

2. Большинство пациентов с ПОВГ – лица трудоспособного возраста, в связи с чем необходимо не только ликвидировать грыжевой дефект, но и стремиться к полной реконструкции ПБС.

3. Использование малоинвазивных (лапароскопических) методов лечения позволит несколько снизить заболеваемость ПОВГ.

4. В лечении ПОВГ необходимо стремиться к реконструкции ПБС, для чего в большинстве случаев необходимо применение полипропиленовой хирургической сетки, что позволяет добиться лучших результатов и предотвратить рецидив заболевания.

5. При грыжах малых размеров и с удовлетворительным состоянием сшиваемых тканей не теряют своей актуальности способы пластики собственными тканями.

6. Наличие множества способов пластики и отсутствие единого подхода в лечении ПОВГ заставляет искать новые способы пластики.

Литература:

1. Выбор полипропиленового эндопротеза для пластики брюшной стенки / Б. С. Суковатых [и др.] // Вестник хирургии. – 2013. – Т. 172, № 6. – С. 41-45.

2. Алишев, О. Т. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж / О. Т. Алишев, Р. Ш. Шаймарданов // Практическая медицина. – 2013. – № 2. – С. 16-21.

3. Цверов, И. А. Хирургическое лечение больных с вентральными грыжами: современное состояние вопроса / И. А. Цверов, А. В. Базаев // Современные технологии в медицине. – 2010. – № 4. – С. 122-127.

4. Современная концепция хирургического лечения больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки / А. В. Юрасов [и др.] // Вестник экспериментальной хирургии. – 2014. Т.4, № 7. – С. 405-413.

5. Ramirez, O. M. «Component separation» method for closure of abdominal wall defects: an anatomical and clinical study / O.M. Ramirez, E. Raus, A.L. Dellon // Plast. Reconstruct. Surg. – 1990. – № 86. – P. 519-525.

ЛЕЧЕНИЕ АКУСТИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

¹Ещенко С. В., ²Трухан А. П., ²Ещенко А. В.

¹ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»

²Военно-медицинский факультет

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

Введение. Острая посттравматическая нейросенсорная тугоухость, именуемая также акустической травмой органа слуха, представляет собой поражение внутреннего уха, возникающее при воздействии звуковой волны большой интенсивности (более 90-100 децибел). В основе патогне-

неза лежит ишемия, расстройство кровообращения, гибель чувствительных клеток внутреннего уха и нервных элементов проводящего пути слухового анализатора.

Актуальность проблемы обусловлена увеличением количества пациентов с указанной патологией, отсутствием комплексной системы мероприятий по профилактике акустической травмы внутреннего уха у военнослужащих.

Цель исследования: выявить зависимость между наличием заболеваний полости носа и околоносовых синусов и возникновением острой нейросенсорной тугоухости.

Материалы и методы. В исследование включены 83 пациента, находившихся на стационарном лечении в оториноларингологическом отделении 432 ГВКМЦ с 2011 по 2016 гг. Всем пациентам после обследования был установлен диагноз: «Острая посттравматическая нейросенсорная тугоухость». Для диагностики использовались исследование слуха шепотной и разговорной речью, камертональные пробы (пробы Ринне, Федеричи, Вебера), тональная аудиометрия, отоскопия, вестибулометрия. Критериями установления диагноза «Острая посттравматическая нейросенсорная тугоухость» являлось: участие накануне военнослужащего в занятиях по огневой подготовке, наличие снижения слуха и шума в ушах после выполнения стрельбы, подтверждающееся понижением по нейросенсорному типу на аудиограмме, снижением слуха до восприятия шепотной речи менее 6 метров. Критериями эффективности лечения являлось улучшение слуха при исследовании шепотной речью и на аудиограмме.

За медицинской помощью в первые сутки после травмы обратились 11 пациентов (13,2%), в срок от 1 до 3-х суток 42 пациента (50,6%), 30 пациентов (36,2%) были доставлены на осмотр к оториноларингологу с 4-х по 10-е сутки.

При изучении анамнеза выявлено, что 56 (67,4%) пациентов получили травму при стрельбе из мелкокалиберного оружия (АК-47, СВД и прочее), 27 (32,6 %) – при стрельбе из гранатомета и крупнокалиберного оружия.

Все пациенты с острой посттравматической нейросенсорной тугоухостью были разделены на 2 группы:

1. С сопутствующими заболеваниями полости носа и околоносовых синусов (искривление перегородки носа, аденоидные вегетации, хронический риносинусит, вазомоторный и гипертрофический ринит) – 62 (74,7%) пациента – основная группа.

2. Без заболеваний полости носа и околоносовых синусов – 21 (25,3%) пациент – группа сравнения.

При обследовании пациентов в обеих группах оценивались следующие показатели: снижение слуха по данным акуметрии (исследования шепотной речью), повышение порогов восприятия по нейросенсорному типу на тональной аудиограмме (в зоне высоких и средних частот); нали-

чие субъективного ушного шума в результате акустической травмы.

В основной группе снижение слуха, по данным акуметрии, отмечалось у 43 пациентов (69,4%), повышение порогов восприятия по нейросенсорному типу на тональной аудиограмме отмечалось у 62 пациентов (100,0%), жалобы на ушной шум предъявляли 55 пациентов (88,7%).

