

Національна Академія медичних наук України  
Міністерство охорони здоров'я України  
Українське наукове медичне товариство оториноларингологів  
ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»

## ХІ ЗІЗД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ

17-19 травня 2010 р., м. Судак

### Наукова програма

- Історія оториноларингології
- Алергологія та імунологія в оториноларингології
- Ринологія та ринопластика
- Ларингологія, фоніатрія
- Ендоскопічна та лазерна хірургія
- Отологія, аудіологія, вестибулологія, кохлеарна імплантація
- ЛОР-онкологія
- Травматичні ушкодження ЛОР-органів

Заїзд учасників – 16-17 травня 2010 р.

Проживання делегатів та гостей зїзду – в туристсько-оздоровчому комплексі «Судак» (98000, Україна, АР Крим, м. Судак, вул. Леніна, 89).

Бронювання та оплату номера необхідно здійснити до 25 квітня 2010 р.

Тел.: (067) 247-82-07

(067) 441-75-24, тел./факс: 244-91-83

e-mail: o.kornienko@males.com.ua, s.kornienko@males.com.ua

Реєстрація делегатів та гостей зїзду буде проводитися у вестибюлі конференц-зали туристсько-оздоровчого комплексу «Судак»:

16.05.2010 р. – з 8:00 до 22:00

17.05.2010 р. – з 8:00 до 10:00

За додатковою інформацією звертайтеся:

тел. (044) 483-12-82

тел./факс (044) 483-15-80

e-mail: amtc@kndio.kiev.ua, kholodenko@list.ru, www.ents.com.ua

## Внешние проявления ЛОР-патологии у ребенка с нормальной температурой тела

18-месячный мальчик был доставлен в приемное отделение в сопровождении матери. Со слов матери, правая ушная раковина ребенка несколько сместилась вниз и оттопырилась; это смещение отмечается в течение последних нескольких месяцев, однако недавно за правым ухом появилось покраснение и отек. В анамнезе ребенка патология ЛОР-органов отсутствует. Температура тела нормальная, общее состояние не нарушено. Компьютерная томография показала область нарушения прозрачности сосцевидного отростка.



Рис.  
Правая ушная  
раковина ребенка:  
вид спереди  
и сзади

### Вопросы

1. С какими состояниями проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
2. Какие методы обследования следует применить для постановки диагноза?

Ответы и обсуждение на стр. 67.

# Внешние проявления ЛОР-патологии у ребенка с нормальной температурой тела

Вопросы на стр. 31.

## Ответы

1. Дифференциальный диагноз следует проводить с медленно прогрессирующим отеком в заушной области, причиной которого могут быть воспалительные, опухолевые и инфекционные процессы. Следует помнить, что такие заболевания, как наружный отит, фурункулез, рожистое воспаление в области ушной раковины, а также воспаление подкожной клетчатки (целлюлит), сопровождаются увеличением заушных лимфатических узлов [1]. Поднадкостничный абсцесс в результате осложнения течения мастоидита может быть неправильно расценен как увеличение заушных лимфатических узлов. В этом случае следует учитывать, что лимфатические узлы имеют четкие контуры и не спаяны с подкожной жировой клетчаткой, тогда как поднадкостничный абсцесс сопровождается эритемой, при пальпации неподвижный и мягкий.

2. В постановке диагноза важно тщательно изучить анамнез заболевания, особенное внимание уделив патологии ЛОР-органов. Из лабораторных исследований необходимо провести общий анализ крови с формулой, определить уровень С-реактивного белка и произвести посев крови на стерильность. Если у ребенка выявлены какие-либо неврологические симптомы, необходимо срочно провести компьютерную или магнитно-резонансную томографию [2]. В случае проведения тимпаноцентеза или мириготомии во время процедуры можно взять жидкость из среднего уха для окрашивания, культурального исследования и определения чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.

## Обсуждение

Ребенку поставлен диагноз подострого мастоидита. Мастоидит – это инфекционное заболевание, как правило, бактериальной этиологии, при котором происходит деструкция воздухоносных ячеек сосцевидного отростка [3]. Подострый мастоидит можно заподозрить в случае, если инфекция некоторое время клинически не проявляется, что, как правило, связано с неправильным использованием антибиотиков для лечения среднего отита [4, 5].

До открытия антибиотиков у 5-10% детей с острым средним отитом развивался мастоидит, ассоциирующийся с высокими показателями смертности [6]. В настоящее время заболеваемость мастоидитом составляет 1,8 на 10 тыс. детей при лечении с помощью антибиотиков, тогда как без применения антибактериальных препаратов этот показатель достигает 3,8 на 10 тыс. Применение антибиотиков позволяет в два раза сократить риск возникновения мастоидита, однако, для того чтобы предотвратить 1 случай заболевания, необходимо провести антибактериальную терапию у 4831 ребенка с диагнозом среднего отита [3]. Следовательно, рутинное использование системных антибиотиков при всех случаях среднего отита не является приемлемой стратегией профилактики мастоидита [7].

