

циентов в БП был выявлен периаппендикулярный абсцесс, а у 1 — аппендикулярный инфильтрат.

В полученных посевах выпота из БП при запущенных ПФ ОА у 11 пациентов рост аэробной микрофлоры не был получен, в остальных случаях была обнаружена *E. coli*, реже — другая микрофлора (рода *Pseudomonas*, *Proteus mirabilis*, энтерококки).

В послеоперационном периоде пациенты кроме инфузионной терапии и анальгетиков, получали антибиотикотерапию, состоявшей чаще из комбинации цефотаксима (цефтриаксона) + гентамицина (амикацина) + метронидазола.

УЗ-контроль БП перед выпиской был выполнен 5 пациентам — без патологии.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал благоприятно, время лечения детей составило от 14 до 35 дней (в среднем около 3 недель).

Выводы

По нашим данным несколько чаще перфоративные формы острого аппендицита наблюдались у детей мужского пола, большинство пациентов проживало в городе.

Традиционно доминировали в этой группе пациентов поздняя обращаемость за медицинской помощью и дети младшей возрастной группы.

Технические и кадровые возможности ДХО ГОКБ позволили получить большему числу пациентов с этой патологией преимущественно малоинвазивную помощь.

Безусловным микробным лидером при данной патологии являлась *E. coli*. Однако чувствительность *E. coli* к антибактериальным препаратам претерпела серьезные изменения: наблюдалась часто резистентность к ампициллину, карбенициллину, сохранялась хорошая чувствительность к цефалоспорином I–IV и аминогликозидам II–III поколений.

Адекватно примененная антибактериальная терапия, наряду с малоинвазивным хирургическим вмешательством и интенсивной терапией в отделении, позволили сократить в ряде случаев длительность пребывания маленьких пациентов в стационаре и снизить риск развития послеоперационных осложнений у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаков, Ю. Ф. Острый аппендицит в детском возрасте / Ю. Ф. Исаков, Э. А. Степанов, А. Ф. Дронов. — М.: Медицина, 1980. — 192 с.
2. Баиров, Г. А. Срочная хирургия детей: рук-во для врачей / Г. А. Баиров. — СПб., 1997. — 323 с.
3. Баиров, Г. А. Гнойная хирургия детей: рук-во для врачей / Г. А. Баиров, Л. М. Рошаль. — Л.: Медицина, 1991. — 272 с.

УДК 616.284 - 002.1/3 - 036.11. «2016»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (2016 г.)

Зылевич А. А.

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

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

Введение

Отит среднего уха занимает второе место в списке тяжелых заболеваний ЛОР-органов после гайморита. При неправильном или несвоевременном лечении болезнь может привести к серьезным осложнениям и даже полной потере слуха, поэтому начинать лечение необходимо при появлении первых симптомов [1].

Острый гнойный средний отит — представляет собой острое гнойное воспаление слизистой оболочки барабанной полости, при котором в той или иной мере в катаральное воспаление вовлекаются все отделы среднего уха [2].

Существует несколько путей проникновения инфекции в среднее ухо: тубогенный, травматический, гематогенный. Наиболее частым из них является тубогенный. Острые и хронические заболевания полости носа, пазух носа, носоглотки, опухоли, как правило, приводят к развитию острого среднего отита. Процесс начинается с дисфункции слуховой трубы и нарушения ее проходимости или функционального нарушения, вызванного неэффективностью механизма ее активного открытия. Оба механизма приводят к созданию отрицательного давления в барабанной полости и транссудации жидкости, которая изначально является стерильной, но после попадания бактериальной или иной флоры принимает воспалительный характер, направленный на элиминацию возбудителя, регенерацию поврежденных тканей и восстановление функциональных структур. [2]

В течение острого среднего отита выделяют обычно 3 стадии или фазы: доперфоративная, перфоративная и репаративная. Для стадии катарально-гнойного воспаления (доперфоративная) характерны умеренная или сильная боль в ухе, отсутствие выделений из уха, тугоухость, шум в ухе, аутофония, повышение температуры тела до суб- или фебрильных цифр, гиперемия барабанной перепонки, ее выбухание, сплаженность или отсутствие опознавательных знаков.

На стадии перфоративной боль в ухе бывает умеренной или отсутствует, зато в слуховом проходе появляется гной, снижение слуха усиливается и носит кондуктивный характер, температура тела снижается и становится субфебрильной или нормализуется, определяется перфорация барабанной перепонки, из которой поступает гной. В стадии репаративной отсутствуют и боль, и выделения, нормализуется температура тела, но сохраняется умеренная кондуктивная тугоухость в ряде случаев, барабанная перепонка становится серой, перфорация прикрывается рубцом [3].

