

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА
В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ

УДК 616.284-002.253

В данной статье предоставлен анализ литературы по проблеме лечения экссудативного среднего отита. Экссудативный средний отит – полиэтиологическое воспалительное заболевание среднего уха, в этиопатогенезе которого ключевую роль играет дисфункция слуховой трубы. Патоморфологическим субстратом экссудативного среднего отита является хроническое катаральное воспаление слизистой оболочки преимущественно мезо-, гипотимпанума и слуховой трубы, а клиническими признаками – наличие экссудата в барабанной полости, отсутствие признаков острого воспаления и дефекта барабанной перепонки. Наиболее частой причиной экссудативного среднего отита являются респираторные вирусные инфекции, второй причиной – острый средний отит [1, 2, 3]. Распространенность экссудативного среднего отита зависит от возраста и, по данным различных авторов, составляет у детей 1-го года жизни – до 35%; 3-5 лет – 10-30%; 6-7 лет – 3-10%; 9-10 лет – 1-3%. Экссудативный средний отит является наиболее частой причиной снижения слуха у детей в возрасте от 2 до 7 лет – при массовых осмотрах детей обнаруживаются в 30,2% случаев [4]. Исследования зарубежных авторов подтверждают самостоятельное разрешение большинства случаев экссудативного среднего отита, в ином случае пациенты нуждаются в лечении [5]. С учетом клиники течения данного заболевания основной жалобой является снижение слуха, что отражается на качестве жизни пациентов. Современная медицина рассматривает множество вариантов лечения экссудативного среднего отита, вплоть до альтернативы применения слуховых аппаратов пациентам с противопоказанием применения других видов лечения. В Казахстане и в ряде государств постсоветского пространства при постановке диагноза экссудативного среднего отита принято назначать пациентам медикаментозное или хирургическое лечение без тактики активного наблюдения, что идет вразрез с применяемой выжидательной тактикой в большинстве стран Европы и США. Исходя из вышеуказанного изучение различных вариантов лечения данной патологии актуально как в Республике Казахстан, так и во всем мире.

Ключевые слова: экссудативный средний отит, тактика лечения, тимпанотомия.

Всемирная организация здравоохранения прогнозирует к 2030 г. увеличение числа лиц с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30% [6]. Не менее 30% всех случаев тугоухости обусловлено патологией среднего уха. За последние десятилетия многие авторы отмечают рост заболеваемости экссудативным средним отитом (ЭСО), причём составляет 15-17% среди всех заболеваний уха [7].

Эпидемиологические исследования показывают, что ЭСО влияет на 50-80% детей в возрасте до 5 лет [8,9], двое из 1000 детей имеют серьезные осложнения. В результате они переносят радикальные операции на среднее ухо, снижающие качество жизни ребенка, который в последствии нуждается в социальной адаптации [10,11]. Это подтверждает серьезность проблемы ЭСО и выводит эту патологию на первый план как в стране, так и в мире в целом [7,12].

В научной медицинской литературе экссудативный средний отит имеет ряд других названий. Зачастую название зависит от видения врача-исследователя на причинную роль того или иного фактора на этапах развития заболевания. Ряд врачей акцентируют внимание на основной роли обструкции слуховой трубы в развитии болезни и применяют такие термины, как «фаринготуботимпанальное заболевание», «хроническая тубарная обструкция», «туботимпанальный катар», «туботимпанит», «отосальпингит» (Воячек В. И., 1925; Темкин Я. С и др., 1947; Ameriso J. et al., 1963; Clin R., Briand C. S. 1965; Tiedemann R. 1966; Meltzer P., 1967; Draper W. C, 1967, и др.) В то же время другие врачи-оториноларингологи придерживаются точки зрения первопричины данного заболевания в роли вакуума при образовании в среднем ухе жидкого стерильного содержимого, пропотевающего через капиллярную стенку, что послужило причиной появления другого

рода названий «hydropsexvasio», «водянка среднего уха», «гидротимпанум», «серотимпанум», «серозный отит», «простой серозный отит», «стерильный средний отит» и т.п. (Viale del Carril A., 1965; Zollner F., 1966; Tiedemann R., 1966; Saboroff B., Loevi A., 1967; Draper W., 1967, и др.). В свою очередь другие названия этой патологии связывают с выпотом в барабанную полость воспалительного экссудата, поэтому называют заболевание экссудативным средним отитом, экссудативным катаральным отитом, средним отитом с экссудатом и т. п. (Преображенский Н. А., 1970; Sekine T., 1965; Zeckner C., 1983 и др.) Для того чтобы выделить повышенную секреторную активность слизистых желез слизистой оболочки среднего уха, предложены термины «секреторный катар среднего уха», «секреторный отит», а для обозначения форм данной патологии с липким, вязким содержимым – «клейкое ухо» (glue ear), «мукоидное ухо», «серомукоидный катар среднего уха» (Silverstein, 1964; Nawson S., 1964; Thomas R., 1967; Meltzer P., 1967, и др.) Геморрагические формы отита обозначаются как идиопатический гематотимпанум, или геморрагический серозный отит (Tiedemann R., 1966.) Используются диагнозы, определяющие легкую, поверхностную форму заболевания слизистой оболочки среднего уха: «острый негнойный средний отит», «катаральный отит», «катар слуховой трубы и среднего уха», «простой средний отит», «трудный катар» и т. д. (Компанец С. М., 1942; Темкин Я. С, 1947; Bentzen O., Palling M., 1963; Saboroff B. et al., 1967; Ханамиров А. Р., 1979, и др.) В западной научно-медицинской литературе чаще всего применяют термин «серозный отит», который характеризует легкую, начальную форму заболевания и в основе которого лежит серозное воспаление слизистой оболочки среднего уха. В литературе стран Европы

используется название «секреторный отит», имея в виду поверхностное воспаление слизистой оболочки среднего уха с гиперсекрецией желез и повышением секреторной активности бокаловидных клеток, что соответствует формам с вязким содержимым в барабанной полости, преобладающим у детей.

