

Раздел I

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.284-002.253

Р. Б. Жумабаев¹

¹Казахский медицинский университет непрерывного образования,
г. Алматы, Казахстан

ОБЗОР МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ

АННОТАЦИЯ

Выполнен литературный обзор 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. Клинические признаки: наличие экссудата в барабанной полости, отсутствие признаков острого воспаления и дефекта барабанной перепонки. Причины экссудативного среднего отита: респираторные вирусные инфекции; острый средний отит. Распространенность экссудативного среднего отита зависит от возраста и, по данным различных авторов, у детей 1-го года жизни составляет 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. (в 30,2 % случаев). Исследования зарубежных авторов подтверждают самостоятельное разрешение большинства случаев экссудативного среднего отита, в ином случае пациенты нуждаются в лечении. 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. На территории СНГ 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. Изучение различных вариантов лечения данной патологии актуально как в Республике Казахстан, так и во всем мире.

Ключевые слова: экссудативный средний отит, методы 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), причем он 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], 2 из 1000 детей имеют серьезные осложнения. В результате они переносят радикальные операции на среднем ухе, сни-

жающими качество жизни ребенка, который впоследствии нуждается в социальной адаптации [10,11]. Это подтверждает серьезность проблемы ЭСО и выводит данную 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 причину того или иного фактора на этапах развития заболевания. Некоторые врачи акцентируют внимание на основной роли обструкции слуховой трубы в развитии болезни и применяют такие термины, как "фа-

ринготуботимпанальное заболевание", "хроническая тубарная обструкция", "туботимпанальный катар", "туботимпанит", "отосальпингит" и т.п. [13]. 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. И, как следствие, причиной появления другого рода названий "hydropexvacuo", "гидропс среднего уха", "гидротимпанум", "серотимпанум", "серозный отит", "простой серозный отит", "стерильный средний отит" и т.п. [14]. В свою очередь, другие названия этой патологии связывают с выпотом в барабанной полости воспалительным экссудатом, поэтому называют заболевание экссудативным средним отитом, экссудативным катаральным отитом, средним отитом с экссудатом и т. п. [15]. Для того чтобы выделить повышенную секреторную активность слизистых железослизистой оболочки среднего уха, предложены термины "секреторный катар среднего уха", "секреторный отит". Для обозначения форм данной патологии с липким, вязким содержимым - "клейкое ухо" (glueear), "мукоидное ухо", "серо-мукоидный катар среднего уха" [16]. Геморрагические формы отита обозначаются как идиопатический гематотимпанум, или геморрагический серозный отит. 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. 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 говорят о том, что процесс появления в барабанной полости жидкого, негнойного содержимого совсем неясен. 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 [19,20]. 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 миригнотомия,
- хирургия среднего уха.

Активное наблюдение (*activeobservation*) – это процесс регулярного осмотра пациента, включая оценку слуха, развития и образовательного прогресса. 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 соединяющая 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 [19]. Это может быть достигнуто путем форсированного выдоха с закрытым ртом и носом, продувание 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 используемого для лечения экссудативного среднего отита у детей [20].

Антибиотики, антигистаминные препараты, деконгенсанты 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 [21].

Мириглотомия (парацентез, тимпанотомия) – это хирургическое вмешательство, при котором производится разрез на барабанной перепонке с лечебно-диагностической целью. Разрез выполняется специальной иглой (имеющей копьевидное лезвие) на задне-нижней части барабанной перепонки, длиной в несколько миллиметров. Таким образом, возможно введение лекарственных препаратов в среднее ухо. В некоторых клиниках проводится лазерная мириглотомия [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 [22].

