

УДК: 612.2:617-089.844

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ГІПЕРТРОФІЄЮ ГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКА В ПОЄДНАННІ З СЕКРЕТОРНИМ СЕРЕДНІМ ОТИТОМ

Шкорботун В.О.^{1,2}, Кононов О.Є.¹, Шкорботун Я.В.^{1,2}

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

²Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ, Україна

Сучасна тактика лікування дітей із секреторним середнім отитом на фоні аденоїдних вегетацій передбачає медикаментозне лікування та спостереження протягом 3 місяців. Наступним етапом вирішується питання про хірургічне лікування. Проте існують розбіжності у його об'ємі: можуть бути виконані аденотомія, тимпанопункція, шунтування барабанної перетинки. Сучасна методика аденотомії – шейверна. Вона має переваги перед класичною за рахунок прецизійності та кращих можливостей видалення лімфоїдної тканини у перитубарних та перихоанальних відділах носоглотки. Метою нашого дослідження було підвищити ефективність хірургічного лікування дітей з секреторним середнім отитом та гіпертрофією глоткового мигдалика. Вивчено проспективні результати після шейверно аденотомії з тимпанопункцією у 47 дітей із секреторним середнім отитом на фоні аденоїдних вегетацій. При обстеженні через 1 місяць після втручання секрет у барабанній порожнині визначався у 6,4 % дітей. У подальшому їм було потрібне шунтування. У 80,8 % випадків спостерігалась нормалізація інтратимпанального тиску. Усереднені показники інтратимпанального тиску у пацієнтів при дослідженні через 2 та 4 тижня після втручання склали відповідно (76,5±7,8) дПа та (51,3±8,5) дПа. Ми дійшли висновку, що виконання шейверної аденотомії з симультанною тимпанопункцією є ефективним методом лікування дітей із секреторним середнім отитом та гіпертрофією глоткового мигдалика. Цей метод може бути рекомендований для широкого застосування в клінічній практиці.

Ключові слова: отит, секреторний отит, гіпертрофія мигдаликів, глотковий мигдалик, аденотомія, запальні захворювання верхніх дихальних шляхів.



Цитуйте українською: Шкорботун ВО, Кононов ОЄ, Шкорботун ЯВ. Тактика лікування дітей із гіпертрофією глоткового мигдалика в поєднанні з секреторним середнім отитом. Експериментальна і клінічна медицина. 2023;92(4):46-54. <https://doi.org/10.35339/ekm.2023.92.4.sks>

Cite in English: Shkorbotun VO, Kononov OE, Shkorbotun YaV. Tactics of treatment the children with pharyngeal tonsil hypertrophy in combination with otitis media with effusion. Experimental and Clinical Medicine. 2023;92(4):46-54. <https://doi.org/10.35339/ekm.2023.92.4.sks> [in Ukrainian].

Відповідальний автор: Шкорботун Я.В.
Україна, м. Київ, 04112, вул. Дорогожицька, 9.
E-mail: lorkiev@ukr.net

Corresponding author: Shkorbotun Ya.V.
Ukraine, Kyiv, 04112, Dorohozhytska str., 9.
E-mail: lorkiev@ukr.net

© Шкорботун В.О., Кононов О.Є.,
Шкорботун Я.В., 2023

CC BY-NC-SA

© Shkorbotun V.O., Kononov O.E.,
Shkorbotun Ya.V., 2023

Вступ

Середній секреторний отит (ССО) є однією з найчастіших причин порушення слуху у дітей дошкільного віку [1; 2]. ССО впливає на соціалізацію дитини через свій вплив на розвиток мовлення, набуття комунікативних навичок, знижує здатність до навчання та якість життя дітей [1; 3; 4]. За даними різних авторів поширеність ССО варіює від 6 до 64 % в залежності від методу дослідження та віку обстежених пацієнтів [5]. Даний стан зустрічається у 80–90 % дітей дошкільного віку (в середньому до 4 епізодів на рік). У 30–88 % пацієнтів ССО має самостійне розрешення [1; 6–8], у 30–40 % випадків – схильність до рецидивів [4; 5]. Враховуючи можливість самостійного розрешення захворювання, першим підходом до лікування є тактика очікування [2; 6; 9]. У випадку тривалості захворювання понад 3 місяці виникає необхідність у лікуванні [6]. В багатьох сучасних рекомендаціях представлено 2 основних його підходи: аденотомія та шунтування барабанної порожнини, або їх комбінація [6; 8; 10]. В літературі представлені результати одномоментного виконання аденотомії та тимпанопункції (або міринготомії), що мають перевагу в клінічному результаті та не мають ризиків ускладнень, пов'язаних із шунтуванням барабанної порожнини [2; 11]. Проте в представлених дослідженнях аденотомія виконувалась традиційним методом (або способом не вказувався), що поступається ефективністю шейверній методиці виконання у пацієнтів із ССО [8; 10].