В СНГ, в том числе в Республике Казахстан, наиболее употребителен термин «экссудативный средний отит», подчеркивающий значение сложных и глубоких воспалительных процессов в среднем ухе.

Различия при обозначении одного и того же заболевания говорит о том, что процесс появления в барабанной полости жидкого, негнойного содержимого совсем не ясен. Кроме того, существуют клинические варианты заболевания, в связи с чем не исключены трудности в диагностике и лечении.

При лечении ЭСО применяют консервативные и хирургические методы. Хирургическое лечение ЭСО в большинстве случаев рекомендуется при неэффективности консервативной терапии и при сроках заболевания 2–4 недели и более [13,14].

К консервативным методам лечения относятся: метод активного наблюдения; оральное или топическое применение стероидных препаратов, антибиотиков, антигистаминных препаратов, деконгестантов; продувание слуховых труб. К хирургическим методам лечения относятся: парацентез, шунтирование барабанной полости (установка вентиляционной трубки) с/без одновременной аденоидэктомией у детей, лазерная мириготомия, хирургия среднего уха.

Активное наблюдение (Activeobservation) - это процесс регулярного осмотра пациента, включая оценку слуха и лингвального развития. Это метод, при котором не назначается лечение, но пациент постоянно находится под контролем лечащего врача. Несмотря на то, что пациент получает регулярные консультации у врача, право выбора и ответственность за принятые решения в отношении лечения остается за пациентом или родителями (если пациент несовершеннолетний). Ранее использовалось другое название динамическое наблюдение или выжидательная тактика (watchfulwaiting) [5].

Продувание слуховых труб представляет собой метод, при котором евстахиева труба (труба, которая соединяет среднее ухо и носоглотку) открывается за счет повышения давления в полости носа. Техника данного метода заключается в проведении воздуха под давлением в среднее ухо посредством евстахиевой трубы для выравнивания давления и эвакуации секрета из барабанной полости [15]. Это может быть достигнуто путем форсирования выдоха с закрытым ртом и носом, продувания слуховых труб по Политцеру, катетеризацией слуховых труб. В США и в Европе широко распространен метод автонаполнения (Autoinflation) для лечения экссудативного среднего отита, который проводится с помощью воздушного шарика с насадкой, часто используемый для лечения экссудативного среднего отита у детей [16].

Антибиотики, антигистаминные препараты, деконгестанты назначаются врачами в разных странах в каждом случае индивидуально.

Стероидные препараты (системные или топические) используются, с целью скорейшей эвакуации секрета и таким образом восстановления нормального функционирования составляющей цепи воздушной проводимости [17].

Мириготомия (парацентез, тимпанотомия) - это хирургическое вмешательство, при котором производится разрез на барабанной перепонке с лечебно-диагностической целью. Разрез производят специальной иглой (имеющей копьевидное лезвие) на задне-нижней части барабанной перепонки, длиной несколько миллиметров. Таким образом возможно введение лекарственных препаратов в среднее ухо. В некоторых клиниках проводится лазерная мириготомия [5].

Шунтирование барабанной полости (тимпаностомия, установка вентиляционных трубок) является хирургическим вариантом лечения экссудативного среднего отита и как правило применяется при повторном наполнении барабанной полости экссудатом при отсутствии эффекта после неоднократной тимпанотомии. Он заключается в установке вентиляционных трубок в барабанную перепонку для восстановления давления и улучшения оттока экссудата и позволяет осуществить транстимпанальное введение различных лекарственных препаратов. Критерии проведения данного вмешательства различаются в зависимости от протоколов лечения той или иной страны.

У детей при выявлении экссудативного среднего отита в протокол обследования многих стран входит эндоскопия носоглотки с целью определения степени гипертрофии лимфоидной ткани (аденоидов). При наличии закупорки лимфоидной тканью устья слуховых труб, показана аденоидэктомия. В ряде случаев этой операции бывает достаточно для полного восстановления слуха и нормального функционирования структур барабанной полости. В некоторых случаях, чаще у взрослых проводятся более радикальные оперативные вмешательства на среднем ухе с целью санации барабанной полости [12].

Несмотря на широкую дискуссию в литературе по вопросам этиологии, диагностики и лечения экссудативного отита, взгляды при выборе тактики лечения разнятся [19].

