

Материалы и методы. Материал исследования составили истории болезни 118 пациентов, страдающих отосклерозом, в возрасте от 7 до 60 лет, которым в ЛОР - клинике ГрГМУ в период с 2002 по 2007 год выполнялась операция стапедопластика.

Результаты исследования. Средний возраст больных отосклерозом составил $41,3 \pm 8$ лет. Среди них было 84 (76,4%) женщин и 28 (23,6%) мужчин. Среди прооперированных было 12 (10,17%) детей в возрасте от 7 до 18 лет (средний возраст $12,5 \pm 1,4$ года). Из них мальчиков было 4 (33,3%), девочек – 8 (66,7%).

Взрослые связывают развитие заболевания с перенесенной черепно-мозговой травмой (13%), беременностью и родами (4,4%) и гнойным средним отитом (4,4%), 78,2% взрослых не смогли указать причину заболевания.

По данным аудиометрии, улитковый резерв (УР) у детей до операции на частоте 500Гц составил в среднем $37 \pm 1,1$ дБ, на частоте 1000Гц – $37 \pm 1,2$ дБ, на частоте 2000Гц – $32 \pm 0,9$ дБ и на частоте 4000Гц – $35 \pm 1,0$ дБ.

Шепотная речь (ШР) у взрослых до операции составила в среднем $1,4 \pm 0,7$ метра. УР у них на частоте 500Гц составил в среднем $29 \pm 0,25$ дБ, на частоте 1000Гц – 32 ± 0 дБ, на частоте 2000Гц – $24 \pm 0,25$ дБ и на частоте 4000Гц – $29 \pm 0,25$ дБ. На всех частотах УР у взрослых достоверно меньше ($p < 0,05$), чем у детей. У детей быстрее и более глубоко наступает снижение слуха.

После операции УР у детей уменьшился на всех частотах: на 500Гц он составил $19 \pm 1,0$ дБ, на 1000Гц – $18 \pm 1,2$ дБ, на 2000Гц – $18 \pm 0,6$ дБ, на частоте 4000Гц – $17 \pm 0,7$ дБ. Данное уменьшение УР и ШР достоверно ($p < 0,05$).

УР после операции у взрослых также уменьшился на всех частотах: на 500Гц он составил в среднем $26 \pm 0,47$ дБ, на частоте 1000Гц – $28 \pm 0,68$ дБ, на частоте 2000Гц – $21 \pm 0,21$ дБ и на частоте 4000Гц – $23 \pm 1,1$ дБ. Уменьшение УР достоверно наблюдалось на всех частотах ($p < 0,05$). ШР у взрослых после операции увеличилась и составила в среднем $5 \pm 0,2$ метра. Данное увеличение достоверно ($p < 0,05$). УР у детей в сравнении со взрослыми на частотах 500, 1000 и 4000Гц уменьшился достоверно ($p \leq 0,05$).

Уменьшение интенсивности или прекращение ушного шума после операции отметили 9 (75%) детей, ушной шум остался на прежнем уровне у 3 (25%) детей. Среди взрослых у 32 (30%) пациентов, имевших ушной шум до операции, он исчез или стал значительно меньше, и у 30 (28%) пациентов перестал доминировать в жалобах.

Выводы:

1. УР у детей и взрослых после операции достоверно уменьшился на всех частотах.
2. Уменьшение интенсивности ушного шума отметили 75% детей после операции, а у 30% взрослых шум исчез или уменьшился и у 28% пациентов шум перестал доминировать в виде жалоб.
3. У детей более быстро и глубоко наступает снижение слуха. В то же время хирургическая реабилитация слуха у детей дает значительно лучший функциональный результат.

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

Белюк Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – ассистент, Бердовская А.Н.

В связи с широким распространением ультразвуковой диагностики стали распознаваться минорные аномалии сердца, которые в ряде случаев могут являться

морфологической основой функциональной кардиоваскулярной патологии. Малые аномалии сердца - гемодинамически малозначимые анатомические изменения сердца и магистральных сосудов. Тесная ассоциация малых аномалий с врожденными пороками сердца косвенно указывает на общность их происхождения - мультифакториальный генез. В литературе широко представлены данные таких малых аномалий сердца, как ложные хорды, пролапсы митрального и трикуспидального клапанов. Определенные аномалии (например, двустворчатый клапан аорты) уже сами по себе требуют пристального внимания кардиологов, так как при этой аномалии частота синдрома внезапной смерти выше, чем в популяции.

Целью нашей работы явилось определить частоту кардиальных микроаномалий при ВПС и провести их анализ.

Исследуемую группу составили 63 ребенка обоего пола в возрасте от 4 до 17 лет с естественным течением врожденного порока сердца, находящиеся на лечении в соматическом отделении. Всем детям было проведено комплексное клинко-лабораторное обследование, включающее доплерэхокардиографию.

Среди обследованных детей у 14 (23%) встречался дефект межпредсердной перегородки, у 15 (24%) - дефект межжелудочковой перегородки, у 6 (10%) - открытый артериальный проток, у 12 (19%) - патология клапана легочной артерии и у 10 (15%) - клапана аорты, у 4 (6%) - болезнь Фалло и коарктация аорты у 2 (3%) детей.

К наиболее часто выявляемым малым аномалиям сердца относятся ложные хорды левого желудочка 57 (90,4%) (единичные 53% и множественные 37%). Пролапс митрального клапана встречался у 13 (20,6%) детей. 10 (15,8%) детей имели пролапс 1 степени (без митральной регургитации 17,5%, с регургитацией - 8%). 3 детей (4,8%) детей имели пролапс митрального клапана 2 степени, во всех случаях выявлена митральная регургитация. Открытое овальное окно обнаружено у 5 (8%) детей, пролапс трикуспидального клапана у 1 (1,5%) ребенка, аортального у 2 (3%) детей, двустворчатый аортальный клапан у 3 (4,8%), расширение легочной артерии 2 (3,1%), аневризма межпредсердной перегородки у 2 (3%) детей, сочетанные малые кардиальные аномалии у 53 (84%) детей.

37 (58%) детей имели фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани: гипермобильность суставов у 16 (25%) человек, искривление позвоночника у 12 (19%), изменение формы грудной клетки у 7 (11%), дисплазия тазобедренного сустава у 2 (3%) человек.

Таким образом, малые аномалии тесно связаны с врожденными пороками сердца. Среди малых сердечных аномалий при врожденных пороках сердца чаще всего встречаются аномально расположенные хорды левого желудочка. Малые кардиальные аномалии при врожденных пороках сердца в большинстве случаев могут сочетаться с другими фенотипическими признаками синдрома соединительнотканной дисплазии.

Литература:

1. Мутафьян О.А. Врожденные пороки сердца. СПб.: Невский диалект, 2002. - С. 11-12.
2. Гнусаев С.Ф., Белозеров Ю.М. Эхокардиографические критерии малых аномалий сердца. Ультразвуковая диагностика. - 1997. - №3. - С. 23-27.
3. Земцовский Э.В. Соединительнотканная дисплазия сердца. - СПб.: Политекс, 2000. - С. 95.