

При анализе показателей ВРС у футболистов можно отметить следующее: с увеличением возраста наблюдалось снижение ЧСС (с 57 уд./мин у 17–22-летних до 53 уд./мин у 28–35-летних). Показатели временного анализа ВРС изменялись с тенденцией к уменьшению. Так, медиана значений SDNN у 17–22-летних составила 66 мс, у 28–35 летних — 47 мс; RMSSD — 64 и 37 мс; рNN50 — 42 и 15,4 %; CV — 6,4 и 4,18 % соответственно. Между первыми двумя группами и третьей группой данные показатели были статистически высоко значимы ( $p < 0,001$ ).

При анализе показателей спектрального анализа можно отметить, что в первой возрастной группе общая мощность спектра (TP) была значительно выше, чем в третьей ( $4096 \text{ мс}^2$  по сравнению с  $1921 \text{ мс}^2$ ), также более высокими были значения VLF-, LF- и HF-компонентов. Статистически высоко значимые различия между этими возрастными группами имели значения показателей TP, VLF, LF, HF ( $p < 0,001$ ). Таким образом, с увеличением возраста у футболистов достоверно снижалась мощность всех составляющих спектрального анализа. У спортсменов в возрасте 23–27 лет показатели ВРС имели преимущественно промежуточные (между первой и третьей группами) значения.

При оценке показателей КИГ с увеличением возраста наблюдалась тенденция к более выраженному увеличению напряжения регуляторных систем. Так, значения ИН статистически высоко значимо увеличились в третьей возрастной группе по сравнению с первой, также статистически значимо (либо высоко значимо) увеличились значения АМО, ИВР и ПАПР.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что с увеличением возраста, несмотря на активную тренировочную деятельность, у мужчин-футболистов наблюдалось постепенное снижение вегетативных влияний на ритм сердца, уменьшение активности парасимпатического звена вегетативной нервной системы, увеличение напряжения регуляторных систем.

#### **Заключение**

Определены типичные значения показателей ВРС, характерные для футболистов с учетом возраста. С увеличением возраста у футболистов наблюдалось постепенное снижение вегетативных влияний на ритм сердца, уменьшение активности парасимпатического звена вегетативной нервной системы.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Гаврилова, Е. А.* Ритмокардиография в спорте: монография / Е. А. Гаврилова. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 164 с.
2. *Шлык, Н. И.* Анализ variability сердечного ритма при ортостатической пробе у спортсменов с разными преобладающими типами вегетативной регуляции в тренировочном процессе / Н. И. Шлык // Вариабельность сердечного ритма: теор. аспекты и практ. применение: матер. V Всерос. симпозиума с междунар. участием, Ижевск, 26–28 окт. 2011 г. — Ижевск, 2011. — С. 348–369.
3. *Штаненко, Н. И.* Оценка вклада механизмов энергообеспечения мышечной деятельности членов национальной сборной по гребле на байдарках и каноэ в предсоревновательный период / Н. И. Штаненко, Л. А. Будио, П. А. Севостьянов // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. респ. науч. практ. конф., посвящ. 25-летию ГомГМУ, Гомель, 5 ноябр. 2015 г.: в 4 т. / Гом. гос. мед. ун-т; редкол.: А. Н. Лызиов [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — Т. 4. — С. 1089.

**УДК 616.216-002-036.12-06-002.828**

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНО-ГНОЙНОГО, ЭОЗИНОФИЛЬНО-ГРИБКОВОГО ПАНСИНОСИТА С ОРБИТАЛЬНЫМИ И ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ**

**Головач В. М., Козак Д. Н., Романюк А. А.**

**Научные руководители: к.м.н., доцент И. Д. Шляга, ассистент М. О. Межейникова**

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

#### **Введение**

Воспалительные заболевания околоносовых пазух по своей частоте составляют более трети всех патологических состояний ЛОР-органов (до 80 % случаев) [1]. Анатомическое по-

ложение околоносовых пазух является значительным фактором риска в отношении возможных осложнений при развитии патологии со стороны головного мозга, органов зрения и слуха [2].

### **Цель**

Анализ клинического случая хронического полипозно-гнойного, эозинофильно-грибкового пансинусита.

### **Материал и методы исследования**

В качестве материалов для исследования послужили выписки из истории болезни, результаты современных методов визуализации, консультаций смежных специалистов, анамнестические данные.

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

Из анамнеза: пациент Ц., 75 лет, впервые заболел около 5 лет назад, когда появились жалобы на нарастающую отечность мягких тканей левых век, диплопию, птоз левого глаза, после самостоятельного лечения ячменя слева. В августе 2012 г. была произведена радикальная операция (РО) на верхнечелюстных пазухах (ВЧП), лобных пазухах (ЛП), клетках решетчатого лабиринта (РЛ), орбитотомия слева по поводу флегмоны орбиты.

В апреле 2013 г. пациент вновь госпитализирован в ЛОР-отделение УЗ «ГТКБ № 2» по поводу обострения хронического гнойного полисинусита, осложненного ограниченным пахименингитом. По результатам МРТ-исследования головы от 12.04.2013 г. определены образования в левой ЛП и клетках РЛ справа, подтверждены признаки обострения хронического пансинусита, обнаружены микроангиопатические очаги белого вещества ГМ и гидроцефально-атрофические изменения головного мозга.

Проведена биопсия из среднего носового хода слева. Гистологически: фрагменты стромы с миксоматозом, покрытые респираторным эпителием с преобладанием плазмочитов и эозинофилов. Консультирован офтальмологом: OS — ретробульбарное новообразование?, OU — начальная катаракта, гипертонический ангиосклероз.