В Великобритании в Национальном институте здоровья и клинического совершенствования (NICE - NationalInstituteofHealthandClinicalExcellence) разработаны рекомендации по диагностике и лечению экссудативного среднего отита. Рекомендации включают в себя консультацию специалистов, активное наблюдение, хирургическое и нехирургическое вмешательство. В соответствии с этим руководством, вначале больной получает консультацию у врача общей практики (ВОП), при подозрениях на потерю слуха, в особенности у детей с отставанием в развитии речи, больные направляют на обследование у врача-оториноларинголога. Далее идет 3-х месячное наблюдение у данного специалиста. Если состояние ухудшается, потеря слуха увеличивается, то в зависимости от анамнеза заболевания стоит выбор между хирургическим или нехирургическим видами лечения. При нехирургическом лечении, врач должен предоставить информацию о преимуществах и рисках лечения пациенту, далее предложить слуховые аппараты в качестве альтернативы, когда противопоказано или неприемлемо хирургическое вмешательство. Как правило, производится тимпанотомия с последующей установкой вентиляционных трубок (шунтов). При отсутствии стойких и/или частых симптомов инфекций верхних дыхательных путей у взрослых производят с одномоментной аденоидэктомией. В

последующем вентиляционные трубки удаляются самопроизвольно в течение 6 месяцев – 1 года, или их удаляет хирург-оториноларинголог в те же сроки. Контроль результата осуществляется путем повторной аудиометрии и тимпанометрии, после удаления вентиляционных трубок через 2 недели и 1 месяц.(NICE) [20,21,22].

Исходя из ряда систематических обзоров в данной области, можно сделать вывод, что в Соединенных Штатах Америки врачи-оториноларингологи чаще применяют стратегию активного наблюдения (Watchfulwaiting). То есть в течение 3-х месяцев пациент наблюдается у ЛОР-врача с последующим

проведением контрольной аудиограммы. В отсутствии положительной динамики по истечению 3-х месяцев пациентам предлагается хирургическое лечение в виде тимпанотомии с последующей установкой вентиляционных трубок (шунтов). Очевидно, что алгоритм лечения в США схож с алгоритмом лечения в Соединенном Королевстве. В Америке присутствуют как традиционные методы лечения, так и нетрадиционные (гомеопатия, мануальная терапия, БАДы), последние из которых не приветствуются [23,21,22]. Виды лечения экссудативного среднего отита представлены в таблице №1.

Таблица 1 - Виды и тактики лечения при экссудативном среднем отите, применяемые в США. Evidence-based Practice Center Systematic Review Protocol: Otitis Media with Effusion: Comparative Effectiveness of Treatments, July 30, 2012

Хирургическое вмешательство
Миринготомия
Установка тимпаностомической (вентиляционной) трубки
Аденоидэктомия с или без миринготомией
Медикаментозное лечение
Антибиотики и противомикробные препараты
Назальные стероиды
Системные стероиды
Антигистаминные препараты и деконгестанты
Другие виды лечения
Продувание евстахиевых труб
Дополнительное альтернативное лечение
Слуховые аппараты
Стратегии лечения
Тактика активного наблюдения/отсроченное лечение/незамедлительное лечение
Вариации в хирургической технике и процедурах

В Германии эффективным методом лечения признаются метод хирургического вмешательства, т.е. тимпанотомия с/без установки вентиляционной трубки. Наряду с тимпанотомией, в Германии проводится одновременная аденоидэктомия у детей. Польза хирургического вмешательства всегда должна перевешивать потенциальный риск [24].

Во Франции, Турции, Малайзии и других развитых странах у пациентов с выявленным впервые экссудативным средним отитом применяют метод активного наблюдения, с последующим хирургическим вмешательством при отсутствии положительной динамики по истечению 3-х месяцев(рисунок 1)[25,26,27].

