

ЛИТЕРАТУРА

1. Биоактивные амиды жирных кислот / В. В. Безуглов [и др.] // Биохимия. — 2005. — № 1. — С. 27–37.
2. Cannabinoids Decrease the K⁺ M-Current in Hippocampal CA1 Neurons / Paul Schweizer // The Journal of Neuroscience. — 2000. — № 20(1). — С. 51–58

УДК 616.216.1-002-08

АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА И ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ

Самсонова Л. С.

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

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

Введение

Воспалительные заболевания околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест в структуре ЛОР-заболеваний. Среди госпитализированных в ЛОР-клиники доля больных риносинуситами составляет от 29 до 60 %.

Грибковые поражения околоносовых пазух и полости носа до середины прошлого века считались редко встречающимися. Причем до 1955 г. сообщения о микозах ОНП встречались только в зарубежной литературе. За последние десятилетия микозы стали важнейшей клинической проблемой. По данным J. Тахі (2006 г.), пациенты, страдающие патологией ОНП, составляют 20 % населения планеты, при этом у 6–12 % из них обнаруживаются грибковые элементы при культуральном или гистологическом исследовании.

Синусит (от лат. sinus — пазуха) — воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух носа.

В зависимости от пазухи различают:

- верхнечелюстной синусит — воспаление слизистой оболочки верхнечелюстных пазух;
- этмоидит — воспаление клеток решетчатого лабиринта;
- фронтит — воспаление лобной пазухи;
- сфеноидит — воспаление клиновидной пазухи.

Согласно модифицированной классификации (1974 г.) хронического синусита, предложенной Б. С. Преображенским, различают следующие формы воспаления околоносовых пазух:

- Экссудативная форма (катаральная, серозная, гнойная).
- Продуктивная форма (пристеночно-гиперпластическая, полипозная, кистозная).
- Альтеративная форма (холестеатомная, казеозная, некротическая, атрофическая).
- Смешанные формы (полипозно-гнойная; серозно-катаральная, серозно-полипозная, пристеночно-гиперпластическо-полипозная и др.).
- Вазомоторная и аллергическая формы.
- Мицетома.

Под термином мицетома (грибковый шар) понимают наличие плотного экстрамукозного образования, состоящего из сплетенных гифов гриба в разных стадиях распада при отсутствии внедрения в подлежащие ткани, а также без признаков эозинофильного муцина.

Лечение хронических синуситов может быть консервативным и хирургическим.

Хирургическое вмешательство осуществляют двумя подходами: эндоназально — под эндоскопическим контролем и экстраназально.

Цель

Проанализировать формы хронического синусита и выявить зависимость выбора метода лечения от форм у пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-клинике ГомГМУ за 2012 год.

Материалы и методы исследования

Исследование форм хронического синусита у пациентов, находившихся в ЛОР-клинике ГомГМУ за 2012 год, а так же методов их лечения было проведено с помощью статистического метода.

Первичная информация была собрана путем выкопировки из первичной статистической медицинской документации. В качестве объекта исследования были выбраны пациенты, находившиеся на лечении в 2012 году в ЛОР-клинике ГомГМУ. Объем исследования составил 80 статистических карт выбывших пациентов за 2012 год из ЛОР-клиники ГомГМУ.

Результаты исследования

Результаты проведения анализа форм хронического синусита представлены на рисунке 1.

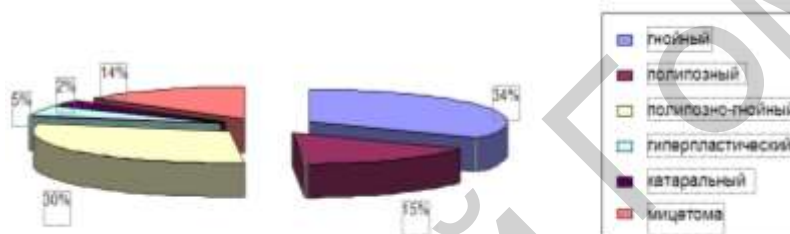


Рисунок 1 — Распределение пациентов в зависимости от форм хронического синусита

Анализ приведенных данных показывает, что наибольший удельный вес в патологии хронического синусита составляют гнойная (34 %) и полипозно-гнойная (30 %) формы синусита. Третье место занимают полипозная форма хронического синусита (15%) и мицетомы (14%). Наименьший удельный вес составляют гиперпластическая и катаральная формы синусита (5 и 2 % соответственно).

