

Результаты исследования и их обсуждение

При использовании вышеописанных методик мы получили следующие результаты: средний возраст детей (55 мальчиков, 34 девочки), госпитализированных по поводу острого среднего отита, составил от 0 до 1 года — 18 (20,2 %) детей, от 2 до 3 лет — 17 (19,1 %) детей, от 4 до 5 лет — 29 (32,6 %) детей, от 6 до 8 лет — 25 (28,1 %) детей. Среди них с острым средним отитом — 49 (55 %) детей, с рецидивирующим средним отитом — 40 (45 %) детей.

Преобладание детей возрастной категории 4–5 лет связано, по нашему мнению, с началом посещения организованных детских дошкольных коллективов и увеличением заболеваемости острыми респираторными инфекциями, предрасполагающими к инфекциям уха. В качестве сопутствующих заболеваний у 47 (52,8 %) детей установлен ОРВИ, у 4 (4,5 %) детей — синусит, у 15 (16,85 %) детей — гипертрофия аденоидов без сопутствующих заболеваний — 23 (25,8 %) ребенка.

Всем детям была выполнена тимпанотомия барабанной перепонки с шунтированием. В том числе некоторым детям были выполнены следующие операции: тимпанотомия — 12 (13,5 %) детям, аденотомия — 9 (10 %) детям, двухсторонняя пункция верхнечелюстной пазухи — 2 (2,2 %) детям, тимпанотомия с шунтированием слева и справа — 22 (24,7 %) детям.

Выводы

1. Учитывая возраст пациентов и невозможности полноценно изложить жалобы данной проблемы, импедансометрия является золотым стандартом в диагностики острого среднего неперфоративного отита.

2. Тимпанотомия у детей с острым средним отитом является профилактикой рецидивов заболевания и возникновения грозных осложнений.

3. Тимпанотомии с шунтированием у детей является более предпочтительней при рецидивирующем характере острого среднего отита.

4. Позволяет восстановить или предотвратить снижения слуха, что является ключевым моментом в развитии речи и социальной адаптации детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: национальное руководство / В. Т. Пальчун. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Острое воспаление среднего уха / В. Т. Пальчун [и др.] // Вестник оториноларингологии. — 2011. — № 6. — С. 7–11.
3. Острый средний отит у детей / М. В. Федосюк [и др.]. — [Электронный ресурс]: <https://cyberleninka.ru/article/v/ostryy-sredniy-otit-u-detey-sovremennyy-vzglyad-na-problemu-vozmozhnosti-vaksinoprofilaktiki>.
4. Хоров, О. Г. [и др.] // Оториноларингология. Восточная Европа. — 2017. — Т. 7, № 4. — С. 404–411.
5. Корнеева, О. В. Особенности течения острого воспаления среднего уха, патогенез хронизации, диагностика и лечебная тактика / О. В. Корнеева // Научно-практический журнал Постдипломного образования в оториноларингологии.

УДК 616.216.1-002. «2014-2018»

ОДОТСТВЕННЫЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫЕ СИНУСИТЫ ПО ДАНЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ И ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА (2014–2018 ГГ.)

Михальченко В. А., Костина Ю. М.

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

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

Введение

Воспалительные заболевания околоносовых пазух относятся к наиболее часто встречающейся патологии верхних дыхательных путей. Из всех пазух чаще всего поражается верхнечелюстная [1].

Различают следующие типы верхнечелюстных синуситов (ВЧС): одонтогенные, риногенные, гематогенные, травматические и аллергические [2].

Особого внимания заслуживает одонтогенный ВЧС (ОВЧС), т. к. он отличается патофизиологией, микробиологией и лечением от других синуситов. Неспособность точно и своевременно выявить одонтогенную природу синусита может привести к неправильной тактике лечения, хронизации процесса и развитию опасных осложнений [3].

ОВЧС — это воспаление верхнечелюстной пазухи (ВЧП), которое возникает в результате распространения инфекции из одонтогенных воспалительных очагов [2].

Одонтогенные синуситы по своему течению могут быть острыми, подострыми и хроническими, а также представлять собой обострение хронического воспаления [2].

ВЧП — полость округлой формы объемом от 10–12 до 30 см³. Выделяют три типа пазух: склеротический тип — малые размеры пазухи, костная стенка между слизистой оболочкой пазухи и верхушками зубов может достигать нескольких мм, пневматический тип — крупные размеры пазухи, костная стенка в области дна пазухи либо очень тонкая, либо отсутствует и верхушки зубов покрыты только слизистой оболочкой; смешанный тип [3].

Таким образом, возникновение синуситов зависит в основном от двух факторов: наличия и тяжести течения одонтогенного воспаления и толщины костной прослойки, отделяющей верхушку корня от слизистой оболочки ВЧП [3].

