

в ликворе уменьшалось в 2–3 раза по сравнению с первым исследованием. Уровень глюкозы в ликворе у 14 (42,4 %) человек понижен, у 3-х — повышен до 4,9 г/л. Содержание белка повышено также у 14 (42,4 %) человек, снижено — у 6 пациентов.

Выводы

В настоящее время в г. Гомеле наблюдается рост заболеваемости гнойными менингитами, особенно подвержены данной патологии дети до 7 лет. У большей части пациентов инфекционной больницы, с гнойным менингитом, этот диагноз был выставлен в направительном диагнозе при обращении в лечебные учреждения, что говорит о сохраняющейся настороженности на счет данного заболевания. Более значимым методом диагностики остается ПЦР-метод, позволяющий подтверждать диагноз и определять этиологию заболевания. Более выраженные и классические проявления гнойного менингита были выявлены при менингококковом гнойном менингите. При этом клиническая картина гнойных менингитов сохраняет свои патогномичные особенности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Онищенко, Г. Г.* Эпидемиологическая обстановка и основные направления борьбы с инфекционными болезнями в Российской Федерации за период 1991–1996 гг. / Г. Г. Онищенко // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. — 1997. — № 3. — С. 4–13.
2. *Куприна, Н. П.* Гнойные и серозные менингиты у детей (алгоритм диагностики и лечения): пособие для врачей / Н. П. Куприна. — Воронеж: ВГМА, 2000. — 72 с.
3. *Филатова, Т. Г.* Бактериальные гнойные менингиты: учеб. пособие / Т. Г. Филатова. — Петровск, 2014. — 42 с.
4. Менингококковый менингит // Всемирная организация здравоохранения. Электронный ресурс. — 2019. — Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/meningococcal-meningitis>.
5. Информационно-аналитический бюллетень «Здоровье населения и окружающая среда Гомельской области в 2017 году». Вып. 23 / под ред. А. А. Тарасенко; ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». — Гомель, 2018. — 71 с.

УДК 616.28-002.155-053.2

ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ДЕТЕЙ 2017–2018 ГГ.

Новик А. А., Мохарева Г. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *А. И. Зарянкина*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Экссудативный серозный отит является широко распространенным негнойным заболеванием среднего уха, на долю которого приходится до 55 % из числа всей патологии среднего уха [1, 2].

Экссудативный средний отит представляет собой стойкое серозное воспаление слизистой оболочки слуховой трубы и барабанной полости. Это заболевание развивается на фоне дисфункции слуховой трубы, и характеризуется наличием в барабанной полости серозно-слизистого выпота. Ведущим патогенетическим фактором экссудативного среднего отита является стойкое нарушение вентиляционной функции слуховой трубы. Само название этой формы отита указывает на усиленную секрецию слизи и затяжное течение. Характерными признаками его является появление в барабанной полости густого вязкого секрета, медленно нарастающая тугоухость и длительное отсутствие дефекта барабанной перепонки. В основе заболевания наряду со стойкой тубарной дисфункцией лежит нарушение общей и местной резистентности. Причиной может быть перенесенная респираторная вирусная инфекция и нерациональное применение антибиотиков, которые не ликвидируют инфекцию среднего уха, но сами по себе могут создавать благоприятную почву для размножения устойчивых к ним возбудителей.

Важное значение имеют иммунопатологические реакции, которые свидетельствуют о развитии сенсбилизации слизистой оболочки среднего уха [3].

Предрасполагающими факторами к развитию экссудативного среднего отита могут являться недоношенность и низкая масса тела ребенка при рождении, искусственное вскармливание, посещение детского учреждения, рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей, низкое социально-экономическое положение семьи и др. [4].

Диагностика экссудативного среднего отита в ряде случаев затруднена и не всегда бывает своевременной. Это часто связано с малосимптомным течением заболевания, отсутствием сколько-нибудь выраженных болевых ощущений и нарушением общего состояния больного. К небольшому снижению слуха на одно ухо, постепенно нарастающему, больной привыкает. Необходимо учитывать, что малосимптомное течение экссудативного среднего отита в настоящее время встречается все чаще [3].

Цель

Изучить частоту встречаемости экссудативного отита у детей в зависимости от возраста, времени года; эффективность консервативного и хирургического лечения.

Материал и методы исследования

Для исследования были отобраны 124 медицинские карты детей с диагнозом «Экссудативный отит», находившихся на обследовании и лечении в отоларингологическом отделении учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» за период август 2017 г. – август 2018 г.

Результаты исследования и их обсуждени

Анализируемую группу составили 68 (55 %) мальчиков и 56 (45 %) девочек. 74 (59,7 %) человека — жители г. Гомель, 50 (40,3 %) человек — Гомельской области.

Большинство детей (107 (86,3 %)) с экссудативным отитом поступили в стационар планово. 17 (13,7 %) человек госпитализированы экстренно.

Возраст пациентов варьировал, однако наибольшее количество пациентов пришлось на дошкольный возраст (69 (55,6 %) человек). В возрасте до 3 лет с экссудативным отитом госпитализировано 16 (8,1 %) детей, от 7 до 11 лет — 21 (16,9 %) ребенок, от 11 до 18 лет — 24 (19,4 %) подростка.

