В. Оказание специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения (на примере Липецкой обл.): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Тверь, 2006. 12 с.
3. Goudy S., Lott D., Canady J., Smith R.J. Conductive hearing loss and otopathology in cleft palate patients // Otolaryngol Head Neck Surg. 2006. V.134 (6). P.946–948.
4. Rynnel-Dagöö B., Lindberg K., Bagger-Sjöbäck D., Larson O. Middle ear disease in cleft palate children at three years of age // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1992. V.23 (3). P.201–209.
5. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология: Учеб. для студ. мед. вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 624 с.
6. Сарафанова М.Е. Состояние среднего уха у детей раннего возраста с врожденными расщелинами верхней губы и неба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2013. 15 с.

Информация об авторах:

Сарафанова Марина Евгеньевна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением челюстно-лицевой хирургии и стоматологии НПЦ медицинской помощи детям
 Адрес: 119620, Москва, ул. Авиаторов, 38
 Телефон: (499) 730-9849
 E-mail: marina_sara@mail.ru

Радциг Елена Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
 Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
 Телефон: (495) 959-8758
 E-mail: Radtsig_e@rsmu.ru

Притыко Андрей Георгиевич, доктор медицинских наук, профессор, директор НПЦ медицинской помощи детям
 Адрес: 119620, Москва, ул. Авиаторов, 38
 Телефон: (499) 730-9849
 E-mail: info@npcmed.ru