

тичной результатам посева мокроты. Назначение длительной химиотерапии с учетом чувствительности МБТ с проведением местного лечения позволило добиться излечения специфического процесса в ушах за менее короткий период, чем излечение легочного процесса.

Таким образом, у больных туберкулезом легких с хроническими гнойными процессами со стороны ЛОР-органов необходимо неоднократно исследовать патологический материал на МБТ, вторичную флору и грибы. Во время выполнения операций по поводу гнойных отитов необходимо обязательное гистологическое исследование операционного материала. Все больные с патологией ЛОР-органов должны быть обследованы рентгенологически.

ОЦЕНКА КЛИНИКИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ДВУХ ЛЕТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ТЯЖЕСТИ

Хоров О.Г., Ракова С.Н., Головач Е.С., Лис Т.М.,

Марцинович А.М., Сорокина Т.Б.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²

Острый средний отит (ОСО) является наиболее частой бактериальной инфекцией в амбулаторной педиатрической практике. Среди всех заболеваний уха средние отиты составляют около половины, а у детей их количество приближается к 70%. Формы, в которых эта болезнь протекает, являются чрезвычайно разными по этиологии, условиям возникновения, морфологическому характеру, функциональным расстройствам, последствиям и осложнениям. Средние отиты, развивающиеся в детском возрасте, имеют существенные особенности во всех этих аспектах.

Высокая частота ОСО в детском возрасте объясняется особенностями анатомического строения уха у детей раннего возраста, а также тем, что дети чаще страдают воспалительными заболеваниями носа, и особенно носоглотки. ОСО часто развивается как осложнение острой респираторной вирусной инфекции.

Медицинская и социальная значимость ОСО состоит в том, что острое воспаление среднего уха сопровождается нарушением слуховой функции. После перенесенного ОСО в барабанной полости часто остается жидкость, обуславливающая впоследствии развитие секреторного среднего отита, который способствует развитию стойкой тугоухости у ребенка, что может вызвать снижение восприятия и развития речи, снижение интеллекта.

Нами было проведено исследование группы детей за 2010 год общим количеством 287 человек с целью оценки тяжести клиники острого среднего отита у детей до двух лет. Из них в возрасте до двух лет – 51 человек (17,8%) (девочек – 15 (30%), мальчиков – 36 (70%)) с диагнозом острый средний отит, которые проходили лечение в оториноларингологическом гнойном детском отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница».

Анализируя истории болезни детей с острым средним отитом, мы пришли к выводу о целесообразности введения индекса тяжести (ИТ) для прогнозирования возможных осложнений, рецидивов, а также тактики выбора антибактериальной терапии и эффективности лечения. Для этого нами была разработана шкала расчета ИТ. Выбраны следующие критерии: ушная боль, повышенная температура тела, изменения опознавательных пунктов, гиперемия, инфильтрация барабанной перепонки, сглаженность контуров барабанной перепонки, выбухание барабанной перепонки, перфорация барабанной перепонки, гноетечение из уха, общий анализ крови (увеличение СОЭ или лейкоцитов), импедансометрия с типом В, рецидивы воспаления, наличие отягощающих факторов.

Наличие в клинике заболевания критерия оценивали одним баллом. Полученные баллы суммировали и делили на общее количество критериев.

Путём клинико-математической оценки ИТ был разделен на три группы:

1. От 0,08 до 0,32 – легкая степень тяжести заболевания.
2. От 0,33 до 0,41 – средняя степень тяжести.
3. От 0,42 до 0,66 – тяжелая степень тяжести.

Получены следующие результаты: при поступлении в стационар в первую группу вошло 5 человек (9,8 %), во вторую группу – 20 человек (39,2%), в третью – 26 (51 %). При выписке первая группа составила 46 человек (90,1%), вторая – 5 человек (9,9%), третья – 0. Рецидивы отита составили 5%.

Сопутствующая патология встречалась у 26 человек (51%) и распределялась следующим образом: аденоиды – 46,1%, ОРВИ – 11,5%, педиатрическая патология (паратрофия, анемия, экссудативный диатез) – 19,2%, прочая патология – 23,2%.

Выводы:

1. Индекс тяжести (ИТ) может использоваться для объективизации прогнозирования возможных осложнений, рецидивов, а также тактики выбора антибактериальной терапии и эффективности лечения.

2. Дети с ОСО, относящиеся при поступлении по ИТ ко 2 и 3 группам, после проведенного лечения были отнесены к 1 группе, что говорит об эффективности лечения.

Литература:

1. Петрова Л.Г. Республиканский съезд оториноларингологов Минск, 2002 – С. 70.

**ДЕЛОВАЯ ИГРА В ПРЕПОДАВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ
АНАТОМИИ ЛОР-ОРГАНОВ**

Куницкий В.С., Шабашов К.С., Бизунков А.Б.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Реальной альтернативой механической передаче знаний может стать инновационное образование, которое преследует целью не простое «усвоение» предлагаемой информации, а вступление в активный диалог с миром, когда полученные знания инициируют дальнейшее развитие обучаемого, а не рассматриваются как истина в последней инстанции [1]. Одной из перспективных образовательных технологий являются игровые методы обучения [2, с. 254].

Целью исследования была разработка варианта игровой технологии, облегчающей изучение клинической анатомии и диагностики заболеваний гортани.

Игровой сценарий. Один из студентов группы выступает в роли «доктора», остальные формируют подгруппу потенциальных «консультантов». Доктору предоставляется 10 ларингоскопических картин, характеризующих 10 различных заболеваний гортани. Если у пациента имеется нарушение подвижности голосовых складок, то предоставляется парная ларингоскопическая картина: при дыхании и при фонации. «Доктор» выбирает одну из представленных ларингоскопических картин, не указывая ее остальным студентам, и производит описание изображенной на ней клинической картины с указанием всех пораженных анатомических элементов и характера их изменений. После завершения описания назначаются два или три «диагноста» из числа оставшихся студентов. Каждый из них должен указать картину, которая, по его мнению, наиболее полно соответствует представленному описанию. Как правило, с первого раза оптимальное описание получить не удается, а при наличии ошибок в описании мнения «консультантов» разделяются. В этой ситуации преподаватель инициирует дискуссию между консультантами, в ходе которой вскрываются дефекты в описании и интерпретации клинической картины. Возможно деление группы на две подгруппы. Каждой подгруппе дается для описания несколько