детском возрасте. После экстраназального вскрытия ВЧП сужение просвета пазухи идет от скуловой бухты медиально. Этот процесс отличается от гипоплазии наличием трепанационного дефекта и гиперостозом стенок пазухи.

При рентгенологическом исследовании оперированной верхнечелюстной пазухи всегда выявляется понижение ее прозрачности, что затрудняет оценку результатов лучевых методов исследования, как это наблюдалось во втором случае.

Наши наблюдения подтверждают предположение, что уменьшение размеров верхнечелюстной пазухи может быть последствием случайной или хирургической травмы в период ее развития. Отсюда следует вывод, что в детском возрасте вскрытие верхнечелюстной пазухи по Caldwell-Luk должно производиться только по жизненным показаниям при наличии орбитальных и внутричерепных осложнений и эта операция не приемлема при наличии кист верхнечелюстных пазух [6].

Список используемых источников информации

1. Бойко Н.В., Максюков С.Ю., Щепляков Д.С., Демидов Ю.Н., Борзилов А.В., Фоменко М.Г. Значение компьютерной томографии для выявления одонтогенного синусита. *Стоматология для всех*. 2015. № 3. С. 16-19.
2. Бойко Н.В., Писаренко Е.А., Морозова Е.Е., Вербицкая Л.П., Колесников В.Н. Диагностика и лечение одонтогенного синусита. *Российская ринология* 2009; 3: 6-10.
3. Бойко Н.В., Стагнисва И.В. Дифференциальная диагностика лицевых болей. *Рос. ринология* 2012; Т.20. № 4. С. 39-41.
4. Бойко Н.В., Колесников В.Н., Писаренко Е.А. Гипоплазия верхнечелюстной пазухи. *Рос. ринология*. 2012. Т. 20. № 1. С. 39-42.
5. Lawson W., Patel Z.M., Lin F.Y. The development and pathologic processes that influence maxillary sinus pneumatization // *Anat. Rec. (Hoboken)*. – 2008. – Vol. 291, N 11. – P.1554-1563.
6. Бойко Н.В., Топоркова С.Ю. Частота бессимптомных кист верхнечелюстных пазух. *Рос. ринология*. 2014. Т. 22, № 1. С. 15-16.

Голота А.А.

Частота паратонзиллярных абсцессов и тонзиллэктомий у больных хроническим тонзиллитом

*Ростовский государственный медицинский университет
(Россия, Ростов-на-Дону)
doi:10.18411/lj2016-4-26*

Операции на лимфокольце глотки – наиболее часто выполняемые вмешательства в оториноларингологических стационарах как у детей, так и у взрослых [1, 2, 3]. Показания к операции определяются индивидуально в каждом конкретном случае, но общее направление развития данного вопроса за последние 50 лет претерпело существенные изменения [4, 5]. Если в прошлом столетии преобладало хирургическое направление лечения хронического тонзиллита (ХТ), то с 80-х годов 20 века появилась тенденция к щадящему, органосберегающему подходу [6, 7]. Вместе с тем, последнее десятилетие отмечено ростом числа постстрептококковых осложнений [8, 9, 10], что свидетельствует о недостаточной хирургической санации больных ХТ, входящих в группу риска.

Критерием правильности определения показаний к хирургическому лечению больных с хроническим тонзиллитом может быть статистический анализ количества осложнений и сопряженных заболеваний.

Целью нашего исследования было изучение динамики двух взаимосвязанных показателей: количества планово выполненных тонзиллэктомий и числа больных, госпитализированных по поводу паратонзиллярного абсцесса.

Материал и методы исследования. Анализ изучаемых статистических показателей проведен по архивным материалам ЛОР отделения для взрослых горбольницы № 1 г. Ростова-на-Дону. Это отделение является единственным в миллионном городе стационаром по оказанию круглосуточной экстренной помощи больным с заболеваниями ЛОР органов, а также основным центром плановой госпитализации ЛОР больных. Мы произвели выборку архивных историй болезни пациентов, госпитализированных с диагнозом паратонзиллит/паратонзиллярный абсцесс и больных, госпитализированных на плановое хирургическое лечение по поводу хронического тонзиллита за период с 1974 по 2014 год с десятилетним

интервалом: в 1974, 1984, 1994, 2004 и 2014 годах, а также проанализировали состав больных хроническим тонзиллитом, проходивших лечение в 2015 году.

В таблице 1 приведены средние значения количества больных с декомпенсированным хроническим тонзиллитом, госпитализированных в плановом и экстренном порядке.

Таблица 1.

Количество больных с хроническим тонзиллитом, госпитализированных в ЛОР отделение горбольницы № 1.

	1974 г	1984 г	1994 г	2004 г	2014 г
Паратонзиллит / паратонзиллярный абсцесс	188	527	436	373	486
Плановая тонзиллэктомия	960	374	59	92	144

Данные, приведенные в таблице 1, четко демонстрируют основную тенденцию в развитии подхода к выбору тактики лечения хронического тонзиллита за последние 40 лет: сокращается число плановых тонзиллэктомий (с 1974 по 2004 год оно уменьшилось в 6,6 раза) и возрастает количество тонзиллогенных осложнений (за тот же период – в 1,52 раза).

Мы провели анализ количества и возрастного состава больных, проходивших лечение в 2015 году: 493 больных с гнойно-воспалительными осложнениями хронического тонзиллита и 149 больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом, подвергнутых плановой двусторонней тонзиллэктомии (таблица 2).

Таблица 2.

Возрастной состав больных, лечившихся в 2015 году.

