

## Особенности течения острого мастоидита у детей

*Симончик Мария Сергеевна*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

*Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Родионова Ольга Ивановна, Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

### **Введение**

Мастоидит – гнойное воспаление слизистой оболочки и костной ткани сосцевидного отростка височной кости, являющееся осложнением острого гнойного среднего отита (ОГСО) и приводящее к внутричерепным (ВЧО) и иным осложнениям. В амбулаторную схему терапии первоочередно входят бета-лактамы.

### **Цель исследования**

1) Изучить особенности течения и лечения острого мастоидита (ОМ) у детей разных возрастных групп. 2) Изучить влияние антибактериальной терапии (АБТ) на течение заболевания.

### **Материалы и методы**

Проведен ретроспективный анализ стационарных карт 59 пациентов в группах до 3 лет, 3–6 лет, старше 6 лет с ОМ, лечившихся в УЗ «3-я ГДКБ г. Минска» в 2013-2017 гг. Определены и оценены показатели обращаемости, осложнений, применения АБТ, сроки поступления, нахождения и выписки из стационара. Применен непараметрический метод статистики  $\chi^2$  для сравнения качественных признаков. Обработка данных проведена в программе Microsoft Excel 2017.

### **Результаты**

В выборке 34 пациента (57,6%) до 3 лет, 17 (28,8%) – 3–6 лет, 8 (13,6%) более 6 лет. Средний срок госпитализации –  $4,1 \pm 2,8$  сутки болезни. Поликлиникой направлены 30 детей (50,8%), АБТ получали 22 (37,3%), из них 16 – аминопенициллины, соответствующие протоколу лечения лор-заболеваний. Антромастоидотомия назначалась на  $5,3 \pm 4,3$  сутки болезни при формирующейся эмпиеме сосцевидного отростка (69,4%), субпериостальном абсцессе (11,9%), неврите лицевого нерва (10,2%), ВЧО (8,5%); в 12 случаях (20,3%) сочеталась с парацентезом барабанной перепонки, в 13 (22%) – с микрошунтированием барабанной полости, в 2 (3,4%) – с пункцией верхнечелюстных пазух, в 4 (6,8%) – с тимпанотомией. Детям до 3 лет эти вмешательства проводили в 47,1% случаев, 3–6 лет – в 41,2%, более 6 лет – в 37,5%, однако для первой группы  $\chi^2=0,3$  в сравнении с другими, что не подтверждает характерность более частой необходимости этих вмешательств у детей до 3 лет в генеральной совокупности. 1 пациент из 5 с ВЧО получал АБТ на амбулаторном этапе, 4 – не получали. Риск ВЧО для детей с получением АБТ и без нее составил соответственно 6,25% и 9,3%. Полученный  $\chi^2=0,14$  опровергает гипотезу о превентивном значении амбулаторной АБТ в развитии ВЧО. Средний срок пребывания в стационаре составил  $21,7 \pm 6,6$  дней. Исход лечения у 56 пациентов (94,9%) – выздоровление, 2 (3,4%) – улучшение, 1 пациент (1,7%) умер.

### **Выводы**

1) Наибольшая заболеваемость ОМ отмечалась в группе до 3 лет, наименьшая – в группе детей более 6 лет. Только в группе до 3 лет встречались неблагоприятные исходы ОМ. Им чаще проводились оперативные и инвазивные вмешательства. 2) Госпитализировано по направлению поликлиник 50,8% детей, но должностную АБТ на амбулаторном этапе принимали 27,1%. 3) На развитие ВЧО амбулаторная АБТ эффекта не оказывает.