

В зависимости от установленного диагноза, пациентам были выполнены следующие операции: парацентез под контролем операционного микроскопа — 18 (23,7 %) пациентам; микрохирургическое вмешательство на среднем и внутреннем ухе: ревизия барабанной полости с шунтированием — 42 (55,3 %), при этом с двух сторон данное вмешательство было выполнено 33 (43,4 %) детям.

У 45 (59,2 %) детей одномоментно была выполнена аденотомия под эндоскопическим контролем, а у 15 (19,7 %) детей помимо аденотомии пришлось прибегнуть к двусторонней тонзиллотомии.

#### **Выводы**

1. Наиболее часто хроническое течение ЭСО было выявлено в возрастной группе 4–6 лет (40 (52,8 %) пациентов), при этом у данных пациентов наиболее часто встречалась гипертрофия глоточной миндалины II–III степени (34 (85 %) пациента).

2. У пациентов с хроническим течением ЭСО (70 (92 %) пациентов,) двусторонний процесс встречался в 49 (64,5 %) случаях.

3. При поступлении в стационар основной жалобой в 85,5 % случаев (65 пациентов) было снижение слуха со стороны пораженного уха — шепотная речь воспринималась с расстояния не более 2 м.

4. Острое течение ЭСО было диагностировано у 3 (4 %) пациентов.

5. Полученные данные соответствуют основным тенденциям современной оториноларингологии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Савенко, И. В. Экссудативный средний отит / И. В. Савенко, М. Ю. Бобошко. — М., 2016. — С. 73–78.
2. Кривопапов, А. А. Острый средний отит: эпидемиология, классификация, этиология и лечение / А. А. Кривопапов, И. В. Фанта // Медицинский совет. — 2016. — № 4. — С. 53.

**УДК 616.21-003.6.07-053.2**

### **ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЛОР-ОРГАНОВ И НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ**

**Столярова О. В., Горон А. Ю.**

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

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

#### **Введение**

По данным отечественной и зарубежной литературы наиболее частая локализация инородных тел (ИТ) у детей приходится на ЛОР-органы и нижние дыхательные пути (НДП) (до 80–97 %), что связано с особенностями психофизиологического развития ребенка [2]. В зависимости от локализации и характера ИТ развиваются различные виды осложнений — от перфорации носовой перегородки вследствие химического ожога длительно стоящей батареей в общем носовом ходе, до асфиксии при попадании ИТ в гортань и закрытии им голосовой щели.

#### **Цель**

Анализ обращаемости в учреждение «Гомельская областная детская клиническая больница» (УГОДКБ) по поводу инородных тел ЛОР-органов и нижних дыхательных путей в период с 1 декабря 2019 г. по 1 декабря 2020 г.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен статистический анализ данных журналов обращений в приемное отделение и стационарных карт пациентов, проходивших дальнейшее лечение в профильных отделениях УГОДКБ по поводу ИТ ЛОР-органов и НДП. Определялась частота и возрастные характеристики пациентов, наиболее частая локализация

ИТ и методы их удаления, применяемую при этом анестезию, частоту необходимости стационарного этапа лечения указанных пациентов, ее длительность.

### Результаты исследования и их обсуждения

За указанный период в приемное отделение УГОДКБ обратилось 240 детей (119 мальчиков и 121 девочек) с ИТ дыхательных путей и уха в возрасте от 6 месяцев до 18 лет (минимальный возраст 6 месяцев, а максимальный — 17 лет).

Распределение детей по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Возрастное распределение пациентов

Возраст	Локализация ИТ, n (%)				
	нос	ухо	ротоглотка	гортаноглотка	НДП
6 месяцев – 1 год	2 (0,8)	0	1 (0,4)	5 (2,0)	16 (6,7)
1–3 года	70 (29,2)	6 (2,5)	2 (0,8)	1 (0,4)	15 (6,3)
3–6 лет	44 (18,3)	5 (2,08)	6 (2,5)	2 (0,8)	8 (3,3)
6–12 лет	7 (2,9)	21 (8,8)	4 (1,7)	1 (0,4)	10 (4,2)
12–18 лет	2 (0,8)	7 (2,9)	3 (1,3)	2 (0,8)	0
Итого	125 (52,0)	39 (16,3)	16 (6,7)	11 (4,6)	49 (20,4)

Установлено, что наиболее часто ИТ встречались в возрастных группах 1–3 года, и 3–6 лет (39,2 и 27 % соответственно) с преимущественной локализацией в носовой полости (52 %).

