

ОБЗОР ФАКТОРОВ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДНЕГО УХА*Хакимов Сарвар Абдуазимович**Гулямов Дильшод Эркинович**Закирова Зиёда Джовдатона**Ташкентская медицинская академия кафедра
судебной медицины и медицинского права*

Со временем появляется лучшее понимание эпидемиологии хронических заболеваний уха. Предполагается, что факторы риска развития среднего отита с выпотом связаны с их основным влиянием на функцию евстахиевой трубы и среду среднего уха. Исследования, связывающие факторы риска с заболеваемостью хроническим отитом, отсутствуют, и большая часть данных выводится из очевидной информации о факторах риска острого среднего отита. Это оправдано, поскольку предполагается, что рецидивирующий острый средний отит, вероятно, предрасполагает человека к хроническому гнойному среднему отиту.

Возраст является общепризнанным фактором риска развития среднего отита. Дети младшего возраста более склонны к среднему отиту из-за короткой длины, небольшого калибра и горизонтальной ориентации евстахиевой трубы. В дополнение к этому анатомическому неравенству, дети с большей вероятностью имеют незрелую иммунную систему, что делает их более восприимчивыми к вирусным и бактериальным патогенам. Другие факторы риска включают частые инфекции верхних дыхательных путей, аллергию в анамнезе и семейный анамнез среднего отита. Социальные и экологические факторы также важны. К ним относятся курение и посещение детского сада. Улучшение жилищных условий, гигиены, питания и других социальных факторов привело к значительному снижению распространенности хронического гнойного среднего отита в некоторых обществах.

Было обнаружено, что некоторые этнические группы имеют более высокий риск развития среднего отита и, следовательно, развития хронического отита. К ним относятся юго-западные американские индейцы, австралийские аборигены, гренландцы и эскимосы Аляски.

Установлено, что дисфункция евстахиевой трубы с последующим отрицательным давлением в среднем ухе является причиной приобретенной холестеатомы. По этой причине считается, что факторы риска среднего отита, которые приводят к длительной дисфункции евстахиевой трубы, сосуществуют в случаях холестеатомы. К ним относятся черепно-лицевые аномалии и волчья пасть.

Распространенность: Средний отит активно изучался в течение последних нескольких десятилетий, учитывая, что он является одним из наиболее распространенных диагнозов в клиниках первичной медико-санитарной помощи во всем мире. Бремя его болезней широко распространено; Это затрагивает как развитые, так и развивающиеся страны. Исследования, изучающие распространенность заболевания, как правило, носят популяционный характер, и поэтому общую распространенность трудно установить.

При рассмотрении многочисленных популяционных исследований, проведенных за последние несколько десятилетий, выясняется, что на основе распространенности хронического среднего отита выделяется несколько подразделений. К этим населениям с наибольшей распространенностью (как упоминалось ранее) относятся инуиты (от 7% до 46%), аборигены (от 12% до 33%) и коренные американцы (от 4% до 8%), за которыми следуют популяции на островах южной части Тихого океана (от 4% до 6%) и Африке (от 2% до 6%). Более низкий показатель наблюдается в странах Азии и Ближнего Востока (от 1% до 2%). Самые низкие показатели распространенности отмечаются в развитых странах, включая США, Великобританию, Финляндию, Данию и Израиль, во всех из которых показатели распространенности составляют менее 1%.

В меньшем количестве исследований изучалась популяционная распространенность холестеатомы. Исследование пациентов в Айове показало распространенность 0,01% и заболеваемость 6 на 100 000. Интересно, что показатели распространенности холестеатомы часто противоположны показателям хронического гнойного среднего отита и часто оказываются более распространенными в развитых странах. Это может быть вторичным по отношению к нейтральному давлению в среднем ухе, вызванному хронической перфорацией. Например, в исследовании, проведенном в Сьерра-Леоне, где частота хронического гнойного среднего отита среди 2015 детей составила 6,4%, был обнаружен только один ребенок с холестеатомой.

