

Результаты и их обсуждение. В результате интеллектуальной нагрузки у носителей гомозиготного дикого типа наблюдалось увеличение показателя стрессоустойчивости в условиях наименьшей и наибольшей продолжительности светлой части суток с 87 [81;99] до 93 [87;111] ($p < 0,05$) и с 111 [81;117] до 117 [93;123] ($p < 0,05$), соответственно. У лиц 2-ой группы в ответ на стресс-фактор происходило снижение значения среднего времени реакции с 305 [292;316] сек. до 300,5 [289;313] сек. ($p < 0,05$) в период весеннего равноденствия. У носителей гомозиготного мутантного генотипа было выявлено уменьшение коэффициента асимметрии внимания с 1 [0,5;1] до 0,3 [0;1] ($p < 0,05$) в условиях наибольшей продолжительности темной части суток.

Между генотипами AA и GG были установлены различия в параметре стрессоустойчивости, индексе утомляемости, уровне возбуждения нервной системы до нагрузочной пробы в разные периоды солнцестояния.

Чередование светлой и темной частей суток приводило к достоверным изменениям показателей когнитивных функций мозга как до, так и после интеллектуальной нагрузки.

Выводы. Таким образом, выявлены особенности функционального состояния у генотипов полиморфного варианта гена HTR2A (rs7997012) в условиях стрессогенной нагрузки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Association between categorization of emotionally-charged and neutral visual scenes and parameters of event-related potentials in carriers of different COMT, HTR2A, BDNF gene genotypes / E. V. Vorobyeva [et al.] // F1000Res. – 2020. – Vol. 26, № 9. – P. 446.

2. Ермаков, П. Н., Воробьева, Е. В., Ковш, Е. М., Столетний, А. С. Особенности вызванной активности мозга при анализе изображений эмоциогенного характера у носителей полиморфных вариантов генов BDNF и HTR2A // Экспериментальная психология. – 2017. – Том 10, № 3. – С. 65–85.

ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДНЕГО УХА У ПАЦИЕНТОВ С ВРНГ

Головач Е. Н., Залесская Д. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Традиционно считается, что высокая распространенность экссудативного среднего отита, наблюдающаяся у пациентов с ВРНГ, связана с патологическим прикреплением мышцы, поднимающей мягкое небо. Эта мышца прикреплена к половине длины хрящевой части СТ. В ряде исследований отмечается, что при ВРН показатель толщины мышц, поднимающих мягкое небо, меньше, чем аналогичный у здоровых людей. Более значимыми для нормального функционирования слуховой трубы является состояние и прикрепление мышц,

напрягающих мягкое небо. Эти мышцы прикрепляются при ВРН к заднему краю твердого неба, и частично культы мышц не имеют костного прикрепления, что приводит к их недостаточной подвижности и дисфункции СТ. Значительная часть пациентов с ВРН не имеет прикрепления мышцы, напрягающей мягкое небо, к слуховой трубе. Хирургическая операция по закрытию расщелины неба – уранопластика, не решает проблему устранения заболеваний среднего уха, так как пластика неба не может изменить патологического прикрепления мышц [1-3].

Цель. Исследовать состояние слуха у пациентов с ВРНГ перенесших уранопластику.

Методы исследования. На базе гнойного оториноларингологического отделения для детей «Гроднеской университетской клиники», в период 2021-2022гг было проведено 2 мастер-класса по лечению детей с ВРНГ заведующим кафедрой ЧЛХ БелМАПО, к.м.н., доцентом Гричанюком Д.А. За это время было прооперировано 6 пациентов с ВРН: 2 пациента с двусторонней полной расщелиной и 3 пациента с полной односторонней расщелиной и 1 пациент с изолированной центральной расщелиной неба. Средний возраст детей составил $1,1 \pm 0,2$ года.

