

2. Острый гнойный полисинусит являлся наиболее частой формой острого синусита у госпитализированных пациентов.

3. По нашим данным, выделения из носа являлись наиболее частым признаком острого гнойного синусита у детей (95,8 %). Вторым по частоте признаком являлось затруднение носового дыхания (88 %). Головные боли выявлены только у половины пациентов (52,5 %).

4. Острый гнойный синусит у 28,9 % пациентов осложнился острым средним отитом.

5. Для острого гнойного синусита характерна сезонность с преобладанием осени, зимы и ранней весны, что, вероятнее всего, обусловлено снижением резистентности организма ввиду низкой температуры окружающей среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпова, Е. П. Местная антибактериальная терапия острых синуситов у детей / Е. П. Карпова, Л. И. Усеня // Вопросы современной педиатрии. — 2020. — № 19.

2. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 584 с.

УДК 616.216-002.2-036.2(476.2)

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР-КЛИНИКИ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Голомако Ю. Н.

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

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

Введение

Верхнечелюстной синусит (ВЧС) является одним из самых распространенных и нередко рецидивирующих заболеваний. Его доля в структуре всех синуситов составляет 56–73 %. В последнее время отмечается ежегодный прирост заболеваемости на 1,5–2,0 %, а заболеваемость хроническим синуситом (ХС) за последние 8 лет увеличилась в два раза [1]. В основе его развития лежат различные факторы, в том числе анатомические нарушения полости носа, изменяющие аэродинамику. Из-за перехода воспалительного процесса в хроническую форму происходит обструкция выводного отверстия и нарушается дренажно-вентиляционная функция, что приводит к накоплению экссудата и воспалительный процесс обостряется [2]. Наиболее частой аномалией служит искривление перегородки носа, неполное излечение острого ринита. Нередкой причиной одонтогенного гайморита становится пломбировочный материал, что создает благоприятные условия для развития грибковой флоры. Полипозный синусит носит иммунопатологический характер и зачастую патогенетически связан с бронхиальной астмой (БА) и непереносимостью нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) [3].

Цель

Проанализировать группу пациентов с диагнозом хронические синуситы (J32.8 по МКБ). Оценить степень влияния пола, возраста, длительности заболевания, места жительства, искривления носовой перегородки, хронического смешанного ринита, операций в анамнезе, БА, непереносимости НПВС на развитие данного заболевания.

Материал и методы исследования

Работа была выполнена на базе учреждения «Гомельская областная клиническая больница». Проведен ретроспективный анализ 148 карт стационарных пациентов за период с 01.01.2019 по 31.12.2020 гг. Статистический анализ результатов исследования проводился на персональном компьютере с использованием программы «Microsoft Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

В группе изучаемых пациентов было 72 женщины и 76 мужчин, причем в процентном соотношении женщин было больше только в группе с диагнозом хронический гнойный ВЧС (в 1,5 раза) и грибковый ВЧС (в 3 раза). Мужчин было больше в группах с диагнозом кистозно-гиперпластический ВЧС (в 1,4 раза), риносинусит (в 2,6 раза). Почти одинаковое количество мужчин и женщин оказалось в группе с диагнозом полипозный и полипозно-гнойный полисинусит. Возраст изучаемых пациентов находился в диапазоне 21–88 лет. Средний возраст пациентов, обратившихся за помощью с хроническим гнойным ВЧС, кистозно-гиперпластическим ВЧС, риносинуситом был 42–49 лет и 61 год с грибковым ВЧС. Длительность заболевания в первом случае была от 2 до 8 лет, а во втором не более 2 лет. Большинство пациентов были жители города (112 человек — 75,67 %), на долю сельской местности пришлось 36 человек — 24,33 % (таблица 1).

Таблица 1 — Формы хронического верхнечелюстного синусита в зависимости от пола, возраста, места жительства

