

Из числа опрошенных, 46 (85 %) пациентов отмечают, что заболевание началось с симметричного поражения мелких суставов кистей, однако у 8 (15 %) пациентов заболевание дебютировало с моноартрита голеностопного — у 4 (7,77 %) пациентов, коленного — у 6 (11,13 %) пациентов, плечевого — у 3 (5,55 %) пациентов и у 2 (3,75 %) пациентов — локтевого суставов.

У 30 (55,56 %) пациентов первый симптом — боль в области сустава, у 8 (14,82 %) — утренняя скованность, а у 16 (29,62 %) пациентов отмечались и болевые ощущения, и скованность в области пораженного сустава. Так же у 35 (64,82 %) пациентов наблюдались дополнительные симптомы: припухлость, гиперемия, гипертермия пораженного сустава.

Серопозитивный РА диагностирован у 47 (87,04 %) пациентов и серонегативный РА — у 7 (12,96 %) пациентов. У 45 (83,3 %) пациентов отрицательный ревматоидный фактор (РФ) и всего лишь у 9 (16,7 %) — положительный РФ.

В терапии РА комбинацию препаратов. Метотрексат + сульфасалазин + ГКС — 12 (22,22 %) пациентов, метотрексат + НПВС — 9 (16,68 %) пациентов, сульфасалазин + ГКС — 3 (5,56 %) пациента, метотрексат + НПВС + ГКС — 26 (48,14 %) пациентов, НПВС + ГКС — 4 (7,40 %) пациента (в связи с отказом от приема БПВП).

#### **Выводы**

1. Ревматоидным артритом болеют преимущественно женщины (92,59 %).
2. Пик заболеваемости приходится на возраст от 30 до 40 лет (33,34 %) и от 51 года до 60 лет (46,29 %).
3. Большая часть пациентов связывает начало заболевания со стрессом.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Моисеева, А. И.* Внутренние болезни: учебник: в 2 т. / под ред. А. И. Моисеева, Н. А. Мухина, В. С. Мартынова. — 3-е изд., испр. и доп. — Минск: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 896 с.
2. *Новикова, И. А.* Аутоиммунные заболевания: диагностика и принципы терапии: учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. — Минск: Выш. шк., 2017. — 367 с.
3. Ревматические заболевания: в 3 т. / Заболевания костей и суставов / под ред. Дж. Х. Клиппела [и др.]; пер. с англ. под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насонова, Ю. А. Олюнина. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — Т. 2. — 515 с.
4. *Олюнин, Ю. А.* Ревматоидный артрит. Современные алгоритмы лечения / Ю. А. Олюнин, Н. Ю. Никишина // РМЖ Медицинское обозрение. — 2016. — № 26. — С. 1765–1777.

**УДК 616.28-002-053.2**

## **РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ДЕТЕЙ**

*Зылевич А. А., Поддубный А. А., Гридюшко С. М.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Экссудативный средний отит (ЭСО) занимает значимое место в структуре ЛОР-патологии. Распространенность ЭСО особенно высока среди детей. Уязвимость детей и подростков обусловлена морфологическими особенностями и физиологической несостоятельностью различных органов и систем детского организма, следствием которой, в том числе, является возрастная предрасположенность к развитию воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. В детском возрасте, как правило, поражаются оба уха. Но несмотря на многообразные подходы к лечению этого заболевания, многочисленные исследования свидетельствуют о неуклонном росте числа больных с рецидивирующим течением [1, 2].

## **Цель**

Изучить эффективность диагностики, лечения и профилактики рецидивов экссудативного среднего отита у детей.

## **Материал и методы исследования**

В отоларингологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы находилось на лечении 68 детей в возрасте от 1 до 14 лет (средний возраст 6 лет) с основным клиническим диагнозом: Рецидивирующий экссудативный средний отит. Из них: количество мальчиков — 43 (63,2 %) и количество девочек — 25 (36,8 %). Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, жалоб, локального осмотра, тимпанометрии.

## **Результаты исследования и их обсуждение**

Все дети (100 %) предъявляли жалобы на снижение слуха, чувство заложенности в ушах, в 20 (29,4 %) случаях отмечалась заложенность носа и храп.

Предрасполагающими факторами к развитию ЭСО у обследуемых детей явились: аденоиды III–IV степени, аденоидит, гипертрофия небных миндалин у 56 (82,7 %) детей, воспалительные процессы в полости носа и околоносовых пазухах (риносинусит, киста верхнечелюстной пазухи) — у 7 (10 %) детей, частые ОРИ — у 5 (7,3 %) пациентов.

По данным тимпанометрии у 36 (52,9 %) детей выявлены тимпанограммы типа «В», что свидетельствует о накоплении экссудата и изменению давления в барабанной полости.

Комбинированная тугоухость 1–2 степени установлена у 15 (22 %) детей. Кондуктивная тугоухость у 36 (52,9 %).

24 (35,3 %) пациентам выполнялась микрохирургическая операция на среднем ухе: тимпанотомия с ревизией и шунтированием барабанной полости. Шунтирование обеспечивает длительную аэрацию среднего уха, что благоприятно влияет на измененную слизистую оболочку всех его отделов, а также создает условия для эвакуации патологического содержимого и введения лекарственных препаратов в барабанную полость.

18 (26,4 %) пациентам был выполнен парацентез под микроскопом.

Наряду с хирургическим лечением основного заболевания 27 (39,7 %) пациентам была выполнена аденотомия под эндоскопическим контролем.

Исключительно медикаментозное лечение применялось у 26 (38,3 %) пациентов.

## **Выводы**

1. По нашим данным рецидивирующий экссудативный средний отит встречается у детей от 1 до 14 лет (средний возраст 6 лет), преимущественно у мальчиков (63,2 %).

2. Провоцирующими факторами развития экссудативного среднего отита являются аденоиды III–IV степени, аденоидиты, гипертрофия небных миндалин у 56 (82,7 %) детей.

3. С целью предупреждения развития экссудативного среднего отита рекомендуется проводить акустическую импедансометрию в плановом порядке один раз в полгода, осмотр оториноларинголога и врача-сурдолога один раз в год.

5. Лечение детей с рецидивирующим экссудативным средним отитом должно быть комплексным и включать устранение этиологического фактора (санация носа, околоносовых пазух), хирургическое, медикаментозное и физиолечение.

6. Основным методом лечения экссудативного среднего отита является микрохирургическая операция на среднем ухе: тимпанотомия с ревизией и шунтированием барабанной полости.

7. Главным условием лечения и достижения конечных результатов является наличие положительной динамики по данным тимпанометрии — тимпанограмма типа «А», что свидетельствует о нормализации давления в барабанной полости и восстановлении функции слуховой трубы.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Савенко, И. В. Экссудативный средний отит / И. В. Савенко, М. Ю. Бобошко. — М., 2016. — С. 73–78.
2. Милешина, Н. А. Экссудативный средний отит / Н. А. Милешина // Вопросы диагностики в педиатрии. — 2009. — Т. 1, № 2. — С. 24–26.