Подострый мастоидит следует заподозрить у детей, у которых отмечены повторные эпизоды среднего отита с последующими симптомами непостоянной оталгии, боли в заушной области и лихорадки [8].

Рецидивирующая боль, характеризующаяся возрастающей интенсивностью и/или не исчезающая полностью, позволяет предположить наличие прогрессирующей инфекции сосцевидного отростка. У младенцев могут проявляться только неспецифические симптомы, такие как раздражительность, плохой аппетит и постоянный плач [1]. После эпизодов непостоянной лихорадки, ушной/заушной боли дети могут себя хорошо чувствовать, хотя на самом деле в это время у них может быть нарушен слух (так называемая кондуктивная тугоухость различной степени тяжести).

При поступлении в стационар у детей на первый план выходят неспецифические симптомы, такие как нарушения аппетита и раздражительность [4]. При обследовании область сосцевидного отростка может быть мягкой, покрасневшей и отекающей. У младенцев изменения часто определяются над областью сосцевидной пещеры, потому что в данном возрасте формирование сосцевидного отростка еще не завершено. Как уже упоминалось, при обследовании можно выявить кондуктивный тип нарушения слуха. Барабанная перепонка может быть нормальной или неподвижной. Чрезвычайно важным является проведение детального неврологического обследования, поскольку мастоидит нередко сопровождается ипсилатеральным параличом VI и VII черепных нервов [1].

Осложнения острого или подострого мастоидита можно классифицировать как экстракраниальные (внечерепные) и интракраниальные (черепные) (табл.). Наиболее частым осложнением подострого мастоидита является развитие заушного абсцесса. Отек и накопление гноя под надкостницей приводят к смещению ушной раковины в латеральном направлении и вниз, как в данном клиническом примере [9].

Таблица. Осложнения мастоидита

Таблица. Осложнения мастоидита	
Вне-черепные	1. Абсцесс Бецоляда – глубокий абсцесс шеи при нагноении ячеек верхушки сосцевидного отростка, который проявляется изменениями на боковой поверхности шеи [5]
	2. Абсцесс Чителли – глубокий натечный абсцесс шеи, образуется при заднем распространении инфекции, когда поражается затылочная кость, что приводит к остеомиелиту костей свода черепа
	3. Паралич лицевого нерва
	4. Синдром Градениго – характеризуется триадой симптомов: гнойное воспаление среднего уха, парез или паралич наружной прямой мышцы глаза и боль по ходу тройничного нерва. Возникает при ограниченном менингите в области верхушки пирамиды височной кости
	5. Потеря слуха
	6. Лабиринтит
	7. Петрозит – гнойное воспаление участков пирамиды височной кости, не занятых костным лабиринтом
	8. Тромбоз сигмовидного (латерального) синуса [8]
	9. Поднадкостничный абсцесс
Внутри-черепные	1. Абсцесс головного мозга
	2. Эпидуральный абсцесс
	3. Менингит
	4. Субдуральная эмпиема

Начальная терапия неосложненного острого или подострого мастоидита заключается в назначении высоких доз инъекционных антибактериальных препаратов,

как правило, цефалоспоринов III поколения, в течение первых 24-48 ч [10]. В случае идентификации возбудителя инфекции, которым в большинстве случаев является *Streptococcus pneumoniae*, необходимо осуществлять выбор антибактериального препарата в соответствии с чувствительностью возбудителя [11].

Жидкость для исследования можно получить путем аспирации при проведении тимпаноцентеза (прокола барабанной перепонки), мириготомии или при спонтанной перфорации. Как правило, назначение внутривенных антибактериальных препаратов широкого спектра действия производится до проведения тимпаноцентеза, мириготомии или хирургического лечения, а затем корректируется в зависимости от результатов лабораторных анализов. В большинстве случаев неосложненного мастоидита применение внутривенных антибиотиков приводит к быстрому терапевтическому эффекту. Кроме того, при необходимости назначаются анальгетики и жаропонижающие средства.

В случае осложненного острого или подострого мастоидита, как правило, требуется проведение хирургического вмешательства [12]. Операцией выбора является кортикальная мастоидектомия по Шварце с мириготомией или без нее. Целью проведения кортикальной мастоидектомии является дренаж сосцевидной пещеры и воздухоносных ячеек для извлечения гноя, при этом не подвергая риску повреждения структуры среднего уха [13].

В данном клиническом случае ребенку были назначены антибиотики внутривенно и проведена кортикальная мастоидектомия. Хотя мастоидит – это серьезное заболевание, большинство детей быстро выздоравливает без развития нежелательных последствий.