Форма ВЧС	Хронический гнойный ВЧС 20 человек (13,5 %)	Кистозно-гиперпластический ВЧС 24 человека (16,21 %)	Риносинусит 22 человека (14,86 %)	Полипозный, полипозно-гнойный полисинусит 74 человека (50 %)	Грибковый ВЧС 8 человек (5,4 %)
Пол	Женский — 12 (60 %) человек; Мужской — 8 (40 %) человек	Женский — 10 (42 %) человек Мужской — 14 (58 %) человек	Женский — 6 (27,27 %) человек Мужской — 16 (72,72 %) человек	Женский — 38 человек (51,35 %) Мужской — 36 человек (48,64 %)	Женский — 6 (75 %) человек Мужской — 2 (15 %) человек
Средний возраст	От 21 до 75 лет (47 лет)	От 21 до 77 лет (43 года)	От 32 до 71 года (42 года)	От 21 до 81 (49 лет)	От 52 до 71 года (61 год)
Город	16 (80 %) человек	18 (75 %) человек	14 человек (63,6 %)	56 человек (75,67 %)	8 человек (100 %)
Сельская местность	4 (20 %) человека	6 (15 %) человек	8 человек (36,4 %)	18 человек (24,33 %)	—

При изучении сопутствующей патологии ЛОР-органов оказалось, что у 70 (47,3 %) человек в анамнезе было искривление носовой перегородки, из них 16 (66 %) человек с кистозно-гиперпластическим ВЧС, у 40 (27 %) человек хронический смешанный ринит. Операции в анамнезе были у 86 (58,1 %) человек. С диагнозом хронический гнойный ВЧС пункция верхнечелюстной пазухи проводилась у 2 (10 %) человек, радикальная гайморотомия — у 2 (10 %) человек; с диагнозом кистозно-гиперпластический ВЧС полипотомия/полипэтмоидотомия в анамнезе — у 4 (16,6 %) человек, пункция ВЧП — у 2 (8,33 %) человек, радикальная гайморотомия — у 2 (8,33 %) человек, подслизистая вазотомия ННР — у 2 (8,33 %) человек. Пациенты с диагнозом полипозный, полипозно-гнойный полисинусит имели в анамнезе полипотомию/полипэтмоидотомию — 18 (24,3 %) человек, ПРНП — 10 (13,6 %) человек, пункцию ВЧП — 2 (2,7 %) человека, радикальную гайморотомию — 14 (18,9 %) человек, подслизистую вазотомию ННР — 4 (5,4 %) человека. В группе пациентов с грибковым ВЧС в анамнезе была пункция ВЧП у 2 (25 %) человек и радикальная гайморотомия у 2 (25 %) человек. БА и сопутствующая непереносимость НПВС наблюдалась в группе пациентов с поли-

позным и полипозно-гнойным полисинуситом у 8 (10,81 %) человек, а также в группе пациентов с хроническим гнойным ВЧС — 2 (10 %) человека (таблица 2).

Таблица 2 — Влияние сопутствующей патологии, длительности заболевания, операций в анамнезе на развитие хронического верхнечелюстного синусита

Форма ВЧС		Хронический гнойный ВЧС 20 человек (13,5 %)	Кистозно-гиперпластический ВЧС 24 человека (16,21 %)	Риносинусит 22 человека (14,86 %)	Полипозный, полипозно-гнойный полисинусит 74 человека (50 %)	Грибковый ВЧС 8 человек (5,4 %)
Искривление носовой перегородки		10 человек (50 %)	16 человек (66,6 %)	10 человек (45,5 %)	30 человек (40,5 %)	4 человека (50 %)
Хронический смешанный ринит		8 человек (40 %)	12 человек (50 %)	4 человека (36,36 %)	14 человек (18,91 %)	2 человека (25 %)
Длительность заболевания		3 года	2,3 года	5,3 года	7,7 лет	1,8–2 года
Операции в анамнезе	Полипотомия/полипэтидотомия	—	4 человека (16,6 %)	—	18 человек (24,3 %)	—
	Подслизистая резекция носовой перегородки (ПРНП)	—	—	—	10 человек (13,6 %)	—
	Пункция верхнечелюстной пазухи (ВЧП)	2 человека (10 %)	2 человека (8,33 %)	—	2 человека (2,7 %)	2 человека (25 %)
	Радикальная гайморотомия	2 человека (10 %)	2 человека (8,33 %)	—	14 человек (18,9 %)	2 человека (25 %)
	Подслизистая вазотомия нижних носовых раковин (ННР)	—	2 человека (8,33 %)	—	4 человека (5,4 %)	—
БА		2 человека (10 %)	—	—	8 человек (10,81 %)	—
Неперенсимость НПВС		2 человека (10 %)	—	—	8 человек (10,81 %)	—

