

УДК [616.211+616.216]-002.1-085.281

Тимпаноцентез: риск осложнений преувеличен

Вопрос:

Уважаемые коллеги!

У меня на приеме бывает достаточно много детей с острым средним отитом. Назначение антибактериальной терапии, местного лечения не всегда приводит к быстрому полному выздоровлению ребенка. Встречаются осложнения острого среднего отита, одним из которых является нарушение слуховой функции. После перенесенного острого среднего отита в барабанной полости часто остается жидкость, обуславливающая впоследствии развитие секреторного среднего отита, который способствует развитию стойкой тугоухости у ребенка. Бывают случаи, когда острый средний отит приводит к хронизации процесса в среднем ухе, а иногда и к внутричерепным осложнениям. В литературе пишут, что детям с острым средним отитом необходимо выполнять тимпаноцентез. Действительно ли всем детям необходим тимпаноцентез, какова техника его выполнения в современных условиях и бывают ли осложнения?

В.Г. Харитонова

врач-оториноларинголог,
г. Москва

Ответ:

Правильная тактика лечения неперфоративной формы острого среднего отита предупреждает развитие у ребенка тяжелых внутричерепных осложнений и предотвращает развитие тугоухости. В последнее время большинство оториноларингологов указывают на необходимость более широкого применения тимпаноцентеза [1]. Тимпаноцентез или тимпанопункция - прокол барабанной перепонки с получением жидкости из барабанной полости для бактериологического исследования. При остром среднем отите выделяют следующие показания для выполнения тимпаноцентеза [2]:

- наличие выраженного болевого синдрома, со-

провождающегося плачем или криком ребенка в течение нескольких часов;

- высокая температура и выраженные симптомы интоксикации у новорожденных и детей грудного возраста;
- иммунодефицитные состояния (СПИД, острый лейкоз и т.д.);
- изменения барабанной перепонки (гиперемизированная или мутная, взбухающая, плохо подвижная), сохраняющиеся после двух курсов антибактериальной терапии;
- средний отит, сопровождающийся развитием гнойных осложнений;
- необходимость авиаперелета ребенка с острым средним отитом.

Техника выполнения тимпаноцентеза достаточно проста при наличии опыта у оториноларинголога и соответствующего медицинского оборудования. Наружный слуховой проход очищают от ушной серы и обрабатывают раствором антисептика (70% этиловым спиртом или повидон-йодом с последующим промыванием изотоническим раствором натрия хлорида). Тимпаноцентез проводится оториноларингологом с помощью хирургического отоскопа и иглы надлежащего размера (обычно 18–20-го калибра), закрепленной на стерильном шприце. Прокол делают в передне-нижнем квадранте барабанной перепонки. Жидкость аспирируют одноразовым шприцем. Учитывая беспокойное поведение ребенка и болезненность процедуры, перед выполнением тимпаноцентеза назначают парацетамол с кодеином и диазепам (или мидазолам или лоразепам) внутрь. Применение местной анестезии является спорным, так как может привести к значительному снижению достоверности результатов микробиологического исследования жидкости среднего уха [2]. Если все-таки проводят местную анестезию, то предпочтительно использование 15% раствора лидокаина или 8% раствора тетракаина [3].

От тимпаноцентеза следует отличать миринготомию, которая производится по показаниям при экссудативном среднем отите. Миринготомия –

разрез барабанной перепонки для удаления жидкости из среднего уха. Материал для микробиологического исследования берут с помощью назофарингеального тампона [4].

Существует достаточно много преимуществ активной тактики ведения детей с острым средним отитом с применением тимпаноцентеза. Главным его достоинством является немедленное облегчение ушной боли за счет снижения давления в барабанной полости. После выполненного тимпаноцентеза у ребенка в большинстве случаев быстро нормализуется температура, уменьшаются симптомы интоксикации [5].

Тимпаноцентез способствует частичному дренированию полостей среднего уха, препятствует организации экссудата с развитием спаек в среднем ухе, служит профилактикой тимпанофиброза. Также тимпаноцентез помогает дифференцировать гнойное содержимое барабанной полости от стерильного выпота [6]. Необходимо отметить, что только с помощью тимпаноцентеза можно получить неконтаминированный материал из среднего уха для бактериологического исследования, что позволяет установить истинную этиологию отита и провести соответствующую этиотропную терапию с учетом чувствительности возбудителей к антибактериальным препаратам [7].