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 некоторых случаях этой операции бывает достаточно для полного восстановления слуха и нормального функционирования структур барабанной полости. Иногда, 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 [23]. В Великобритании в Национальном институте здоровья и клинического совершенствования (NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence) разработаны рекомендации по диагностике и лечению экссудативного среднего отита. Рекомендации предусматривают 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, больных направляют на обследование у врача-оториноларинголога. Затем проводится 3-месячное наблюдение у данного специалиста. Если состояние ухудшается, потеря слуха увеличивается, то в зависимости от анамнеза заболевания стоит выбор между хирургическим или нехирургическим видом 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.

При хирургическом вмешательстве врач должен предоставить информацию о преимуществах и рисках лечения. Как правило, производится тимпанотомия с последующей установкой вентиляционных трубок (шунтов). У детей не производят одномоментную аденоидотомию при отсутствии стойких и / или частых симптомов инфекций верхних дыхательных путей. В последующем вентиляционные трубки удаляются самопроизвольно в течение 6 мес. – 1 года, или их удаляет хирург-оториноларинголог в те же сроки. Контроль за результатом осуществляется путем повторной аудиометрии и тимпанометрии, после удаления вентиляционных трубок через 2 недели и 1 месяц. В данных разработках также указаны нерекомендуемые виды лечения (NICE) [24-26].

Исходя из ряда систематических обзоров в данной области, можно сделать вывод, что в США врачи-оториноларингологи чаще применяют стратегию активного наблюдения

(*watchfulwaiting*). То есть в течение 3-х мес. пациент наблюдается у ЛОР-врача с последующим проведением контрольной аудиограммы. В отсутствие положительной динамики по истечению 3-х мес. пациентам предлагается хирургическое лечение в виде тимпанотомии с последующей установкой вентиляционных трубок (шунтов). Очевидно, что алгоритм лечения в США схож с алгоритмом лечения в Англии. В Америке присутствуют как традиционные методы лечения, так и нетрадиционные (гомеопатия, мануальная терапия, биологически активные добавки), последние из которых не приветствуются [25-27].

В Германии эффективным методом лечения признаётся метод хирургического вмешательства, т.е. тимпанотомия с/без установки вентиляционной трубки. Наряду с тимпанотомией проводится одновременная аденоидэктомия у детей. Польза хирургического вмешательства всегда должна перевешивать потенциальный риск [28].

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 мес. [29-31].

В качестве нехирургических методик лечения во всех вышеназванных странах применяются антибиотики, стероиды, антигистаминные препараты, деконгенсанты, по отдельности и в комбинациях (например, антибиотики+деконгенсанты, антигистаминные препараты+стероиды). Также существуют рандомизированные контрольные исследования, указывающие на отсутствие значительной положительной динамики в течение ЭСО при применении только нехирур-

гических методов лечения.

В Республике Казахстан, как и в других странах СНГ, в первую очередь лечение начинается с медикаментозной терапии в совокупном и комбинированном применении деконгенсантов, 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 [32].

Данный обзор не учитываются пациенты с экссудативным средним отитом с сопутствующими наследственными заболеваниями, такими, как синдром Дауна и расщелина нёба ("заячья губа", "волчья пасть").

