

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 %) saniрующих 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].