Мета дослідження – оцінити ефективність шейверної аденотомії в поєднанні з тимпанопункцією в лікуванні хронічного середнього секреторного отиту.

Методи і матеріали

При виконанні наукового дослідження було проведено аналіз даних про

ефективність лікування 47 дітей, яким виконано хірургічне лікування з приводу ССО та гіпертрофії глоткового мигдалика (ГГМ). Хірургічне лікування та післяопераційне спостереження здійснювалось на базі Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами та Комунального неприбуткового підприємства «Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1».

Середній вік дітей склав $(4,2 \pm 0,8)$ років. Серед них були 21 (44,7%) дівчина та 26 (55,3 %) хлопчиків.

Всім пацієнтам у передопераційному періоді крім загальноклінічних та спеціальних досліджень виконувалась імпедансна аудіометрія із визначенням типу тимпанограми та величини інтра-тимпанального тиску.

Тимпанометрія проводилась на клінічному імпедансному аудіометрі AZ 226 Interacoustics (Данія). Оцінювали тип кривої, величину інтратимпанального тиску та комплаєнс. Тип тимпанометричної кривої визначали за класифікацією Jerger [12].

Оцінка ГГМ виконувалась за трьохступеневою градацією, прийнятою в Україні, в основі якої лежить візуальна оцінка «перекриття» просвіту хоани [13].

Критерієм включення до дослідження були вік дитини від 3 до 14 років, наявність секреторного отиту тривалістю 3 місяця та більше, наявність гіпертрофії глоткового мигдалика. Критеріями невключення – втручання на глотковому мигдалику та барабаних перетинках в анамнезі, патологія м'якого піднебіння, алергічний риніт, хронічний риносинусит.

Хірургічне втручання виконувалось у об'ємі трансоральної шейверної аденотомії із візуальним контролем під загальним знечуленням, симультанно всім дітям виконувалась тимпанопункція із аспірацією рідини з барабанної

порожнини та інтратимпанальним введенням дексаметазону. При наявності вираженої гіпертрофії піднебінного мигдалика додатково виконувалась тонзилотомія в межах дужок мигдаликів.

Результати

Секреторний середній отит та ГГМ глоткового мигдалика були виявлені у 47 пацієнтів. Однобічний секреторний отит був діагностований у 16 осіб, двобічний – у 31. Таким чином аналізувались дані про стан та динаміку показників у 47 дітей (78 вух із ССО).

Данні про тривалість знаходження секрету у барабанній порожнині представлені на *рисунок*.

важно скаржилися на зниження слуху, аутофонію (відчуття латералізації власного голосу у хворе вухо), утруднення носового дихання, постназальне затікання, ринхопатію.

Ступінь збільшення аденоїдних вегетації визначалась під час передопераційного обстеження. Розподіл за цією ознакою був наступним: 1-ша ступінь була встановлена у 1 (2,1 %) дитини, 2-га – у 26 (55,3 %), а 3-тя – у 20 (42,1 %) осіб.

Піднебінний мигдалик був гіпертрофованим у 17 (36,2 %) пацієнтів. У всіх пацієнтів гіпертрофія піднебінних мигдаликів була двобічною. При цьому серед цієї категорії пацієнтів переважали діти з гіпертрофією 2-го ступеня

