

ния трахеи и гортани после операции использовали комбинацию тампона-валика и моделированной интубационной трубки.

Результаты и обсуждение. Пациенты были разделены на 4 группы в соответствии с проведенным хирургическим лечением. В I группе – 12 (52,2%) человек – хирургическое вмешательство предусматривало выполнение прямой микроларингоскопии (ликвидация стеноза на уровне гортани) и трахеофиссуры, с целью устранения стеноза шейного отдела трахеи. 4 (17,4%) пациентам (II группа) были выполнены: лазерная вапоризация рубцово-грануляционных тканей трахеи, прямая микроларингоскопия, трахеофиссура. III группа состояла из 3 (13,0%) больных, которым восстановление стеноза гортани выполнено при прямой микроларингоскопии, а ликвидация стеноза грудного отдела трахеи осуществлена лазерной вапоризацией. В IV группу вошли 4 (17,4%) больных с наиболее тяжёлыми формами стеноза – полная облитерация просвета гортани и трахеи, что потребовало выполнения ларинготрахеофиссуры. Длительность стентирования была весьма вариабельна – от 3 недель до 3 лет – и определялась протяженностью стеноза, особенностями эпителизации дефектов слизистой оболочки. Рестенозирование отмечено у 1 (4,3%) пациента и связано с ранней пластикой окончатого дефекта трахеи после удаления стента (21 день). В последующем сроки между дестентированием и пластикой трахеального дефекта у этого больного составили 6 недель.

Выводы. Этапное хирургическое лечение ларинготрахеальных стенозов с применением комбинированного подхода позволяет восстановить проходимость гортани и трахеи у 95,6% больных.

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАПЕДОПЛАСТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ

Стринкевич Э.А.

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Введение. Взаимное влияние слухового и вестибулярного отделов лабиринта предполагает, что нарушение в одной части внутреннего уха может повлечь изменения в другой его части. В частности, после операций на стремени повышение вестибулярной активности может приводить к нарушению слуховой функции.

Цель: в связи с этим мы провели исследование зависимости результатов стапедопластики от выраженности вестибулярной дисфункции.

Материалы и методы. Нами проведен анализ динамики слуховой функции после стапедопластики у 101 пациента. Функциональный эффект стапедопластики оценивали по сокращению костно-воздушного интервала после операции.

Мы изучили зависимость функциональных результатов стапедопластики от активности вестибулярных нарушений в послеоперационном периоде. Для этого сравнили результаты операции: сопоставили слухоулучшающий эффект стапедопластики и наличие вестибулярной дисфункции в послеоперационном периоде.

Вестибулярную дисфункцию отмечали по наличию жалоб пациента на ощущения вращения, шаткости при движении в сочетании со спонтанным нистагмом, нарушением походки, координации, возникших после стапедопластики.

Результаты. Вестибулярные нарушения в послеоперационном периоде отмечались у 34 человек из 101 (в 33,7% случаев). Из них у 29 пациентов (в 85,3% случаев) вестибулярные нарушения сопровождались возникновением сенсоневрального нарушения слуховой функции в послеоперационном периоде, что сопровождалось повышением порогов костной проводимости при отсутствии костно-воздушного разрыва.

Выявлена прямая зависимость результатов операции от выраженности вестибулярных явлений. Чем активнее вестибулярные нарушения, тем хуже функциональные результаты стапедопластики.

Существует статистически значимая вероятность выявления нейросенсорного компонента у пациентов с вестибулопатией после перенесенной стапедопластики $p < 0,001$ (тест Фишера). Отношение шансов равно 25,3 (95% ДИ [7,7; 101,8]).

Выводы:

1. Клинические наблюдения подтверждают экспериментальные данные о том, что вестибулярная дисфункция усугубляет слуховые нарушения. В частности, наличие вестибулярных нарушений у пациентов после стапедопластики является плохим прогностическим признаком и показанием к назначению специфической медикаментозной терапии (чувствительность 70,7%, 95% ДИ [54,3%; 83,4%]; специфичность 91,7%, 95% ДИ [80,9%; 96,9%]; точность 83,2%, 95% ДИ [74,1%; 89,6%]; прогностическая ценность положительного результата – 85,3%, 95% ДИ [68,2%; 94,5%]; прогностическая ценность отрицательного результата – 82,1%, 95% ДИ [70,4%; 90,0%].

2. Установлено, что функциональные результаты стапедопластики зависят от длительности вестибулярных расстройств. При

кратковременной вестибулярной дисфункции (до 5 суток) отмечаются изменения слуховой функции в области высоких частот. При длительных вестибулярных нарушениях (сохраняющихся более 5 суток) развивается сенсоневральное нарушение слуховой функции во всем диапазоне частот.

АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ

Хоров О.Г., Макарина-Кибак Л.Э., Алещик И.Ч.,

Савицкий С.Э., Марцуль Д.Н., Жучко Л.И.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «РНПЦ оториноларингология»

В современных условиях развития медицины появилась возможность проводить объективную диагностику органа слуха. Чем раньше будет выявлена патология слухового анализатора и начата его реабилитация, тем лучшие результаты можно ожидать. Различной степени нарушения слуха определяются у 3–5 новорожденных на 1000 родов, а у детей 1 года жизни эта цифра возрастает до 4–6%. В развитых странах уровень выявления тяжелых потерь слуха составляет 1–2 на 1000 родившихся, в странах Юго-Восточной Азии и Африки эта цифра составляет уже 2–8.

Важно в период до 3 месяцев выявить нарушение слуха и начать соответствующую реабилитацию. Границей, за которой начнутся необратимые изменения в физиологическом развитии ребенка, являются первые 10–12 месяцев после его рождения. Скрининговое исследование слуха радикально снижает время выявления нарушения слуха. В результате внедрения программы объективной аудиологической диагностики возрастает число выявленных детей с патологией слухового анализатора в сроки, оптимальные для проведения кохлеарной имплантации и других методов реабилитации. Это в свою очередь позволяет человеку в последующем безболезненно интегрироваться в общество без комплекса громоздких малоэффективных мероприятий уже с 3–4-летнего возраста. Без сплошного скринингового исследования возраст выявления нарушения слуха составляет около 2-х лет.

Система всеобщего скринингового обследования новорожденных внедряется и внедрена во многих странах (США, Канада, Австралия, Новая Зеландия, Великобритания, Германия, Австрия, Швейцария, Польша, Россия). Наиболее оптимальным, с экономической и практической точки зрения, является использование для скрининга двух методик объективного исследования слуха – ото-