

полнены с сохранением задней стенки наружного слухового прохода, что является более физиологичным по отношению к полостям среднего уха. Все операции были выполнены под операционным микроскопом. В качестве материала для тимпаноластики использовались аутофасция височной мышцы и аутохрящ ушной раковины или козелка пациента. Наряду с хирургическим лечением основного заболевания 22 (33 %) пациентам была выполнена подслизистая резекция носовой перегородки.

#### **Выводы**

Общее количество госпитализированных пациентов с ХГСО в 1997 г. было в 1,42 раза больше, чем в 2017 г. ХГСО в 1997 г. чаще встречался в возрасте от 16 до 30 лет, в 2017 г. — 30–50 лет. Деструктивные формы ХГСО в 2 раза чаще встречались в 2017 году по сравнению с 1997 г. В 2017 г. количество операций, выполненных по поводу ХГСО, выросло на 23,4 % по сравнению с 1997 г. За последние 20 лет в условиях ЛОР отделения УГОКБ изменился характер выполняемых операций по поводу ХГСО. Все операции выполняются с использованием операционного микроскопа. Предпочтение отдается реконструктивным операциям. Высокий процент (30 %) санирующих операций выполняется с сохранением задней стенки наружного слухового прохода по закрытому типу, что предотвращает развитие осложнений, связанных с большой послеоперационной полостью. Для выполнения различных вариантов тимпаноластики предпочтение отдается использованию аутоканеи пациента (аутофасция, аутохрящ), что является физиологичным и недорогим способом.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Плужников, М. С.* Современное состояние проблемы хирургической реабилитации больных с хроническими воспалительными заболеваниями среднего уха / М. С. Плужников, В. В. Дискаленко, Л. М. Курмашова // Вестник оториноларингологии. — 2006. — № 5. — С. 63–66.
2. *Ситников, В. П.* Эволюция взглядов на реконструктивную хирургию уха при хроническом гнойном среднем отите (обзор литературы) / В. П. Ситников, Х. Эль-Рефай, Е. С. Ядченко // Проблемы здоровья и экологии. — 2011. — № 2 (28). — С. 32–38.
3. *Тарасов, Д. И.* Заболевания среднего уха / Д. И. Тарасов, О. К. Федорова, В. П. Быкова. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.

УДК 616.28-008.14(476.2)

### **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Шкуратова Е. Ю.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Сенсоневральная тугоухость — потеря слуха, вызванная поражением структур внутреннего уха, преддверно-улиткового нерва или центральных отделов слухового анализатора [1]. Слуховая система является важнейшей сенсорной системой, так как она является средством межличностного общения. Акустические сигналы, представляющие собой колебания воздуха, возбуждают слуховые рецепторы, которые находятся в улитке внутреннего уха [2]. Поражение слухового анализатора способствует задержке формирования речевых, психических и, возможно, моторных функций [3].

### Цель

Изучить особенности заболеваемости сенсоневральной тугоухостью у жителей Гомельской области.

### Материал и методы исследования

Работа была выполнена на базе Гомельской областной клинической больницы (ГОКБ). Был проведен ретроспективный анализ 200 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении с клиническим диагнозом сенсоневральная тугоухость. Диагноз устанавливался на основании анамнеза, жалоб и аудиометрии.

### Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую группу пациентов составили 123 (61,5 %) женщины и 77 (38,5 %) мужчин.

Наиболее часто встречалась хроническая форма сенсоневральной тугоухости — у 186 (93 %). Острая и подострая формы встречались у 11 (5,5 %) и у 3 (1,5 %) пациентов соответственно.

Были обследованы пациенты возрастного диапазона 17–89 лет. Средний возраст составил 52 года. Частота встречаемости сенсоневральной тугоухости в разных возрастных группах представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов с сенсоневральной тугоухостью по возрасту (в %)

Острая форма		Подострая форма		Хроническая форма	
возраст, лет	количество пациентов (в %)	возраст, лет	количество пациентов (в %)	возраст, лет	количество пациентов (в %)
До 20	9,1	До 20	0	До 20	1,1
21–40	45,4	21–40	66,7	21–40	22
41–60	36,4	41–60	33,3	41–60	43
61 и старше	9,1	61 и старше	0	61 и старше	33,9

Двусторонняя локализация сенсоневральной тугоухости наблюдалась у 136 (68 %) пациентов, правосторонняя — у 30 (15 %), левосторонняя — у 34 (17 %).