По имеющимся данным можно выявить следующую зависимость выбора метода лечения от формы хронического синусита.

Анализ выбора метода лечения в зависимости от формы хронического синусита представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение методов лечения в зависимости от форм хронического синусита, в процентах (%)

Методы лечения \ Формы	Гнойный	Полипозный	Полипозно-гнойный	Гиперпластический	Катаральный	Мицетомы
Консервативный	81,5	8,3	50	100	100	0
Хирургическое вмешательство эндоназально	0	66,6	33,3	0	0	27,3
Хирургическое вмешательство экстраназально	18,5	25	16,6	0	0	72,7

У пациентов с гиперпластической и катаральной формами хронического синусита в 100 % случаев применяется консервативный метод лечения, с гнойной в 81,5 %. При лечении мицетомой хирургический метод лечения является основным (100 %), консервативный метод лечения является вспомогательным. При полипозно-гнойной форме хронического синусита консервативный и хирургический методы используются в 50 % случаев.

Подходы к хирургическому лечению следующие. В лечении мицетомой преобладает экстраназальный метод (72,7 %), при полипозной форме предпочтение отдается эндоназальному (эндоскопическому) методу (66,6 %) хирургического вмешательства.

Выводы

1. По данным ЛОР-клиники ГомГМУ в период за 2012 год наибольшее число пациентов находились на стационарном лечении с гнойной и полипозно-гнойной формами.

2. Выявлена четкая зависимость метода лечения от формы хронического синусита: при гиперпластической и катаральной формам, и в большинстве случаев по показаниям, гнойной применяется консервативный метод лечения. При мицетоме и полипозной форме хирургический метод является основным.

3. Установлена зависимость выбора метода хирургического вмешательства от формы хронического синусита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: руководство для врача / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков. — М.: Медицина, 2001. — С. 218–256.
2. Джафек, Б. У. Секреты оториноларингологии / Б. У. Джафек; пер. Э. К. Старк. — М.-СПб.: «Издательство БИНОМ»-«Невский диалект», 2001. — С. 143–167.

УДК 613.7

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Свидерский Д. В.

Научный руководитель: ст. преподаватель Н. Н. Гаврилович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Здоровье — качественная предпосылка будущей самореализации молодых людей, их активного долголетия, способности к сложному учебному и профессиональному труду.

Студенческий возраст является одним из наиболее ответственных периодов жизни человека в формировании физического здоровья и культурных навыков, обеспечивающих его совершенствование, укрепление и сохранение в будущем. Рациональная организация жизнедеятельности студента является особым показателем его культуры и определяет его поведение, что обеспечивает здоровый образ жизни [1].

Цель исследования

Определить понятие здорового образа жизни и наиболее существенные его характеристики.

Методы исследования

Изучение и анализ научно-методической литературы в области оздоровительной физической культуры; анализ интернет-источников.

Результаты и обсуждения

Здоровый образ жизни обладает широким позитивным спектром воздействия на различные стороны организма и личности человека. Можно выделить следующие критерии здорового образа жизни:

- организационный — стратегический способ организации жизнедеятельности, целостное восприятие жизни;
- гигиенический — рациональный режим труда и отдыха, оптимальный двигательный режим, соблюдение правил личной гигиены;
- коммуникативно-деятельностный — широкая палитра различных видов деятельности, успешность в учебной деятельности, способность к продуктивному общению, установление глубоких межличностных взаимоотношений, регулярная оздоровительная деятельность, творческие способности, наличие поисковой активности;
- адаптационно-ролевой — гармоничное протекание процессов социализации и индивидуализации, способность быстро приспосабливаться к меняющейся социальной ситуации, гибкость в поведении;