

*Борислав ГОГУШЕВСКИ, Марина ЧАКАР, Елена БОГЕСКА,
Владимир ЈЕКИЌ, Александар ЛАЗАРЕВСКИ*

МЕДИЦИНСКИ И СОЦИОЛОШКИ АСПЕКТИ НА СЕКРЕТОРНИОТ ОТИТ ВО ДЕТСКАТА ВОЗРАСТ

Вовед

Инциденцата на секреторниот отит е висока. Дури 80% од децата минуваат најмалку една епизода на секреторен отит до својата 8-годишна возраст (Stangerup 1992). Иако уште Politzer во 1867 година ја опишал класичната слика на секреторниот отит, етиологијата на ова заболување сè уште не е доволно разјаснета. Таа е мултифакторијална, но најчесто асоцирана со инфекција и или тубарна дисфункција, а еден од најважните етиолошки фактори е горно-респираторната инфекција (Tos 1997).

Клинички материјал

Со цел да ги согледаме нашите клинички искуства во однос на дијагнозата и терапијата на секреторниот отит во детската возраст ги посочуваме резултатите од две студии што се работени на нашата клиника.

Во својот труд Чакар и сораб. (1994) ги изнесуваат своите дијагностичко-терапевтски искуства пред и по спроведената конзервативна терапија кај 120 деца со секреторен отит во период од 1 година (1993-1994).

Кај сите пациенти се спроведени стандардните дијагностички процедури:

- **тонална лиминарна аудиометрија**-притоа кај 99% случаи е регистрирана кондуктивна редуција на слухот на двете уши со најголема застапеност на групите со редуција од 20-30 дБ и 30-40 дБ.
- **тимпанометриско испитување**-кај 94,4% случаи е добиена карактеристична крива тип Б.

По спроведениот соодветен конзервативен третман (антибиотици, антихистаминици, деконгестиви, евентуално кортикостероиди) во период од неколку недели кај 62,4% случаи е постигнато комплетно подобрување на состојбата. Другите деца се клинички проследувани во период од 3 месеци, а потоа, доколку состојбата и понатаму била непроменета се упатувани на хируршки третман.

Гогушевски и соработниците (1996) даваат приказ на 58 пациенти (деца до 14-годишна возраст) кои хируршки се третирани поради хроничен секреторен отит. Во однос на возраста на пациентите доминират старосните групи од 6-8 и 9-11 години.

Видовите на применетите оперативни интервенции се дадени на следната табела:

Дијабола обострана	26
Дијабола обострана + тонзило (аденоидектомија)	8
Дијабола еднострана	11
Дијабола еднострана + тонзило (аденоидектомија)	3
Дијабола еднострана + миринготомија	3
Дијабола еднострана + миринготомија + тонзило (аденоидектомија)	3
Миринготомија	3
Антротомија	1
Вкупно	58

Пациентите се проследувани во период од 1 година по оперативната интервенција.

Авторите наведуваат дека нормализирањето на слухот е постигнато во 87% случаи, а подобрувањето кај 6,5%.

Кај 4 пациенти во групата на пациенти кај кои се аплицирани дијаболи е регистрирана обострана мешана редукција на слухот помеѓу 50-60 дБ. Постоперативно кај нив дошло до подобрување на проводната компонента и губење на коскено-воздушниот гап (разлика), но останала сензоневралната редукција.

Дискусија

Главните дијагностички тешкотии кај секреторниот отит се во тесна корелација со недоволно изразената клиничка слика. Безболната кондуктивна редукција на слухот, состојба која лесно се забележува од страна на возрасните пациенти доколку тие се афицирани, кај децата најчесто поминува незабележана и се манифестира преку нивното однесување (Саде 1989). Родителите тоа го забележуваат најчесто кога детето го засилува звукот на телевизорот или често потпрашува кога му се обраќаат. Доколку се работи за деца кои одат на училиште тие имаат потешкотии при следењето на наставата и бараат да седат во првите клупи. Овие деца најчесто се раздражливи, бавни, нервозни. Раната аудитивна депривација може да резултира и со нарушувања во говорот, на што се надоврзуваат и тешкотии во интелектуалниот развој.