Классификация хронических заболеваний уха. Описано несколько классификаций среднего отита. В течение нескольких десятилетий для стандартизации исследовательской деятельности было достигнуто соглашение о согласованности определений и терминологии. Наиболее часто используемый в настоящее время метод классификации относится к срокам появления симптомов, а также к связанным с ними осложнениям. Следовательно, существует большое совпадение в терминологии, используемой для обозначения хронических заболеваний уха.

Острый и хронический средний отит. Спектр среднего отита с интактной барабанной перепонкой обычно подразделяется на три состояния: дисфункция евстахиевой трубы, средний отит с выпотом (ОМЭ) и острый средний отит

(ООМ). Дисфункция евстахиевой трубы относится к плохой вентиляции среднего уха, которая может привести к острому или хроническому отрицательному давлению в среднем ухе, потере слуха и оталгии. Дисфункция евстахиевой трубы может привести к ОМЭ, который описывает выпот в среднем ухе без выраженных признаков острого воспаления. Этот термин заменил такие обозначения, как серозный средний отит или секреторный средний отит. В рамках этой категории также существует временная классификация: острый выпот длится менее 3 недель, подострый — от 3 недель до 3 месяцев и хронический — более 3 месяцев. АОМ относится к воспалению среднего уха, которое имеет быстрое начало и разрешение. Он часто связан с одним или несколькими системными симптомами, включая, помимо прочего, оталгию, лихорадку и раздражительность.

Перфорация барабанной перепонки

Общепринятой схемы классификации перфораций барабанной перепонки не существует. Перфорация pars tensa может считаться центральной или краевой в зависимости от расположения относительно колца. Иногда перфорация также описывается в зависимости от размера (точечная, промежуточная). Перфорации барабанной перепонки также могут считаться острыми или хроническими по характеру. Острая перфорация чаще всего является результатом приступа ООМ. Естественная история острой перфорации может развиваться несколькими путями. Перфорация может зажить спонтанно, воспаление среднего уха может исчезнуть, при этом перфорация не закрывается и становится хронической, или перфорация может быть связана с продолжающейся инфекцией среднего уха с отореей. Если перфорация и инфекция присутствуют не менее 3 месяцев, ухо может быть классифицировано как имеющее хронический гнойный средний отит.

Хронический гнойный средний отит был неофициально подтипирован в соответствии с несколькими неофициальными показателями. Инфекция, например, может рассматриваться как активная, интермиттирующая или неподвижная в зависимости от частоты и продолжительности оторей. Еще одно различие можно провести между холестеатомозным и не холестеатомозным хроническим ухом. Наконец, некоторые хирурги также классифицируют КОМ как преимущественно туботимпанальный, аттикоантральный или смешанный подтип. Туботимпанический хронический средний отит, как правило, характеризуется заболеванием pars tensa и mesotympanum, тогда как аттикоантральное заболевание в первую очередь поражает pars flaccida и epitympanum; Тем не менее, эта терминология, по общему признанию, неоднозначна и имеет неопределенную полезность.

Профилактика и лечение хронических заболеваний среднего уха требуют комплексного подхода. Это включает в себя улучшение доступа к

медицинским услугам, пропаганду вакцинации против распространенных патогенов, вызывающих инфекции среднего уха, реализацию стратегий по снижению воздействия факторов риска, таких как табачный дым, и совершенствование гигиенических практик.

В заключение следует отметить, что эпидемиология хронических заболеваний среднего уха является важнейшей областью исследований. Понимание распространенности, факторов риска и влияния этих состояний имеет важное значение для разработки эффективных стратегий профилактики и лечения. Устраняя глубинные причины и улучшая доступ к медицинской помощи, мы можем уменьшить бремя хронических болезней среднего уха и улучшить качество жизни людей и групп населения, страдающих этими заболеваниями.

