

Марушко Е. В.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО
ГНОЙНОГО ОТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Родионова О. И.

Кафедра болезней уха, горла, носа

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Острый средний гнойный отит (ОСГО) является одним из самых распространённых заболеваний у детей. В 10–45% случаев процесс приобретает затяжной характер, отмечаются рецидивы, иногда неоднократные. ОСГО представляет угрозу развития осложнений и снижения слуха. В последующем тугоухость может сопровождаться задержкой речевого и психического развития ребёнка.

Развитию отита часто предшествует инфекция верхних дыхательных путей. Анатомо-физиологические особенности слуховой трубы играют важную роль в распространении инфекции из носоглотки в среднее ухо, а горизонтальное положение, типичное для детей раннего возраста, является предрасполагающим фактором к развитию ОСГО. В настоящее время установлена связь между гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭР) и воспалением среднего уха. Постоянный и длительный заброс кислого, агрессивного желудочного содержимого в пищевод, носоглотку и среднее ухо может привести к развитию среднего отита у детей.

Цель: проанализировать причины и показания к хирургическому лечению острого среднего гнойного отита у детей методом тимпанотомии с микрошунтированием барабанных полостей.

Материалы и методы. Были изучены 37 медицинских карт стационарных пациентов УЗ «3 ГДКБ» г. Минска за 2019 год в возрасте до 2-х лет. Анализировались жалобы при поступлении, сопутствующие заболевания, результаты мазков из уха на микрофлору и методы хирургического лечения ОСГО.

Результаты и их обсуждение. Число пациентов с острым гнойным отитом – 20 (54%), пациентов с рецидивирующим отитом – 17 (46%). При поступлении наблюдались жалобы на лихорадку у 25 (67,5%), беспокойное поведение у 12 (32,4%), насморк - 22 (59,5%), кашель – 11 (29,7%), срыгивание отмечалось только у одного пациента (2,7%), выделение из уха – 14 (37,8%) и боль в ухе у 7 (18,9%) пациентов.

Анализ данных историй болезни больных показал, что у всех из них заболевание началось с ОРВИ (у 100%). У 10 (27%) детей обнаружена анемия, ГЭР обнаружен у 7 (19%) пациентов, функциональная диспепсия у 1 пациента. Атопический дерматит (АД) был выявлен у 5 пациентов - 3,5%, рахит - у 2 (5,4%), а функционирующее овальное окно (ФОО) – у 2 (5,4%).

По результатам мазков из уха на микрофлору ведущим возбудителем является *Streptococcus pneumoniae* (35%). *Haemophilus influenzae* высеялся у 13,5%, *Staphylococcus epidermidis* у 5,4% детей. В остальных случаях (46,1%) посевы роста не дали.

Из хирургических методов лечения тимпанотомия была выполнена 37 пациентам (100%), а микрошунтирование барабанной полости – 22 (59%) пациентам.

Выводы. Заболевание острым средним гнойным отитом возникает после ОРИ. У детей раннего возраста, заболевших отитом, были обнаружены анемия, АД, рахит, ФОО. В 19% заболевание сочеталось с ГЭР у детей раннего возраста. Ведущим бактериальным возбудителем явился *Streptococcus pneumoniae*. Всем пациентам с ОСГО, помимо консервативного лечения, была сделана тимпанотомия. Микрошунтирование барабанной полости было проведено 22 (59,5%) пациентам.