**Кіцера Олександр Олександрович. Патологія вуха та стан слухового аналізатора у дітей із природженим незрощенням піднебіння : дис... канд. мед. наук: 14.01.19 / АМН України; Інститут отоларингології ім. О.С.Коломійченка. - К., 2005.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | ***Кіцера О. О.****Патологія вуха та стан слухового аналізатора у дітей із природженим незрощенням піднебіння. – Рукопис*  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія. – Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, 2005.  У дисертаційній роботі розроблені питання патологічних змін ЛОР-органів, передусім – середнього вуха та слуху в дітей з природженими незрощенням піднебіння.  Підтверджено наявність спадкових форм незрощення, в трьох випадках запідозрено наявність поєднаних вад розвитку піднебіння та ЛОР-органів.  У 120 досліджених дітей виявлено ураження звукопровідного апарату вуха та хронічні хвороби середнього вуха і слухової труби, найчастіше – секреторний отит та тубоотит, що перебігали без виразної суб’єктивної симптоматики.  Повторне обстеження після операції пластики піднебіння виявило покращення аудіологічних показників у 41,2% випадків, особливо – у дітей, прооперованих у віці 5-6 років. Після поетапного консервативного оториноларингологічного лікування покращення стану середнього вуха спостерігалося у 61,9% випадків. Дітям з відсутністю позитивної динаміки при секреторному отиті призначалась тимпанотомія або додатковий курс консервативного лікування, після чого мало місце видужання.  Запропоновано алгоритм обстеження та лікування таких дітей. Оториноларингологічне лікування доцільно проводити поетапно у ранні терміни після операції на піднебінні у віці 5-6 років, необхідно налагодити санітарно-освітню працю з батьками. | |
| |  | | --- | | 1. Частота народження дітей з незрощенням піднебіння і губи серед усіх новонароджених Львівської області в 1985-2003 роках за даними ретроспективного аналізу медичної документації становила 8,5±1,9 на 10000 новонароджених (379 випадків). 2. Серед досліджених нами 120 дітей у 31 дитини (25,8%) анамнестично виявлено наявність родинних випадків незрощення піднебіння та губи, в т.ч., у 17 з них – у близьких родичів; в чотирьох випадках виявлено полігенний та аутосомно-домінантний тип успадкування, в трьох дітей (2,5%) запідозрено наявність поєднаних спадкових вад розвитку піднебіння та ЛОР-органів: синдром П’єра Робена (у двох) та велофаціокардіальний синдром (у однієї дитини). 3. За допомогою отомікроскопії, тональної та імпедансної аудіометрії у всіх дітей з не оперованим природженим незрощенням піднебіння виявлено ураження звукопровідного апарату вуха із незначним зниженням слуху (середня величина аудіометричних порогів сприйняття – 16,33±6,94 дБ) та хронічні хвороби середнього вуха та слухової труби – секреторний отит (41,3%), тубоотит (35,8%), дисфункцію слухової труби без середнього отиту (22,9%). 4. Патологічні зміни середнього вуха, пов’язані з наявністю природженого незрощенням піднебіння, у переважної більшості дітей при первинному (88,3%) і першому повторному (86,2%) дослідженнях, перебігали без виразної суб’єктивної симптоматики, тому іноді батьки неправильно оцінювали стан дітей і не завжди давали згоду на оториноларингологічне обстеження та лікування. 5. Перше повторне обстеження після операції пластики піднебіння виявило помірне об’єктивне покращення аудіологічних показників у 41,2% дітей, що було статистично невірогідним; повного відновлення звукопровідної функції вуха не виявлено в жодному випадку. Покращення стану середнього вуха після операції на піднебінні практично не залежало від клінічного типу незрощення, однак частіше (55,3%) мало місце у дітей, прооперованих у віці 5-6 років, ніж у дітей молодшого та старшого віку. 6. За даними аудіологічних досліджень, покращення стану середнього вуха при обстеженні після консервативного оториноларингологічного лікування мало місце у 61,9% випадків і завжди було статистично вірогідним. Недостатній ефект від лікування в інших випадках ми пояснювали фізіологічною неповноцінністю м’язів слухової труби, яка в результаті операції на піднебінні не відновлювалася. У контрольній групі дітей, що не лікувалися, звукопровідна функція вуха відновлювалася лише в 4,8% випадків. Різниця щодо всіх аудіологічних показників поміж контрольною та дослідною групами була статистично вірогідною (P<0,01). 7. Після консервативного оториноларингологічного лікування констатовано відсутність патологічних змін вуха у 59,3% дітей з тубоотитом; у 76,6% дітей з секреторним отитом спостерігалося покращення, у 10,7% з них - видужання; у решти дітей секреторний отит залишився і після лікування без позитивної динаміки. Дітям з повною відсутністю позитивної динаміки при секреторному отиті призначалась тимпанотомія або додатковий курс лікування, після чого спостерігалося видужання. 8. У дітей з незрощенням піднебіння, яким оториноларингологічне лікування було проведено у ранні терміни (до 6 місяців) після операції на піднебінні, частіше (68,8%), ніж у дітей, пролікованих через 1-2 роки після цієї операції (46,3%), відновлювалася звукопровідна функція вуха. | |