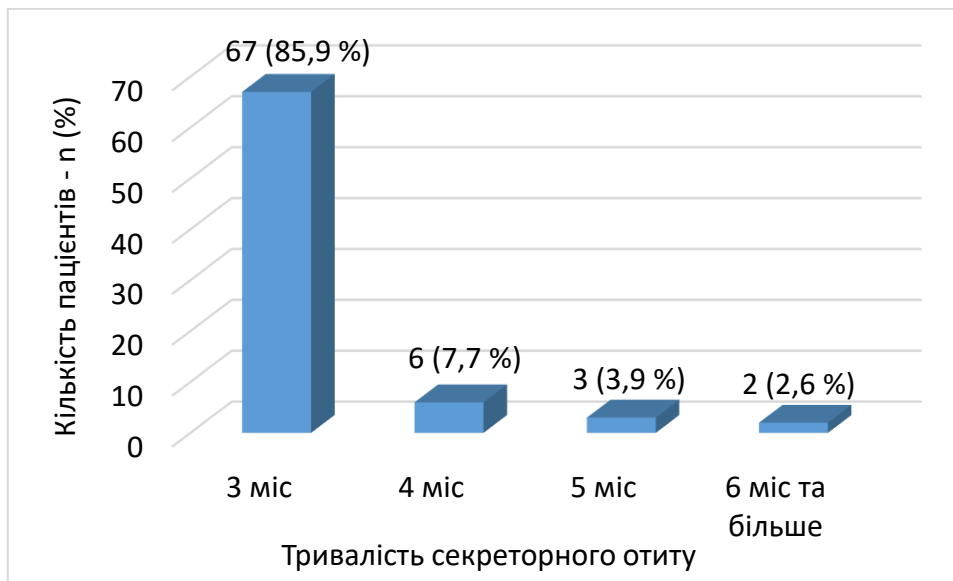


Рис. Тривалість знаходження секрету у барабанній порожнині у дітей, яким виконувалась аденотомія.

Дані *рисунок* показують, що у переважачої частки осіб, яким виконувалась аденотомія з приводу ССО на фоні ГГМ (85,9 %) відмічались ознаки секреторного отиту строком 3 місяця, і лише у незначної частки – 14,1 % більш тривалий час.

Скарги пацієнтів були зумовлені як ГГМ, так і наявністю секрету у тимпанальній порожнині. Обстежені пере-

(таких пацієнтів було 9, що склало 19,1 %). Рідше зустрічались діти з 1-м ступенем (6 або 12,8 %). Ще у 2 (4,3 %) дітей величина гіпертрофії піднебінних мигдаликів була 3-го ступеню.

Всім пацієнтами виконувалось хірургічне лікування у об'ємі: аденотомія, тимпанопункція із інтратимпанальним введенням дексаметазону та тонзилотомія при наявності вираженої гіпер-

трофії піднебінного мигдалика. Необхідність втручання на піднебінних мигдаликах була встановлена у 12 дітей (п'яти дітям з гіпертрофією 1-го ступеня тонзилотомія не виконувалась).

Під час аденотомії у 11 дітей були виявлені явища назофарингіту (наявність рідинного вмісту у криптах мигдалика, пухка тканина, із ознаками більшої локальної судинної реакції при доторкуванні). Таким пацієнтам інтраопераційно вводився антибіотик (цефуросим), та його ж продовжували на 5 діб у післяопераційному періоді.

Ранній післяопераційний період у всіх пацієнтів перебігав без ускладнень. Ці пацієнти були виписані в день втручання (період післяопераційного спостереження складав 6–10 годин).

Всім пацієнта при виписці призначався прийом сольових розчинів, при необхідності – деконгестантів та знеболюючі засоби у віковому дозуванні. Особам, які не отримували системно антибіотик, призначались антисептики інтраназально протягом 5 діб. Контрольний огляд пацієнтів виконувався на 7 добу після втручання, а тимпанометрія – через 14 та 28 днів після втручання. Результати тимпанометрії до втручання та після неї представлені у таблиці.

Як видно із даних *таблиці*, після проведеного хірургічного лікування у вказаному вище об'ємі у пацієнтів із секреторним отитом на фоні гіпертрофії глоткового мигдалика вже на 14 добу відмічається суттєве покращення, що проявляється зниженням частки пацієнтів із тимпаногорамою типу «В». При чому, при дослідженні через 2 тижня після втручання, досить суттєвою є частка вух із слуховою дисфункцією (тимпанограма «С», зафіксована у 39,7 %), яка зменшується при повторному обстеженні до 11,5 %.

З метою оцінки ефективності нашого підходу були визначені усереднені показники інтратимпанального тиску у пацієнтів при дослідженні через 2 та 4 тижня після втручання. Вони склали відповідно (76,5±7,8) дПа та (51,3±8,5) дПа.

Зважаючи на те, що у всіх пацієнтів перед втручання тимпанометрія була типу «В», а визначена величина тиску при переході тимпанометрії із типу «С» в тип «В» сягала близько 300 дПа, можна зробити висновок про ефективність обраного нами підходу.

