

## Impact Factor:

ISRA (India) = 1.344	SIS (USA) = 0.912	ICV (Poland) = 6.630
ISI (Dubai, UAE) = 0.829	ПИИЦ (Russia) = 0.234	PIF (India) = 1.940
GIF (Australia) = 0.564	ESJI (KZ) = 1.042	IBI (India) = 4.260
JIF = 1.500	SJIF (Morocco) = 2.031	

SOI: [1.1/TAS](#) DOI: [10.15863/TAS](#)

## International Scientific Journal Theoretical & Applied Science

p-ISSN: 2308-4944 (print) e-ISSN: 2409-0085 (online)

Year: 2017 Issue: 01 Volume: 45

Published: 30.01.2017 <http://T-Science.org>

**Mukadas Muhtarovna Umarova**  
Clinic №5  
ENT doctor  
[umalor@mail.com](mailto:umalor@mail.com)

### SECTION 20. Medicine.

## OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PREVENTION OF HEARING LOSS IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE

**Abstract:** The analysis conducted earlier in the paper showed that one of the main causes of hearing loss in children with congenital cleft palate is the otitis media with effusion. All children with congenital cleft palate with secretory otitis media and without it to be a long rehabilitation, which includes dynamic ENT examination and audiometric control audiologist. It is, therefore, necessary to introduce to standard newborn screening point at which stipulates the information on children born with congenital cleft palate must come from the hospital to a specialized audiology centre.

**Key words:** cleft palate, otitis media with effusion, hearing loss.

**Language:** Russian

**Citation:** Umarova MM (2017) OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PREVENTION OF HEARING LOSS IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE. ISJ Theoretical & Applied Science, 01 (45): 167-170.

**Soi:** <http://s-o-i.org/1.1/TAS-01-45-31> **Doi:**  <https://dx.doi.org/10.15863/TAS.2017.01.45.31>

### ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА

**Аннотация:** В данной статье приведены результаты комплексного алгоритма лечения экссудативного среднего отита у детей с врожденной расщелиной, которым проведена тимпанотомия с введением вентиляционной трубки одномоментно с ураностафилопластикой с последующим консервативным лечением, что позволяет добиться стойкой вентиляции барабанной полости и сосцевидного отростка и снизить влияние реактивных процессов в носоглотке после операции.

Проводимые профилактические мероприятия в развитии тугоухости у детей с врожденной расщелиной неба может быть успешной, только в случае совместного лечения ЛОР врача, сурдолога и челюстно-лицевого хирурга.

**Ключевые слова:** врожденная расщелина неба, экссудативный средний отит, тугоухость.

#### Introduction

По данным современных источников литературы ведущую роль в патогенезе нарушений слуха у больных с врожденной расщелиной неба играет функциональная недостаточность слуховой трубы [1,3]. Она связана с неспособностью m.tensor veli palatini открывать слуховую трубу при глотании. Это обусловлено неправильным ее прикреплением у пациентов с ВРН или атрофией мышцы [5]. Возникшая при этом дисфункция слуховой трубы часто приводит к развитию экссудативного среднего отита, который в свою очередь является причиной тугоухости. Поздняя диагностика и

несвоевременное лечение способствует развитию стойкой тугоухости.

#### Materials and Methods

Причиной развития экссудативного среднего отита могут быть различные виды респираторных инфекций, вирусные инфекции, смещенная носовая перегородка, аденоидные вегетации, хронический тонзиллит, гипертрофия нижних носовых раковин [2,4].

Даже одностороннее длительное снижение слуха до 30-35дБ у детей первых лет жизни значительно влияет на развитие когнитивной и речевой функции.



## Impact Factor:

ISRA (India) = 1.344	SIS (USA) = 0.912	ICV (Poland) = 6.630
ISI (Dubai, UAE) = 0.829	ПИИЦ (Russia) = 0.234	PIF (India) = 1.940
GIF (Australia) = 0.564	ESJI (KZ) = 1.042	IBI (India) = 4.260
JIF = 1.500	SJIF (Morocco) = 2.031	

Одной из важных проблем отиатрии детского возраста есть и остается лечение экссудативного среднего отита у детей с врожденной расщелиной неба [6,7]. Лечебные мероприятия, проводимые в послеоперационном периоде, имеют большое значение для конечного результата хирургического вмешательства.