Вместе с тем в нашей стране распространено мнение, что тимпаноцентез является опасной процедурой. Однако в отечественной и зарубежной литературе мы не нашли отрицательных высказываний по поводу тимпаноцентеза. Риск при проведении тимпаноцентеза не превышает риск при люмбальной пункции [8]. Кроме того, указанный риск является в большей степени теоретическим, чем реальным, в том случае, когда процедура выполняется подготовленным врачом-оториноларингологом. Осложнения могут возникнуть при неконтролируемых движениях ребенка, поэтому необходима хорошая премедикация и фиксация ребенка. Технические трудности возникают в том случае, если наружный слуховой проход не очищен или резко сужен, что затрудняет визуализацию барабанной перепонки. Использование иглы несоответствующего диаметра и отсутствие хирургичес-

кого отоскопа также повышает риск осложнений при тимпаноцентезе [3].

В зарубежной литературе описаны единичные случаи осложнений при тимпаноцентезе. Это – ранение стенки слухового прохода вследствие недостаточной фиксации ребенка, повреждение слуховых косточек, нетипично расположенных сосудов и нервов барабанной полости, кровотечение и др. Однако знание анатомии среднего уха и хорошая фиксация помогают предупредить данные осложнения. Так, I. Brook констатировал, что при более 1000 проведенных за последние 25 лет тимпаноцентезов не наблюдалось тяжелых осложнений и только менее чем в 5% случаев было легкое кровотечение, которое самопроизвольно прекратилось [9].

Отрицательным моментом тимпаноцентеза является плач и общее беспокойство ребенка во время осмотра. По данным R.H. Schwartz и M.E. Pichichero, все дети плачут во время тимпаноцентеза, но в 85% случаев плач продолжается менее 2 мин [3]. С родителями ребенка обсуждаются все вопросы, касающиеся тимпаноцентеза, и всегда подписывается информированное согласие. Перфорация барабанной перепонки после тимпаноцентеза закрывается в течение 24–48 ч.

Вместе с тем, необходимо помнить, что тимпаноцентез не позволяет полностью дренировать барабанную полость, не уменьшает частоту развития персистирующего среднего отита с выпотом, не снижает частоту рецидивов и ни в коем случае не заменяет антибактериальной терапии. Также следует отметить, что тимпаноцентез противопоказан детям с геморрагическими диатезами [3].

Таким образом, обобщая вышесказанное, можно заключить, что тимпаноцентез, выполненный по показаниям и проведенный квалифицированным ЛОР-врачом, можно рекомендовать для более широкого применения у детей с острым средним отитом [9].

О.А. Егорова,

к.м.н., старший научный сотрудник
НИИ антимикробной химиотерапии
Эл. почта: egorova@antibiotic.ru

Литература

1. Pichichero M.E. Acute otitis media: part I: Improving diagnostic accuracy. *Am Fam Phys* 2000; 61:2051-6.
2. Hoberman A., Paradise J.L., Wald E.R. Tympanocentesis technique revisited. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16(2):25-6.
3. Schwartz R.H., Pichichero M.E. Myringotomy and tym-

- panocentesis: a lost skill revisited. Available from URL: <http://idinchildren.com/200110/10primer.asp>.
4. DeRosa J., Grundfast K.M. Surgical management of otitis media. *Pediatr Ann* 2002; 31:814-20.
5. Conen R., Boucherat M., Bingen E. Treatment failure in otitis media: an analysis. *J Chemother* 1994; 6(4):17-22.

6. Pichichero M.E. Assessing accuracy and tympanocentesis skills in management of otitis media among pediatricians. Arch Pediatr Adol Med 2001; 155:1137-42.
7. Dowell S.F., Butler J.C, Giebink G.S., et al. Acute otitis media: management and surveillance in an era of pneumococcal resistance - a report from the Drug-resistant *Streptococcus pneumoniae* Therapeutic Working Group. Pediatr Infect Dis J 1999; 18:1-9.
8. Tympanocentesis underutilized for severe otalgia. Available from URL: www.aocme.org.
9. Brook I. Tympanocentesis in the diagnosis and treatment of otitis media. Infect Med 2001; 18:363-6.