Тактика подальшого ведення пацієнтів передбачала продовження спостереження та лікування при виявленні під час повторного післяопераційного

Таблиця. Показники інтратимпанального тиску у пацієнтів, оперованих з приводу секреторного отиту та гіпертрофії глоткового мигдалика до та після хірургічного лікування

Етап обстеження	Кількість та частка осіб, n (%)			Всього
	Тип тимпанограми			
	Тип А	Тип В	Тип С	
До втручання	0 (0,0)	78 (100,0)	0 (0,0)	78 (100,0)
Через 2 тижня після втручання	45 (57,7)*	2 (2,6)*	31 (39,7)*	78 (100,0)
Через 4 тижня після втручання	64 (82,1)*,**	5 (6,4)*	9 (11,5)*,**	78 (100,0)

Примітки: * – достовірна різниця частки осіб у порівнянні з передопераційним дослідженням ($p < 0,05$); ** – достовірна різниця частки осіб у порівнянні з дослідженням через 4 тижня після втручання ($p < 0,05$).

огляду інтратимпанального тиску нижче -50 дПа. Таких пацієнтів було 12 (14 вух) (у двох пацієнтів відмічалась двобічна тимпанометрія типу «С»). Всім пацієнтам було виконано ендориноскопичне дослідження носоглотки. Ознак резидуальної лімфоїдної тканини та рубцевих мін у ділянці глоткового вічка слухової труби не було виявлено у жодного пацієнта. При тимпанометрії типу «С» із тиском вище -100 дПа у 5 дітей (7 вух) було обрано тактику спостереження. А у дітей із інтратимпанальним тиском нижчим за -100 дПа продовжували прийом топічних стероїдів до 1 місяця, рекомендували аутоінфляцію та самопродування барабанної порожнини із контролем через 2 тижня.

В результаті подальших досліджень була виявлена нормалізація інтратимпанального тиску у вухах у всіх випадках, за виключенням 5 вух (6,4 %), в яких було відмічено утримання тимпанометрії «В». У таких випадках нами було виконано шунтування барабанної перетинки.

Крім того, скарги на повторне зниження слуху після гострих респіраторних захворювань із виявленням тимпанометрії типу «В», які мали транзиторний характер, були відмічені у 6 пацієнтів (10 або 12,8 % вух). Ці скарги зникли після проведеного медикаментозного лікування.

Обговорення

Середній секреторний отит вважається поліетіологічним захворюванням [9; 14]. На сьогодні тривають дискусії з приводу його етіології та патогенезу. Відсутність такого єдиного погляду утруднює вироблення єдиної лікувальної тактики [14]. Основним патогенетичним фактором хвороби вважається порушення вентиляційної та дренажної функції слухової труби [14], у чому провідна роль належить патології глоткового мигдалика [9], як його збільшенню [4; 15], так і наявності на

ньому біоплівки, що потенційно можуть поширюватись в просвіт слухової труби [4; 7]. Досить часто даний фактор доповнюється супутнім запаленням глоткового мигдалика (особливо в його перитубарних відділах), змінами слизової оболонки алергічного характеру, підвищеною активністю слизових залоз, анатомічними особливостями будови та топографії слухової труби [5; 16].

Зважаючи на сучасні уявлення про патогенез ССО одним з найбільш популярних методів лікування захворювання є аденотомія, яка є першим кроком в хірургічному лікуванні згідно клінічних рекомендацій різних країн [6; 8; 17]. Завдяки виконанню даного втручання відбувається видалення механічної перепони та слизової оболонки, вкритої біоплівками, що пояснює клінічний ефект навіть у дітей із невеликим глотковим мигдаликом [8]. Ефективність аденотомії оцінюється близько 50,0–52,2 % [6; 18].

На сьогодні найбільш популярним видом аденотомії є її класичний варіант (з використанням аденотому), що не завжди дозволяє ошадливо видалити лімфоїдну тканину у перитубарних відділах [8] та змушує хірурга балансувати між ретельністю та травматичністю по відношенню до трубного валика, особливо при наявності ССО у пацієнта. Тому в останні роки популярності набуває шейверна аденотомія, яка дозволяє проводити ретельне видалення тканини в перитубарних відділах [19]. Виконання аденотомії шейверним методом у пацієнтів із ССО має достовірну перевагу для нормалізації тиску в барабанній порожнині [8] та покращення слухової функції [19].