## Литература

- Burton M. Hall and Colmn's diseases of the ear, nose and throat. London: Churchill Livingstone, 2000.
- Mafee M.F., Singleton E.L., Valvassori G.E., Espinosa G.A., Kumar A., Aimi K. Acute otomastoiditis and its complications: role of CT. Radiology 1985; 155: 391-397.
- Thompson P., Gilbert R., Long P., Saxena S., Sharland M., Chi Kei Wong I. Effect of antibiotics for otitis media on mastoiditis in children: a retrospective cohort study using the United Kingdom general practice research database. Paediatrics 2009; 123: 424.
- Holt G., Gates G. Masked mastoiditis. Laryngoscope 1983; (93): 1034-1037.
- Jose J., Coatesworth A.P., Anthony R., Reilly P.G. Life threatening complications after partially treated mastoiditis. BMJ 2003; 327: 41-42.
- Bluestone C.D. Clinical course, complications and sequelae of acute otitis media. Pediatr Infect Dis J 2000; 19: S37-46.
- Diagnosis and management of childhood otitis media in primary care. SIGN. 2003. www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/66/index.html.
- Glynn F., Osman L., Colreavy M., Rowley H., Dwyer T.P., Blayney A. Acute mastoiditis in children: presentation and long term consequences. J Laryngol Otol 2008; 122: 233-237.
- Tovi F., Gatot A., Lantsberg S. Latent non-suppurative mastoiditis. Apropos of 62 cases. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1995; 112: 275-278.
- Chase K.S., Doty C.I. Mastoiditis. 2009. http://emedicine.medscape.com/article/784176-overview.
- Tarantino V., D'Agostino R., Taborelli G., Melagrana A., Porcu A., Stura M. Acute mastoiditis: a 10 year retrospective study. Int J Paediatr Otorhinolaryngol 2002; 66: 143-148.
- Cohen-Kerem R., Uri N., Rennert H., Peled N., Greenberg E., Efrat M. Acute mastoiditis in children: is surgical treatment necessary? J Laryngol Otol 1999; 113: 1081-1085.
- Cummings C.W., Haughey B.H., Thomas J.R., Harker L.A., Flint P.W., Robbins K.T., et al. Cummings's otolaryngology: head and neck surgery. Volume 4. 4th ed. Philadelphia, USA: Elsevier Mosby, 2005. Student BMJ 2010;18: 321

Підготувала **Ольга Татаренко**

## НОВИНИ МОЗ

### Уряд Куби протягом 20 років надає медичну допомогу українським дітям, що постраждали внаслідок катастрофи на ЧАЕС

Наприкінці березня виповнюється 20 років Програми допомоги українським дітям, які постраждали внаслідок чорнобильської катастрофи.

Після аварії на Чорнобильській АЕС Куба однією з перших відгукнулася і простягла руку допомоги, визначивши найпріоритетнішим напрямом здоров'я українських дітей. Кубинська сторона запропонувала безкоштовне оздоровлення та лікування дітей на базі лікувально-оздоровчого комплексу «Тарара», що розташований у 25 км від м. Гавани.

Перша група дітей була сформована в лютому 1990 р.; до неї увійшли 458 дітей з тяжкими формами захворювань.

За час існування програми на Кубі отримали оздоровчі медичні процедури 22 766 дітей (з урахуванням хворих із Росії та Білорусі); загалом проліковано 21 060 пацієнтів з України, у тому числі понад 18 тис. дітей. Утримання,

лікування та оздоровлення українських дітей на території Куби проводиться за рахунок кубинської сторони відповідно до державної програми «Діти Чорнобіля». На це лікування Куба витратила близько 400 млн доларів. Українська сторона за власні кошти проводить лише заходи з попереднього обстеження, відбору і транспортування дітей до м. Гавани та назад до України. Україна щорічно направляє на Кубу також сезонний одяг та взуття для малозабезпечених родин і сиріт, антимооситну сітку, постільну білизну, підручники та наочні посібники для української школи.

За статистичними даними, 20,1% дітей, які пройшли лікування на Кубі у 2009 р., хворіли на atopічний дерматит, 19,7% – на вітіліго, 11,65% – на псоріаз, 7% – на alopecію; 14,7% дітей пройшли оздоровлення. Складні, часто багатетапні операції (пластика кінцівок, шкіри обличчя, протезування кінцівки, втручання у разі S-образного сколіозу, м'язової дистрофії) були проведені 23 дітям.

Як засвідчує аналіз ефективності лікування, після проведених медичних заходів у дітей з вітіліго спостерігалось покращення в 70-75% випадків; у разі alopecії – у 70-80%, atopічного дерматиту – в 90-95% випадків; у 95-98% пацієнтів із псоріазом спостерігалася швидка та стійка ремісія.

Відзначається високий рівень ефективності хірургічного лікування з приводу поновлення функцій кінцівок, келоїдних післяопікових рубців та контрактур, захворювань сечостатевої системи, а також операцій на хребті.

Підписання оновленої угоди між Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством охорони здоров'я Республіки Куба та Міжнародним Чорнобильським фондом надасть новий імпульс розвитку співпраці між нашими країнами у справі збереження здоров'я прийдешнім поколінням українців.

За інформацією прес-служби МОЗ України