

из задних отделов носовой полости, где проходят главные сосуды, питающие слизистую оболочку носа, поэтому такие кровотечения отличаются интенсивностью и угрожающим характером [2].

#### **Выводы**

Изучение морфо-функциональных характеристик и особенностей строения слизистой оболочки и сосудистого русла полости носа как в возрастном аспекте, так и при создании экспериментальной модели на животных в рамках обсуждаемой проблемы в настоящее время является приоритетным направлением, которое позволит уменьшить частоту встречаемости рецидивирующих носовых кровотечений, а также оптимизировать диагностику и лечение данного вида патологии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Гаджимирзаев, Г. А.* Носовые кровотечения. Аналитический обзор и собственный опыт / Г. А. Гаджимирзаев, В. Н. Тулкин, Р. Г. Гаджимирзаева // Российская оториноларингология. — М., 2014. — С. 96–110.
2. Современные аспекты терапии носовых кровотечений (обзор литературы) / Н. С. Храппо [и др.] // Успехи современного естествознания. — Астрахань, 2012. — № 3. — С. 27–32.
3. *Beran, M.* Changes in the nasal mucosa of habitual nose-bleeders / M. Beran, B. Petruson // Acta Otolaryngol (stockh). — 2016. — Vol. 102. — P. 308–314.
4. *Петров, В. В.* Носовые кровотечения – современное состояние проблемы (обзор) / В. В. Петров // Современные наукоемкие технологии. — 2005. — № 2. — С. 13–16.

УДК 616.284-002.2-036.2(476.2)«1997+2017»

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ В 1997 И В 2017 ГГ. ПО ДАННЫМ ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

*Черняк А. Г., Романов Р. Г.*

Научный руководитель: к.м.н., ассистент кафедры *Е. С. Ядченко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Актуальной проблемой современной оториноларингологии является проблема хирургического лечения пациентов, страдающих хроническим гнойным средним отитом (ХГСО). ХГСО страдает от 1,5 до 4 % населения в мире, чаще болеют дети и люди трудоспособного возраста, что приводит в ряде случаев к инвалидизации за счет социальной дезадаптации из-за развития стойкой тугоухости. Основным методом лечения ХГСО — хирургический: одни виды операций направлены на санацию гнойного очага в полостях среднего уха, другие — для слухоулучшения [2, 3]. В случае неадекватного выбора варианта операции или выполнения ее в недостаточном объеме неизбежен рецидив заболевания [2, 3].

#### **Цель**

Сравнительный анализ клинических показателей и методов хирургического лечения пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу различных форм ХГСО на базе ЛОР отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) в 1997 и 2017 гг.

#### **Материал и методы исследования**

Произведен ретроспективный анализ 352 карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в ЛОР отделении УГОКБ в 1997 и 2017 гг. с диагнозом ХГСО (по

классификации МКБ-10 коды Н66.1; Н66.2; Н66.3) в возрасте от 16 до 75 лет (201 мужчина и 151 женщина). Исследование проводилось на базе УГОКБ в медицинском архиве в свободное от учебы время. Статистический анализ результатов исследования проведен с применением пакета прикладных программ «Microsoft Excel».

#### Результаты исследования и их обсуждение

Среди представленных пациентов 248 (70,5 %) человек пришлось на 1997 г. (составили I группу), в то время как в 2017 г. с указанным диагнозом проходили лечение 104 (29,5 %) пациента — II группа. Среди пациентов I группы в 60 % случаев встречались мужчины, в то время как среди пациентов II группы гендерных различий выявлено не было. В большинстве случаев пациенты обеих групп были городскими жителями (55,1 и 72,5 % соответственно). Повторно за исследуемые годы были госпитализированы 8 пациентов I группы (3,2 %) и 6 (5,8 %) — II группы.

В различных возрастных группах частота встречаемости ХГСО представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Возрастное распределение пациентов

Количество человек (n, %)	Возраст						
	< 18 лет	18–30 лет	31–40 лет	41–50 лет	51–60 лет	61–70 лет	> 70 лет
I группа	9 (3,6 %)	113 (45,6 %)	71 (28,6 %)	41 (16,5 %)	6 (2,4 %)	5 (2 %)	3 (1,2 %)
II группа	2 (1,9 %)	11 (10,6 %)	43 (41,35 %)	32 (30,7 %)	8 (7,6 %)	5 (4,8 %)	3 (2,8 %)

По частоте встречаемости различных форм ХГСО:

Хронический туботимпанальный гнойный средний отит (Н66.1): I группы — 111 (44,8 %), II группы пациентов — 26 (25 %). Хронический эптитимпаноантральный гнойный средний отит (Н66.2): I группы пациентов — 74 (29,8 %), II группы — 62 (60 %). Другой хронический гнойный средний отит (состояние после радикальной операции) (Н66.3): I группы пациентов — 63 (25,4 %), II группы — 16 (15 %). Сопутствующую патологию со стороны носа и околоносовых пазух в виде искривления носовой перегородки, вазомоторного ринита, различных форм хронического риносинусита имели 40 % пациентов I группы и 45 % пациентов II группы. Помимо этого 20 % пациентов I группы и 10 % пациентов II группы страдали такими общими заболеваниями как ИБС (40 и 10 %), сахарный диабет 2 типа (35 и 5 %, ХОБЛ (25 и 2 % соответственно) и прочими. Микробиологическое исследование ушного отделяемого до начала лечения согласно стационарным картам было проведено у всех пациентов. Положительные результаты посевов получены у 116 пациентов I группы (47 %) и у 62 пациентов II группы (60 %), в остальных случаях патогенной и условно-патогенной флоры выявлено не было. Среди ушного отделяемого пациентов I группы в 80 % случаев выделялся гемолитический стрептококк, в 15 % — грибковая флора, в 5 % — грамотрицательные бактерии. Среди ушного отделяемого пациентов II группы золотистый стафилококк в клинически значимом титре определялся в 70 % случаев, грибы и грамотрицательные бактерии одинаково часто — в 15 %. При этом грибково-бактериальные ассоциации выявлены у 30 % пациентов. 102 пациентам из I группы (41 %) была выполнена радикальная (общеполостная) операция на полостях среднего уха. Удаление грануляций из полостей среднего уха выполнялась у 9 (3,6 %) пациентов. У 55,4 % пациентов I группы оперативное лечение не выполнялось. Среди 102 пациентов, оперированных по поводу ХГСО, 32 (31,3 %) из них была выполнена подслизистая резекция носовой перегородки. Исключительно курс противовоспалительной терапии был проведен у 137 (55,4 %) пациентов. Среди пациентов II группы оперативное лечение выполнялось у 67 (64,4 %). При этом у 43 (64 %) пациентов выполнялись различные варианты тимпаноластики, и лишь у 36 % исключительно saniрующая общеполостная операция. При этом около 30 % операций были вы-

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].