Таким образом, проводимое исследование имеет не только важное научное, но и большое практическое значение.

В данном исследовании обследованы 188 пациентов в возрасте от года до 15 лет, которые находились на стационарном лечении в ГККП на ПХВ «ГКБ№5» отделениях: детской челюстно – лицевой хирургии и детской оториноларингологии. Пациенты поступили на стационарное лечение в плановом и экстренном порядке и были разделены на 3 группы:

1 группа - сравниваемая – дети с ВРН (n=65), в эту группу вошли результаты архивного материала.

2 группа - основная – дети с ВРН (n=58), которым проводилось комбинированное лечение (устранение врожденного дефекта и санация среднего уха).

3 группа - дети с экссудативным отитом, но без врожденной расщелины неба (n=65), но с клиникой экссудативного отита.

Все пациенты проходили комплексное обследование, включающее в себя

общеклинический осмотр, эндоскопическое обследование лор-органов, микроскопическая отоскопия, тимпанометрия, рентгенологическое и компьютерное обследование.

Наибольшее количество обследуемых детей с врожденной расщелиной неба приходится на возраст от 1 до 6 лет, что составило 68%. Это связано с тем, что критерием подбора контингента для исследования являлось наличие врожденного дефекта неба у детей, которые находились на стационарном лечении, а также дети, состоящие на диспансерном учете. Так как в настоящее время проводится ранняя ураностафилопластика (закрытие дефекта в пределах мягкого и твердого неба до 3 лет), а в некоторых случаях сверхранняя ураностафилопластика (до 1 года).

Наименьшее количество обследуемых детей было в возрасте с 6 до 12 лет из них 18(21,4%) мальчиков и 11(28,2%) девочек, а так же старше 12 лет 9(10,7%) и 4(10,2%) соответственно. Это обусловлено тем, что в эти возрастные периоды, как правило, заканчивается хирургический этап реабилитации.

Дети до одного года наблюдаются врачом педиатром и ортодонтом, которые проводят предоперационную подготовку.

Проведен анализ обследуемых детей с врожденной расщелиной неба в соответствии с полом.

Таблица 1

### Распределение обследуемых детей с врожденной расщелиной неба в зависимости от пола.

Вид патологии	Пол				Всего
	мужской		женский		
	абс.	%	абс.	%	
Полная ВРН	39	46,4±5,44	19	48,7±8,00	58
Частичная ВРН	33	39,2±5,33	15	38,4±7,79	48
Субмукозная ВРН	12	14,3±3,82	5	12,8±5,35	17
Всего	84	100	39	100	123

По данным таблицы 1, видно, что большинство преобладают дети с полной врожденной расщелиной неба 58 (39 мальчиков и 19 девочек), частичная врожденная расщелина неба составила 48 детей (33 мальчиков и 15 девочек), субмукозная врожденная расщелина неба наблюдалась у 17 пациентов (12 мальчиков и 5 девочек). При всех видах врожденных расщелин неба большинство составляют лица мужского пола (p < 0,05).

Чтобы разработать алгоритм лечения у детей ЭСО с ВРН, мы провели клиническое и аудиологическое исследование всем пациентам основной группы (n = 58) перед ураностафилопластикой. У всех пациентов были выявлены различной степени выраженности экссудативного среднего отита, осложненные

соответствующей формой тугоухости. 58 детям проводилась 2-хсторонняя тимпаностомия одномоментно с ураностафилопластикой и с коррекцией санации ВДП. При динамическом наблюдении за этой группой пациентов в течение года, было отмечено полное восстановление слуха до нормы у большинства детей 89,7%. Отсюда можно сделать вывод, что проведение ранних уранопластики является не только лечебным фактором, но и важным профилактическим методом предупреждения развития кондуктивной тугоухости.

