

**А. В. Брин, В. С. Кузнецова, Е. А. Фомина, Е. З Мирзоева**  
**ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА**  
**УПРАЖНЕНИЙ ПРИ ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ**  
**В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ГНОЙНОГО**  
**НЕПЕРФОРАТИВНОГО ОТИТА**

**ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава  
России**

Острый средний гнойный неперфоративный отит (ОСГНО) – распространенное заболевание в практике врача-оториноларинголога, которое сопровождается острыми респираторные вирусные инфекции, острые риниты и синуситы [1, 2]. ОСГНО поражает лиц наиболее трудоспособного возраста, причём за последние 20 лет число больных выросло в 2,5 раза [3]. Пусковым механизмом развития данной патологии является дисфункция слуховой трубы, развивающаяся на фоне механической обструкции, зияния глоточного устья слуховой трубы или рефлюкса из носоглотки [4, 5]. Важно своевременное выявление и лечение данной патологии, так как при переходе в хроническую форму развивается тугоухость, которая сложно поддаётся лечению.

**Цель исследования:** оценить терапевтическую эффективность комплекса упражнений при дисфункции слуховой трубы в лечении острого среднего гнойного неперфоративного отита.

**Материалы и методы:** исследование проводилось на базе оториноларингологического отделения ГБУЗ «Областная клиническая больница» города Твери, имело одномоментный, наблюдательный характер во время стационарного лечения пациентов с диагнозом ОСГНО в период с сентября по декабрь 2016 года. Обследовано 52 пациента, которые были распределены на 2 группы по 26 пациентов в каждой. Первая группа включила в себя 15 женщин и 11 мужчин, вторая группа – 16 женщин, 10 мужчин.

Всем пациентам проводилось консервативное лечение: альфа-адреномиметики, интраназальные глюкокортикостероиды (при наличии аллергического ринита), муколитические средства, антибактериальная и антигистаминная терапия. Выполнялись такие лечебные процедуры, как катетеризация слуховой трубы, продувание слуховой трубы по Политцеру, пневмомассаж барабанной перепонки, при наличии у больного верхнечелюстного синусита производилась пункция верхнечелюстной пазухи. Вторая группа пациентов в дополнение к вышеуказанному лечению самостоятельно выполняла следующий комплекс упражнений до 4-5 раз в сутки:

- самомассаж (поглаживание, растирание) области сосцевидных отростков;
- повороты головы в сторону;
- наклоны головы в сторону;
- наклон головы вперед с вытягиванием языка, с попыткой достать подбородок;
- запрокидывание головы назад с попыткой кончиком языка дотянуться до маленького язычка;
- массаж надбровных областей, спинки носа и ямочек у носа;
- лёгкие нажатия в области ямочек носа;
- носовое дыхание (3 раза каждой ноздрей);
- зевание (4-5 раз);
- глоток воды с усилием;
- «пустой глоток» – проглотить слюну с немного приоткрытым ртом (4-5 раз);
- после двадцатисекундной паузы – глоток воды с закрытым ртом и носом;
- глоток воды при закрытом рте и носе, при котором необходимо создать сопротивление путём надавливания на надутые щёки.

На каждого больного заполнялась разработанная карта обследования (рисунок 1), которая включала в себя такие категории, как жалобы, анамнез, ЛОР-статус, сопутствующая патология, оценка вентиляционной функции слуховой трубы, данные слухового паспорта и тональной аудиометрии, клинический анализ крови. Осмотр ЛОР-органов проводился по общепринятым методикам.

Порядковый номер:		
Номер истории болезни:		
№	Название симптома	+/-
<b>Жалобы</b>		
1	Субъективное ощущение переливания жидкости в ухе	
2	Аутофония	
3	Флюктуация слуха	
4	Ушной шум	
5	Боль в ухе	
6	Ощущение полноты, тяжести в ухе	
7	Затрудненное носовое дыхание	
<b>Анамнез</b>		
8	Положительный аллергологический анамнез (семейный)	
9	Положительный аллергологический анамнез (собственный)	
10	Полипозный риносинусит (состояние после полипотомии, полипозэтомидотомия)	
11	Искривление носовой перегородки	
12	Частые отиты	
13	Парацентез барабанной перепонки	
14	Тимпанопункция барабанной перепонки	
<b>ЛОР-статус</b>		
15	Гиперемия барабанной перепонки	
16	Инъецированность сосудов по ходу рукоятки молоточка	
17	Мутность барабанной перепонки	
18	Отсутствие светового конуса	
20	Втяжение барабанной перепонки	
21	Выбухание ее в сторону наружного слухового прохода	
22	Ограниченная подвижность барабанной перепонки	
23	Гиперемия слизистой оболочки полости носа	
24	Отек слизистой оболочки полости носа	
25	Слизистая оболочка полости носа с синюшным оттенком, визуализируются сизо-белые пятна Воячека	
26	Бледность слизистой оболочки полости носа	
27	Слизистое отделяемое в общих и средних носовых ходах	
28	Гнойные выделения в общих и средних носовых ходах	
29	При анемизации хорошее сокращение нижних носовых раковин	
30	При анемизации плохое сокращение нижних носовых раковин	
31	Гипертрофия задних концов нижних носовых раковин	
32	Отек глоточного устья слуховой трубы	
<b>Сопутствующая патология</b>		
33	Состояние после перенесенной ОРВИ	
34	Хроническая аллергическая риносинусопатия	
35	Острый верхнечелюстной синусит	
<b>Оценка вентиляционной функции слуховой трубы</b>		
36	I степень проходимости слуховой трубы	
37	II степень проходимости слуховой трубы	
<b>Данные слухового паспорта и тональной аудиометрии</b>		
38	Снижение слуха по звукопроводящему типу	
<b>Клинический анализ крови</b>		
39	Лейкоцитоз	
40	Эозинофилия	
41	Лимфоцитоз	
42	Ускоренное СОЭ	