Из них 63 (26,3 %) ребенка после удаления ИТ продолжили лечение в профильных отделениях стационара.

Частота локализации в различных отделах ЛОР-органов и НДП (трахея, главные бронхи, бронхи следующих порядков, терминальные бронхиолы), а также зависимость локализации ИТ с необходимостью стационарного этапа лечения отражена в таблице 2.

Таблица 2 — Зависимость необходимости стационарного этапа лечения от локализации ИТ

Локализация	Место оказания неотложной помощи, n (%)		
	приемное отделение	стационар	всего
Нос	117 (48,8)	8 (3,3)	125 (52,0)
Ухо	37 (15,4)	2 (0,8)	39 (16,3)
Ротоглотка	14 (5,8)	2 (0,8)	16 (6,7)
Гортаноглотка	9 (3,8)	2 (0,8)	11 (4,6)
НДП	0	49 (20,4)	49 (20,4)
Итого	177 (73,8)	63 (26,2)	240 (100,0)

Из таблицы 2 видно, что ИТ выявлялись чаще в носовой полости (52 %), НДП (20,4 %) и ухе (16,3 %), реже — в гортаноглотке (4,6 %).

В приемном отделении извлекали преимущественно ИТ из полости носа (48,8 %) и уха (15,4 %), а в стационаре — из НДП (20,4 %). Это связано с затруднением извлечения ИТ из НДП, необходимостью использования эндоскопического оборудования и общей анестезии с дальнейшим наблюдением за состоянием ребенка.

Большинство детей 34 (54 %) после извлечения ИТ динамически наблюдались в течение суток в стационаре, после чего были выписаны под наблюдение участкового педиатра. До 7 суток находились под наблюдением специалистов 22 (35 %) детей, 7 (11 %) человек оставались в стационаре более 7 суток после извлечения инородного тела.

При поступлении дети (родители) предъявляли жалобы в зависимости от локализации ИТ. Наиболее часто имело место беспокойное поведение ребенка, боль в ухе, одностороннее затруднение носового дыхания, боль при глотании,

постоянный или приступообразный кашель, одышка различной степени выраженности. При обращении в приемное отделение все дети осматривались педиатром и оториноларингологом, а при необходимости — врачом-эндоскопистом. При необходимости выполнялось полное клинико-лабораторное исследование согласно протоколу диагностики и лечения.

Из анамнеза выяснено, что в 81 % случаев (51 ребенок) при попадании ИТ в дыхательные пути и ухо родители обращались за медицинской помощью в первые сутки, в течение первых семи суток — 14,3 % (9 детей), более длительный период ИТ находились в организме у 4,8 % (3 пациента). Позднее обращение было связано с отсутствием явных проявлений в момент попадания ИТ, а жалобы появлялись, как правило, после развития воспалительной реакции в месте локализации ИТ.

Для удаления ИТ из дыхательных путей в 58 (92 %) случаях применялась видеобронхоскопия с использованием различных видов анестезии. У 5 (8 %) пациентов ИТ извлекались инструментально (с помощью крючков, пинцетов).

У пациентов применялись следующие виды анестезии: общая комбинированная — 35 раз (55,5 %), общая простая — 15 раз (23,8 %), местная анестезия — 11 раз (17,5 %).

При этом извлечение ИТ из носа и уха производилось в основном под местной анестезией. Из 9 пациентов с данными локализациями у 7 (77,8 %) детей использовалась местная анестезия, у 2 (22,2 %) применялась общая комбинированная анестезия. ИТ из уха извлекались промыванием наружного слухового прохода стерильным раствором фурацилина или специальным аттиковым зондом, из носа — крючком.

Зависимость выбора анестезии от возраста пациентов приведена в таблице 3.

Таблица 3 — Возраст пациентов и применяемая анестезия

Возраст	Применяемая анестезия, n (%)			
	общая комбинированная анестезия	общая простая анестезия	местная анестезия	без анестезии
6 месяцев – 1 год	12 (19,1)	6 (9,5)	—	1 (1,6)
1–3 года	11 (17,5)	4 (6,3)	2 (3,2)	—
3–6 лет	6 (9,5)	3 (4,8)	3 (4,8)	—
6–12 лет	5 (7,9)	2 (3,2)	4 (6,3)	—
12–18 лет	1 (1,6)	—	2 (3,2)	1 (1,6)
Итого	35 (55,5)	15 (23,8)	11 (17,5)	2 (3,2)

Детям до 6 лет применяли преимущественно общую многокомпонентную анестезию — 29 (46 %) человек.