В раннем послеоперационном периоде улучшение показателей лечения экссудативного среднего отита мы наблюдали у 19 детей после ураностафилопластики и у 25 детей после оперативного лечения верхних дыхательных

## Impact Factor:

ISRA (India) = 1.344	SIS (USA) = 0.912	ICV (Poland) = 6.630
ISI (Dubai, UAE) = 0.829	ПИИЦ (Russia) = 0.234	PIF (India) = 1.940
GIF (Australia) = 0.564	ESJI (KZ) = 1.042	IBI (India) = 4.260
JIF = 1.500	SJIF (Morocco) = 2.031	

путей. Все пациенты получили курс консервативного лечения по поводу экссудативного среднего отита (проводилось удаление тампонов из полости рта на вторые сутки после операции, санация и обработка швов в полости рта антисептиками, детям обеих групп делали анемизацию слизистой оболочки полости носа и устьев слуховой трубы, аспирацию отделяемого из полости носа и наружного слухового прохода, продувание слуховых труб, пневмомассаж барабанных перепонок, физиотерапию).

У пациентов с клиникой экссудативного среднего отита без врожденной расщелины неба преобладало оперативное вмешательство по

поводу аденоидных вегетаций 20,3% случаев, 8,9% составила аденотомия с пластикой нижних носовых раковин. Септопластика с коррекцией нижних носовых раковин встречалось в 7,3%, а аденотомия с микрогайморотомией, пластикой нижних носовых раковин наблюдалось в 5,7% случаев. У детей с врожденной расщелиной неба и клиникой экссудативного отита чаще всего встречалось оперативное лечение по закрытию врожденного дефекта – ураностафилопластика в 21,95%, коррекция патологии верхних дыхательных путей: пластика нижних носовых раковин наблюдалось чаще 14,6%, чем септопластика 10,6% случаев.

Таблица 2

### Результаты аудиологического обследования до и после лечения у больных с врожденной расщелиной неба и экссудативным средним отитом.

Типы тимпанограмм и формы тугоухости		До лечения	После лечения	Через 1 год
Типы тимпанограмм	В	41	11	1
	С	17	9	11
	А	-	38	27
Состояние слуха	Кондуктивная тугоухость	28	19	4
	Смешанная тугоухость	30	7	-
	Норма	-	32	35
		58	58	39

Вначале лечения происходит выравнивание интратимпанального давления, а затем увеличение подвижности перепонки.

Стабилизация тимпанометрических показателей отставала от динамики субъективного слуха в среднем на 2-4 недели. Так, из приведенной выше таблицы следует, что в 11 ушах даже через 1 год после лечения сохранялось отрицательное давление на фоне нормальной аудиометрической картины, а в 4 случаях сохранялась низкая подвижность перепонки на фоне сохраняющегося повышенного КВИ.

Анализ данных обследования показал, что у больных с ВРН заболевания ЛОР органов встречались чаще, чем у детей без врожденного дефекта неба. Это обусловлено особенностями анатомии ВРН, тесной связью ротовой и носовой полостей. Компенсация организма приспособится сложившимся условиям, приводит к многочисленным патологическим изменениям в тканях стенок полости рта, носа и носоглотки, поэтому большое значение имеет проведение ранней ураностафилопластики. Если у детей до 5 лет изменения лор – органов носят обратимый характер, то в более старшем возрасте, особенно у несвоевременно оперированных, они нередко носят необратимый характер.

