

боли на стороне больного уха. Пациентам предварительно тщательно очищали наружный слуховой проход с помощью 3% раствора перекиси водорода, 3% раствора борной кислоты. Лазерная терапия проводилась от аппарата «Родник» на фоне применения противогрибковых препаратов местно. Лазеротерапия назначалась эндоурально синим лазером с длиной волны 441,6 нм, плотность мощности 70–80 мВт/см², экспозиция – 2 мин., после минутного перерыва – красный лазер с длиной волны 632,8 нм, плотность мощности 70–80 мВт/см², экспозиция – 2 мин. Эндоуральная лазерная терапия отомикоза дополнялась эндоуральной лазерной терапией здорового уха с использованием тех же параметров лазерного излучения и надсосудистым лазерным облучением крови в области локтевого сгиба с использованием инфракрасного лазера. После процедуры в наружный слуховой проход закладывалась турунда с 1% клотримазолом, кремом «Ламизил», 2% раствором нитрофунгина. Курс лечения – 10 процедур. Контрольная группа включала шесть пациентов, которым проводилось медикаментозное лечение и ультрафиолетовое облучение слухового прохода.

Результаты. У всех пациентов, получавших лазеротерапию, наступило улучшение к 6–7 процедуре. Прекратились зуд и ощущение заложенности уха, объективно – ушла гиперемия кожи. Наблюдение в течение трёх месяцев показало отсутствие рецидива заболевания. В контрольной группе улучшение наступило только у троих пациентов на 8-й день лечения.

Вывод: многоцветная лазерная терапия эффективна в комплексном лечении наружных диффузных отитов грибковой этиологии.

КИНЕЗИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ И ТУБОУТИТОВ

Томашова Л. В.

УЗ «Сморгонская центральная районная больница»

Заболеваемость острым средним отитом и тубоотитом остается высокой, особенно это относится к детям. Отличительной особенностью этих заболеваний в настоящее время является менее острое начало и более вялое течение, переход в секреторный средний отит, а в детском возрасте склонность к рецидивированию. Причины этого – тубарная дисфункция, общая аллергизация, снижение местного и общего иммунитета.

Важное значение в лечении средних отитов, помимо своевременной медикаментозной терапии, имеет раннее восстановление

функции слуховой трубы. Сотрудниками кафедры оториноларингологии, стоматологии ГрГМУ предложены рекомендации по тренировке глоточных мышц. Цель исследования – изучить влияние кинезиотерапии мышц глотки на сроки лечения при острых средних отитах и тубоотитах.

Под наблюдением находились 41 (из них 35 детей) больной с диагнозом острый средний отит; и 48 (из них 20 детей) больных с тубоотитом. Диагноз выставлялся на основании анамнеза, отоскопической картины, акуметрии и импедансометрии. Проведение кинезиотерапии рекомендовалось с 4–5 суток лечения острого среднего отита и с 2–3 суток – тубоотита. Учитывалась степень проявления воспалительных изменений в полости носа, носоглотке и околоносовых пазухах.

Больные подразделены на 2 группы. В первую вошли 22 человека (13 детей) с острым средним отитом и 22 человека (12 – дети) – с тубоотитом, которым назначено традиционное лечение с курсом кинезиотерапии. Во вторую – 19 человек (12 дети) с острым средним отитом, 26 человек (8 детей) с тубоотитом, которым предлагалось лечение без тренировки глоточных мышц.

Сравнительный анализ результатов лечения вышеуказанных групп представлен в таблице:

Изучаемые показатели	Метод лечения			
	традиционное		с курсом кинезиотерапии	
	острый средний отит	тубоотит	острый средний отит	тубоотит
Количество больных	19	26	22	22
Продолжительность заболевания (сутки)	10,2	10,5	8,5	9,0
Нормализация шепотной и разговорной речи (в% от числа обследованных лиц):	60,6%	70,2%	80%	92%
на 7–8-й день				
на 9-й день	39,3%	28,8%	20%	8%
Восстановление тимпаногаммы типа А (сутки)	13	11	12	10

Как видно из данных, продолжительность заболевания, нормализация шепотной и разговорной речи, восстановление тимпаногаммы у лиц, которым в курс лечения включена кинезиотерапия,

была меньше на 1,7 суток при остром среднем отите и на 1,5 суток при тубоотите. Следует отметить, что у детей 4–6 лет, больных тубоотитом, все показатели выше, нежели у взрослых.

Таким образом, кинезиотерапия должна шире применяться в практической медицине, т.к. является патогенетически обоснованной и способствует снижению временной нетрудоспособности.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОИДОВ

Савицкая В.Н., Рябцева С.Н., Меркулова Е.П., Скипор Т.Е.

УЗ «Могилевская областная детская больница»,

БелМАПО, БГМУ, Беларусь

Проблема патологии органов лимфоглоточного кольца занимает ведущее место в детской оториноларингологии. В настоящее время все большее внимание уделяется наличию хронического персистирующего воспаления глоточной миндалины. Именно в глоточной миндалине, согласно теории хоуминга, происходит продукция лимфоцитов для слизистой оболочки полости носа, околоносовых пазух и слуховой трубы [1]. Персистенция вирусно-бактериального воспаления глоточной миндалины приводит к обсеменению верхних и нижних дыхательных путей, провоцирует развитие рецидивирующего и хронического воспаления среднего уха и околоносовых пазух. В последние годы все чаще высказывается мнение, что первостепенное значение играет иммунный механизм нарушений функционирования слизистой оболочки дыхательных путей, при этом немаловажное значение играет аллергический механизм поражения [3].

Целью нашего исследования явилось установление роли инфекционно-аллергического фактора в этиологии аденоидов. Нами проведено микробиологическое и морфологическое исследование удаленных глоточных миндалин у 50 детей различного возраста. Для сравнительного анализа особенностей клинической картины заболевания пациенты разделены на две группы: А-пациенты с клиническими проявлениями гипертрофии миндалины, предъявляющие жалобы на затрудненное дыхание через нос (N=34, 68%); группа В – дети, у которых проявления аденоидов сочетались с признаками воспаления миндалины (N=16, 32%). Несмотря на проводимую консервативную терапию, отмечался постоянный насморк, при риноскопии – слизь в полости носа и куполе носоглотки. Анализ микробиологического исследования свидетельствует, что у 70% детей при аденоидах присутствует патогенная флора.