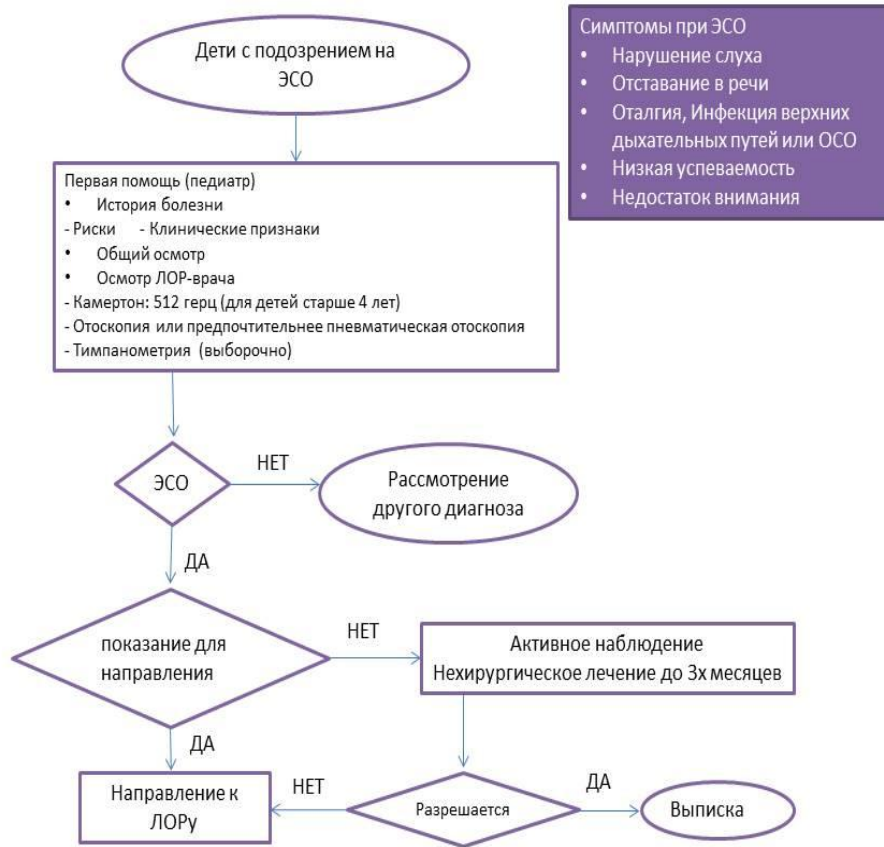


Рисунок 1 - Тактика ведения пациента с ЭСО на уровне ПМСП в Малайзии. Clinical Practice Guidelines (CPG) Management of Otitis Media with Effusion in Children (July 2012), Ministry of Health Malaysia

На рисунке 1 представлена тактика лечения, применяемая при первичном осмотре врачом общей практики (педиатром) при подозрении на экссудативный средний отит в Малайзии. Согласно отраженной схеме первичный осмотр включает в себя терапевтическое обследование и тактику активного наблюдения. При подтверждении диагноза ЭСО, пациент направляется на консультацию к врачу-оториноларингологу, что является

специализированной медицинской помощью. Рисунок 2 описывает тактику ведения пациента с экссудативным средним отитом врачом-оториноларингологом, т.е. алгоритм действий при нехирургических и хирургических видах лечения пациентов с диагнозом экссудативный средний отит. Данная тактика ведения больных при ЭСО утверждена Министерством Здравоохранения Малайзии.

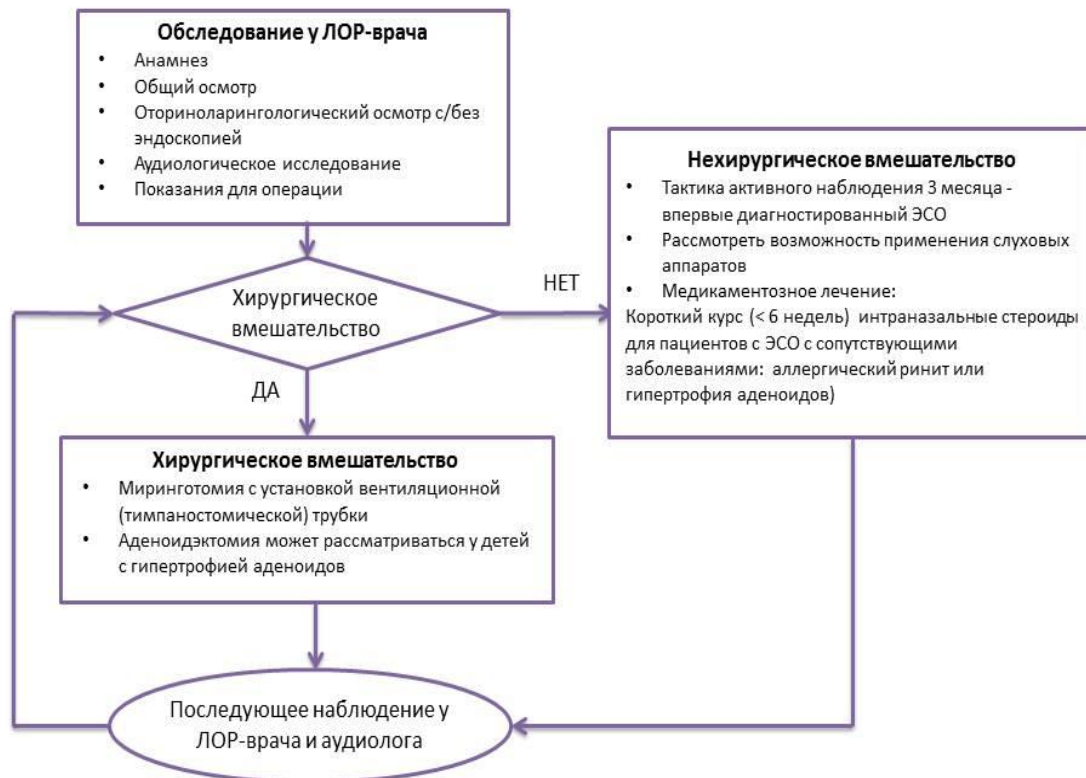


Рисунок 2 - Тактика лечения экссудативного среднего отита у детей (специализированное медицинское обследование) Clinical Practice Guidelines (CPG) Management of Otitis Media with Effusion in Children (July 2012), Ministry of Health Malaysia

В качестве консервативных методов лечения во всех вышеуказанных странах, применяются антибиотики, стероиды, антигистаминные препараты, деконгестанты, по отдельности и в комбинациях (например, антибиотики + деконгестанты, антигистаминные препараты+стероиды). Также существуют рандомизированные контролируемые исследования, указывающие на отсутствие значительной положительной динамики в течение ЭСО при применении только консервативных методов лечения.