Без анестезии ИТ извлечены в 2 (3,2 %) случаях, так как находились в хорошо обозримой и доступной для манипуляции области ротоглотки — небной миндалине (рыбная кость, часть растения).

Среди ИТ преобладали пищевые продукты (орехи, кусочки моркови, картофеля, семечки, рыбные кости) — 38 (60,3 %) случаев, на втором месте — разнообразные мелкие предметы (бусинки, батарейки, пуговицы, металлические шарики, детали игрушек) — 18 (28,6 %) случаев. Дети от 1 до 2 лет чаще аспирировали пищу, а дети в возрасте от 3 до 6 лет вставляли в наружный слуховой проход и нос мелкие предметы, кусочки еды.

### Выводы

1. На основании данной работы установлено, что наиболее часто ИТ встречались в возрастных группах 1–6 лет (66,2 %) с преимущественной локализацией в носовой полости (52 %) и НДП (20,4 %).

2. В течение первых суток за медицинской помощью по поводу наличия ИТ ЛОР-органов и НДП обратилось 81 % пациентов, основными жалобами при

этом были кашель, одышка, беспокойное поведение, боль при глотании в зависимости от локализации.

3. Позднее обращение за медицинской помощью (19 %) связано с тем, что явные симптомы ИТ отсутствовали, пациенты обращались в связи с развитием воспалительного процесса в пораженном органе.

4. В 79,3 % при извлечении ИТ из ЛОР-органов и НДП применяли общую анестезию. Большинство детей (54 %) после извлечения ИТ динамически наблюдались в течение суток в стационаре, после чего были выписаны под наблюдение участкового педиатра.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гербергаген, А. В. Инородные тела гортани и гортаноглотки у детей / А. В. Гербергаген, В. М. Свистушкин // РМЖ. Оториноларингология. — 2016. — № 4. — С. 286–288.
2. Гербергаген, А. В. Инородные тела в дыхательных путях / А. В. Гербергаген, В. М. Свистушкин // РМЖ. Оториноларингология. — 2013. — № 33. — С. 1681.
3. Травмы и инородные тела ЛОР-органов / А.А. Блоцкий [и др.]. — Благовещенск, 2018. — 63 с.

**УДК 61.617-089.844**

### **ОБОНЯТЕЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19**

**Султанов И. С.**

**Научные руководители: д.м.н., профессор Е. В. Борзов,  
к.м.н., доцент М. В. Жабурина**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Иваново, Российская Федерация**

#### **Введение**

Восприятие запахов играет в жизни человека важную роль, обеспечивая защиту от недоброкачественных продуктов питания, токсичных газов, влияя на его настроение и работоспособность. Обонятельная дисфункция получает все большую распространенность, как за счет новой коронавирусной инфекции, так и за счет расстройств, связанных с изменениями в полости носа.

#### **Цель**

Изучение обонятельной функции при COVID-19.

#### **Материал и методы исследования**

Нами было обследовано 45 пациентов с COVID-19. Возраст больных от 35 до 55 лет. Исследование проводилось на базе ОБУЗ 1 ГКБ г. Иваново. Для исследования обоняния проводили качественный и количественный метод. Диагноз COVID-19 у всех пациентов подтверждался положительным ПЦР-тестом.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

При исследовании обонятельной функции качественным способом у 4 (8,9 %) человек диагностирована гипосмия 1 степени, у 6 (13,3 %) человек гипосмия 2 степени, у 10 (22,2 %) пациентов 3 степени и у 25 (55,6 %) исследуемых гипосмия 4 степени. У больных с гипосмией 1 степени диагностирована легкая и средняя степень тяжести COVID-19, а больные 4 степенью получали кислородотерапию. Отсутствие обоняния было одной из основных жалоб в начале заболевания у 3 (6,7 %) пациентов, 25 человек просто не заметили нарушение обоняния в начальном периоде болезни в связи с тяжестью состояния. Так же нами была изучена взаимосвязь между степенью нарушения обоняния и тяжестью новой коронавирусной инфекции — достоверных различий не выявлено.