Выводы

В период с 1 января 2019 г. по декабрь 2020 г. с диагнозом хронический ВЧС находилось 72 женщины и 76 мужчин, где женщин больше было с диагнозом хронический гнойный ВЧС (в 1,5 раза), грибковый ВЧС (в 3 раза), мужчин с диагнозом кистозно-гиперпластический (в 1,4 раза), риносинусит (в 2,6 раза), одинаковое количество мужчин и женщин оказалось с диагнозом полипозный и полипозно-гнойный полисинусит. Средний возраст пациентов, обратившихся за помощью с хроническим гнойным ВЧС, кистозно-гиперпластическим ВЧС, риносинуситом был 42–49 лет, с грибковым ВЧС — 61 год. Длительность заболевания составила от 3 до 8 лет с хроническим гнойным ВЧС, кистозно-гиперпластическим ВЧС, риносинуситом, 2 года с грибковым ВЧС. Жители города составили 112 (75,67 %) человек, что связано с вредным влиянием окружающей среды, жители сельской местности составили 36 (24,33 %) человек. При изучении сопутствующей патологии ЛОР-органов оказалось, что у 70 (47,3 %) человек в анамнезе было искривление носовой перегородки, из них 16 (66 %) человек с кистозно-гиперпластическим ВЧС, у 40 (27 %) человек хронический смешанный ринит. Операции в анамнезе были у 86 (58,1 %) человек, из них наиболее часто встречаемой была полипотомия/полипэтидотомия с диа-

гнозом кистозно-гиперпластический ВЧС у 4 (16,6 %) человек, полипозный, полипозно-гнойный полисинусит у 18 (24,2 %) человек; пункция ВЧП с диагнозом хронический гнойный ВЧС у 2 (10 %) человек, грибковый ВЧС у 2 (25 %) человек; радикальная гайморотомия с диагнозом хронический гнойный ВЧС у 2 (10 %) человека, полипозный, полипозно-гнойный полисинусит у 14 (18,9 %) человек, грибковый ВЧС — у 2 (25 %) человек. БА и сопутствующая непереносимость НПВС наблюдалась в группе пациентов с полипозным и полипозно-гнойным полисинуситом у 8 (10,81 %) человек, а также в группе пациентов с хроническим гнойным ВЧС — 2 (10 %) человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов, С. З. Риносинусит / С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов // Тер. арх. — 2016. — № 19. — С. 21–25.
2. Шадыев, Х. Д. Практическая оториноларингология: монография / Х. Д. Шадыев, В. Ю. Хлыстов, Ю. А. Хлыстов // Тер. арх. — 2017. — № 13. — С. 79–84.
3. Butaric, L. N. A preliminary 3D computed tomography study of the human maxillary sinus and nasal cavity / L. N. Butaric, R. C. McCarthy, D. C. Broadfield // Am. J. Phys. Anthropol. — 2010. — Vol.143, No.3. — P. 426–436.

УДК 616-001.832-053.2-073.7

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ
НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ**

Иконникова М. А., Краевская С. В.

Научный руководитель: ассистент К. Н. Устинович

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Инородные тела дыхательных путей (ИТДП) остаются актуальной проблемой педиатрии, особенно у детей раннего возраста. Чаще всего ИТДП являются твердые фрагменты пищи, а также мелкие детали игрушек и других бытовых предметов. Несвоевременная диагностика ИТДП приводит к развитию таких осложнений, как ларингит, трахеобронхит, ателектаз, пневмония и др. Клиническая картина может быть разнообразной в зависимости от локализации ИТДП. Отсутствие типичного анамнеза у некоторых пациентов и стертые клинические проявления в ряде случаев, затрудняют своевременную диагностику ИТДП, либо приводят к диагностическим ошибкам.

Цель

Определить клинические особенности ИТДП и оценить информативность традиционных методов диагностики данной патологии.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 133 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в УЗ «3 городская детская клиническая больница» г. Минска с предварительным диагнозом ИТДП. 85 пациентов обратились в учреждение здравоохранения за медицинской помощью в 2016 г. и 48 пациентов в 2019 г. Диагноз подтверждался в случаях выявления ИТДП при проведении ларинготрахеобронхоскопии. Исследование сплошное. База данных создана в программе «Microsoft Excel». Оценка полученных результатов проводилась с применением критерия Фишера в программном пакете «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В большинстве случаев ИТДП выявлены у детей в возрасте 1–2 года (43,6 %), медиана возраста составила 1,46 (1,08; 2,5) года. В половой структуре 62,4 % составили мальчики (рисунок 1).