

УДК 616.284.7-002-036.2(476.2)

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МАСТОИДИТОМ ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ
ПО ДАННЫМ ЛОР-КЛИНИКИ УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Шкуратова 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, периоста 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 учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ). Было проанализировано 20 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении 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 и в области ушной раковины — 18 (90 %); гноетечение из уха — 13 (65 %); снижение слуха — 11 (55 %); повышение температуры — 6 (30 %); боль в области височной кости — 3 (15 %).

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

5 (25 %) пациентов считали себя больными несколько дней; 6 (30 %) пациентов — неделю; 2 (10 %) пациента — 1 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 (5 %); 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, синусит, тубоотит, сенсоневральная тугоухость) — 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.

Всем пациентам проводилось хирургическое лечение мастоидита. 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, синусит, тубоотит, сенсоневральная тугоухость) — 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. Всем пациентам проводилось хирургическое лечение мастоидита. 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. Фанта // Медицинский совет. — 2016. — № 4. — С. 53.
2. Некоторые особенности клинического течения мастоидита у детей / М. М. Полуниин [и др.] // Вестник оториноларингологии. — 2016. — № 6. — С. 17.
3. Анализ причин развития осложненных форм острого среднего отита у детей / В. Н. Красножен [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2018. — № 5. — С. 203.