В Республике Казахстан, как и в других странах СНГ, в первую очередь лечение начинается с медикаментозной терапии в совокупном и комбинированном применении деконгестантов, антибиотиков и антигистаминных препаратов. При отсутствии положительного эффекта, проводится хирургическое вмешательство в виде тимпанотомии с/без установки вентиляционной трубки, в зависимости от качества экссудата, с одновременной аденоидэктомией у детей при наличии закупорки устьев слуховых труб. Считается эффективным транстимпанальное введение стероидных препаратов пациентам после тимпанотомии с/без вентиляционной трубки, что способствует

скорейшему восстановлению функции среднего уха [28].

Данный анализ не включает пациентов с экссудативным средним отитом с сопутствующими наследственными заболеваниями, такими как синдром Дауна и врожденная расщелина неба («заячья губа», «волчья пасть»).

Таким образом, основываясь на проведенном анализе литературы, можно отметить, что одними из часто применяемых методов лечения являются: активное наблюдение, метод аутоаутизации, антибиотики, антигистаминные препараты, деконгестанты, стероидные препараты (системные или топические), миринготомия (парацентез, тимпанотомия), шунтирование барабанной полости. Тактика лечения постоянно изменяется и совершенствуется, стремясь к более прогрессивным методикам. Выбор тактики лечения экссудативного среднего отита зависит от протокола диагностики и лечения, которым руководствуется страна. Резюмируя вышеуказанное, стоит обратить внимание на то, что у врачей-оториноларингологов разных стран нет единой точки зрения при выборе методики лечения данного заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой Детская оториноларингология: Руководство для врачей. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. - 660 с.
- 2 Дмитриев Н.С. Экссудативный средний отит // Оториноларингология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С. 553-565.
- 3 Савенко И.В., Бобошко М.Ю., Лопотко А.И., Цвылева И.Д. Экссудативный средний отит. - СПб.: 2010. - 72 с.
- 4 Коваленко С.Л. Исследование слуха у детей дошкольного возраста на современном этапе // Рос. оториноларингология. - 2009. - № 4. - С. 69-74.
- 5 Surgical management of otitis media with effusion in children // Clinical Guideline. - 2008. - №2. - P. 10-11.
- 6 Prevention of hearing impairment from chronic otitis media // WHO. - 2000. - №3. - P. 8-9.
- 7 Володькина В.В. Рецидивирующий экссудативный средний отит у детей: дисс. ... канд. мед. наук - М.: 2006. - 120 с.
- 8 Zielhuis GA, Rach GH, Broek PV. Screening for otitis media with effusion in preschool children // Lancet. - 1989. - №1. - P. 311-314.
- 9 Casselbrant ML, Brostoff LM, Cantekin EI, Flaherty MR, Doyle WJ, Bluestone CD, et al. Otitis media with effusion in preschool children // Laryngoscope. - 1985. - 95. - P. 428-436.
- 10 DH. Hospital Episode Statistics. Grommets. (D15) Department of Health; 2004 (and website 2006/7). www.dh.gov.uk/PublicationsandStatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_066322. Last accessed June 2009.
- 11 Mason J, Freemantle N, Browning G. Impact of Effective Health Care bulletin on treatment of persistent glue ear in children: time series analysis // BMJ. - 2001. - 323. - P. 1096-1099.
- 12 Otitis Media With Effusion Treatment & Management/ Thomas S Higgins, Jr, MD, MSPH/ Medscape reference/ <http://emedicine.medscape.com/article/858990-clinical/> 04.02.2016
- 13 Berkman ND, Wallace IF, Steiner MJ, et al. Otitis media with effusion: comparative effectiveness of treatments // Comparative Effectiveness. - 2013. - №101. - P. 10-14.
- 14 Hesham A, Hussien A, Hussein A. Topical mitomycin C application before myringotomy and ventilation tube insertion: does it affect the final outcome? // Ear Nose Throat J. - 2012. - 91(8). - P. 45-49.
- 15 Perera R, Glasziou PP, Heneghan CJ, McLellan J, Williamson I. Autoinflation for hearing loss associated with otitis media with effusion. - 2013. - 219 p.
- 16 Otovent nasal balloon for otitis media with effusion. - 2016. - 359 p.
- 17 Simpson SA, Lewis R, van der Voort J, Butler CC. Oral or topical nasal steroids for hearing loss associated with otitis media with effusion in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 5: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001935.pub3/abstract>
- 18 Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with effusion in children/6 October 2010/Authors: Browning GG, Rovers MM, Williamson I, Lous J, Burton MJ. : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20927726>
- 19 Зельдмайер Б., Моравитц Л., Юма М., Шайхова Х., Тухтаев М. Факторы, влияющие на постоперативное течение и возникновение рецидива экссудативного среднего отита у детей // Рос. оториноларингология. - 2009. - № 5. - С. 54-59.
- 20 Surgical management of otitis media with effusion in children pathway. - 2013. - 126 p.
- 21 Browning GG, Rovers MM, Williamson I, et al; Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with effusion in children // Cochrane Database Syst Rev. - 2010. - 6(10). - P. 45-52.
- 22 Van Zon A, van der Heijden GJ, van Dongen TM, et al; Antibiotics for otitis media with effusion in children // Cochrane Database Syst Rev. - 2012. - №9. - P. 74-79.
- 23 Ina F, Wallace, Nancy D, Berkman, Kathleen N, Lohr, Melody F, Harrison, Adam J, Kimple, Michael J, Steiner Surgical Treatments for Otitis Media with Effusion // A Systematic. - 2014. - №2. - P. 21-26.
- 24 SILKE BURKERT, CH. RASINSKI, R. BURKERT, K. NEUMANN Otitis media with effusion - current management in children. - 2012. - 216 p.
- 25 Antibiotiques utilisés en cas d'otite moyenne avec effusion ('otite séreuse') chez les enfants - van Zon A, van der Heijden GJ, van Dongen TMA, Burton MJ, Schilder AGM/12 septembre 2012: <http://www.cochrane.org/fr/CD009163/antibiotiques-utilises-en-cas-dotite-moyenne-avec-effusion-otite-sereuse-chez-les-enfants>
- 26 Antihistaminiques avec ou sans décongestionnants pour l'otite moyenne avec effusion (OME) (otite séreuse) chez l'enfant - Griffin G, Flynn CA/ 7 septembre 2011: <http://www.cochrane.org/fr/CD003423/antihistaminiques-avec-ou-sans-decongestionnants-pour-otite-moyenne-avec-effusion-ome-otite-sereuse-chez-lenfant>
- 27 Clinical Practice Guidelines (CPG) Management of Otitis Media with Effusion in Children // Health Technology Assessment Section Medical Development Division. - 2012. - №1. - P. 3-5.
- 28 М.М. Магомедов, А.Ю. Никиткин, Ю.В. Левина, А.А. Красюк, В.А. Утешева Экссудативный средний отит. Современные представления и актуальность проблемы // Вестник оториноларингологии. - 2012. - №5. - С.93-97.