В апреле 2014 г. пациент вновь госпитализирован в ЛОР-отделение УЗ «ГОКБ» с жалобами на головную боль, отек правого глаза и правой щеки. Выставлен диагноз: Хронический гнойный полисинусит, стадия обострения. Периостит верхней стенки правой орбиты. Выполнена радикальная операция на правой лобной пазухе.

КТ головного мозга и лицевого черепа от 29.04.2014 г. заключение: Состояние после РО на ВЧП, ЛП. Полисинусит. КТ-признаки остеомиелита лобной и основной костей.

МРТ головного мозга от 30.04.2014 г. заключение: Картина церебральной микроангиопатии, Пансинусит. Мукоцеле? левой лобной пазухи. Консультирован офтальмологом: OU — гиперметропия, ангиопатия сетчатки. OD — эндогенный конъюнктивит.

При первичном посеве из лобной пазухи на флору и чувствительность к антибиотикам выделен *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus saprophyticus*, грибы рода *Candida*. Через 5 дней при аналогичном посеве рост аэробной микрофлоры не получен.

В августе 2015 г. повторно госпитализирован в ЛОР-отделение УЗ «ГОКБ» с жалобами на затруднение носового дыхания, заложенность и выделения из носа, головную боль, выделениями из уха с диагнозом: Хронический полипозно-гнойный пансинусит в стадии обострения. Хронический правосторонний туботимпанальный гнойный средний отит в стадии обострения.

КТ околоносовых пазух и головного мозга от 15.08.2015 г. заключение: КТ-картина хронического полипозного пансинусита, деструкция и ремодуляция стенок околоносовых пазух (ОНП), альвеолярного отростка верхней челюсти. Церебральный атеросклероз. КТ-признаки правостороннего отита. Консультирован офтальмологом: OD — невус конъюнктивы, OU — начальная катаракта, гипертонический ангиосклероз.

В августе 2016 г. пациент вновь госпитализирован с вышеописанными жалобами и установленным диагнозом, расширенным до полипозной дегенерации синусов.

КТ околоносовых пазух от 15.08.2016 г. заключение: Состояние после РО на обеих ЛП, обеих ВЧП. КТ-картина полипозного пансинусита. Ремодуляция и деструкция стенок ОНП.

Микробиологическое исследование отделяемого из носа: рост микрофлоры не обнаружен. Консультирован офтальмологом: OU — Астигматизм. Начальная катаракта. Ангиосклероз. OD — невус конъюнктивы.

В марте 2017 г. повторно госпитализирован в ЛОР-отделение УЗ «Гомельская областная клиническая больница» (ГОКБ) с жалобами на головную боль, затруднение дыхания.

На момент поступления общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое.

ЛОР-статус: Носовое дыхание затруднено с обеих сторон. Слизистая оболочка отечная, слегка гиперемирована, неоднородная по окраске. Гнойного отделяемого в полости носа нет. Носовая перегородка искривлена. Носовые раковины гипертрофированы. Наружный слуховой проход справа широкий, содержит небольшое количество гнойного отделяемого, после туалета слухового прохода Мт-серая, имеет перфоративное отверстие в области мезотимпанум.

На основании результатов МРТ от 04.03.2017 г., анамнестических данных, клинической картины выставлен клинический диагноз: Хронический пансинусит с остеолизом костных стенок на уровне основных пазух, полипозная дегенерация синусов. Искривление носовой перегородки. *Хронический смешанный ринит. Хронический правосторонний средний отит.*

#### **Выводы**

Несмотря на тщательно проводимые консервативные и хирургические методы лечения данное заболевание имеет хронический рецидивирующий характер с деструкцией, остеолизом, полипозной дегенерацией и последующим ремоделированием синусов и альвеолярного отростка верхней челюсти. Этиологический фактор представлен ассоциацией кокковой микрофлоры и грибов рода *Candida* [2]. На фоне прогрессирующего течения смешанной формы пансинусита (полипозно-гнойного, эозинофильно-грибкового) ранее наблюдалось развитие орбитальных и внутричерепных осложнений. На данный момент хирургическое лечение пациенту не показано ввиду отсутствия обтурирующего полипозного процесса полости носа, а также внутриорбитальных и внутричерепных осложнений. Пациенту проводится консервативная терапия. Осуществляется динамическое наблюдение оториноларингологом.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Бабияк, В. И.* Клиническая оториноларингология: рук-во для врачей / В. И. Бабияк, Я. А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
2. *Беличева, Э. Г.* Особенности тактики лечения риносинусогенных орбитальных осложнений / Э. Г. Беличева, В. И. Линьков, В. В. Науменко // Рос. Ринология. — 1998. — № 2. — С. 38–39.

**УДК 616.441-006.6:574**

### **ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАПИЛЛЯРНОЙ МИКРОКАРЦИНОМЫ, АССОЦИИРОВАННОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТИРЕОПАТОЛОГИЕЙ**

*Головка А. С., Ткаченко Р. П.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. Г. Курик**

**«Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца»,  
Государственное научное учреждение**

**«Научно-практический центр профилактической и клинической медицины»**

**Государственного управления делами**

**г. Киев, Украина**

#### **Введение**

Несмотря на большое количество исследований, вопросы диагностики папиллярных микрокарцином щитовидной железы (ПМЦЖ), профилактики и выбора рациональной лечебной тактики являются предметом дискуссий.

Характер фоновой патологии является одним из первостепенных факторов, который, с одной стороны, усложняет пред-/интра-/постоперационную диагностику ПМЦЖ, а с другой — позволяет заподозрить наличие злокачественного новообразования на раннем этапе. Подтверждение данного аргумента послужило бы основой скринингового исследования пациентов из группы риска ПМЦЖ.