

Выводы

СД I типа вызывает образование избыточного количества активных форм кислорода, которые пагубно влияют на все структурные элементы клетки. Следствием этого является нарушение функции всех органов организма. Лечение СД I типа в определенной степени уменьшает уровень прооксидантов путем устранения непосредственных факторов (гипергликемия), которые активируют образование АФК. Несмотря на это, для более эффективного лечения сахарного диабета целесообразно использовать препараты, которые обладают антиоксидантными свойствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Giacco, F. Oxidative stress and diabetic complications / F. Giacco, M. Brownlee // Cir. Res. — 2010. — Vol. 107. — P. 1058–1070.*
2. *Обмін вуглеводів: біохімічні та клінічні аспекти / О. Я. Складаров [та інш.]: Навч.-метод. посібник. — Львів: Світ, 2004. — 112 с.*

УДК 616.322–002–079.4:[616.9+615.859

ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТОНЗИЛЛИТОВ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Гельдымамедов Ч. А.

Научный руководитель: д.м.н., доцент В. М. Мицура

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острый тонзиллит (ангина) — инфекционное заболевание с местными проявлениями в виде острого воспаления компонентов лимфатического глоточного кольца, чаще всего небных миндалин, вызываемое стрептококками или стафилококками, реже другими микроорганизмами. В классификации выделяют следующие формы: катаральную, фолликулярную, лакунарную, фибринозную, флегмонозную, язвенно-пленчатую [1]. При остром первичном тонзиллите клиническая картина проявляется различной степени выраженности болью в горле при глотании, признаками общей интоксикации, гиперемией и отеком миндалин, которые могут быть покрыты различными налетами, регионарным лимфаденитом. Стрептококковая ангина начинается с боли в горле и резкого повышения температуры тела до 39–40 °С (иногда до 41 °С). Боль в горле, как правило, сильная и резкая, особенно при глотании. Увеличиваются регионарные лимфатические узлы, которые становятся болезненными при пальпации [2].

От бактериальной (в особенности стрептококковой) ангины, следует отличать тонзиллит как симптом острых респираторных заболеваний вирусной природы [2, 3]. Для оценки вероятности стрептококковой этиологии тонзиллита в Университетском колледже Вирджинии была разработана шкала (R. M. Centor и др., 1981), обследовавших взрослых пациентов [4]. Согласно шкале, у взрослых используются 4 симптома: налет на миндалинах, увеличение передних шейных лимфоузлов, лихорадка и отсутствие кашля. Шкала позднее была модифицирована канадскими учеными с учетом возраста пациентов, т. к. была разработана для детей и взрослых [5].

Пациенты с тонзиллитами различной этиологии часто госпитализируются в инфекционный стационар, где возникает необходимость в их дифференциальной диагностике для правильного назначения лечения.

Цель

На основании клинических и лабораторных данных провести дифференциальную диагностику тонзиллитов и оценить правильность их лечения в инфекционном стационаре.

Материал и методы исследования

Нами изучено 96 историй болезни пациентов Гомельской областной инфекционной клинической больницы с диагнозами «тонзиллит» и «лакунарная ангина» за 2014 и 2015 гг. Пол пациентов: мужской 57,3 %, женский — 42,7 %. Возраст пациентов — от 7 месяцев до 60 лет (средний возраст составил $15,5 \pm 1,3$ лет), в возрасте до 18 лет были 55 (57,3 %) человек.

Из всех изученных нами историй болезни клинический диагноз «тонзиллит» был выставлен в 62 (65 %) случаях, диагноз «лакунарная ангина» — в 34 (35 %) случаях. Вероятность стрептококковой инфекции оценивалась нами с помощью модифицированной шкалы Centor, которая включает подсчет суммы баллов по пяти критериям. Вероятность стрептококковой этиологии тонзиллита оценивается в 51–53 % при наличии 4 или более баллов, 28–35 % — 3 баллов, 11–17 % — 2 баллов, 5–10 % — 1 балл и 1–2,5 % — 0 баллов (таблица 1) [5].

Таблица 1 — Модифицированная шкала вероятности стрептококкового тонзиллита

Критерии	Балл
Температура > 38 °С	1
Отсутствие кашля	1
Увеличение передних шейных лимфоузлов	1
Набухание миндалин или налеты	1
Возраст 3–14 лет	1
Возраст 15–44 лет	0
Возраст > 44 лет	-1

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета «MS Excel» и программы «Statistica» 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

У 83 (86 %) пациентов были выявлены гнойные налеты на миндалинах и только у 13 (14 %) пациентов налетов не обнаружено. У 4 (5 %) пациентов имелся кашель. У всех пациентов отмечено повышение температуры тела между 37 и 40 °С, медиана 39 °С. У 47 (48 %) пациентов были увеличены шейные лимфоузлы и только у 49 (52 %) изменений регионарных лимфоузлов не отмечено.

Общий анализ крови (ОАК) был выполнен 96 пациентам. Количество лейкоцитов колебалось от 4,1 до 28,4; Me = 11,1. Лейкоцитоз ($> 9 \times 10^9/\text{л}$) выявлен у 52 (54 %) пациентов, СОЭ по методу Вестергрена была повышена у 53 (55 %) пациентов, значения колебались от 2 до 75 мм/ч, Me = 21 мм/ч. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево наблюдался у 46 (48 %) пациентов. У 26 пациентов был взят мазок из носоглотки на бактериологическое исследование. Из них *S. albicans* выявлена у 7 (8 %) пациентов, *Staph. aureus* — у 12 (13 %), антиген аденовируса — у 1 (1 %) пациента. У 6 пациентов в мазке ничего не обнаружено, а у 8 пациентов выявлено сочетание указанных выше возбудителей.