Хронические заболевания среднего уха относятся к группе патологических состояний, которые поражают среднее ухо в течение длительного периода времени. Эти состояния часто являются результатом неадекватного лечения или повторяющихся острых инфекций среднего уха. Хронические заболевания среднего уха могут существенно повлиять на качество жизни человека, вызывая потерю слуха, боль и другие осложнения. Понимание определения и классификации этих заболеваний имеет решающее значение для разработки эффективных стратегий лечения и профилактики.

Среднее ухо - это жизненно важный компонент слуховой системы, расположенный между наружным и внутренним ухом. Оно состоит из барабанной перепонки (барабанной мембраны) и сложной системы мелких косточек, называемых косточками. Среднее ухо отвечает за передачу звуковых колебаний от наружного уха к внутреннему, где они преобразуются в электрические сигналы и интерпретируются мозгом.

Хронические заболевания среднего уха включают в себя различные состояния, в том числе хронический средний отит, холестеатому и адгезивный отит. Хронический средний отит характеризуется воспалением и инфекцией среднего уха, сохраняющимися более трех месяцев. Его можно разделить на два типа: хронический гнойный средний отит (ХГСО) и хронический негнойный средний отит (ХНГСО). ХГСО характеризуется наличием гнойных выделений из среднего уха, в то время как ХНГСО не сопровождается активной инфекцией или выделениями.

Холестеатома - еще одно хроническое заболевание среднего уха, при котором в среднем ухе образуется аномальный кожный нарост. Обычно она возникает в результате хронического среднего отита или как осложнение перфорации барабанной перепонки. Холестеатома может вызвать эрозию

косточек и окружающих структур, что приводит к потере слуха и другим осложнениям.

Адгезивный отит, также известный как "клеевое ухо", характеризуется скоплением густой жидкости в среднем ухе. Это заболевание часто встречается у детей и при отсутствии лечения может привести к потере слуха и задержке речи. Причиной клеевого отита обычно является дисфункция Евстахиевой трубы - узкого прохода, соединяющего среднее ухо с задней стенкой глотки. Когда евстахиева труба не открывается должным образом, это может привести к скоплению жидкости в среднем ухе.

Классификация хронических заболеваний среднего уха важна для понимания их основных причин, клинических особенностей и вариантов лечения. Используемые системы классификации могут различаться в зависимости от конкретного заболевания и медицинской литературы, на которую ссылаются.

Литература

1. Janashia N. T. The volume of surgical intervention in exacerbation of chronic purulent-carious otitis media : dis. – М. : dis.... candidate of Medical Sciences, 2011. URL: https://static.freereferats.ru/_avtoreferats/01004802790.pdf (date of application: 03/14/2024).
2. Diab H. M. et al. Features of the diagnosis of isolated middle ear anomalies // Russian otorhinolaryngology. – 2019. – Т. 18. – №. 4 (101). – Pp. 30-38. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-diagnostiki-izolirovannyh-anomaliy-srednego-uha> (date of application: 03/14/2024).
3. Diab H. M. et al. The role of 3D CT in the assessment of middle ear anomalies // Russian Electronic Journal of Radiation Diagnostics. – 2019. – Vol. 9. – No. 3. – pp. 8-17. URL: <http://rejr.ru/volume/35/1.pdf>
4. Diab Hassan Mohamad Ali, Gulyamov Sh.B. On the classification of congenital isolated anomalies of the middle ear // Annals of Surgery. 2018. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-klassifikatsii-vrozhdennyh-izolirovannyh-anomaliy-srednego-uha>.
5. Diskalenko V.V., Bryzgalova S.V., Sopko O.N. On the question of the informativeness of X-ray computed tomography in the diagnosis of inflammatory diseases of the middle ear (based on clinic materials) // Scientific notes of St. Petersburg State Medical University named after I. P. Pavlov. 2010. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-informativnosti-rentgenovskoy-kompyuternoy-tomografii-v-diagnostike-vospalitelnyh-zabolevaniy-srednego-uha-po-materialam>.
6. Dubinets I.D., Korkmazov M.Yu., Korkmazov A.M., Sinitsky A.I., Mokina M.V. personalized prognosis of the results of reconstructive and sanitizing surgery of chronic otitis media // ms. 2022. no.4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/personalizirovanny-prognoz-rezultatov-rekonstruktivno-saniruyushey-hirurgii-hronicheskogo-srednego-otita>
7. Zagoryanskaya M.E., Rummyantseva M.G., Rybakova H.B. Epidemiological aspects of conductive and mixed forms of hearing loss in children. // Modern problems of