Д.А. ОСПАНОВА, Р.Б. ЖУМАБАЕВ
Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті
Алматы, Қазақстан Республикасы

ӘЛЕМДІК ТӘЖІРІБЕДЕГІ ОРТАҢҒЫ ҚҰЛАҚТЫҢ ЭКССУДАТИВТІ ОТИТТІН ЕМДЕУ ӘДІСТЕМЕЛЕРІНЕ ШОЛУ

Түйін: Бұл мақалада ортаңғы құлақэкссудативті отитін емдеу мәселесі бойынша әдебиет шолуын ұсынады. Ортаңғы құлақ экссудативті отиті - бұл ортаңғы құлақтың полиэтиологиялық қабыну ауруы, оның этиопатогенезінде есту түтігінің дисфункциясы негізгі рөл атқарады. Ортаңғы құлақэкссудативті отиттің патоморфологиялық субстраты - мезо-, гипотимпанум және есту түтігінің шырышты қабықшасының созылмалы қабынуы, ал клиникалық айқындамасы болып - дабыл қуысында экссудаттың болуы, жедел қабыну белгілерінің және дабыл мембранасының ақауының болмауы. Ортаңғы құлақ экссудативті отитінің пайда болуының ең жиі себебі - респираторлық вирусты жұқпалы аурулары болып табылады, ал екінші себебі - ортаңғы құлақтың жедел отиті. Ортаңғы құлақ экссудативті отиттің таралуы жасқа байласнығы және әр түрлі авторлардың мәліметтері бойынша, 1 жастағы балаларда - 35% -ға дейін; 3-5 жас - 10-30%; 6-7 жас - 3-10%; 9-10 жас - 1-3%. Ортаңғы құлақ экссудативті отиті 2 жастан 7 жасқа дейінгі балалардың есту қабілетінің төмендеуінің ең жиі себебі болып табылған - балаларды жаппай тексеру кезінде 30,2% . Шетелдік авторлардың зерттеулеріне сүйенсек ортаңғы құлақ экссудативті отиті көп жағдайларда өзінен-өзі қалпына келуі мүмкін, басқа жағдайларда науқастарды емдеу қажет. Аурудың клиникалық негізгі белгісі есту қабілетінің төмендеуі болып табылады, ол науқастардың өмір сапасына кері әсер етеді. Заманауи медицинада ортаңғы құлақ экссудативті отитін емдеуде көптеген тәсілдер қарастырылған, тіпті қарсы көрсеткіштері бар науқастар үшін есту құралдарын пайдалануға дейін. Еуропаның көптеген елдерінде, сондай-ақ Америка Құрама Штаттарында ортаңғы құлақ экссудативті отитін емдеу барысында активті бақылау тактикасы қолданылады, ал ТМД елдерінде – әдеттегідей консервативті немесе хирургиялық емдеу беріледі. Жоғарыда жазылғандай ортаңғы құлақ экссудативті отитін емдеу тәсілдерін талқылау тек Қазақстан Республикасында ғана емес, бүкіл әлемде де маңызды болып табылады.

Түйінді сөздер: ортаңғы құлақ экссудативті отиті, емдеу тәсілдері, тимпанотомия.