Цель

Проанализировать группу пациентов с диагнозом одонтогенный ВЧС, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении и отделении челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) за 2014–2018 гг.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 418 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении и отделении ЧЛХ «УГОКБ» за 2014–2018 гг. с диагнозом ВЧС.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами были обработаны медицинские карты 418 (67 %) пациентов ЛОР-отделения, 209 (33 %) пациентов отделения ЧЛХ. Диагноз острый ВЧС был установлен 246 (39 %) пациентам, из которых одонтогенная природа была установлена у 68 (28 %) пациентов. Из них — 27 (40 %) пациента ЛОР-отделения и 41 (60 %) пациентов отделения ЧЛХ. Диагноз хронический ВЧС — 335 (61 %) пациентов. Одонтогенная природа установлена у 239 (63 %) пациентов. Из них 74 (31 %) пациентов ЛОР-отделения и 165 (69 %) пациентов отделения ЧЛХ. Диагноз первично-хронический одонтогенный ВЧС — 19 (6 %) пациентов, среди которых 17 (89 %) пациентов ЛОР-отделения, 2 (11 %) — ЧЛХ. Грибковый синусит (микетомы) — у 48 пациентов.

Среди обследуемых 205 (63 %) пациентов женского пола, 121 (37 %) — мужского.

Возраст обследуемых представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Возраст обследуемых

Острый верхнечелюстной синусит		Хронический верхнечелюстной синусит	
До 20 лет	5 (8 %)	До 20 лет	7 (3 %)
21–40	44 (65 %)	21–40	100 (42 %)
41–60	16 (24 %)	41–60	113 (47 %)
61 и старше	2 (3 %)	61 и старше	19 (8 %)

Причины, вызвавшие ВЧС распределены следующим образом: стоматологические (кариес, периодонтит, альвеолит) — 124 (38 %) человека, врожденные (ретенция и

дистопия зубов) — 7 (2 %) человек, ятрогенные причины (неполное удаление зуба; инородные тела пазухи — пломбировочный материал, корень зуба, зубные импланты; синус-оральное сообщение после удаления зуба) — 195 (60 %) человек.

По результатам исследования среди пациентов с диагнозом острый одонтогенный синусит односторонний процесс диагностирован у 56 (82 %) человек, у 12 (18 %) — двусторонний. По количеству вовлеченных в патологический процесс пазух: моносинусит — у 43 (63 %) человек, гемисинусит — у 2 (3 %) человек, полисинусит — у 23 (34 %) человек. Среди пациентов с диагнозом хронический одонтогенный синусит односторонний процесс диагностирован у 213 (89 %) человек, у 26 (11 %) человек — двусторонний. По количеству вовлеченных в патологический процесс пазух: моносинусит — у 180 (75 %) человек, гемисинусит — у 14 (6 %) человек, полисинусит — у 45 (19 %) человек.

Микробиологическое исследование материала из ВЧП было проведено 146 пациентам. По результатам исследования у 99 (68 %) пациентов были выделены следующие возбудители: бактерии рода *Staphylococcus*, *Peptococcus*, *Actinomyces* — у 56 (57 %) пациента; грибы рода *Aspergillus*, *Candida* — у 32 (32 %); смешанная флора — у 11 (11 %) пациентов.

Среди обследуемых пациентов 91 (28 %) была проведена консервативная терапия. Верхнечелюстная синусотомия была проведена 41 (17 %) пациенту с острым ОВЧС и 108 (46 %) пациентам с хроническим ОВЧС. Остальным 86 пациентам было выполнена санация очага инфекции со стороны зубочелюстной системы (резекция верхушки зуба, удаление зуба). Из 140 инородных тел встречались корни зубов — у 43, пломбировочный материал — у 49 пациентов.

По данным исхода лечения 23 (34 %) пациента с острым ОВЧС выписаны с выздоровлением, с улучшением — 45 (66 %) пациентов, с хроническим ОВЧС — с улучшением 203 (85 %) пациента.

Выводы

Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что острый ОВЧС чаще встречается в возрасте 21–40 лет, а хронический ОВЧС — 41–60 лет. Патология чаще встречалась у женщин (63 %) и наиболее частыми причинами явились ятрогенные причины (60 %). Всем пациентам проводилась лучевая диагностика (рентгенография, ортопантограмма, КЛКТ) и санация очагов инфекции (лечение кариозных зубов, замена коронок, протезов, хирургическое лечение).

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун, В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — М.: Медицина, 2011. — С. 139.
2. Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. — М.: Медицинская литература, 2003. — С. 106–110.
3. Тимофеев, А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. — Киев, 2002. — С. 55–62.

УДК 616.28-008.1 [616.98:578.828НIV]

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ УЧАСТИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЛУХОВОЙ СИСТЕМЫ В НЕОБЪЯСНИМЫХ ЖАЛОБАХ НА СЛУХ, СВЯЗАННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Могилевская А. В., Мохорева Г. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В первые годы эпидемии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) у 49 % пациентов описывалась нейросенсорная тугоухость. Нарушения, выявленные при тональной