

Значения показателя РВ в 1 группе – Ме 480,2 [394,7; 648,2] мс, во 2 группе – Ме 538,3 [430,8; 685,1] мс. Среднее время РВ 2 группы детей достоверно больше на 58,1 мс, чем детей 1 группы ($p = 0,003$), что указывает на снижение подвижности нервных процессов детей 2 группы.

После лечения среднее время РР в двух группах детей характеризовалось уменьшением на 36,3 мс в 1 группе ($p = 0,47$) и на 116,2 мс во 2 группе ($p = 0,0001$) (Ме 402,4 [342,9; 459,2] и Ме 371,7 [340,9; 404,9] мс соответственно).

Среднее время РВ после курса консервативного лечения достоверно уменьшилось на 46,3 мс и на 99,7 мс в 1 группе ($p = 0,04$) и 2 группе ($p = 0,0001$) (Ме 433,9 [328,1; 578] и Ме 438,6 [284,5; 597,3] мс соответственно).

При сравнении показателей РР после лечения в 1 группе статистически значимых различий (критерий Уилкоксона, $p = 0,47$) не обнаружено, во 2 группе детей средние значения РР значимо уменьшились на 24 % от исходного (критерий Уилкоксона, $p = 0,0001$).

РВ характеризовалась статистически значимым уменьшением средних значений после лечения в 1 группе на 10 % от исходного (критерий Уилкоксона, $p = 0,04$) и на 19 % от исходного во 2 группе (критерий Уилкоксона, $p = 0,0001$).

Выводы

Содружественное косоглазие у детей 2 группы достоверно приводит к увеличению времени РР и РВ на 49,2 и 58,1 мс соответственно ($p < 0,05$), в сравнение с группой детей с ортофорией, что указывает на снижение подвижности нервных процессов и преобладание тормозных процессов в центральной нервной системе.

После курса консервативного лечения среднее время РР и РВ в 1 группе, характеризовалось улучшением на 8 % ($p > 0,05$) и 10 % ($p < 0,05$) соответственно, во 2 группе детей на 24 % ($p < 0,05$) и 19 % ($p < 0,05$).

Выявленные в результате исследования достоверные различия показателей сенсомоторного реагирования до и после лечения свидетельствуют о целесообразности консервативного лечения и могут являться критериями контроля за результатами проводимого консервативного лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зверева, З. Ф. Психофизиологические характеристики и нейрофизиологические показатели (величина межполушарной асимметрии мощности биопотенциалов) у лиц с десинхронизированными и синхронизированными ЭЭГ при разном уровне профессиональной ответственности / З. Ф. Зверева // Вестн. Санкт-Петерб. ун-та. Сер. 11:–М., 2011. – № 2.–С. 21–33.

2. Игнатова, Ю. П. Зрительно-моторные реакции как индикатор функционального состояния центральной нервной системы / Ю. П. Игнатова, И. И. Макарова, К. Н. Яковлева, А. В. Аксенова // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2019 – № 3. – С. 38–51.

УДК 616.32:[616.992:579.61]-053.2

М. О. Межейникова, Е. А. Мойсеенко

*Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга,
ассистент кафедры Н. А. Челебиева*

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

ВЕДУЩИЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ АГЕНТ ПРИ МИКОЗЕ ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ

Введение

Проблема микоза слизистой оболочки глотки приобретает важное социальное значение не только вследствие все более широкого распространения, но также и потому,

что грибковое поражение этой области протекает тяжелее, чем другие воспалительные процессы той же локализации и могут явиться первичным очагом диссеминированного висцерального микоза, либо стать причиной грибкового сепсиса.[1]

Основными возбудителями грибковых заболеваний ЛОР-органов, являются (дрожжеподобные грибы рода *Candida*), плесневые грибы (родов *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor*, *Alternaria*), патогенные грибы, вызывающие глубокие микозы (кокцидиодоз, гистоплазмоз, бластомикоз, криптококкоз, споротрихоз).[2]

Увеличение числа больных ЛОР-микозами – связано с ростом факторов риска их развития. Проблема микозов обусловлена рядом причин: в первую очередь, это количество заболеваний, сопровождающихся иммунодефицитными состояниями, внедрением новых медицинских технологий, значительным использованием антибактериальной терапии [3].