В группе контроля снижение слуха, по данным акуметрии, отмечалось у 7 пациентов (33,3%), повышение порогов восприятия по нейросенсорному типу на тональной аудиограмме отмечалось у 21 пациента (100,0%), жалобы на ушной шум предъявляли 18 пациентов (85,7%).

Всем пациентам проведено лечение в стационаре продолжительностью от 7 до 14 суток по стандартам оказания оториноларингологической помощи:

1. Медикаментозное лечение (8 мг дексаметазона в сутки, 5 мл 2% раствора пентоксифиллина, бетагистин – 48 мг в сутки, препараты витаминов группы В, ингибиторы холинэстеразы (нейромидин 10 мг 2 раза в сутки).

2. Физиотерапевтическое лечение (электрофорез с прозеринном эндоурально № 7-9).

3. Сеансы ГБО (от 7 до 10 при отсутствии противопоказаний).

В день выписки пациентам выполнялись повторно исследование слуха шепотной речью и тональная аудиометрия.

Результаты исследования. У пациентов основной группы установлено статистически значимое снижение порога восприятия по нейросенсорному типу на тональной аудиограмме после проведения комплексного лечения ($p=0,000$) (табл. 1).

Таблица 1. – Показатели нарушения слуха у пациентов основной группы

Исследуемые показатели	До лечения	После лечения	Достоверность
Повышение порога восприятия по нейросенсорному типу на тональной аудиограмме	100% (62)	14,5% (9)	$\chi^2=92,6$; $F=-0,8$ $p=0,000$
Снижение слуха до восприятия шепотной речи менее 6 м	69,4% (43)	54,8% (34)	$\chi^2=2,8$; $F=-0,1$ $p=0,096$
Шум в ушах	88,7% (55)	77,4% (48)	$\chi^2=2,8$; $F=-0,2$ $p=0,094$

У пациентов группы сравнения после комплексного лечения выявлено статистически значимое снижение порога восприятия по нейросенсорному типу на тональной аудиограмме ($p=0,000$), а также снижение интенсивности шума в ушах ($p=0,040$) (табл. 2).

Как видно из таблиц 1 и 2, у пациентов основной группы после проведенного лечения сохранялись нарушения слуха, выявленные при акуметрии, статистически значимые при сравнении с результатами, полученными в группе сравнения ($p=0,000$).

В основной группе улучшение слуха до 6 м при исследовании шепотной речью отмечалось у 28 (45,2%) пациентов, у 34 (54,8%) пациентов слух также улучшился, однако сохранился на уровне до 6 (от 2 до 5) метров. По данным тональной аудиометрии, у 53 (85,5%) пациентов отмечался подъем кривой воздушной и костной проводимости на 10-15 децибел на высоких и средних частотах. Ушной шум в день выписки сохранился у 48 (77,4%) пациентов, однако 41 пациент отмечал уменьшение его интенсивности.

Таблица 2. – Показатели нарушения слуха у пациентов группы сравнения

Исследуемые показатели	До лечения	После лечения	Достоверность
Повышение порога восприятия по нейросенсорному типу на тональной аудиограмме	100% (21)	9,5% (2)	$\chi^2=34,7$; F=-0,9 p=0,000
Снижение слуха до восприятия шепотной речи менее 6 м	33,3% (7)	9,5% (2)	$\chi^2=3,5$; F=-0,3 p=0,060
Шум в ушах	85,7% (18)	57,1% (12)	$\chi^2=4,2$; F=-0,3 p=0,040

В группе сравнения улучшение слуха до 6 м при исследовании шепотной речью отмечалось у 19 пациентов (90,5%), у 2 (9,5%) пациентов слух также улучшился, однако сохранился на уровне до 6 (от 2 до 5) метров. По данным тональной аудиометрии, у всех пациентов отмечался подъем кривой воздушной и костной проводимости на 20-25 децибел на высоких и средних частотах. Ушной шум сохранился у 12 (57,1%) пациентов, у всех интенсивность шума уменьшилась.

Выводы:

1. Острая посттравматическая нейросенсорная тугоухость вследствие акустической травмы может возникать как при стрельбе из крупнокалиберного оружия, так и при стрельбе из мелкокалиберного оружия.

2. Наличие у пациентов с акустической травмой патологии полости носа и околоносовых синусов статистически значимо увеличивает степень снижения слуха и ухудшает прогноз в плане восстановления слуха после лечения.

Литература:

1. Таварткиладзе Г.А., Клиническая аудиология: практическое пособие / Г.А. Таварткиладзе, Т.Г. Гвелесиани. – Москва: Святигор Пресс. – 2003. – 74 с.
2. Горохова А.А. Военная оториноларингология: учебное пособие / А.А. Горохова, А.М. Шелепова. – Санкт-Петербург: СпецЛит., – 271 с.
3. Пальчун В.Т. Болезни уха, горла, носа: учебник / В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский. – Москва: «Медицина». – 1980. – 487с.
4. Беличева Э.Г., Линьков В.И., Стандарты диагностики острой и внезапной сенсоневральной тугоухости // Рос. оторинолар. (приложение). – 2007. – С. 609-613.