Имајќи го сето ова предвид, од особена важност е раното откривање на децата кај кои постои значително и подолготрајно намалување на слухот, па според тоа бара и соодветен третман. Освен класичните скрининг-методи (тоналната лиминарна аудиометрија-за децата над 3 години или тимпаномет-

ријата) во развиените земји с# повеќе се практикува на родителите преку соодветна едукација да им се посочат определени симптоми кај децата кои тие самите треба да ги забележат.

Дијагностичките процедури се засноваат врз отоскопскиот преглед, аудиометриското и тимпанометриското испитување, акустичниот рефлекс, а во поново време и врз отоакустичните емисии.

Навреме поставената дијагноза и адекватната терапија имаат медицинско и социолошко значење, особено ако се има предвид податокот дека и малите редуции на слухот (до 45 дБ) можат да дадат говорни растројства и промени во говорната кинетика (Шукаров 1972). Состојбата е уште понеповолна доколку секреторниот отит е во комбинација со веќе постојаната сензоневрална редуција на слухот кај детето (Eagles, 1967). Притоа не треба да се занемари податокот дека секреторниот отит е заболување што доминира кај децата од предучилишна возраст.

Сериозноста на ова заболување од сите негови аспекти и многуте прашања што ги отвора пред нас секако бара постудиозен пристап во неговото рано дијагностицирање, клиничко следење и проспективна анализа. За таа цел особено внимание треба да им се посвети на:

- **едукацијата на родителите и на учителите-воспитувачи** /преку соодветни предавања, брошури итн./
- **организирањето на периодични скрининг-тестирања** за рано откривање на нарушувањата на слухот и говорот /во градинките и училиштата преку аудиометриски или тимпанометриски испитувања, говорни тестови/
- **навременото и адекватно лекување на дијагностицираните случаи** (со дефинирање на определени протоколи врз база на клиничките искуства).

ЛИТЕРАТУРА

1. Bluestone Ch, Klein J: Clinical practice guideline on otitis media with effusion in young children: Strengths and weaknesses. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery-Vol 112, April 1995.
2. Eagles EI., Wishik SM., Doerfler LG.: Hearing sensitivity and ear disease in children. Laryngoscope 5(suppl) 77:1724, 1967
3. Гогошевски Б, Филипче И, Георгиевски П, Јекиќ В, Оровчанец Ѓ, Чакар М, Николовски Н: Otitis media secretoria-Наши искуства во дијагностиката и третманот. Конгрес на лекарите на Македонија, Охрид, 1996
4. Чакар М, Богеска Е, Марковиќ Ј, Евалуација на аудиометриските резултати кај СОМ, Стручен состанок на Македонската Оториноларинголошка Асоцијација, Куманово 1995
5. Sade J, Luntz M, Pitashny R: Diagnosis and Treatment of Secretory Otitis Media. Otolaryngologic Clinics of North America - Vol.22, No.1, February 1989.
6. Stangerup S.E, Sederberg-Olsen J, Balle V.: Autoinflation as a Treatment of Secretory Otitis Media. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery - Vol 118, February 1992
7. [укаров П. и сор.: Govorni poreme}aji kod malih redukcija sluha, Zbornik radova IX ORL Kongresa Jugoslavije, Sarajevo 1972.
8. Tos M, Holm-Jensen S, Soerensen CH. et al.. Spontaneous course and frequency of secretory otitis in 4-year-old children, Arch. Otolaryngol, 108 (1982) 4-10
9. Tos M. Chronic secretory otitis-its aetiology and pathogenesis. 1997: ENT News Online, vol. 6/1.
10. Wolthers OD, Tympanometric screening in children on admission to a pediatric ward: a preliminary study. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 19 (1990) 251-257.

*Borislav GOGUSEVSKI, Marina CAKAR, Elena BOGESKA,
Vladimir JEKIC, Aleksandar LAZAREVSKI*

**MEDICAL AND SOCIOLOGICAL ASPECTS
OF THE SECRETION OTIT AT CHILDREN AGE**

Secretory otitis media /SOM/ is an inflammatory middle ear disease with a heterogeneous and unpredictable course. The pathogenesis is in correlation with production and accumulation of effusion behind an intact ear drum without signs of acute inflammation. In spite of all diagnostic difficulties, the early detection of this disease and adequate treatment have medical and social importance.