

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В выборку включены: 28 (46,7 %) мальчиков и 32 (53,3 %) девочки. Большинство — в возрасте 12–17 лет 26 (43,3 %) детей.

В зависимости от наличия соматической патологии выделены 2 группы:

I группа — 50 детей с хроническим тонзиллитом;

II группа — 10 детей с соматической патологией на фоне хронического тонзиллита.

Хронический тонзиллит компенсированный в I группе наблюдался у 18 (36 %) детей, субкомпенсированный — у 13 (26 %) детей, декомпенсированный — 19 (38 %) детей, во II группе соответственно — 1 ребенок с хроническим тонзиллитом компенсированной формой, 3 (30 %) — с субкомпенсированной, 6 (60 %) детей с декомпенсированной формой. Изолированно хронический тонзиллит наблюдался у 14 (23,3 %) детей, в сочетании с другой патологией ЛОР-органов (отит, фарингит) — у 20 (33,3 %) детей, с соматическими заболеваниями (заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой, мочевой системы, желудочно-кишечного тракта) — 10 (16,7 %) человек, в сочетании с паратонзиллярным абсцессом — 16 (26,7 %) детей. Всем детям проводилось исследование: мазок с поверхности миндалин и со слизистой носа на флору. Выявлено 2 случая  $\beta$ -гемолитического стрептококка, 2 — золотистого стафилококка, 1 — пневмококка. Всем детям 60 (100 %) проводилась консервативная терапия. Хирургическое лечение получили 32 (64 %) человека из I группы: коагуляционная тонзилэктомия — 16, дренирование абсцесса — 16 детей; 8 (80 %) человек из II группы: все случаи 8 (100 %) человек — плановое оперативное лечение — коагуляционная тонзилэктомия.

### **Выводы**

Исследуемая группа в равной степени представлена мальчиками и девочками. Большая часть выборки — подростки. В обеих группах наибольшее количество детей наблюдалось с декомпенсированной формой хронического тонзиллита: в I группе — более трети пациентов, во II группе — более половины. Значительно чаще встречалось сочетание хронического тонзиллита с другой ЛОР-патологией (отит, фарингит). Изолированный хронический тонзиллит наблюдался у четверти детей. В ходе наблюдения нами выявлено, что у каждого четвертого ребенка течение хронического тонзиллита осложнялось паратонзиллярным абсцессом. Всем детям проводилась консервативная терапия, хирургическое лечение получили более половины детей.

Таким образом, в настоящее время проблема хронического тонзиллита у детей является чрезвычайно актуальной из-за риска развития в дальнейшем заболеваний сердца, почек, суставов. Высокая социальная значимость и широкая распространенность среди детского населения требуют поиска эффективных методов лечения, профилактики и продолжения изучения указанной нозологии.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Полякова, Т. С. Хронический тонзиллит: диагностика, лечение, профилактика / Т. С. Полякова, Е. П. Полякова // Российский медицинский журнал. — 2004. — № 2. — С. 65.
2. Маккаев, Х. М. Распространенность, особенности клинических проявлений и осложнения хронических заболеваний лимфоидного глоточного кольца у детей / Х. М. Маккаев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — М., 2002. — № 1. — С. 28–32.
3. Солдатов, И. Б. Лекции по оториноларингологии: учеб. пособие / И. Б. Солдатов. — М.: Медицина, 1994. — С. 288.
4. Пальчун, В. Т. Воспалительные заболевания глотки: руководство для врачей / В. Т. Пальчун, Л. А. Лучихин, А. И. Крюков. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 286 с.
5. Гаращенко, Т. И. Тонзиллярная проблема в педиатрии / Т. И. Гаращенко // Российская ринология. — 1999. — № 1. — С. 68–71.

УДК 616.216 - 036.12

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА У ВЗРОСЛЫХ**

**Бравая Е. О., Сафонова В. И.**

**Научные руководители: к.м.н., доцент И. Д. Шляга;  
врач-оториноларинголог С. Н. Колесникова**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух (ОНП) являются ведущими в оториноларингологии по частоте обращаемости пациентов как в поликлиники, так и в

ЛОР-стационары. Существенная часть принадлежит гнойным формам воспалительных заболеваний носа и ОНП. Воспалительные заболевания ОНП являются наиболее частой ургентной патологией, при которой больные нуждаются в госпитализации. Современная концепция развития хронического воспаления в околоносовых пазухах основана на нарушении их аэрации и частичной или полной блокады их выводных протоков. Кроме нарушения мукоцилиарного транспорта, большое значение принадлежит аномалиям внутриносовых структур и решетчатого лабиринта. Ведущую роль в патогенезе хронического синусита играют патологические изменения в области среднего носового хода, где расположен остиемеатальный комплекс-анатомическая структура, состоящая из узких щелей, отверстий, каналов, формирующийся в процессе развития околоносовых пазух. Патогенные микроорганизмы в этих условиях получают возможность более длительного контакта со слизистой оболочкой, а также благоприятную питательную среду для жизнедеятельности [1]. В патогенезе одонтогенного синусита играет анатомическая близость дна верхнечелюстной пазухи и корней зубов верхней челюсти (особенно больших коренных и второго малого коренного [2]).

### **Цель**

Анализ стационарных карт пациентов с диагнозом хронический синусит, находившихся на лечении в оториноларингологическом отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в зависимости от пола, возраста, результатов обследования, наличия осложнений.

### **Материал и методы исследования**

Материалом исследования послужили 90 медицинских карт стационарных пациентов оториноларингологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с 1 января по 31 декабря 2014 г.