Таким образом, основываясь на проведенном анализе литературы, можно отметить, что каждая страна руководствуется своими протоколами диагностики и лечения данного заболевания, которые включают в себя рекомендации для выявления, мониторинга и лечения ЭСО. Клинические проявления данного заболевания разнообразны. Вследствие этого не исключены трудности при диагностике и лечении. Принимая во внимание множество статей, руководств, рандомизированных контрольных исследований по диагностике и лечению экссудативного среднего отита, следует подчеркнуть, что методики и тактики лечения не перестают модифицироваться, что свидетельствует о неистощаемом интересе к данной проблеме.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология: рук-во для врачей. Т. 1. – М.: ОАО "Медицина", 2005. – 660 с.
- 2 Дмитриев Н.С. Экссудативный средний отит // Оториноларингология: нац. рук-во / под ред. В.Т. Пальчуна. – 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 February, 2008. – С. 10-11.
- 6 *Alberti Y.W., Bastos I., Bluestone C.D.* Prevention of hearing impairment from chronic otitis media / WHO Report, 2000. – P. 8-9.
- 7 *Володькина В.В.* Рецидивирующий экссудативный средний отит у детей: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.04. ФГУ "Рос. науч.-практ. центр аудиологии и слухопротезирования". – М., 2006. – 20 с.
- 8 *Zielhuis G.A., Rach G.H., Broek P.V.* Screening for otitis media with effusion in preschool children // Lancet. – 1989. – № 1. – P. 311-14.
- 9 *Casselbrant M., L., Brostoff L.M., Cantekin E.I., Flaherty M.R., Doyle W.J., Bluestone C.D.* et al. Otitis media with effusion in preschool children // Laryngoscope. – 1985. – Vol. 95. – P. 428-36.
- 10 DOH. Hospital Episode Statistics. Grommets. (D15) Department of Health; 2004 (and web site 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 // MJ. – 2001. – Vol. 323. – 1096 p.
- 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 *Воячек В.И., 1925; Темкин Я.С.* и др., 1947; *Ameriso J. et al.*, 1963; *Clin R., Briand C.C.*, 1965; *Tiedemann R.*, 1966; *Meltzer P.*, 1967; *Draper W.C.*, 1967 и др.
- 14 *Viale del Carril A.*, 1965; *Zollner F.*, 1966; *Tiedemann R.*, 1966; *Saboroff B., Loevi A.*, 1967; *Draper W.*, 1967 и др.
- 15 *Преображенский Н.А.*, 1970; *Sekine T.*, 1965; *Zeckner C.*, 1983 и др.
- 16 *Silverstein*, 1964; *Nawson S.*, 1964; *Thomas R.*, 1967; *Meltzer P.*, 1967, и др.
- 17 *Berkman N.D., Wallace I.F., Steiner M.J.* et al. Otitis media with effusion: comparative effectiveness of treatments. Comparative Effectiveness Review No. 101 (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10056-I.). May 4, 2013, 10-14 с.
- 18 *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).
- 19 *Perera R., Glasziou P.P., Heneghan C.J., McLellan J., Williamson I.* Autoinflation for hearing loss associated with otitis media with effusion (glue ear)/ 31 May 2013,
- 20 Otovent nasal balloon for otitis media with effusion/NICE guidance/ NICE advice [MIB59] Published date: March 2016. С. 2-3.
- 21 *Simpson S.A., Lewis R., van der Voort J., Butler C.C.* 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>
- 22 *Browning G.G., Rovers M.M., Williamson I., Lous J., Burton M.J.* Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with effusion in children/6 October 2010/Authors: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20927726>
- 23 *Зельдмайер Б., Моравиц 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.
- 24 Surgical management of otitis media with effusion in children pathway // Copyright © NICE 2013.
- 25 *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 Oct 6;(10):CD001801. doi: 10.1002/14651858.CD001801.pub3.

26 Van Zon A., van der Heijden G.J., van Dongen T.M. et al; Antibiotics for otitis media with effusion in children. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12; 9:CD009163. doi: 10.1002/14651858.CD009163.pub2.

27 Surgical Treatments for Otitis Media with Effusion: A Systematic Review. Ina F. Wallace, Nancy D. Berkman, Kathleen N. Lohr, Melody F. Harrison, Adam J. Kimple, Michael J. Steiner. February 2014, Vol. 133 / ISSUE 2

28 Otitis media with effusion - current management in children. SILKE BURKERT, CH. RASINSKI, R. BURKERT, K. NEUMANN. – 2012. – Vol. 22, Iss.1. – P. 9-12.