Рисунок 1 - Карта обследования пациентов с острым средним гнойным неперфоративным отитом

Для оценки вентиляционной функции слуховой трубы каждому обследуемому проводились простые качественные пробы:

- исследование проходимости трубы при обычном глотании (I степень);
- опыт Тойнби (II степень);
- опыт Вальсальвы (III степень);
- продувание слуховой трубы по Политцеру (IV степень);

- катетеризация слуховой трубы (V степень).

На каждого больного заполнялся слуховой паспорт с проведением опытов Ринне, Швабаха и Вебера. В исследование включены пациенты с кондуктивным типом тугоухости по результатам слухового паспорта и тональной аудиограммы. Шепотная речь (ШР) у обследуемых больных на пораженное ухо составляла от ушной раковины до 3 метров. На тональной аудиограмме пороги костной проводимости у обследуемых пациентов на частотах от 500-2000-4000 Гц составили от 0 до 10 дБ, повышение воздушной проводимости на пораженное ухо – от 25 до 45 дБ.

Критериями исключения стали: новообразования носоглотки, адгезивный отит, хронический аденоидит, сенсоневральная и смешанная формы тугоухости, III, IV, V степени проходимости слуховой трубы.

**Результаты:** в течение 5 дней консервативного лечения пациенты обеих групп отмечали значительное улучшение слуха. У 9 пациентов первой группы сохранились жалобы на ощущение «треска», переливов жидкости в ушах и периодическое ощущение заложенности, при отоскопии барабанная перепонка серая, втянута. Слуховой паспорт: на пораженное ухо ШР составляла от 4-5 метров, на тональной аудиограмме сохранялся костно-воздушный разрыв от 15 до 20 дБ. Пороги костной проводимости у данной группы пациентов составили от 0 до 10 дБ, повышение воздушной проводимости от 15 до 25 дБ.

У пациентов второй группы вышеуказанные жалобы не наблюдались. ШР на оба уха составляла 6/6 метров. На тональной аудиограмме зафиксированы пороги костной и воздушной проводимости до 5-10 дБ, костно-воздушный разрыв отсутствовал.

**Выводы:** применение комплекса упражнений при дисфункции слуховой трубы в сочетании с консервативными методами лечения позволит повысить эффективность и сократить сроки лечения ОСГНО.

#### Литература

1. Володькина, В. В. Особенности клинической характеристики детей с экссудативным средним отитом, протекающим с рецидивами и без рецидивов/ В. В. Володькина, Н. А. Милешина// Сб. тр. «Современные проблемы физиологии и патологии слуха»: Мат-лы 6-го Межд. симп. и 2-го Нац. конгр. аудиологов – М., 2007. – С. 70–71.
2. Никифорова, Г. Н. Клиническая эффективность применения препарата ИРС-19 при лечении острых евстахиитов / Г. Н. Никифорова, А. Ю. Овчинников, В. М. Свистушкин // Сб. тр. «Проблемы и возможности микрохирургии уха»: Мат-лы Росс. науч.-практ. конф. оториноларингологов. - Оренбург, 2002.– С. 216–217.
3. Храбриков, А. Н. Экссудативный средний отит: современные представления: учебное пособие для студентов медицинских вузов/ А. Н. Храбриков, Л. В. Шмакова // Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2011. – 72 с.
4. Портенко, Г. М. Латентный неперфоративный средний отит – современное течение острого среднего отита / Г. М. Портенко, Е. Г. Портенко, А. А. Локтева // Рос. оторинолар., 2009. – №2 (39).– С. 139 – 143.
5. Alper C. M., Swarts J. D., Doyle W. J. Prevention of otitis media with effusion by repeated air in flantion in monkey model // Arch. Otolaryngol. HeadandNeckSurg. – 2000. - Vol. 126, № 5. - P. 609–614.