Іншим підходом до хірургічного лікування ССО є виконання шунтування барабанної порожнини. Даний метод дозволяє швидко евакуювати рідину та нормалізувати (вирівняти з атмосферним) тиск в барабанній порожнині

ні, що дозволяє швидко відновити слух [6; 9]. Цей метод рекомендують виконувати як самостійний (його ефективність становить 62 %) [6], так і поєднувати з аденоотомією [2; 20]. Проте метод шунтування пов'язаний із розвитком ускладнень у 17–80% випадків [9]. Серед них найбільш частим є оторея (7,0–47,3 %, а за іншими даними її вірогідність менша на 68,0 % при одномоментному виконанні аденоотомії) та тимпаносклероз (його частота складає 36,2 %, а також при ньому рідше, у 13,1 % випадків, відмічаються блокування просвіту вентиляційної трубки, у 27,5 % – атрофія барабанної перетинки, у 0–1,1 % випадків – міграція шунта в барабанну порожнину) [9]. Після спонтанної екструзії (або видалення тимпаностомічної трубки) у 3,57–12,00 % (в залежності від тривалості знаходження шунта) перфорації залишаються стійкими [21]. Тому для швидкої евакуації ексудату із барабанної порожнини автори рекомендують поєднувати аденоотомію із тимпанотомією (або тимпанопункцією) без виконання шунтування, що не створює умов для розвитку вказаних ускладнень [20].

В нашій роботі ми поєднали переваги ендоскопічної шейверної аденоотомії та тимпанопункції та отримали наступний результат: через 1 місяць після втручання у 93,6 % на тимпанометричному обстеженні не було виявлено ознак наявності рідини (тимпанограми типів «А» та «С»), при чому у 82,1 % інтратимпанальний тиск був в межах норми (тип «А»). Частка осіб, у яких після виконаного симультанного втручання утримувався тип «В» тимпанограми при подальшому спостереженні, склала 6,4 %.

Згідно досліджень Сарассіо Р. et al. (2016) при виконанні аденоотомії шейверним методом у дітей із ССО через 3 місяці 15,0 % дітей при дослідженні мали тип «В», що достовірно кра-

ще ніж показник у дітей після традиційної аденоотомії (31,7 %) [8]. В нашому дослідженні одномоментне виконання шейверної аденоотомії та тимпанопункції дозволило знизити даний показник до 6,4 %. А при порівнянні результату комбінації аденоотомії та тимпанопункції в ранньому післяопераційному періоді ми досягли вищого показника відновлення слуху (типи «А» та «С» у 97,4 % пацієнтів) у порівнянні із результатом, отриманим іншими дослідниками при виконанні класичної аденоотомії (84,4–86,6 % [18], та 86,7 % через 3 місяця [11]). Представлені дані підтверджують ефективність обраного нами підходу до хірургічного лікування дітей із ССО в поєднанні з ГГМ.

Висновки

1. Виконання ендоскопічної шейверної трансоральної аденоотомії симультанно з тимпанопункцією у дітей з секреторним отитом на фоні гіпертрофії глоткового мигдалика дозволяє уникнути наявності секрету в барабанній порожнині у 93,6 % дітей, при чому в 80,8 % випадків використання цих методів забезпечує нормалізацію інтратимпанального тиску при обстеженні через 1 місяць після втручання.

2. Необхідність виконання шунтування барабанної перетинки у дітей секреторним середнім отитом на фоні гіпертрофії глоткового мигдалика після виконання аденоотомії з тимпанопункцією виникає у 6,4 %.

3. Ендоскопічна шейверна трансоральна аденоотомія симультанно з тимпанопункцією у дітей з секреторним отитом на фоні гіпертрофії глоткового мигдалика є ефективним методом хірургічного лікування і може бути рекомендована до застосування у клінічній практиці.

Перспективи подальших досліджень

Вивчення клінічної ефективності шейверної аденоотомії у комбінації з тим-

панопункцією у пацієнтів з секреторним отитом та гіпертрофією глоткового мигдалика доцільно розширити із аналізом даних у більш віддалені терміни: 6, 12 місяців та більше.