В связи с этим микозы глотки на сегодняшний день требуют от врача тщательной качественной дифференциальной диагностики и грамотного индивидуального подхода в определении тактики лечения таких пациентов.

Цель

Определить ведущий бактериальный агент при микозе глотки у детей.

Материал и методы исследования

Объектом исследования явились пациенты, находившиеся на стационарном лечении в третьем педиатрическом отделении в государственном учреждении здравоохранения «Гомельская областная клиническая детская больница». За 2021 г. было проанализировано 1128 историй болезни.

В рамках клинических протоколов Министерства здравоохранения Республики Беларусь всем детям проводился забор биологического материала из зева на флору и определение чувствительности к антибиотикам, а также на грибы и определение чувствительности к антимикотикам.

Результаты исследования и их обсуждения

Нами проанализированы 1128 историй болезни детей, проходивших лечение в третьем педиатрическом отделении ГУЗ «ГОКДБ» за 2021 г. Из всех пациентов выявлено 47 случаев микоза глотки, что составило 4,2% от общего количества, которые явились объектом дальнейшего исследования.

В результате проведенного исследования выявлено, что частота встречаемости микоза глотки среди мальчиков составляла – 26 человек (57 %), среди девочек составляла – 20 человек (43 %) рисунок 1.

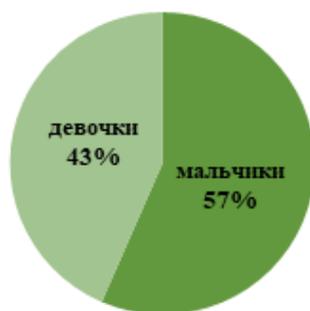


Рисунок 1 – Частота встречаемости микоза глотки по половому признаку

В нашем исследовании значимых различий по половому признаку не выявлено.

При анализе возрастных характеристик мы можем видеть, встречаемость микоза в возрасте от 0–2 лет – 14 человек (33 %), 3–5 лет – 10 человек (23 %), 6–8 лет – 7 человек (16 %), 9–11 лет – 4 человека (9 %), 12–14 – 7 человек (16 %), 15–18 лет – 1 человек (3 %).

По данным рисунка 2 видно, чаще всего фарингомикоз у детей встречается в возрасте от 0–6 лет, что может свидетельствовать о наибольшей предрасположенности данной группы детей с заболеванием дыхательных путей к микозу глотки, что требует дальнейшего изучения.

При анализе биоты глотки выявлены следующие грибково-бактериальные ассоциации: сочетание грибов рода *Candida* spp. и *Staphylococcus aureus*, составило – 11 человек (50 %); сочетание гриба рода *Candida* spp. и *Escherichia coli* – 2 человека (9 %); *Candida* spp. и *Micoplasma pneumoniae* – 3 человека (14 %); *Candida* spp. и *Klebsiela pneumoniae* – 3 человека (14 %); *Candida* spp. и *Klebsiela oxytoca* – 1 человека (4 %); сочетание *Candida* spp. и *Pseudomonas aeruginosa* – 2 человека (9 %).

По нашим данным, наиболее часто встречающейся грибково-бактериальной ассоциацией, является *Candida* spp. и *Staphylococcus aureus* – 11 человек (50 %), что может свидетельствовать о ведущей роли *Staphylococcus aureus*, как бактериального агента, в развитии микоза глотки у детей, что требует дальнейшего изучения.

При оценке микобиоты глотки выявлена *Candida* spp. – 100 %. Микологический анализ показал присутствие грибов *Candida* spp. в разном количественном соотношении: в скудном росте – 22 человека (47 %), в умеренном росте – 17 человек (36 %), в массивном росте – 8 человек (17 %).