Цель

Проанализировать группу пациентов с диагнозом острый гнойный средний отит, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (У «ГОКБ») за 2016 г.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в оториноларингологическом отделении У «ГОКБ» за 2016 г. с диагнозом острый гнойный средний отит. В исследовании были отражены данные 39 пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследуемых 19 (49 %) пациентов женского пола и 20 (51 %) пациентов мужского пола.

Возраст обследуемых в зависимости от количества человек: до 20 лет — 2 (5 %) человека; 20–30 лет — 8 (20 %) человек; 31–40 лет — 7 (18 %) человек; 41–50 лет — 5 (13 %) человек; 51–60 лет — 6 (16 %) человек; старше 60 лет — 11 (28 %) человека.

У пациентов наблюдались следующие симптомы: боль в ухе и заушной области, гноеетечение, снижение слуха, заложенность носа, повышение температуры тела, головная боль, слабость. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты обследования пациентов

Симптом	Частота встречаемости
Боль в ухе, заушной области	39 человек
Гноеетечение из уха	39 человек
Снижение слуха	39 человек
Заложенность носа	10 человек
Повышение температуры тела, головная боль и слабость	15 человек

Исходя из исследования остроты слуха шепотной и разговорной речью и аудиометрии у всех пациентов была диагностирована острая комбинированная тугоухость 1–2 степени.

По результатам исследования мазка из уха на флору у 16 (41 %) пациентов были выделены следующие возбудители: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus viridans*, *Aspergillus*.

По результатам исследования ОАК у 25 (64 %) пациентов наблюдался умеренный лейкоцитоз (до $10-12 \times 10^9/\text{л}$) и повышение СОЭ (до 20 мм/ч). У остальных 14 (36 %) пациентов ОАК в норме.

Из обследуемых пациентов 9 (23 %) из них была проведена хирургическая операция (парацентез на больное ухо, затем антромастоидотомия). Остальным 30 (77 %) пациентам было проведено консервативное лечение, в результате которого наблюдалось: у 18 (46 %) человек — улучшение и у 21 (54 %) человека — полное выздоровление.

Выводы

1. В ЛОР-клинике У «ГОКБ» за 2016 г. находилось на лечении 39 пациентов с ОГСО, в возрасте от 17 до 80 лет.

2. Данное заболевание встречается одинаково как у мужчин 20 (51 %) человек, так и у женщин — 19 (49 %) человек.

3. У всех исследуемых пациентов была выявлена острая комбинированная тугоухость 1–2 степени.

4. По результатам исследования мазка из уха на флору у 16 (41 %) пациентов были выделены следующие возбудители: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus viridans*, *Aspergillus*.

5. У всех исследуемых наблюдались типичные клинические проявления: боль в ухе, гноетечение и снижение слуха.

6. Эффективность консервативного лечения высока, так как хирургическое вмешательство проводилось лишь 9 (23 %) пациентам.

7. По данным исхода лечения пациентов с острым гнойным средним отитом выписано с улучшением 18 (46 %) человек; с полным выздоровлением — 21 (54 %) человек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун, В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — М.: Медицина, 2011. — С. 438–439.

2. Uhari, M. Meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media / M. Uhari, K. Mantysari, M. Niemela // Clin Infect Dis. — 1996. — Vol. 22. — P. 1079–1083.

3. Николаев, М. П. Острый средний отит у взрослых: современный выбор рациональной терапии / М. П. Николаев // РМЖ. — 2005. — № 21. — С. 1442.

УДК 81'367.622=161.2=512.164

ИМЯ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ В СИСТЕМЕ ЧАСТЕЙ РЕЧИ ТУРКМЕНСКОГО И РУССКОГО ЯЗЫКОВ

Ибрагимов Амид

Научный руководитель: старший преподаватель Е. М. Казакова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время проблема билингвизма приобретает особую значимость, поэтому исследование языковых контактов и связанных с ними явлений (двуязычие, диглоссия, интерференция) приобретает особую актуальность. Человек, изучающий иностранный язык, часто сталкивается с явлением языковой интерференции. Этот феномен возникает в результате влияния системы одного языка на другой.

Явление интерференции возможно на любом языковом уровне: графическом, фонетическом, лексическом, словообразовательном, морфологическом и синтаксическом.

Одним из способов преодоления отрицательного влияния межъязыковой интерференции может выступать анализ родного и изучаемого языков.

Вопросами методики обучения русскому языку как неродному занимались Л. В. Щерба, С. И. Бернштейн, Е. Д. Поливанов и др., которые в основу обучения положили принцип