

заболеваемости зарегистрирован в летний период. Это связано с началом фазы оздоровления и нарушением тесного общения среди учащихся [1].

3. В связи полученными данными о цикличности и наличии вспышек ветряной оспы, интенсивности и неуправляемом характере эпидемического процесса, следует не допускать заноса ветряной оспы в учреждения образования, своевременно выявлять и изолировать заболевших, активизировать информационно-образовательную работу среди студентов о мерах профилактики ветряной оспы, рекомендовать проведение профилактических прививок против ветряной оспы, учитывая тяжесть течения заболевания у взрослых и возможное развитие осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чистенко, Г. Н. Ветряная оспа: эпидемиологические особенности / Г. Н. Чистенко, Т. С. Гузовская // Военная медицина. — 2004. — № 1. — С. 115–118.
2. Чистенко, Г. Н. Закономерности эпидемического процесса ветряной оспы на территории Республики Беларусь / Г. Н. Чистенко, Т. С. Гузовская, В. П. Шиманович // Журнал Гродненского Государственного медицинского университета. — 2008. — № 2. — С. 68–71.
3. Современные особенности эпидемического процесса ветряной оспы / Е. М. Воронин [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — 2010. — № 6. — С. 17–22.

УДК 616.84 – 002.2-036.2(476ю2) «1997+2017»

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ЗА 20 ЛЕТ В 1997 И В 2017 ГГ. ПО ДАННЫМ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Черняк А. П.

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

Учреждение образования

Гомельский государственный медицинский университет
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) — хроническое гнойное воспаление среднего уха, характеризующееся наличием стойкой перфорации барабанной перепонки, постоянным либо периодически повторяющимся гноетечением из уха, тугоухостью. Несмотря на очевидные успехи в разработке методов профилактики и лечения этой патологии, ХГСО является достаточно распространенным заболеванием — по данным различных авторов им страдает около 4 % населения в мире, что составляет в структуре ЛОР-патологии 20–25 % и достоверных тенденций к ее снижению не отмечается. Заболевание представляет серьезную опасность для слуха ХГСО и нередко ведет к возникновению внутричерепных осложнений.

Основной метод лечения ХГСО — хирургический, при котором имеется несколько принципиальных подходов: одни виды операций направлены на санацию гнойного очага в полостях среднего уха, другие — на достижение максимального функционального эффекта — слухоулучшения [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 (3,2 %) пациентов I группы 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 | | | | | | |
|----------------------------|----------------|--------------|--------------|-------------|-----------|-----------|-----------|
| | дети до 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 (15,5 %) | 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 %) |

Распределение пациентов по формам ХГСО представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Частота встречаемости различных форм ХГСО

| Количество человек (n, %) | Нозологическая форма ХГСО | | |
|---------------------------|---|---|--|
| | хронический туботимпанальный гнойный средний отит Н66.1 | хронический эпителиально-носовой гнойный средний отит Н66.2 | другой хронический гнойный средний отит (состояние после радикальной операции) Н66.3 |
| I группа | 111 (44,8 %) | 74 (29,8 %) | 63 (25,4 %) |
| II группа | 26 (25 %) | 62 (60 %) | 16 (15 %) |

Все пациенты предъявляли жалобы на периодическое или постоянное гноетечение из больного уха и снижение слуха на него. У большинства пациентов — 64 %, гноетечение из ушей отмечалось с раннего детства (n = 225), у 10 % (n = 35) — свыше 10 лет, 15 % (n = 53) — до 10 лет, у 8 % (n = 28) — от 2 до 5 лет. 11 (3 %) пациентов затруднились с ответом. Односторонний процесс выявлен у 271 (77 %) пациента, у 81 (23 %) обследуемого — патологический процесс в ухе носил двухсторонний характер. У 105 (29,8 %) пациентов заболевание было связано с перенесенной в детстве острой респираторной вирусной инфекцией, в частности с гриппом, у 19 (5,4 %) человек в анамнезе выявлены травматические факторы.

Из 215 пациентов обеих групп с деструктивными формами ХГСО холестеатома и кардиозно-грануляционный процесс были выявлены одинаково часто (у 22 и 30 % пациентов). Однако стоит отметить, что указанная форма ХГСО в процентном соотношении встречалась в 2 раза чаще среди пациентов II группы.

При анализе тональных пороговых аудиограмм существенных различий в исследуемых группах выявлено не было, однако было отмечено, что все пациенты имели различную степень выраженности кондуктивной тугоухости, примерно у 60 % пациентов I группы и 72 % пациентов II группы имелся сенсоневральный компонент.