Возраст их варьировал от 17 лет до 83 лет. Возрастной состав: 16–20 лет — 5 человек, 21–30 лет — 14 человек, 31–40 лет — 33 человека, 41–50 лет — 19 человек, 51–60 лет — 12 человек, 61 и более лет — 7 человек. Средний возраст пациентов составил — 42,9 (0,1). Сельских жителей 21 (23,3 %) человек, городских 69 (76,7 %) человек. Из них женщин было 53 (58,8 %), мужчин — 37 (41,2 %). Типичными для данного заболевания были жалобы (на различную степень затруднения носового дыхания, выделения из носа различного характера, разной интенсивности головную боль или боль в проекции пораженных пазух, снижение обоняния). Кроме анализа жалоб, анамнеза, клинической картины, проводились стандартные объективные исследования: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, RW, Rg — ОНП, ОГК, КТ, при необходимости дентальные и панорамные рентгенограммы, микробиологическое исследование на биогеenez и чувствительность к антибиотикам, антимикотическим препаратам.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациенты с хроническими синуситами одонтогенной этиологии составили 20 (22,2 %) человек. Из них 15 (75 %) человек с изолированным поражением одной ВЧП. Пациенты с хроническими синуситами риногенной этиологии составили 70 (77,8 %) человек. Поражение двух и более ОНП при хронических риногенных синуситах отмечено у 55 (78,6 %) человек. До начала антибактериальной терапии производилось микробиологическое исследование отделяемого. Изучены данные микробиологического исследования патологического отделяемого, полученного аспирационным путем при пункции ВЧП или интраоперационного материала. Микробиологическое обследование пациентов проводилось до лечения и повторно (на 7 день).

Таблица 1 — Микробный спектр отделяемого при хронических синуситах

Этиология	Риногенная	Одонтогенная
<i>S. aureus</i> ( $10^7$ )	24	2
<i>Str. haemolyticus</i> ( $10^8$ )	5	9
<i>E. coli</i> ( $10^7$ )	5	—
<i>S. epidermidis</i> ( $10^9$ )	8	2
<i>Str. saprophyticus</i> ( $10^7$ )	—	2
Грибы <i>Aspergillus</i> ( $10^8$ )	5	—
Микробного роста не получено	14	5
Микробиологическое исследование не производилось	9	—

Осложнения хронического синусита отмечены у 9 (10 %) человек: из них, одонтогенной этиологии у 6 (30 %) человек: отек век, клетчатки орбиты — 4 (20 %) человека, остеомиелит верхней челюсти — 2 (10 %) человека. Осложнения риногенной природы: отек век, клетчатки орбиты, выявлены у 3 (4,3 %) человек. Искривление носовой перегородки в сторону пораженных пазух диагностировано у 45 (50 %) пациентов. Средняя длительность лечения пациентов с риногенным хроническим синуситом составила 11 койко-дней, с хроническим синуситом одонтогенной этиологии — 15,9 койко-дней.

#### **Выводы**

1. Среди пациентов с хроническим синуситом преобладают лица трудоспособного возраста (18–60 лет), преимущественно женщины — 58,8 %.

2. По данным микробиологического исследования частыми возбудителями являются: 28,9 % — *S. aureus* и 15,6 % — *Str. haemolyticus*, 5,6 % — грибы *Aspergillus*.

3. У 50 % пациентов диагностировано искривление носовой перегородки в сторону пораженных пазух.

4. Пациенты с хроническим синуситом имели риногенную природу в 77,8 % (из них у 5,6 % — мицетома ВЧП), у 22,2 % — одонтогенную природу.

5. Осложнения одонтогенной природы (отек век, клетчатки орбиты, остеомиелит верхней челюсти) выявлены у 6 (30 %) человек, риногенной (отек век, клетчатки орбиты) — у 3 (4,3 %) человек.

6. Средняя длительность пребывания пациентов с хроническим синуситом одонтогенной природы составила 15,9 койко-дней, риногенной природы — 11 койко-дней.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Пискунов, С. З. Клиническая ринология / С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов. — М.: МИА, 2006. — С. 342–358.
2. Лопатин, А. С. Острый и хронический риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения / А. С. Лопатин, В. П. Гамов. — М.: МИА, 2014. — С. 48–64.

УДК 796.422:378-057.875

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРОЛЬНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БЕГОВЫХ КАЧЕСТВ У СТУДЕНТОК ПЕРВОГО КУРСА ОСНОВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ОСЕННЕ-ВЕСЕННИЙ ПЕРИОД 2014–2015 УЧЕБНОГО ГОДА**

*Бражная Л. А., Бобкова М. Д.*

Научный руководитель: *С. А. Ломако*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Физическая подготовка — это педагогический процесс, направленный на воспитание физических качеств и развитие функциональных возможностей, создающих благоприятные условия обеспечения жизнедеятельности человека.

Задачами физической подготовки являются: 1) укрепление и сохранение здоровья, гармоничное физическое развитие, поддержание общего уровня функциональных возможностей организма, многолетнее сохранение высокого уровня трудоспособности; 2) развитие всех основных физических качеств — силы, выносливости, гибкости, быстроты и ловкости; 3) создание базовой основы для специальной физической подготовленности к конкретным видам деятельности — трудовой, военной, бытовой [1].

С помощью двигательной деятельности, организованной посредством физических упражнений и других средств физического воспитания можно в широком диапазоне изменять функциональное состояние организма, направленно регулировать его и тем самым вызывать прогрессивные приспособительные изменения в нем (совершенствование регуляторных функций нервной системы, мышечную гипертрофию, увеличение функциональных