



Т а б л и ц а 2
**Результаты акустической импедансометрии
 у детей с рецидивирующими средними отитами
 по группам (n = 186)**

Тип	IA подгруппа	IB подгруппа	2-я группа
A	9 (4,8%)	15 (8,1%)	24 (12,9%)*
B	11 (5,9%)	21 (11,3%)*	16 (8,6%)
C	26 (14,0%)	38 (20,4%)*	26 (14,0%)

* Отличия достоверны по z-критерию, при сравнении частоты встречаемости типов тимпанограмм по группам, $p < 0,05$.

были проанализированы типы тимпанограмм у детей с РСО по группам. Результаты представлены в табл. 2.

Согласно z-критерию равенства долей выявлены статистически достоверные различия между частотой встречаемости тимпанограммы типа А в контрольной группе (12,9%) с IA (4,8%) и IB (8,1%) подгруппами на уровне значимости $p < 0,05$.

При сравнении частоты встречаемости тимпанограммы типа В в IB подгруппе (11,3%) с IA (5,9%) подгруппой и 2-й (8,6%) группой также достоверно различались на уровне значимости $p < 0,05$. Такие же различия выявлены при сравнении частоты встречаемости тимпанограммы типа С в IB подгруппе (20,4%) с IA (14,0%) подгруппой и 2-й (14,0%) группой на уровне значимости $p < 0,05$.

На основании комплексного обследования нами принималось решение о целесообразности выполнения и об объеме необходимых оперативных вмешательств детям с РСО. В рамках нашего исследования мы проанализировали количество производимых оперативных вмешательств детям с РСО по группам.

У детей с выявленными маркерами активной герпетической инфекции основным методом хирургического лечения было шунтирование барабанных полостей – 20 детей (66,7%), согласно z-критерию равенства долей выявлены достоверные различия на уровне значимости $p < 0,05$, при сравнении частоты выполнения шунтирования в IB подгруппе – 7 детям (15,9%) и 2-й группе – 14 детям (33,3%).

Кроме того, пациентам с активной герпес-вирусной инфекцией назначались противовирусные и иммуномодулирующие препараты, что способствовало более быстрому купированию основных клинических симптомов заболевания. Для лечения пациентов мы использовали комбинированную схему, состоящую из противогерпетического препарата – ацикловира – и индуктора интерферона – виферона. Схема лечения состояла из двух этапов: на первом этапе (стационарном) детям назначался ацикловир в дозе 10 мг/кг каждые 8 ч внутрь или парентерально, в зависимости от тяжести состояния, курсом на 7 дней. Параллельно назначался виферон в дозировке от 250 000 МЕ

(виферон-1) до 500 000 МЕ (виферон-2) в зависимости от возраста, ежедневно, ректально каждые 12 ч. Продолжительность курса составляла 10 дней. Вторым этапом (амбулаторным) состоял из пролонгированного назначения препарата виферон по схеме: по 1-й суппозитории 2 раза в день 3 раза в неделю в течение 3 недель). Через 1 месяц после проведенного лечения мы исследовали сыроворотку крови методом ИФА и ПЦР. При выявлении маркеров активной герпетической инфекции назначали повторный курс ацикловира и виферона, по завершении которого (через 1 месяц) проводилось контрольное исследование.

Детям IA подгруппы при выявлении гипертрофии глоточной миндалины II–III степени поднаркозная эндоскопическая аденотомия выполнялась только после проведенного противовирусного лечения при отсутствии определения маркеров активной герпетической инфекции по данным ИФА и ПЦР.

Детям с маркерами неактивной герпетической инфекции (IB подгруппа) мы проводили комбинированные виды оперативных вмешательств: поднаркозную эндоскопическую аденотомию и шунтирование барабанных полостей – выполнено 14 детям (31,8%). Это связано с тем, что детям с РСО не всегда было достаточно обеспечить длительное дренирование барабанных полостей без проведения хирургических вмешательств на лимфоидных структурах в носоглотке. Поэтому детям, у которых при проведении эндоскопии носоглотки был выявлен полный механический блок глоточных устьев слуховых труб лимфоидными структурами носоглотки (гипертрофия глоточной миндалины II–III степени, гиперплазия трубных миндалин) в сочетании с тимпанограммами типов В и С (как с акустическими рефлексамми, так и без них) выполнялись сочетанные оперативные вмешательства. Изолированно эндоскопическая аденотомия и шунтирование барабанных полостей выполнены 10 (22,7%) и 7 (15,9%) детям соответственно. Согласно z-критерию равенства долей выявлены достоверные различия при сравнении частоты выполнения поднаркозной эндоскопической аденотомии в IB подгруппе – 10 детям (22,7%) на уровне значимости, $p < 0,05$, чем в контрольной группе – 2 детям (4,8%).

Детям контрольной группы (с отсутствующими маркерами герпетических инфекций) чаще всего проводилось шунтирование барабанных полостей – произведено 14 детям (33,3%), поднаркозная эндоскопическая аденотомия выполнена 2 детям (4,8%), сочетанные оперативные вмешательства: эндоскопическая аденотомия и шунтирование барабанных полостей – выполнено 8 детям (19,0%).

Полученные нами результаты позволили разработать алгоритм диагностики и лечения детей