Количество заболевших — 137 (68,5 %) среди городских жителей, причем среди них преобладали жители города Гомеля — 72 (53 %). Количество заболевших среди сельских жителей составило 63 (31,5 %).

Причины возникновения данной патологии распределились следующим образом: 151 (75,5 %) — развитие заболевания пациенты ни с чем не связывают; 12 (6 %) — ОРИ; 12 (6 %) — травма головы; 11 (5,5 %) — гнойный средний отит; 4 (2 %) — воздействие шума; 4 (2 %) — отогенный менингит; 1 (0,5 %) — паротит; 1 (0,5 %) — ТИА; 1 (0,5 %) — сильный стресс; 1 (0,5 %) — старческий возраст; 1 (0,5 %) — субдуральная гематома; 1 (0,5 %) — последствие проведения эндотрахеального наркоза.

У 69 (34,5 %) обнаружилась сопутствующая ЛОР-патология (хронический эпителиоантральный гнойный средний отит, хронический смешанный ринит, хронический тубоотит); у 65 (32,5 %) — цереброваскулярная патология (атеросклероз БЦА, артериальная гипертензия); у 57 (28,5 %) — сопутствующие неврологические патологии (остеохондроз, спондилез, дисциркуляторная энцефалопатия), среди них остеохондроз у 96,5 % пациентов; у 19 (9,5 %) — офтальмологические проявления (катаракта, ангиопатия сетчатки, дистрофия сетчатки).

I степень сенсоневральной тугоухости встречалась наиболее часто — у 109 (54,5 %) пациентов; II степень — у 48 (24 %); III степень — у 27 (13,5 %); IV степень — у 16 (8 %).

78 (39 %) пациентов страдали тугоухостью несколько лет; 56 (28 %) — более 10 лет; 25 (12,5 %) — с детства; 24 (12 %) — несколько месяцев; 11 (5,5 %) — несколько дней; 6 (3 %) — несколько недель.

Кроме снижения слуха, 143 (71,5 %) пациента жаловались на шум в ушах, 8 (4 %) — на головокружение.

Препаратами выбора являются винпоцетин и бетагистин. 125 (62,5 %) применяли винпоцетин и бетагистин в сочетании с физиолечением: гипербарической оксигенацией, Дарсонвалем, сложными ингаляциями с фурацилином и кофеин-новокаиновыми блокадами.

**Выводы**

1. Исследуемую группу пациентов составили 123 (61,5 %) женщины и 77 (38,5 %) мужчин. Средний возраст составил 52 года.

2. Наиболее часто встречалась хроническая форма сенсоневральной тугоухости — у 186 (93 %).

3. У 69 (34,5 %) обнаружилась сопутствующая ЛОР патология, у 57 (28,5 %) — сопутствующие неврологические патологии; у 19 (9,5 %) — офтальмологические проявления.

4. I степень сенсоневральной тугоухости встречалась наиболее часто — у 109 (54,5 %) пациентов.

5. Препаратами выбора являются винпоцетин и бетагистин. 125 (62,5 %) применяли винпоцетин и бетагистин в сочетании с физиолечением.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. *Азиева, З. О.* Сенсоневральная тугоухость с точки зрения этиологии и патогенеза / З. О. Азиева // Кубанский научный медицинский вестник. — 2016. — № 2. — С. 161.

2. *Жайсакова, Д. Е.* Нарушение слуховой функции у недоношенных детей в пренатальном и перинатальном периодах развития с отрицательным дефицитом неврологического статуса / Д. Е. Жайсакова, М. Б. Калтаева // Вестник Казахского Национального медицинского университета. — 2016. — № 4. — С. 116.

3. Закономерности психомоторного развития у детей с тугоухостью / Д. С. Юрьева [и др.] // Педиатр. — 2017. — № 1. — С. 67.