- physiology and pathology of hearing: Abstracts of the VI International Symposium. - M., 2018. - с 74 - 76.
8. Ginzburg B.G. Methods of X-ray examination of the temporal bone and X-ray diagnosis of ear diseases. // Lytvin L.T. and Temkin Ya.C Surgical diseases уха. M., 2019. - с. 145 - 147.
 9. Ginzburg B.G. X-ray diagnostics in otorhinolaryngology.// In the book. Manual of otolaryngology. — M.,2016. - Т. - С. 583 – 630 .
 - 10.Valvanis A, Kubik S, Oguz M. Exploration of the facial nerve canal by high resolution computed tomography. //Neuroradiology. - 2020. - v. 24. - p. 139-147.
 - 11.Вальвассори Е. Г., Букингем Р. А. Томография и поперечные срезы уха. - Филадельфия: У.В. Сондерс. - 2012. - с. 37-55.
 - 12.Вальвассори Э. Г., Доббен Г. Д. Компьютерная денситометрия капсулы улитки при отосклерозе. // AJNR. - 2020. - Т. 6. - с. 662-668.
 - 13.Вальвассори Э. Г., Букингем Р. А., Картер Б. Л. и др. Визуализация головы и шеи. - Нью-Йорк: Thieme Medical publishers, 2019.С. 60-64.
 - 14.Вальвассори Э. Г., Аппельбаум Э.Л. Визуализация височной кости. В: Хирургия уха и височной кости. - Нью-Йорк: Raven Press.-1993.-С. 33-55.
 - 15.Вирапонсе С, Сарвар М, Бхимани С и др. Компьютерная томография пневматизации височной кости: нормальная картина и морфология. // AJNR. - 2019. - V. 6. - Р. 551-559 Васам Д. Дж. П., Питкаранта А., Пиилонен А. Пульсирующий шум в ушах и метастатический рак молочной железы височной кости. // ORLJ- Оториноларингология-Relat-Spec. - 2001. - Т. 63(1). - С. 56-57.
 - 16.Вейон Ф., Рим С., Эмаческу Б., Хаба Д., Редлих М.Н.,Грегет М., Тонгио Дж. Визуализация окон височной кости. // Semin-УЗИ-КТ-МР. - 2001. - Т. 22(3). - С.271-280.
 - 17.Вирапонс С., Ротман С.Г., Кир Эл и др. Компьютерная томографическая анатомия височной кости. // AJNR. — 1982. — Т.3. - С. 379-389.
 - 18.Вирапонсе С, Сарвар М, Бхимани С и др. Компьютерная томография пневматизации височной кости: нормальная картина и морфология. // AJNR. - 2015. - Т. 6. - С. 551-559.
 - 19.Вирапонсе С, Сарвар М, Бхимани С и др. Петро-каменистый шов и перегородка. //AJNR. - 2019. - Т. 6. - С. 561-568.
 - 20.Джерик Д., Стефанович П. Фиброзная дисплазия височной кости и челюстно-лицевой области, связанная с холестеатомой среднее ухо. //Auris-Nasus-Larynx. - 2018. - V. 26(1). - С. 79-81.
 - 21.Дункан А.У., Лак Е.Е., Дека М.Ф. Рентгенологическая оценка параганглиом головы и шеи. // Радиология. — 2013. — Т.132.-С. 99-105.
 - 22.Эль-Битар М.А., Чой С.С., Эмамиан С.А. Врожденная холестеатома среднего уха: необходимость раннего распознавания — роль компьютерной томографии. // Int-J-Педиатр-оториноларинголог. — 2003. V. 67(3).-С.231-235.