Результаты и их обсуждение. Перед проведением вмешательства на структурах неба мы обследовали состояние среднего уха: микроотоскопия, тимпанометрия. Было установлено наличие явных изменений в среднем ухе у 5 пациентов из шести: тимпанометрия тип В, изменение цвета и структуры барабанной перепонки. Данным пациентам проводились одновременно уранопластика и шунтирование барабанных перепонок (получен вязкий экссудат при тимпанотомии). Пациент с изолированной центральной расщелиной неба имел тимпанограмму тип С (уплощенный пик), при диагностической мириготомии получен серозный экссудат в небольшом количестве, шунтирование не выполнялось, взят под наблюдение.

Выводы.

1. Сочетание встречаемости ВРНГ и заболеваний среднего уха, по данным литературы варьирует от 70% до 98% случаев, что обусловлено в первую очередь видом расщелины (односторонняя/двусторонняя; полная/изолированная).
2. У всех пациентов, которым проводилась уранопластика на нашей базе, установлены изменения в среднем ухе, но проведение шунтирования барабанных перепонок показано было лишь пять (83,3%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедов, А. А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. – М.: Детстемиздат, 1998. – 198 с.
2. Соколова, А. В. Лечебная тактика при экссудативном отите у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Вестн. оторинолар. – 2003. – № 6. – С. 55–57.

3. Muntz, H. R. An Overview of Middle ear Disease in Cleft Palate Children // J. Facial Plastic Surgery. – 1993. – Vol. 9, N 3. – P. 177–180.

СОЧЕТАНИЕ ХГСО И ВРН В ОТДЕЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ

Головач Е. Н., Юровская М. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Согласно данным авторов Ю.А. Сушко, Л.Г. Розенфельд и соавторов у 2/3 пациентов с ХГСО имеется снижение силы мышц мягкого неба, что было установлено ими при пневмомиографических исследованиях. Подобные данные приводит и А.В. Завадский в своих работах, указывая на то, что чем слабее сила мышц, тем в большей степени проявляется нарушение функций СТ. Так же Э.К. Лааманн,

К.В. Лааманн высказывали мнение о том, что нарушение работы *m. tensor veli palatine* и *m. levator veli palatine* приводит к возникновению заболеваний среднего уха. Сочетание ВРН и заболеваний среднего уха, которые вовремя не выявляются и не проводится соответствующее лечение, отрицательно влияет на развитие речи ребенка и его социализацию. К сожалению, пациенты с двусторонней ВРН выходят на хронический средний отит в 85% -99% случаев, что обусловлено недостаточной вентиляцией структур среднего уха, приводящей к образованию ретракционных карманов, а впоследствии и перфорации. В связи с неполноценной вентиляционной функцией СТ, им может выполняться неоднократная тимпанопластика (процессы ретракции лоскута, повторные перфорации лоскута) [1-2].

Цель. Исследовать состояние слуха у пациентов с ВРНГ перенесших уранопластику в отдаленном периоде ($2,5 \pm 0,3$ года).

Методы исследования. На базе гнойного оториноларингологического отделения для детей «Гродненской университетской клиники», в период 2021-2022гг было проведено 2 мастер-класса по лечению детей с ВРНГ заведующим кафедрой ЧЛХ БелМАПО, к.м.н., доцентом Гричанюком Д.А. За это время было проконсультировано 57 пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области, из них 27 пациентов с ВРН после уранопластики. Средний возраст детей составил $5,6 \pm 0,7$ года.

Результаты и их обсуждение. Всем 27 пациентам проводились обследование состояния структур среднего уха: микроотоскопия, тимпанометрия, аудиометрия. В прошлом шунтирование барабанной перепонки выполнялось 20 (74%) пациентам, при этом 16 (59%) из них перенесли несколько шунтирований. Было установлено наличие снижения вентиляции барабанной полости у 10 (37%) пациентов – тимпанограмма тип С, а у 3 пациентов (из числа этих 10) выявлены формирующиеся ретракционные карманы барабанной перепонки, что является непосредственной предпосылкой перехода в ХГСО.