29 van Zon A., van der Heijden G.J., van Dongen T.M.A., Burton M.J. Antibiotiques utilisés? avec ou sans d'effusion ('otites?reuses') chez les enfants // Schilder AGM/ 12 septembre 2012. <http://www.cochrane.org/fr/CD009163/antibiotiques-utilises-en-cas-dotite-moyenne-avec-effusion-otite-sereuse-chez-les-enfants>

30 Griffin G., Flynn C.A. Antihistaminiques avec ou sans d'effusion pour l'otite moyenne avec effusion (OME) (otites?reuses) chez l'enfant - 7 septembre 2011. <http://www.cochrane.org/fr/CD003423/antihistaminiques-avec-ou-sans-decongestionnants-pour-otite-moyenne-avec-effusion-ome-otite-sereuse-chez-lenfant>

31 Clinical Practice Guidelines (CPG) Management of Otitis Media with Effusion in Children/Health Technology Assessment Section Medical Development Division / Ministry of Health Malaysia, 2012. – P. 3-5.

32 Магомедов М.М., Никиткин А.Ю., Левина Ю.В., Красюк А.А., Утешева В.А. Экссудативный средний отит. Современные представления и актуальность проблемы // Вестник оториноларингологии. – 2012. – № 5. – С. 93-97.

ТҰЙЫН

Бұл мақалада ортаңғы құлақтың экссудативті отитын емдеу мәселесі бойынша әдебиет шолуын ұсынады. Ортаңғы құлақтың экссудативті отит - орта құлақтың полиэтиологиялық қабыну ауруы, оның этиопатогенезінде есту түтігінің дисфункциясы негізгі рөл атқарады. Ортаңғы құлақтың экссудативті отиттың патоморфологиялық субстраты - мезо-, гипотимпанум және есту түтігінің созылмалы шырышты қабықшасының қабынуы, дабыл қуысында экссудат болуы, жедел қабыну ешқандай дәлел, және дабыл мембрана ақаулар клиникалық көрінісі болып табылады. Ортаңғы құлақтың экссудативті отит ең жиі себебі - респираторлық вирусты жұқпалы аурулар болып табылады, ал екінші себебі - ортаңғы құлақтың жедел отиты. Ортаңғы құлақтың экссудативті отиттың таралуы жасына байланысты және әр түрлі авторлардың мәліметтері бойынша, балалардың өмір 1 жыл - 35 %-ға дейін; 3-5 жыл - 10-30 %; 6-7 жыл - 3-10 %; 9-10 жыл - 1-3 %. Ортаңғы құлақтың экссудативті отиті 2 жастан 7 жасқа дейінгі балалардың есту қабілетінің жоғалуына ең жиі себебі болып табылған - балаларды жаппай тексеру кезінде 30,2 % болып табылды. Шетелдік авторлардың зерттеулер ортаңғы құлақтың экссудативті отиті көп жағдайларда өзіне-өзі қалпына келуі мүмкін, басқа жағдайларда науқастарды емдеу мұқтаж. Аурудың клиникалық негізгі белгісі есту қабілетінің төмендеуі науқастардың өмір сапасына кері әсер етеді. Қазіргі заманғы медицина ортаңғы құлақтың экссудативті отитін емдеудің көптеген түрлерін қарастырады, тіпті науқастар үшін есту құралдарын пайдалануға дейін. Еуропаның көптеген елдерінде, сондай-ақ Америка Құрама Штаттарында ортаңғы құлақтың экссудативті отиті диагностикаланғанда кешеуілдететін тактика қолданылады, ал ТМД елдерінде - кешеуілдетпей медициналық немесе хирургиялық емдеу беріледі. Жоғарыда жазылғанның негізінде ортаңғы құлақтың экссудативті отитін емдеу түрлерін зерттеу Қазақстан Республикасында және бүкіл әлемде маңызды болып табылады.

Түйінді сөздер: орта құлақтың экссудативті қабынуы, емдеу әдістері, тимпанотомия.

SUMMARY

This article provides an overview of the literature on the issue of treatment of otitis media with effusion. Otitis media with effusion - polietologic 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 exudative otitis media, 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.

Key words: exudative average otitis, treatment methods, tympanotomy.