	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-81
Паратонзиллярный абсцесс	92	170	83	48	17	9	1
Паратонзиллит	12	21	27	4	8	1	-
всего	104	191	110	52	25	10	1
Двусторонняя тонзиллэктомия	29	129	42	9	1	-	-

Как видно из таблицы 2, чаще всего паратонзиллит/паратонзиллярный абсцесс наблюдается в возрасте от 21 до 30 лет, на этот же возрастной период приходится и пик плановых операций (двусторонняя тонзиллэктомия). После 40 лет число осложнений ХТ заметно снижается.

Среди 493 больных 1 группы у 376 больных был диагностирован передне-верхний паратонзиллярный абсцесс. Эти больные подвергнуты хирургическому лечению: 10 больным произведена абсцессотонзиллэктомия, в 366 случаев – вскрытие абсцесса. 95 больных, госпитализированных в отечно-инфильтративной стадии паратонзиллита, проводилось консервативное лечение. У 23 больных обнаружен ретротонзиллит; в 9 случаях произведено вскрытие ретротонзиллярного абсцесса, в 14 – консервативное лечение.

Анализ динамики изучаемых показателей выявляет преобладание выбора хирургического лечения хронического тонзиллита в 70-е годы с последующей сменой тактики лечения данного заболевания, что отражает общую тенденцию органосберегающего подхода. Однако соотношение количества больных с паратонзиллитами и плановых тонзиллэктомий в 2015 году (3,3 : 1) свидетельствует о недостаточной хирургической санации этой группы больных (особенно в возрасте 21-30 лет).

Список используемых источников информации

1. Бойко Н.В., Гукасян Е.Л., Быкова В.В. Статистика хирургических вмешательств при хроническом тонзиллите. Вестник оториноларингологии 2008; 5: 234.

2. Бойко Н.В., Бачурина А.С. Аденомотомия и аденотонзиллотомия у детей с затруднением носового дыхания. Рос. ринология 2015; 23 (1): 9-12.
3. Бойко Н.В., Бачурина А.С., Оксенюк О.С., Колмакова Т.С. Лечение послеоперационного воспаления после тонзиллэктомии у детей. Педиатрия, 2016, т. 95, № 1. С. 93-97.
4. Gates G.A., Folbre T.W. Indications for adenotonsillectomy //Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1986; 112: 501–502.
5. Parker, D.L. Walner N.P. Trends in the indications for pediatric tonsillectomy or adenotonsillectomy // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2011; 75: 282–285.
6. Owings M.F., Kozak L.J. Ambulatory and in patient procedure sin the UnitedStates, National Center for Health Statistics. (1996) Available at: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_13/sr13_139.pdf (accessed October 10, 2010).
7. Бойко Н.В., Локшина Л.С., Сорока Г.Г., Бриж Ю.В., Сулина Н.Ю. Изменение подходов к лечению хронического тонзиллита в детском возрасте по материалам Ростовской ЛОР клиники. Вестник оторинолар. 2012; 5: 226.
8. Власова Т.М., Бойко Н.В. Рост числа постстрептококковых осложнений у больных хроническим тонзиллитом. Рос. оторинолар. 2015; S1: 45-47.
9. Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка и инфекционно-воспалительные заболевания глотки: сопряженность, лечение, профилактика. Вестник оторинолар. 2015; 80 (2): 4-7.
10. Galio N.J. Peritonsillar abscess //American Family Physician 2008; 77 (2): 199-203.

Киселева Е.В.

**Влияние занятий физическими упражнениями на развитие детей, имеющих
тетрапарез верхних (нижних) конечностей**

*ГБПОУ Самарской области «Самарский социально-педагогический колледж»
(Россия, Самара)
doi:10.18411/lj2016-4-27*

В последние годы акцент в отношении детей-инвалидов сместился с проблем выживания на качество жизни. Важным фактором, лимитирующим качество жизни детей-инвалидов с тетрапарезом, служит ограничение двигательной активности. По мнению О.Э. Аксеновой, С.И. Веневцева, А.А. Дмитриева и др. О.Э. Аксенова, С.И. Веневцев, А.А. Дмитриев, В.П. Жиленкова, С.Ф. Курдыбайло, Н. Л. Литош, Е.М. Мастюкова, С.П. Евсеев, Л.Н. Ростомашвили, Л.В. Шапкова и др., дети-инвалиды с тетрапарезом в первую очередь нуждаются в восстановлении функции сидения и работы верхних конечностей. Это открывает им возможности самообслуживания, перемещения в кресле-коляске.

Среди методов восстановления двигательной активности основное внимание отводится лечебной и адаптивной физической культуре. Возможности выполнять активные упражнения, у детей-инвалидов с тетрапарезом ограничены, поэтому при организации занятий физкультурой особое внимание уделяют рефлексорным упражнениям, движениям в условиях замкнутой биокинематической цепи.

С.П. Евсеев и Л.Н. Ростомашвили напоминают, что использование физических упражнений позволяет организовать движения всех частей тела человека в условиях замкнутой биокинематической цепи, активизировать вестибулотонические, симметричные и асимметричные шейнотонические рефлекс, проприоцепторы поясничного отдела, рук, плечевого отдела, включить в работу максимальное количество мышечных групп. В зависимости от состояния здоровья и тренированности использование физических упражнений позволяет осуществлять частичную разгрузку или дозированную нагрузку определенных звеньев двигательного аппарата. Однако пациенты с тетрапарезом не могут самостоятельно выполнять упражнения. Они нуждаются в помощи других людей.

Мы попытались опробовать на практике эффективность использования физических упражнений при тетрапарезе на двигательную активность детей среднего дошкольного возраста ГБУСамарской области «Сергиевского пансионата для детей инвалидов (12 детей пятого года жизни).

Исследование проводилось с ноября 2015 года – по март 2016 года.

Поставили цель – изучить возможность использования комплекса физических упражнений для формирования двигательных функций у детей среднего дошкольного возраста с тетрапарезом.