

3. Диаскинтест чаще положительный у детей из очагов туберкулезной инфекции, особенно проживающих с пациентами страдающими туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Филимонов, П. А. К дискуссии о латентной туберкулезной инфекции / П. А. Филимонов // Туберкулез и проблемы легких. — 2014 — № 5. — С. 69–73.
2. Чувствительность нового кожного теста (диаскинтеста) при туберкулезной инфекции у детей и подростков / Е. С. Овсянкина [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2010. — № 1. — С. 16–17.
3. Выявление туберкулеза и тактика диспансерного наблюдения за лицами из групп риска по заболеванию туберкулезом с использованием препарата диаскинтест (аллерген туберкулезный рекомбинантный) / В. А. Аксенова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2010. — № 2. — С. 13–19.
4. Клинические исследования нового кожного теста диаскинтест для диагностики туберкулеза / Киселев [и др.] // Проблемы туберкулеза болезней легких. — 2010. — № 2. — С. 7–8.
5. Опыт новой технологии скрининга детей и подростков на туберкулезную инфекцию в Самарской области / Л. А. Барышникова [и др.]. — С. 27–31.

УДК 616.211-002.193-036.12. «2013–2015»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (2013–2015 гг.)

Зылевич А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. Д. Шляга*

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

Введение

Хронический полипозный риносинусит (ХПР) — хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отечной ткани, инфильтрированной эозинофилами [1].

Согласно клинической классификации ХПР (предложенной Г. М. Портенко в 1997 г.) различают односторонние и двухсторонние; осложненные и неосложненные; изолированные и сочетанные, а также ассоциированные с другими заболеваниями (бронхиальная астма, хронический астматический бронхит, хронический бронхит и другие). По характеру воспаления — аллергические, гнойные, грибковые. По течению — первичные и рецидивирующие. По способу лечения — консервативное, хирургическое, комбинированное, без лечения. По стадии: I стадия (полипозные разрастания только в пределах пазухи), II стадия (полипозные разрастания выходят за пределы пазух через соустья и видны в среднем или верхнем носовых ходах), III стадия (полипы obturiruyut общий носовой ход) [2].

Полипозный риносинусит — полиэтиологическое заболевание. В качестве этиологически значимых факторов рассматриваются врожденные или приобретенные нарушения мукоцилиарной системы, местный иммунодефицит, инфекция, в том числе вирусная, бактериальная, грибковая, а также полипозный риносинусит в сочетании с бронхиальной астмой и непереносимостью неспецифических противовоспалительных средств («аспириновая триада») [3].

Характеризуя патогенез ПРС, следует отметить, что, независимо от его этиологии, ключевое значение принадлежит эозинофильному воспалению. В активировании эозинофилов основная роль отводится цитокинам (IL-5, IL-3, ФНО-α), под влиянием которых происходит активация эозинофилов в костном мозге, ингибирование их апоптоза, увеличение ими продукции провоспалительных медиаторов и, в частности, эозинофильного катионного протеина. Важное значение придается также дисбалансу ферментных систем, регулирующих метаболизм арахидоновой кислоты [4].

Цель

Проанализировать группу пациентов с различными формами ХПР, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении УГОКБ в 2013–2015 гг., в зависимости от пола, возраста, исхода лечения, сочетания ХПР с БА.

Материал и методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, с различными формами хронического полипозного риносинусита, в возрасте от 15–80 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования было обнаружено, что число пациентов в период с 2013 г. по 2015 г. составило 192 человека, количество мужчин — 115 (60 %) человек, женщин — 77 (40 %) человек.

Распределение пациентов с ХПР по возрасту в зависимости от количества человек составило: до 20 лет — 2 (1 %) человека; 20–30 лет — 25 (13 %) человек; 31–40 лет — 36 человек (18,7 %); 41–50 лет — 47 (24,3 %) человек; 51–60 лет — 50 (26 %) человек; старше 60 лет — 32 (17 %) человека.

Согласно исходу лечения в период с 2013–2015 гг. с улучшением выписано из стационара 152 (79 %) человека; с выздоровлением — 30 (16 %) человек; без изменений — 10 (5 %) человек. Среди исследуемых пациентов наблюдалось сочетание ХПР с БА, количество их составляет 12 (6 %) человек.

Выводы

1. В ЛОР-клинике УГОКБ в период с 2013–2015 гг. находилось на лечении 192 пациента с различными формами ХПР, в возрасте от 15 до 80 лет.

2. Данное заболевание чаще встречается у мужчин 115 (60 %), в возрасте 51–60 лет — 50 (26 %) человек.

3. По данным исхода лечения пациентов с ХПР выписано с улучшением 152 (79 %) человека; с выздоровлением — 30 (16 %) человек; без изменений — 10 (5 %) человек.

4. Среди исследуемых пациентов сочетание ХПР с БА было обнаружено у 12 (6 %) человек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Садовский, В. И. Полипозный риносинусит. Новый взгляд на проблему / В. И. Садовский, А. В. Черныш // Медицинский вестник. — 2011.
2. Портенко, Г. М. Клиническая классификация полипозных риносинуситов / Г. М. Портенко // Российская ринология. — 1997. — № 2. — 14 с.
3. Портенко, Г. М. Комплексная оценка факторов риска возникновения полипозного риносинусита и ее использование в практике при диспансеризации населения матер. 15-го Всерос. съезда оториноларин / Г. М. Портенко. — СПб., 1995. — Т. 2. — С. 27–32.
4. Волков, А. Г. Хронические полипозные риносинуситы: вопросы патогенеза и лечения: учеб. пособие / А. Г. Волков, С. Л. Трофименко. — Ростов н/Д, 2007. — 48 с.

УДК 616-072:621.397.611

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ТОРАКОСКОПИИ

Иваничкина А. В.

Научный руководитель: ассистент В. А. Штанзе

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Впервые о возможности визуального исследования органов грудной клетки объявил в 1910 г. шведский терапевт, профессор Каролинского университета Н. Jacobaeus. Значительный прогресс в области видеотехнологий и совершенствование эндоскопических хирургических инструментов, наряду с разработкой степлер-техники, обусловили бурное развитие торакокопии [1].