

ставило 1799 человек, количество лиц мужского пола — 972 (54 %) человек, количество лиц женского пола — 827 (46 %) человек.

2. Большее количество пациентов было детского возраста от 2-х месяцев до 9 лет — 811 (45,08 %) человек. У 648 (36 %) человек данное заболевание является повторным. Наиболее часто встречаются первичные тонзиллиты: катаральный, как результат вирусной инфекции — 965 (53,64 %), фолликулярный — 614 (34,14 %), лакунарный — 141 (7,84 %).

3. Чем больше возраст пациента, тем меньше заболеваемость острым тонзиллитом 80–89 лет — 2 (0,11 %) человека. Это связано с анатомо-функциональной особенностью глоточного лимфоаденоидного кольца Пирогова-Вальдейера, которое обусловлено возрастной инволюцией лимфоидной ткани.

4. Инфекционный мононуклеоз, наиболее часто встречается в детском возрасте: от 2 месяцев до 9 лет (43,72 %). Не всегда можно своевременно диагностировать данное заболевание, что свидетельствует об актуальности проблемы инфекционного мононуклеоза в педиатрической практике.

4. Анализируя полученные данные, мы приходим к выводу, что важна своевременная постановка верного диагноза, с дальнейшим подбором правильной тактики диагностики и лечения пациента, с целью предупреждения развития хронического тонзиллита, а именно декомпенсированной формы и других более серьезных осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Митрофанов, Л. А. Лучихина. — М.: Медицина, 2011. — С. 649.
2. Арзамасов С. Г. Некоторые особенности течения хронического тонзиллита / С. Г. Арзамасов, И. В. Иванец // Вестник оториноларингологии. — 2011. — № 1. — С. 55–57.
3. Каспранская, Г. Р. Хронический тонзиллит: разные взгляды на старую проблему / Г. Р. Каспранская, А. С. Лопатин // Медицинский совет. — 2013. — № 3. — С. 75–74.

УДК 616.284.7-002 (476.2)

### АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ МАСТОИДИТА У ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

*Шурапова Е. Ю.*

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Среди общего числа пациентов с различными заболеваниями ЛОР-органов средний отит диагностируется в 20–30 % случаев [1]. Несмотря на то, что заболевание хорошо изучено, давно определены основные принципы его диагностики, лечения и профилактики, число осложнений среднего отита остается по-прежнему высоким и не имеет тенденции к снижению [2]. Мастоидит — наиболее частое осложнение острого и хронического среднего отита, определяется как воспаление слизистой оболочки, перистоста и костной основы ячеистой структуры сосцевидного отростка [3].

#### **Цель**

Выявить заболеваемость мастоидитом у жителей Гомельской области.

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

Работа была выполнена на базе Гомельской областной клинической больницы (ГОКБ). Было проанализировано 20 медицинских карт стационарных пациентов, нахо-

дившихся на лечение с 2014 по 2019 гг. и имеющих мастоидит как осложнение среднего отита. Диагноз подтверждался данными анамнеза, отомикроскопии, КТ височных костей, рентгенографии височных костей.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Из 20 исследуемых пациентов мастоидит наблюдался поровну у 10 (50 %) мужчин и у 10 (50 %) женщин.

Были исследованы пациенты возрастного диапазона 18–87 лет. Средний возраст составил 45,6 лет.

Причиной, вызвавшей мастоидит, чаще всего являлся хронический гнойный средний отит — у 11 (55 %) пациентов; острый гнойный средний отит — у 5 (25 %) пациентов; подострый гнойный средний отит — у 3 (15 %); острый экссудативный отит — у 1 (5 %) пациента.

Жалобы пациентов при поступлении распределились следующим образом: боль в ухе — 18 (90 %); гноетечение из уха — 13 (65 %); снижение слуха — 11 (55 %); повышение температуры — 6 (30 %); головная боль — 3 (15 %).

12 (60 %) пациентов поступили в ГОКБ в плановом порядке, 8 (40 %) — экстренно.

5 (25 %) пациентов считали себя больными несколько дней, 6 (30 %) пациентов — неделю; 2 (10 %) пациента — месяц; 5 (25 %) пациентов — 2 месяца; 2 (10 %) пациента — 3 месяца.

Всем пациентам проводилось микробиологическое исследование материала из уха для выявления возбудителя. Биота, которая при этом была выявлена, распределилась следующим образом: *Pseudomonas aeruginosa* — 5 (25 %); *Klebsiella singaporensis* — 1 (5 %); *Proteus mirabilis* — 1 (5 %); *Staphylococcus aureus* — 1 (5 %); *Enterococcus* — 1 (5 %); *Sphingomonas paucimobilis* — 1 (5 %); грамположительные кокки — 1 (%); грибы рода *Candida* — 1 (5 %). У 8 (40 %) пациентов рост биоты не получен.

Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречалась ЛОР-патология (искривление носовой перегородки, хронический смешанный ринит, сенсоневральная тугоухость, синусит, тубоотит) — у 17 (85 %) пациентов. Заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС, атеросклероз аорты) наблюдались у 5 (25 %) пациентов; заболевания эндокринной системы (сахарный диабет 2 типа) — у 5 (25 %) пациентов; патология органа зрения (ангиопатия сетчатки, ленсопатия) — у 1 (5 %) пациента.

Хронический средний отит сопровождался грануляциями, деструкцией кости у 6 (30 %) пациентов; остеомиелитом пирамиды височной кости — у 1 (5 %) пациента; холестеатомой — у 1 (5 %) пациента.

Основное заболевание осложнилось комбинированной тугоухостью у 12 (60 %) пациентов; невралгией лицевого нерва — у 5 (25 %); субпериостальным абсцессом — у 4 (20 %); вестибулопатией — у 1 (5 %) пациента.

Для диагностики данного заболевания применялись методы лучевой терапии. КТ и КЛКТ височных костей проводилось 18 (90 %) пациентам, рентгенография височных костей — 3 (15 %) пациентам.

Лечение мастоидита — хирургическое. Радикальная операция выполнялась 11 (55 %) пациентам; антромастоидотомия — 9 (45 %) пациентам.

#### **Выводы**

1. Из 20 исследуемых пациентов мастоидит наблюдался поровну у 10 (50 %) мужчин и у 10 (50 %) женщин. Средний возраст составил 45,6 лет.

2. Причиной, вызвавшей мастоидит, чаще всего являлся хронический гнойный средний отит — у 11 (55 %) пациентов; острый гнойный средний отит — у 5 (25 %) пациентов; подострый гнойный средний отит — у 3 (15 %); острый экссудативный отит — у 1 (5 %) пациента.

3. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречалась ЛОР-патология (искривление носовой перегородки, хронический смешанный ринит, сенсоневральная тугоухость, синусит, тубоотит) — у 17 (85 %) пациентов. Заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС, атеросклероз аорты) наблюдались у 5 (25 %) пациентов; заболевания эндокринной системы (сахарный диабет 2 типа) — у 5 (25 %) пациентов.

4. Лечение мастоидита — хирургическое. Радикальная операция выполнялась 11 (55 %) пациентам; антромастоидотомия — 9 (45 %) пациентам.

5. Ввиду наличия сопутствующей патологии со стороны ЛОР-органов (85 %), необходимо проводить своевременную профилактику развития внутричерепных осложнений: санация полости носа, околоносовых пазух.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Кривопапов, А. А.* Острый средний отит: эпидемиология, классификация, этиология и лечение / А. А. Кривопапов, И. В. Фанга // Медицинский совет. — 2016. — № 4. — С. 53.
2. *Полунин, М. М.* Некоторые особенности клинического течения мастоидита у детей / М. М. Полунин, А. М. Иваненко, А. А. Поляков // Вестник оториноларингологии. — 2016. — № 6. — С. 17.
3. Анализ причин развития осложненных форм острого среднего отита у детей / В. Н. Красножон, ред. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2018. — № 5. — С. 203.

УДК 616.36-002.17-073.43-055

### РАЗЛИЧИЯ В СТРУКТУРЕ ФИБРОЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ ПО ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНОМУ ПРИЗНАКУ

*Якушева О. О., Лавренко Т. А.*

Научный руководитель: д.м.н. доцент *Е. Л. Красавцев*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Фиброз печени — заболевание, характеризующееся разрастанием соединительной (коллагеновой) ткани печени без изменения ее структуры. Фиброз печени — это закономерное следствие практически всех заболеваний печени любой этиологии [1].

Степень выраженности фиброза при хроническом заболевании печени отражает отдаленный прогноз и, следовательно, необходимость и срочность лечения.

Ультразвуковая эластография — новая группа неинвазивных методов, используемых для измерения жесткости в органах-мишенях [2].

Полученные в результате измерений плотности в нескольких точках в килоПаскалях позволяют определить степень фиброза по шкале Metavir [3]:

— F0 — фиброз отсутствует;

— F1 — портальный и перипортальный фиброз без образования септ;

— F2 — портальный и перипортальный фиброз с единичными септами;

— F3 — портальный и перипортальный фиброз со множественными септами;

— F4 — цирроз печени [3] — состояние, при котором нормальные гепатоциты практически полностью заменены на фиброзную соединительную ткань. Цирроз печени — наиболее частое осложнение хронических гепатитов.

Выяснение гендерно-возрастных различий в структуре фиброзных изменений печени необходимо для развития теоретической базы диагностики и определения показаний к лечению у пациентов с патологией печени.