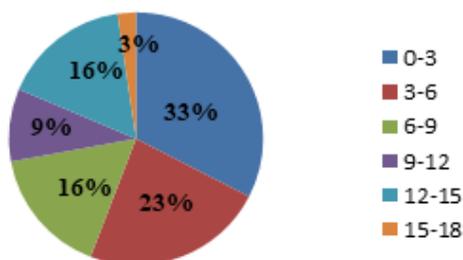


Рисунок 2 – Частота встречаемости микоза глотки у детей по возрастному признаку

По результатам нашего исследования, чаще всего *Candida* spp. у детей встречалась в скудном росте – 47 %, что может свидетельствовать об условно-патогенном характере данного возбудителя в составе микобиоты глотки у детей.

При анализе клинических данных дети часто предъявляли жалобы на: осиплость голоса, кашель, подъем температуры тела до субфебрильных цифр, затрудненное дыхание. При объективном ЛОР-осмотре обнаружена гиперемия зева – 23 человека (62 %), слизисто-гнойные выделения из носа – 10 человек (27 %), налет на небе, языке, щеках – 2 человека (6 %), гипертрофированные миндалины – 2 человека (5 %).

Таким образом, ведущим клиническим объективным признаком микоза глотки у детей с заболеванием дыхательных путей является гиперемия зева (62 %).

Выводы

В ходе проведенных исследований установлено, что общий процент встречаемости микоза глотки у детей с заболеванием дыхательных путей составляет 4,2 %, что требует дальнейшего изучения.

Таким образом, полученные данные показали, что значимых различий в группе исследования между мальчиками и девочками не выявлено.

При анализе возрастных характеристик видно, чаще всего фарингомикоз у детей встречается в возрасте от 0–6 лет, что может свидетельствовать о наибольшей предрасположенности детей с заболеванием дыхательных путей к микозу глотки, что требует дальнейшего изучения.

При анализе биоты глотки у детей, чаще всего регистрировалось сочетание грибов рода *Candida spp.* и *Staphylococcus aureus* – 50 %, что свидетельствует о ведущей роли *Staphylococcus aureus*, как бактериального агента, в развитии микоза глотки у детей, который требует дальнейшего изучения.

Микологический анализ показал присутствие грибов *Candida spp.* в скудном количественном соотношении (скудный рост) – 47 %, что может свидетельствовать об условно-патогенном характере данного возбудителя в составе микобиоты глотки у детей.

Ведущим клиническим объективным признаком микоза глотки у детей с заболеванием дыхательных путей является гиперемия зева (62 %).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кунельская, В. Я. Современный подход к диагностике и лечению микотических поражений ЛОР-органов. // В. Я. Кунельская, Г. Б. Шадрин // Вестник оториноларингологии. – 2012. – № 77(6). – Р. 76-81.
2. Крюков, А. И. Роль микобиоты при хронической воспалительной патологии ЛОР-органов // А.И. Крюков [и др.] // Consilium Medicum. – 2017. – № 19 (11.1. Болезни органов дыхания). – РС 52-56.
3. Климко, Н. Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей / Н. Н. Климко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Ви Джи Групп; 2008. – 336 с.

УДК 616.211-006.5

А. Н. Налетько, А. А. Жолох

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Введение

Хронический полипозный риносинусит (ХПР) является одной из причин снижения качества жизни пациентов в мире. Полипозный риносинусит (ПРС) – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов [1].

Цель

Проанализировать данные пациентов с диагнозом хронический полипозный риносинусит за 5 лет в УЗ «Гомельская областная клиническая больница».

Материал и методы исследования

Был проведен анализ 298 стационарных карт пациентов с диагнозом полипозная дегенерация синуса (J33.1 по МКБ-10) за период с 01.01.2018 по 31.12.2022 год, которые были госпитализированные в оториноларингологическое отделение ГОКБ. Обработку данных выполняли с помощью программы Statistica 12.0.

Полученные материалы обработаны посредством методов описательной статистики с вычислением, при распределении, отличным от нормального – медианы (Me), первого (Q1) и третьего квартиля (Q3), минимального (min) и максимального значения (max). При условии нормального распределения – вычисляли среднее (μ) и стандартное отклонение (σ). Для оценки достоверности различий в двух независимых группах использовали критерий Манна – Уитни, для оценки долей использовали критерий хи-квадрат Пирсона. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.