Таким образом, всем детям с врожденной расщелиной неба перед оперативным лечением

должно быть проведено аудиологическое исследование, для своевременного выявления экссудативного среднего отита. В комплексное лечение всех больных должно включаться санация верхних дыхательных путей, восстановление функции слуховой трубы, а также удаление секрета из барабанной полости. Проведение санации патологии верхних дыхательных путей необходимо согласовывать с челюстно-лицевыми хирургами. Хирургическое лечение проводится совместно челюстно-лицевыми и ЛОР хирургами, для проведения одномоментной ураностафило-пластики и тимпанотомии с введением вентиляционной трубки. Всех детей подвергших оперативному лечению необходимо взять на диспансерный учет, для контроля эффективности лечения. Ежемесячное проведение микроотоскопии, для визуального контроля над состоянием барабанной перепонки, с целью предотвращения возникновения ретракций. Лишь полное восстановление слуховой функции после комбинированного лечения позволяет снять с диспансерного учета ребенка с экссудативным средним отитом и врожденной расщелиной неба.

### Conclusion

Полученные результаты лечения показывают высокую эффективность предложенного лечения, что в свою очередь

## Impact Factor:

<b>ISRA (India)</b> = 1.344	<b>SIS (USA)</b> = 0.912	<b>ICV (Poland)</b> = 6.630
<b>ISI (Dubai, UAE)</b> = 0.829	<b>ПИИЦ (Russia)</b> = 0.234	<b>PIF (India)</b> = 1.940
<b>GIF (Australia)</b> = 0.564	<b>ESJI (KZ)</b> = 1.042	<b>IBI (India)</b> = 4.260
<b>JIF</b> = 1.500	<b>SJIF (Morocco)</b> = 2.031	

позволяет рекомендовать его для использования в своей практике врачам сурдологам, оториноларингологам и челюстно-лицевым хирургам. А также ежегодно проводить статистический анализ о детях с врожденной расщелиной неба, осложненных развитием тугоухости, их диагностики, лечении и профилактических мерах в определенных городах и в стране целом.

Проведенный анализ показал, что одной из главных причин возникновения тугоухости у детей с врожденной расщелиной неба является экссудативный средний отит. Все дети с

врожденной расщелиной неба с экссудативным средним отитом и без него подлежат длительной реабилитации, в которое входит динамический осмотр оториноларинголога и аудиометрический контроль сурдолога. Поэтому необходимо внедрить в стандарт обследования новорожденных пункт, в котором оговаривается, что информация о родившихся детях с врожденной расщелиной неба должна из роддома поступать в специализированный сурдологический центр.

## References:

1. Savenko IV, Boboshko MU, Lopotko AI, Cvyleva ID (2010) Ekssudativniy sredniy otit 80с..Ris.12
2. Garachenko TI, Kotov RB, Polunin MM (2009) Endoskopicheskaya hiruugiya sluhovoy trubey I srednego uha u detey s ekksudativnim srednim otitom // Ros. Otolaringologiya №3. p.34-41.
3. Slack R, Gardner J, Chatfield C (2013) Otorrhea in children with middle ear ventilating tubes: a comparison of different types of tubes // Clinical Otorhinolaryngology.-2013.- Vol.12(5), - p.357-360.
4. Dorochevich IV (2009) Principy hirurgicheskogo lecheniya patientov s ekksudativnim srednim otitom - p.90-91.
5. Sokolov AV (2003) Profilaktika I korrekciya narucheniya sluha, obuslovlennih ekksudativnim srednim otitom u detey s vrojdennoy rasshelinoy verhney guby.- 25 p.
6. Drozdov MV (2006) Taktika lecheniya ekssudativnogo srednego otita u detey / p.438.
7. (2004) Sluh pri hronicheskom ekksudativnom otite / I.I. Ababiy, S.A dyakova, A.Y. Kyaburu // sovremennye problem fiziologii I patologii sluha. Suzdal- p.15.
8. Dmitriev NS, Mileschina NA, Kolesova LI (1996) Ekssudativniy sredniy otit u detey // Metodicheskie rekomendacii.-M. -20 p.
9. Garashenko TI, Radcig EU, Skvira IE (2017) Mukoreguliruyushie preparaty v lechenii negnoynih zabolevaniy srednego uha// p.19-23.
10. Garov EV (2008) Funkcionalnoe sostoyanie sluhovoy trubey u bolnih s ekksudativnim srednim otitom I ego vliyanie na rezultaty lecheniya. p. 220-224.