Сопутствующую патологию со стороны носа и околоносовых пазух в виде искривления носовой перегородки, вазомоторного ринита, различных форм хронического ри-

носинусита 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 (47 %) пациентов I группы и у 62 (60 %) пациентов II группы, 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 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 (41 %) пациентам из I группы 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 тимпанопластики, и лишь у 36 % исключительно saniрующая общеполостная операция. При этом около 30 % операций были выполнены 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 тимпанопластики 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

1. Общее количество госпитализированных пациентов с ХГСО в 1997 г. было в 1,42 раза больше, чем в 2017 г.
2. По результатам нашего исследования ХГСО в 1997 г. чаще встречался в возрасте от 16 до 30 лет, в 2017 г. — в возрастной группе 30–50 лет.
3. Деструктивные формы ХГСО в 2 раза чаще встречались в 2017 г. по сравнению с 1997 г.
4. Провоцирующими факторами развития ХГСО являются риниты различной этиологии, воспаление носовой перегородки, риносинуситы, приводящие к дисфункции слуховой трубы.
5. Изменился характер микрофлоры при ХГСО. На смену гемолитическому стрептококку, который доминировал прежде, пришел патогенный антибиотико-резистентный стафилококк. Значительно чаще стала высеваться грамотрицательная биота. Сохраняется высокий процесс отомикоза у пациентов с ХГСО.
6. В 2017 г. количество операций, выполненных по поводу ХГСО, выросло на 23,4 % по сравнению с 1997 г.
7. 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 saniрующих операций выполняется с сохранением задней стенки наружного слухового прохода, что предотвращает развитие осложнений, связанных с

большой послеоперационной полостью. Для выполнения различных вариантов тимпанопластики предпочтение отдается использованию аутоканеи пациента (аутофасция, аутохрящ), что является физиологичным и недорогим способом.

8. Лечение ХГСО в разные годы было комплексным и включало устранение этиопатологического фактора (санация носа, околоносовых пазух), в том числе хирургическое.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макарина-Кибак, Л. Э. Проблема хронического гнойного среднего отита в Республике Беларусь / Л. Э. Макарина-Кибак, Ж. В. Колядич, Н. М. Таранова // Оториноларингология. Восточная Европа. — 2012. — № 2. — С. 3–10.
2. 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.
3. 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 (13). — С. 32–35.
4. Тарасов, Д. И. Заболевания среднего уха / Д. И. Тарасов, О. К. Федорова, В. П. Быкова. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.

УДК 616.322-002-036.12

ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ТОНЗИЛЛИТА

Чиграй А. И., Гримашиевич А. Б., Антощенко К. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Воспалительные заболевания ротоглотки занимают одно из ведущих мест в структуре патологии ЛОР-органов. Актуальность проблемы хронического тонзиллита остается на достаточно высоком уровне. По данным зарубежных и отечественных авторов, распространенность хронического декомпенсированного тонзиллита среди населения колеблется в широких пределах: во взрослой популяции хронический тонзиллит диагностируется от 5 до 37 % пациентов, в детской от 15 до 63 % [1].

Частой и значимой причиной острых бактериальных тонзиллитов являются β-гемолитические стрептококки группы А. На догоспитальном этапе врач любой специальности обязан провести дифференциальный диагноз между острым тонзиллитом бактериальной, вирусной, грибковой этиологии (поскольку лечение острого тонзиллита кардинально различается в зависимости от этиологического фактора), а также местными осложнениями острых тонзиллитов, нуждающихся в хирургическом лечении. Для уточнения диагноза необходимо проведение лабораторных исследований: бактериологического, вирусологического, серологического, цитологического и др. На данный момент все более широкое распространение получают методы экспресс-диагностики, они дополняют, но не заменяют культуральный метод.

Ранняя диагностика стрептококковой этиологии тонзиллита, ведется с целью: проведения своевременной и рациональной антибактериальной терапии, профилактики осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (ревматическая болезнь сердца, инфекционный кардит), опорно-двигательной (неспецифический инфекционный полиартрит), мочевыделительной (острый пиелонефрит), коллагеновых заболеваний (системная красная волчанка, склеродермия) и др. [2].

Согласно классификации И. Б. Солдатова, наличие не только местных признаков: гиперемия и утолщенность небных дужек, рубцовые спайки между миндалинами и дужками, разрыхленные или рубцово-измененные уплотненные миндалины, казеозно-