D.A. OSPANOVA, R.B. ZHUMABAYEV
The Kazakh medical university of continuous education
Almaty, Republic of Kazakhstan

MANAGEMENT OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION IN DIFFERENT COUNTRIES

Resume: This article provides an overview of the literature on the issue of treatment of otitis media with effusion. Otitis media with effusion - poli-etiological inflammatory disease of the middle ear, in its etiopathogenesis a key role is played by dysfunction of the auditory tube. Pathomorphological substrate of OME is chronic catarrhal inflammation of the mucosa predominantly of meso-, hypotympanum and auditory tube, and clinical evidence - the presence of exudate in the tympanic cavity, no evidence of acute inflammation, and defects of the tympanic membrane. The most common cause of otitis media with effusion is respiratory viral infections, the second reason - acute otitis media. The prevalence of OME depends on the age and, according to different authors, percentage of OME of 1 year children - up to 35%; 3-5 years - 10-30%; 6-7 years - 3-10%; 9-10 years - 1-3%. Otitis media with effusion is the most common cause of hearing loss at children aged 2 to 7 years old – during the mass examinations of children 30.2% of cases of hearing loss are found. Studies of foreign authors confirm the resolution of most cases of otitis media with effusion; otherwise the patients are in need of treatment. Given the clinical course of the disease, the main complaint is of hearing loss, which affects patients' life quality. Modern medicine considers many options of OME treatment, including the alternative use of hearing aids to patients with a contraindication use of other types of treatment. In the CIS countries patients with otitis media with effusion are given medical or surgical treatment without active observation, which goes against the delaying tactic used in most European countries and the United States. Based on the above study of different treatment options for this disease is important and actual in the Republic of Kazakhstan and all over the world.

Keywords: otitis media with effusion, treatment, tympanotomy.

Ш.О. ТАСТАНБЕКОВА
Республика Казахстан, г. Астана

МИРОВОЙ ОПЫТ РАЗВИТИЯ И ПРОДВИЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА НА ПРИМЕРЕ ЮЖНОЙ КОРЕИ

УДК 338.484.6

Глобализация мировой экономики способствует росту международного сотрудничества, стремительному росту научно-технического прогресса, увеличению средней продолжительности жизни и, соответственно, быстрому росту развития индустрии медицинского туризма. В данной работе представлен опыт развития медицинского туризма на примере Южной Кореи, который в последнее время набирает быстрые темпы развития. Страна считается одной из лучших по лечению онкологических заболеваний, сердечно-сосудистой патологии и других заболеваний, имеющих тенденцию к росту во всем мире.

Ключевые слова: медицинский туризм, здравоохранение, лечение за границей, лечение, оздоровительный туризм

Одним из самых быстрорастущих рынков современности является медицинский туризм. Этому способствуют множество факторов, в том числе рост деловой активности, стремительное развитие медицинской науки и высоких технологий, стремление населения планеты к оздоровлению и улучшению качества жизни. При выборе страны и медицинского учреждения пациенты основываются на экспертные оценки и рейтинги влиятельных мировых организаций.

Ежегодно компетентные мировые организации подводят итоги, составляя рейтинги участников мирового рынка медицинских услуг. Так, Международный научно-исследовательский центр здравоохранения (International Healthcare Research Center, IHRC), совместно с Международной общественной организацией Medical Tourism Index (MTI) и Международной ассоциацией медицинского туризма (МТА) предоставили общественности «Глобальный мировой рейтинг индустрии медицинского туризма - 2016». В рейтинг лидеров в

области медицинского туризма были выбраны 41 государств из 200, в которых проживает почти 60% населения мира. При исследовании учитывались 34 критерии, основными из которых были три – состояние окружающей среды, уровень развития сферы медицинского туризма и качества оказываемых медицинских услуг и оборудования [1]. По данным исследования 2015-2016 года десятку лидеров возглавила Канада, набрав наибольшее количество баллов 76,62 (Таблица 1). В Канаде здравоохранение признано одним из самых прогрессивных в мире. Клиники страны добились внушительных результатов в лечении онкологических заболеваний, заболеваний опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы. Врачи здесь признанные лидеры в области хирургии, в частности, сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации легких. Великобритания достаточно дорогая страна с точки зрения медицинского туризма и поездка может затянуться на месяцы из-за сложности получения визы.

Таблица 1 - лидеры мирового рейтинга по медицинскому туризму

Рейтинг	Страна	Общий показатель, баллы (среднее значение)	Состояние окружающей среды		Уровень развития сферы медицинского туризма		Качество медицинских услуг и оборудования	
			баллы	рейтинг	баллы	рейтинг	баллы	рейтинг
1	Канада	76,62	78,69	1	74,14	4	77,01	4
2	Великобритания	74,87	77,30	2	70,38	17	76,94	5
3	Израиль	73,91	67,56	4	72,58	11	81,60	1
4	Сингапур	73,56	73,26	3	70,09	15	76,63	6
5	Индия	72,10	63,26	12	75,94	1	77,00	3
6	Южная Корея	70,16	64,74	10	70,15	19	75,59	7
7	Германия	71,90	67,50	5	70,38	18	77,88	2
8	Франция	71,22	66,88	6	71,92	13	74,86	8
9	Италия	69,50	66,47	7	73,01	9	70,94	11
10	Колумбия	69,48	62,60	17	74,96	2	70,86	12

Источник: составлено автором на основе источника 1

Для меня представляет интерес изучение развития медицинского туризма в отдельно взятых странах с точки зрения возможности применения их опыта для развития медицинского туризма в Казахстане, в частности, Южная Корея. На сегодняшний день существует тенденция массового выезда казахстанских туристов за границу с целью диагностики и/или лечения в такие страны, как Корея, Турция, Израиль, Германия. По статистике лидером по выездному медицинскому туризму среди стран СНГ является Россия – 72%, затем Украина и Казахстан в пределах 12-14% [2].

