

Давыдовский Н. Н.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МАСТОИДИТА СРЕДИ ДЕТСКОГО И ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2017 ГОДЫ.

Научный руководитель Жигальский Д. Г.

Минская областная детская клиническая больница

Актуальность. Острый мастоидит является часто встречающейся патологией, как в детском возрасте, так и в старших возрастных группах. Однако существуют отличия в этиологии и клинической картине данной патологии в разных возрастных группах.

Цель: выявить особенности течения острого мастоидита в детском и взрослом возрасте.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 84 стационарных карт пациентов с диагнозом «острый мастоидит», которые были госпитализированы в УЗ «МОДКБ» за 2014-2017 годы. Проанализирована возрастная-половая структура.

Результаты и их обсуждение. Пациенты были разделены соответственно возрасту на две группы: 1-я группа включала 46(54,8%) пациентов в возрасте от 0-18 лет, 2-я - старше 18 лет – 37(45,2%) пациентов. Средний возраст пациентов среди детского населения составил $5,4 \pm 3,7$ лет, взрослого – 44 ± 13 лет. Среди 1-ой группы пациентов преобладали мальчики (61%), а во второй группе женщины (68%). Средние сроки госпитализации пациентов в первой группе составляли $28,6 \pm 3,8$ койко-дней, во второй – $21,9 \pm 7,9$ койко-дней. Мастоидит являлся осложнением двустороннего острого среднего отита в 20% в первой группе и лишь в 2,7% во второй. У детей в 4% случаев имело место двустороннее поражение, и в 9% рецидив острого мастоидита. Сопутствующая патология ЛОР-органов в первой группе наблюдалась в 35% (16) случаев, из них 50%(8) занимает синусит, в 38%(6) гипертрофия аденоидов и небных миндалин, 12% трахеобронхит. Во второй группе сопутствующая патология выявлена в 22% (8) случаев, 75% (6) из которых занимают синуситы и в 25% (2) образование носоглотки. Положительные результаты посева на патологическую флору были выявлены в первой группе в 20%, из них 67% - стафилококки, 22% - стрептококки, 11% - синегнойная палочка. Во второй группе рост флоры наблюдался лишь в 14% случаев, из них в 40% - стафилококки, 40% - стрептококки, 10% - ассоциация стафилококка и пневмококка. Тактика оперативного лечения среди 1-ой группы пациентов была следующей: в 54% выполнялась антростома в сочетании с парацентезом барабанной перепонки или без него при перфоративной форме отита, в 46% первично выполнялся парацентез барабанной перепонки, а затем отсрочено антростома. Причем в 30% случаев требовался репарацентез либо тимпаностомия. У взрослых пациентов первично выполнялась антростома у 62%, а в 38% парацентез с последующей антростома. Репарацентез или тимпаностомия была необходима в 19% случаев. Осложнения мастоидита в первой группе наблюдались у 20% (9) пациентов, из них 44% (4) - нейропатия лицевого нерва, 33% (3) - субпериостальный абсцесс, и по 11% (1) тромбоз и флебит сигмовидного синуса соответственно. Во второй группе осложнения встречались у 30% (11) пациентов, среди них 64% (7) - нейропатия лицевого нерва, 18% (3) - субпериостальный абсцесс, 9% (1) - менингит, 9% (1) - субпериостальный абсцесс в сочетании с флегмоной шеи.

Выводы. Острый мастоидит в детском возрасте чаще встречается совместно с острыми синуситами, гиперплазией лимфоэпителиального глоточного кольца, и особенностями анатомического строения среднего уха. Наличие отита или мастоидита у взрослого может быть связано с образованием носоглотки, нарушающего дренажную функцию слуховой трубы, поэтому у пациентов с односторонним средним отитом или мастоидитом необходимо исключать новообразование носоглотки. Отмечается высокая частота выполнения репарацентеза или тимпаностомии, особенно в детском возрасте, что заставляет задуматься о необходимости одномоментной тимпаностомии и антростома в данной группе пациентов.