При балльной оценке вероятности стрептококковой этиологии тонзиллита получены следующие результаты: 1 балл — у 1 (1,1 %) пациента, 2 балла — у 4 (4,2 %), 3 балла — у 22 (22,9 %), 4 балла — у 42 (43,8 %), 5 баллов — у 27 (28,1 %) пациентов. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я — имеющие 1–3 балла (малая вероятность стрептококковой этиологии), n = 27, и 2-я — имеющие 4–5 баллов (высокая вероятность стрептококковой этиологии), n = 69. Возраст пациентов во 2-й группе (Me = 18; 25–75 % 6–25 лет), был больше, чем в 1-й группе (Me = 6; 2–13 лет, p = 0,003). Уровни лейкоцитоза в 1-й группе (Me = 9,8; 6,7–12) и во 2-й группе (Me = 12,3; 8,1–16) значимо не различались (p = 0,11). Не различались также уровни СОЭ (p = 0,15) и высота лихорадки (p = 0,13) в двух группах.

Антибактериальная терапия (пенициллины, цефалоспорины) была проведена 96 пациентам. Один (1 %) пациент получил дополнительно ацикловир. Получали монотерапию (пенициллины или цефалоспорины) 70 (72,9 %) пациентов. Некоторые пациенты получали одновременно 2 антибиотика — 26 (27,1 %) пациентов, что является нерациональным. Чаще всего при лечении применялись комбинации цефалоспоринов или пенициллинов с метронидазолом — 22 (23 %) пациента. Назначение метронидазола является необоснованным, так как возбудители данных заболеваний чаще всего не чувствительны к метронидазолу. Также 3 (3 %) пациента получали ГКС терапию внутривенно (преднизолон).

Выводы

Пациенты с диагнозами «лакунарная ангина» и «тонзиллит» попадают в инфекционный стационар в среднем на 3–4-й день, заболевания с диагнозами «острый тонзиллит» (73 %), «лакунарная ангина» (23 %). У большинства пациентов имелась типичная клиническая симптома-

тика тонзиллита, лейкоцитоз в ОАК — у 76 % пациентов, повышение СОЭ — у 59 % пациентов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево — у 48 % пациентов. Антибактериальная терапия была нерациональной (комбинация 2 или 3 препаратов, назначение метронидазола) у 60 % пациентов. Полученные данные говорят о необходимости более тщательной дифференциации тонзиллитов бактериальной и вирусной этиологии для назначения правильного лечения. Используемая балльная шкала оценки вероятности стрептококковой этиологии тонзиллита может применяться в инфекционном стационаре с целью дифференциальной диагностики тонзиллитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 657 с.
2. Богомолов, Б. П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / Б. П. Богомолов. — М.: ДизайнПресс, 2000. — 232 с.
3. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles And Practice Of Infectious Diseases / ed. by J. E. Bennett, R. Dolin, M. J. Blaser. — 8th ed. — Elsevier, 2014. — 4821 p.
4. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room / R. M. Centor [et al.] // Med. Decis. Making. — 1981. — Vol. 1. — P. 239–246.
5. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults / W. J. McIsaac [et al.] // JAMA. — 2004. — Vol. 291. — P. 1587–1595.

УДК 612:37.042]:796.092.2

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПОРТСМЕНОВ РЕКОРДНЫХ ВИДОВ СПОРТА

Гладун К. Ю.

Научный руководитель: старший преподаватель *Г. А. Медведева*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблемы изучения психики спортсменов, управления ею, организации психологической подготовки чрезвычайно сложны и затрагивают все стороны тренировочного процесса — техническую, тактическую, физическую и теоретическую подготовку. В настоящее время задачи психологической подготовки спортсмена связаны с развитием и формированием личности спортсмена, воспитанием специфических качеств, развитием способности к самоконтролю и саморегуляции, созданием благоприятного психологического климата в команде, благоприятных взаимоотношений между тренером и спортсменами и т. д. Из всего многообразия упомянутых вопросов в практике спортсменов высокого класса в каждом виде спорта необходимо выделить наиболее существенные, значимые для успешного выступления и достижения рекордных результатов [1].

Цель

Изучить методы оценки психофизиологических показателей спортсменов рекордных видов спорта.

Материал и методы исследования

Анализ литературных источников, обобщение информации.

Результаты исследования и их обсуждение

Видов спорта чрезвычайно много и они требуют от спортсменов разнообразных качеств. Существующие классификации видов спорта — физиологические, педагогические, психологические ставят своей задачей с точки зрения различных наук классифицировать требования к профессиональным качествам спортсменов в той или иной группе видов спорта. Предложена классификация [2], основой которой являются цели спортивной борьбы. На основании этой классификации все виды спорта разделены на 3 большие группы. Первая группа — контактные виды спорта. Их психологическим содержанием является непосредственное противоборство соперников. Цель этой борьбы — обыграть соперника и добиться победы, количественно выраженной в очках или в голах. Вторая группа — виды спорта, где нужно опередить соперников за счет сложности и красоты движений, и набрать возможно большее количество бал-