Южная Корея. Страна с высокотехнологичной индустриализацией экономики, с населением 50 млн. человек, занимает 13-е место в мире по номинальному внутреннему валовому продукту (ВВП). В течение 2015 года страну посетило 14,2 млн. туристов и такими темпами может достичь к 2017 году 20 млн. Южная Корея привлекательна и для медицинских туристов.

В Глобальном мировом рейтинге индустрии медицинского туризма занимает шестое место (Таблица 1). Высокотехнологичное оснащение, высокий уровень специалистов, жесткая система контроля качества

медицинских услуг, доброжелательное обслуживание и сравнительно низкие цены по сравнению с Японией, США, Германией и Израилем делают страну одной из самых привлекательных в области медицинского туризма. 26 корейских клиник имеют аккредитацию JCA [3].

Финансирование системы здравоохранения в Корее покрывается за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) и государственных субсидий. В Корее существует только одна страховая компания – Национальная медицинская страховая корпорация, действующая на некоммерческой основе. Отчисления по ОМС составляет 5,4% от заработной платы [4].

Уровень общих расходов на развитие здравоохранения, как правило, прямо коррелирует с ростом ВВП государства. Так, по данным ВОЗ, Корея занимает на 2014 год 11-ю позицию в мировом рейтинге с ВВП в \$1 377 873 млн. [5]. Показатели общих расходов на здравоохранение составил 7,4% в ВВП, что относит его к странам с высоким уровнем доходов (страны с высокими уровнями доходов – от 7 до 10% ВВП). По уровню расходов на душу населения (\$2060) Корея относится к странам со средним уровнем дохода. В глобальном рейтинге конкурентоспособности занимает 26 позицию, уступая таким странам, как Сингапур, Германия, Великобритания, Франция. В рейтинге эффективности системы здравоохранения Корея входит в пятерку лидеров, занимая пятое место [6].

Медицинская помощь осуществляется в три этапа: 1. амбулаторное лечение; 2. в стационарах общего профиля; 3. в высокотехнологичных клиниках или клиники третьего уровня. Все клиники оснащены самым современным оборудованием, что позволяет провести отличную диагностику и правильное лечение. Корея – страна с высокоразвитыми информационными технологиями и на шаг впереди всех в области высоких технологий роботизированной хирургии. В клиниках Южной Кореи 33 хирургических систем daVinci. Информационные технологии позволяют выполнять обмен документами без бумажного носителя, вести электронные истории болезни, работать без пленок и имеют высокую скорость передачи данных. По уровню оснащенности и качеству оказания медицинских услуг корейские клиники в рейтинге мировых лидеров находятся на седьмом месте (Таблица 1).

Персонал в клиниках отличается высоким уровнем подготовки и доброжелательностью, владеют несколькими иностранными языками – английским, русским, испанским, китайским, японским, монгольским и арабским языками, в других случаях

приглашаются переводчики. Созданы прекрасные условия пребывания в стационаре для пациентов.

Корейские врачи – это элита общества. Только 1% выпускников средних учебных заведений поступают в медицинские ВУЗы. Постдипломное обучение врачи проходят в лучших клиниках США и Европы, и составляет 7-8 лет. К работе на современном оборудовании, например, на хирургических системах daVinci, врач проходит подготовку и получает сертификаты по двум специальностям – хирурга и хирурга-эндоскописта [7].

Научно-образовательный уровень в Корее достиг мирового уровня, и сегодня туда приезжают на обучение и специализацию доктора из таких стран как Германия, Япония, Мексика, Саудовская Аравия, Россия, Казахстан и других. На сегодняшний день только в университете Госпиталя Сеулского Государственного университета (SNUH) проходят обучение около 500 врачей со всего мира [8].

В Корее клиники в 1,7 раза лучше, чем в среднем в странах ОЭСР, и в шесть раз лучше, чем в России оснащены современным медицинским оборудованием. Так, магнитно-резонансных томографов (МРТ) в Корее – 16, в странах ОЭСР в среднем – 9,5, в России – около 2,5 в расчете на 1 млн. населения [7].

Высоким спросом среди иностранных пациентов пользуются услуги специалистов по лечению таких сложных, требующих использования передовых медицинских технологий заболеваний, как рак, болезни мозга, сердца и сосудов. Особенных успехов добились корейские врачи в области трансплантологии. Корея удерживает лидирующие позиции в лечении онкологических заболеваний – выживаемость при раке желудка почти в два раза выше, чем в Канаде и США, и более чем в 1,5 раза выше при раке печени. Корея и Япония – это две страны в мире, где с успехом лечат запущенные стадии рака и у них самые большие показатели пятилетней выживаемости. В Корее число произведенных высокотехнологичных операций таких, как эндопротезирование коленных и тазобедренных суставов в год составляет 270 и 260 на 100 тысяч населения [7].

Интерес иностранцев к медицине в Корее увеличивается из года в год. Так, в 2007 году посетили 15 тысяч иностранных пациентов, в 2008 – 27400, в 2009 – 60200, а в 2010 году – 82 тысячи человек (Рисунок 1). Эксперты полагают, что к 2018 году число пациентов составит 400 тысяч человек, и прибыль от медицинских услуг должна составить \$1,34 млрд. [9].