

2. Шагинян Г.Г., Древаль О.Н., Зайцев О.С. Черепно-мозговая травма: руководство / под ред. О.Н. Древаля. – 2010. – 288 с.: ил

3. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия // учебник : - т. 1. - 2009. - 624 С. С. 296-320.

ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ И ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ракова С.Н., Миронова Ю.Н., Стельмах К.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В последние годы увеличилось число пациентов с экссудативным средним отитом (ЭСО) и острым средним отитом (ОСО), который составляет 75,1 – 80% от всех заболеваний среднего уха [1]. В результате исследования было показано, что на территории Российской Федерации ЭСО и ОСО является основной причиной снижения слуха у детей в возрасте от 2 до 5 лет [2].

ЭСО – это заболевание среднего уха, характеризующееся наличием экссудата в полостях среднего уха и снижением слуха, протекающее без болевого синдрома, при целой барабанной перепонке, в отличие от острого среднего отита. Всё это приводит к позднему обращению за медицинской помощью в связи с возрастной группой детей (от 2 до 5 лет) [3]. ЭСО часто остается длительное время не диагностируемым.

Неблагоприятные экологические факторы, повышением аллергизации организма, нерациональным применением антибиотиков, снижением общей резистентности, анатомо-физиологические особенности развития слуховой трубы в детском возрасте способствуют развитию данной патологии [4]. Роль рецидивирующего характера острого среднего отита в развитии экссудативного среднего отита является бесспорным.

Вопросы возникновения и развития слуховой дисфункции в детском возрасте интересуют не только детских оториноларингологов, но и педиатров, невропатологов, логопедов, так как данная патология влияет на формирование речи в раннем возрасте, на психоэмоциональное становление, а также снижению качества жизни и обучения. Особенно важным представляется необходимость решения проблемы развития приобретенного снижения слуха.

Цель. Определить, что является пусковым механизмом в развитии заболеваний среднего уха. Выявить зависимость предшествующей патологии полости носа на развитие воспалительного процесса в среднем ухе, а также эффективность влияния тимпанотомии барабанной перепонки с шунтированием на выздоровление и восстановление слуха у детей дошкольного и младшего

школьного возраста. Выяснить является ли импедансометрия объективным методом диагностика слуха у детей от 0 до 5 лет, так как это простой способ выявления заболеваний среднего уха. Возможно ли с помощью импедансометрии объективно диагностировать снижение слуха у детей и выбрать оптимальный способ лечения ОСО и ЭСО.

Методы исследования. Для оценки клинических особенностей отитов обследованы 111 детей в возрасте от 0 до 8 лет включительно, госпитализированных в детское оториноларингологическое отделение Гродненской университетской клиники города Гродно с 1 января по 30 августа 2019 года с диагнозом «с заболеванием среднего уха». Сроки пребывания в стационаре ограничивались 7-8 днями при ЭСО и 5 дней – при ОСО. Диагноз выставлен после обследования согласно клиническому протоколу, а также осмотра барабанной перепонки под микроскопом. У всех детей с данной патологией с диагностической и лечебной целью проведены: импедансометрия (детям от 0 до 3 лет проводят данный метод под действие искусственного сна, во избежание погрешности результатов), тональной аудиометрия (применяется у детей от 5 и старше лет), исследование функции слуховой трубы, операция тимпанотомия с шунтированием.

Результаты и их обсуждение. При использовании вышеописанных исследований, мы получили следующие результаты: средний возраст детей (55 мальчиков, 34 девочки), госпитализированных по поводу заболеваний среднего уха, составил от 0 до 1 года – 18 детей (16,21%), от 2 до 3 лет – 29 детей (26,13%), от 4 до 5 лет – 39 детей (35,13%), от 6 до 8 лет – 25 детей (22,52%). Среди них с острым средним отитом с наличием экссудата в барабанной полости – 49 детей (44,14%), с экссудативным средним отитом без клинических проявлений – 40 детей (36,03%), с рецидивирующим острым средним отитом 22 ребенка (19,82%).

По результатам мы можем наблюдать, что 44,14% детей болели острым средним отитом и 36,03% – экссудативным средним отитом, однако у 19,82% детей в анамнезе выявлялся рецидивирующий острый средний отит, что указывает, по-нашему мнению, на нерациональное применение антибиотиков, не проведение своевременной тимпанотомии, поздний визит к врачу за помощью.

В качестве сопутствующих заболеваний у 47 (52,8%) детей установлено ОРВИ, у 4 детей (4,5%) – синусит, у 15 детей (16,85%) – гипертрофия аденоидов, без сопутствующих заболеваний – 23 ребёнка (25,8%).

Всем детям с экссудативным средним отитом была выполнена тимпанотомия с шунтированием. В том числе с целью лечения впервые возникшего острого среднего отита была выполнена тимпанотомия – 49 детям (13,5%), тимпанотомия с шунтированием слева и справа была произведена для устранения рецидивирующего острого среднего отита – 22 детям (24,7%), аденотомия – 9 детям (10%), двухсторонняя пункция верхнечелюстной пазухи – 2 детям (2,2%). Импедансометрия проводится детям после операции тимпанотомии в качестве определения эффективности лечения.

Выводы. Таким образом по результатам исследования было выявлено, что:

1. Острая респираторная инфекция является пусковым механизмом в развитии заболеваний среднего уха;
2. Рецидивирующий острый средний отит приводит к развитию экссудативного среднего отита;
3. Патология носа и носоглотки является основополагающей в развитии заболеваний среднего уха и в частности экссудативного среднего отита;
4. Импедансометрия является всесторонним объективным методом диагностики слуха с момента рождения;
5. Тимпанотомия с шунтированием у детей с рецидивирующим ОСО является профилактикой перехода в ЭСО, а также позволяет избежать назначения высоких доз антибиотиков, предупредить повторного хирургического вмешательства, обеспечивает стойкое выздоровление;
6. Тимпанотомия является золотым стандартом в лечении заболеваний ОСО и выступает в качестве альтернативы антибиотикотерапии;
7. Дети в возрасте от 2 до 5 лет чаще болеют ОСО и ЭСО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яблонский С.В. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний среднего уха у детей, 2004.- №4. – С.91-99.
2. Коваленко С.Л. Исследование слуха у детей дошкольного возраста на современном этапе, 2009.- №4. – С.69-74.
3. Яковлев В.Н., Кунельская Н.Л., Янюшкина Е.С. Экссудативный средний отит. Вестник оториноларингологии, 2010. №6. – С.77-80.
4. Хоров О.Г. Журнал Восточная европа Оториноларингология / С. Н. Ракова, Е.Н. Головач. А. В. Бабицкая // . - 2017. Т. 7. №4. - С. 404-411.
5. Кунельская Н. Л., Ивойлов А. Ю., Пакина В. Р., Яновский В. В.

НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ У ДЕТЕЙ г.ГРОДНО

Ракова С.Н., Гринюк К.И., Милюк Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Нейросенсорная тугоухость – форма снижения слуха, при которой поражается какой-либо из участков звуковоспринимающего отдела слухового анализатора, начиная от сенсорных клеток внутреннего уха и заканчивая корковым представительство в височной доле коры головного мозга. Развивающаяся тугоухость рассматривается как функциональный ответ внутреннего уха и других отделов слухового анализатора на многофакторное патологическое воздействие.

В связи с этим важность вопросов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с тугоухостью определяется во многом тем, что эта