Також є сенс порівняти результати дітей в залежності від основних симптомів гіпертрофії глоткового мигдалика та назофарингіту.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Qureishi A, Lee Y, Belfield K, Birchall JP, Daniel M. Update on otitis media – prevention and treatment. *Infect Drug Resist.* 2014;10(7):15-24. DOI: 10.2147/IDR.S39637. PMID: 24453496.
2. Rasheed AM, Abbas AM, Hilal SA, Homadi NJ. Adenoidectomy and Endoscopic Myringotomy with and without ventilation tube insertion for treatment of otitis media with effusion in 6–12 years old Children. *International Tinnitus Journal.* 2023;27(1):27-33. DOI: 10.5935/0946-5448.20230005. PMID: 38050881.
3. Vanneste P, Page C. Otitis media with effusion in children: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. A review. *Journal of Otology.* 2019;14(2):33-9. DOI: 10.1016/j.joto.2019.01.005. PMID: 31223299.
4. Hydri AS, Udaipurwala IH, Aslam I. Adenoidectomy before or after myringotomy in a single stage procedure: does the sequence matter? *Journal of Bahria University Medical and Dental College* 2019;9(2),94-7. DOI: 10.51985/JBUMDC2018119.
5. Martines F, Bentivegna D, Di Piazza F, Martinciglio G, Sciaccaet V, Martines E. The point prevalence of otitis media with effusion among primary school children in Western Sicily. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2010;267:709-4. DOI: 10.1007/s00405-009-1131-4. PMID: 19859723.
6. Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, Coggins R, Gagnon L, Hackell JM, et al. Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;154(1):S1-41. DOI: 10.1177/0194599815623467. PMID: 26832942.
7. Durgut O, Dikici O. The effect of adenoid hypertrophy on hearing thresholds in children with otitis media with effusion. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 2019;124:116-9. DOI: 10.1016/j.ijporl.2019.05.046. PMID: 31176025.
8. Capaccio P, Torretta S, Marciante GA, Marchisio P, Forti S, Pignataro L. Endoscopic Adenoidectomy in Children With Otitis Media With Effusion and Mild Hearing Loss. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2016;9(1):33-8. DOI: 10.21053/ceo.2016.9.1.33. PMID: 26976024.
9. Ferlito S, Cocuzza S, Grillo C, La Mantia I, Gulino A, Galletti B, et al. Complication and sequelae following tympanostomy tube placement in children with effusion otitis media: single center experience and review of literature. *Acta Medica Mediterranea,* 2020;36:1905. DOI: 10.19193/0393-6384_2020_3_298.
10. Blanc F, Ayache D, Calmels MN, Deguinec O, Francois M, Leboulanger N, et al. Management of otitis media with effusion in children. Société franc, aise d'ORL et de chirurgie cervico-faciale clinical practice guidelines [French society of ENT and head and neck surgery clinical practice guidelines]. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases.* 2018;135(4):269-73. DOI: 10.1016/j.anorl.2018.04.008. PMID: 29759911.
11. Dar WQ, Qazi SM, Nisar J. Comparative evaluation of adenoidectomy and myringotomy with or without ventilation tube placement in the treatment of otitis media with effusion. *Global Journal for Research Analysis.* 2018;7(9):41-4. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/344482681>
12. Косаковський А, Юрочко Ф, (ред). Дитяча отологія. Львів: Мс; 2017. 288 с.

13. Косаковський АЛ, Гавриленко ЮВ. Сучасний підхід до лікування гострого та хронічного аденоїдиту в дітей. Український медичний часопис, 2014;2(100):71-6. Доступно на: <https://is.gd/EINzfO>

14. Кулікова ОО, Лозова ЮВ, Чумакова АВ. Сучасні методи діагностики і лікування секреторного середнього отиту у дітей. Навчальний посібник для самостійної роботи слухачів і лікарів-інтернів. Київ: ФОП Коляда ОП; 2018. 28 с. Доступно на: <https://is.gd/QZFuqA>

15. Chen W, Yin G, Chen Y, Wang L, Wang Y, Zhao C, et al. Analysis of factors that influence the occurrence of otitis media with effusion in pediatric patients with adenoid hypertrophy. *Front Pediatr.* 2023;11:1098067. DOI: 10.3389/fped.2023.1098067. PMID: 36911018.

16. Кішук ВВ, Рауцкіс ПА. Морфофункціональні зміни слизових залоз глоткового мигдалика при його патології. Вісник морфології. 2015;21(1):34-7. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vismorf_2015_21_1_10

17. Тимен ГЕ, Кузик ІВ, Кобзарук ЛІ, Писанко ВН. Тактика лікування дітей із секреторними середніми отитами. Журнал вушних, носових та горлових хвороб. 2000;5:19-25.