Экссудативный отит у детей встречается во все времена года. Анализ частоты заболеваний в зависимости от времени года показал преимущественное увеличение количества заболевших в холодное время, однако в феврале и апреле 2018 г. заболевание диагностировано у 6 (4,8 %) человек в каждом месяце, что сопоставимо с числом заболевших в июле (3 (2,4 %) человека) и августе (4 (3,2 %)) 2018 г. (рисунок 1).

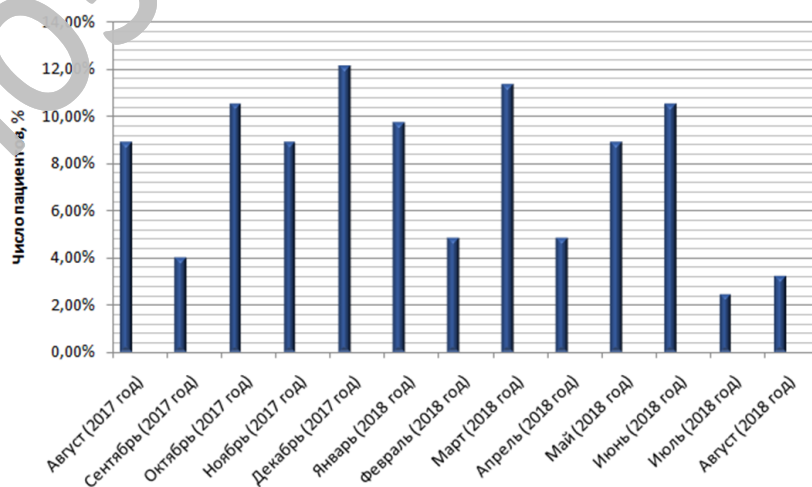


Рисунок 1 — Частота встречаемости экссудативного отита у детей в течение года

Экссудативный отит диагностирован впервые у 108 (87,1 %) человек, повторно — у 16 (12,9 %).

Большинство детей (97 (78,2 %)) с экссудативным отитом имели среднее гармоничное физическое развитие. Избыток массы тела диагностирован у 22 (17,8 %) человек, дефицит массы тела — у 5 (4 %).

Сопутствующие заболевания ЛОР-органов имели 95 (76,6 %) пациентов.

Анализ гемограммы показал, что экссудативный отит в большинстве случаев протекает без выраженных изменений в общем анализе крови. Признаки воспаления в виде нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом формулы влево наблюдались у 11 (8,9 %) человек, повышение СОЭ — у 32 (25,8 %), анемия — у 4 (3,2 %) человек.

Хирургическое лечение (шунтирование барабанной перепонки (одно или двустороннее)) было проведено 92 (74,2 %) пациентам. Консервативное лечение (продувание слуховых труб по Политцеру, симптоматическая терапия ОРВИ, ушные капли «Оти-сфен») — 32 (25,8 %).

Выводы

Проведенное исследование показало, что наибольшее часто экссудативный отит встречается у детей дошкольного возраста (3–7 лет).

Отсутствие болевого симптома часто не позволяет своевременно диагностировать экссудативный отит у детей, во многих случаях у них нет своевременного иммунного ответа на проникновение патогенных микроорганизмов в короткую детскую евстахиеву трубу, что является предрасполагающим фактором для развития данного заболевания и формирования сопутствующей ЛОР-патологии, которая была выявлена в 76,6 % случаев. Ребенок зачастую не сообщает об ослаблении слуха, особенно в возрасте до 7 лет.

Родителям следует быть внимательными и обращать внимание на поведение детей и состояние их слуха, особенно в период годовых респираторных заболеваний, когда диагностируется наибольшая заболеваемость экссудативным отитом у детей. Однако, снижение слуха у детей в любое время года — обязательный повод обращения к специалисту, так как работа показала возможность развития заболевания в любое время года.

На сегодняшний день основной метод лечения экссудативного отита — хирургический. Консервативное лечение оказалось эффективным только в 25,8 % случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишняков, В. В. Современные методы диагностики и лечения больных с экссудативным средним отитом / В. В. Вишняков, Э. В. Синьков, А. Р. Саракуева // Материалы 10-го Петербургского форума оториноларингологов России. — 2013. — С. 44–46.
2. Tos, M. Etiologic factors in secretory otitis / M. Tos, G. Poulsen, J. Borch // Arch. Otolaryngology. — 2011. — Vol. 105 (10). — P. 582–588.
3. Пальчун, В. Т. Болезни уха, горла и носа / В. Т. Пальчун. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 493–496.
4. Экссудативный средний отит / И. В. Савенко [и др.]. — СПб., 2010. — 72 с.

УДК 616-002.5

ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ ТОКСИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННО ЛЕКАРСТВЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Повелица Г. Э., Колола М. С.

Научный руководитель: ассистент кафедры Н. П. Антонова

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время одной из актуальных проблем медицины является хроническая болезнь почек. Особенностью поражения почек является длительное субклиническое