18. Кузик ІВ. Тактика лікування дітей, хворих на секреторний середній отит. [Автореферат канд мед н спец. 14.01.19 – Оториноларингологія]. Київ: ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»; 2002. 22 с.

19. Sarin V, Anand V, Bhardwaj B. Audiological Outcome of Classical Adenoidectomy versus Endoscopically-Assisted Adenoidectomy using a Microdebrider. *Iran J Otorhinolaryngol.* 2016;28(84):31-7. PMID: 26878001.

20. Tao J, Luo R, Chen Y, Hou C, Qin H. [Myringotomy or tympanostomy tube insertion, comparison of surgical treatment of adenoid hypertrophy and otitis media with effusion in children]. *Lin Chuang er bi yan hou tou Jing wai ke za zhi [China]. Journal of Clinical Otorhinolaryngology, Head, and Neck Surgery.* 2020;34(3):207-10. DOI: 10.13201/j.issn.2096-7993.2020.03.005. PMID: 32791583.

21. Hao J, Chen M, Liu B, Yang Y, Liu W, Ma N, et al. Compare two surgical interventions for otitis media with effusion in young children. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2019 Aug;276(8):2125-31. DOI: 10.1007/s00405-019-05421-9. Erratum in: *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 18 Jun 2019. PMID: 31127413.

Shkorbotun V.O., Kononov O.E., Shkorbotun Ya.V.

TACTICS OF TREATMENT THE CHILDREN WITH PHARYNGEAL TONSIL HYPERTROPHY IN COMBINATION WITH OTITIS MEDIA WITH EFFUSION

Actual tactics of treatment for children with otitis media with effusion in combination with pharyngeal tonsil hypertrophy involve medical treatment and observation for 3 months. The next step is to resolve the issue of surgical treatment, however, there are differences in its scope: adenotomy, tympanopuncture/myringotomy, ventilation tubes introduce may be performed. The modern method of adenotomy (endoscopic power assisted adenotomy) has advantages over the classical one due to precision and better possibilities of removal of lymphoid tissue in the peritubar and perichoanal parts of the nasopharynx. The aim of our study was to increase the effectiveness of surgical treatment of children with otitis media with effusion and pharyngeal tonsil hypertrophy. Prospective results of treatment for 47 children with otitis media with effusion in combination with pharyngeal tonsil hypertrophy were studied. In 47 children with otitis media with effusion in combination with pharyngeal tonsil hypertrophy, endoscopic energy adenotomy with tympanopuncture with intratympanic administration of dexamethasone

was performed. At the time of adenotomy, all children had been suffering from otitis media with effusion for 3 months or more, and medical treatment had no effect. The examination 1 month after the intervention established, the secretion in the tympanic cavity in 6.4% of children who subsequently require insertion of ventilation tube. In 80.8% of cases, normalization of intratympanic pressure was observed in one month after adenotomy with tympanopuncture. The average values of intratympanic pressure in patients in 2 and 4 weeks after the simultaneously intervention was (76.5 ± 7.8) dPa and (51.3 ± 8.5) dPa, respectively. Power assisted adenotomy with simultaneous tympanopuncture is an effective method of treating children with otitis media with effusion and pharyngeal tonsil hypertrophy and can be recommended for use in clinical practice.

Keywords: *otitis, otitis with effusion, tonsils hypertrophy, tonsil pharyngeal, adenotomy, inflammatory diseases of the upper respiratory ways.*

Надійшла до редакції 22.11.2023

Відомості про авторів:

Шкорботун Володимир Олексійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри оториноларингології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика; головний науковий співробітник Науковий відділ малоінвазивної хірургії Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

Адреси: Україна, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; Україна, 01014, м. Київ, вул. Верхня, 5.

E-mail: shent@ukr.net

ORCID: 0000-0003-0769-6242.

Кононов Олександр Євгенович – кандидат медичних наук, доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Адреса: Україна, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

E-mail: uadoctorkononov@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0505-0296.

Шкорботун Ярослав Володимирович – доктор медичних наук, доцент кафедри отоларингології Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м. Київ; старший науковий співробітник Науковий відділ малоінвазивної хірургії Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами Україна, м. Київ.

Адреси: Україна, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; Україна, 01014, м. Київ, вул. Верхня, 5.

E-mail: lorkiev@ukr.net

ORCID: 0000-0002-3103-7194.