

приступ купирован; 21 % — было проведено лазерное лечение с последующим хирургическим; 28,5 % — исключительно хирургическое лечение (из них 41,3% — была выполнена синустрабекулэктомия (СТЭ), 33,1 % — факоемульсификация (ФЭК) хрусталика с постановкой ИОЛ; 16,8 % — имплантация шунта ANMED; 8,8 % — имплантация шунта Ex-PRESS).

#### **Выводы**

1. Среди исследуемых пациентов преобладают женщины в возрасте от 52 до 72 лет.
2. В основном острый приступ глаукомы купируется в условиях экстренного кабинета (54,4 %) без необходимости в госпитализации.
3. Из пациентов, госпитализированных в стационар, 82,5 % было проведено оперативное лечение (лазерное либо хирургическое).
4. Восстановление зрительной функции пораженного глаза зависит от сроков обращения пациентов и своевременного купирования ОПГ, исходного уровня развития ГОН, а также объема и сроков оперативного лечения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Межнациональное руководство по глаукоме / Е. А. Егоров [и др.]. — М., 2016. — С. 183.
2. Руководство по клинической офтальмологии / под ред. А. Ф. Бровкиной, Ю. С. Астахова. — М.: МИА, 2014. — 208 с.
3. *Пр. Нееру Гупта*. Руководство по лечению глаукомы Международного совета по офтальмологии (МСО) / Пр. Нееру Гупта. — М., 2016. — 29 с.

**УДК 616.322-002.2 (476.2-25) «2016 – 2018»**

### **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР-КЛИНИКИ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА (2016–2018 ГГ.)**

*Михальченко В. А., Костина Ю. М.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Проблема хронического тонзиллита (ХТ) продолжает оставаться в центре внимания ученых и практических врачей на протяжении многих лет [1].

ХТ — это общее инфекционное заболевание с периодическими обострениями и локализацией хронического очага инфекции в небных миндалинах (НМ). Особую роль в хронизации занимает снижение иммунной резистентности и (или) активизация условно-патогенной микрофлоры. [3]

Наиболее удобной, из большого количества классификаций ХТ, является классификация И. Б. Солдатов, которая делит ХТ на компенсированную и декомпенсированную формы [2].

Клиническое течение хронического декомпенсированного тонзиллита (ХДТ) в настоящее время изменилось и в большинстве своем характеризуется стертым началом заболевания и полиморфностью жалоб со стороны глотки, внутренних органов и систем. При фарингоскопии обращают внимание на величину НМ, окраску и состояние слизистой оболочки глотки, дужек, лакун и состояние регионарных лимфатических узлов. Диагноз ставится на основании наличия, по крайней мере, двух местных признаков, а также характерных жалоб и данных анамнеза [2].

Прогноз при ХДТ зависит от своевременности и эффективности лечения. При адекватной терапии исход заболевания благоприятный, но это не исключает развитие опасных осложнений. Поэтому одной из основных задач врачей является тщательный и своевременный отбор пациентов для тонзилэктомии (ТЭ) [1].

#### **Цель**

Проанализировать группу пациентов с декомпенсацией ХТ, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) за 2016–2018 гг. и изучить особенности клинического течения ХДТ в современных социально-экономических условиях.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 489 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении УГОКБ за 2016–2018 гг. с диагнозом ХДТ.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Нами были обработаны 489 медицинских карт пациентов ЛОР-отделения с диагнозом ХДТ. Среди обследуемых 288 (59 %) пациентов женского пола, 201 (41 %) — мужского. Распределение пациентов с ХДТ по возрасту: до 20 лет — 54 (11 %) человека; 21–40 лет — 337 (69 %) человек; 41 и старше — 98 (20 %) человек.

У пациентов с ХДТ наблюдались следующие клинические проявления: боль в горле — 465 (95 %) человек, лакунарные пробки с неприятным запахом — 303 (62 %), рецидивирующие ПТА — 270 (55 %) человек, частые ангины — 161 (33 %) человек, боль в суставах летучего характера — 101 (21 %), субфебрильная температура — 88 (18 %), боль в сердце — 73 (15 %).

У 191 (39 %) пациента, которые в своем анамнезе имеют жалобы на боль в суставах, боль в сердце, субфебрилитет, было выявлено повышение антистрептолизина О (250–500 МЕ/мл).

Микробиологическое исследование материала из глотки было проведено 351 пациенту с ХДТ. По результатам исследования были выделены следующие возбудители: бактерии рода *Staphylococcus* (*St. aureus* —  $10^5$ – $10^7$ ), *Streptococcus* (*Streptococcus haemolyticus* ( $10^5$ )), *Klebsiella* (*Klebsiella pneumoniae* ( $10^5$ )) — у 126 (36 %) пациентов; грибы рода *Candida* — у 105 (30 %); смешанная биота (*St. aureus* —  $10^5$ – $10^6$  и *Candida albicans* ( $10^3$ – $10^4$ )) — у 78 (22 %) пациентов; у 42 (12 %) пациентов возбудитель не был выявлен. По данным гистологического исследования, которое было проведено 423 пациентам, грибы рода *Candida* были выделены у 237 (56 %) пациентов, смешанная биота (*Actinomyces israelii* ( $10^3$ – $10^4$ ) и *Candida albicans* ( $10^3$ – $10^5$ )) — у 33 (8 %) пациентов.

423 (87 %) пациентам была выполнена двусторонняя ТЭ. Консервативная терапия была рекомендована 66 (13 %) пациентам в связи с наличием противопоказаний к оперативному лечению. Из числа прооперированных, у 66 (4 %) пациентов в послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: инфекционно-воспалительные процессы у 57 человек, кровотечение у 9 человек. У 96 % пациентов послеоперационный период проходил без особенностей. Все пациенты выписаны с положительной динамикой.

#### **Выводы**

1. В ЛОР-отделении УГОКБ за 2016–2018 гг. находилось на лечении 489 пациентов с диагнозом хронический декомпенсированный тонзиллит, который чаще встречался в возрасте 21–40 лет.

2. По нашим данным, хронический декомпенсированный тонзиллит встречается чаще у женщин (59 %), чем у мужчин (41 %).

3. Наиболее характерной является безангинная форма хронического тонзиллита, которая подтверждена в 67 % случаев.

4. У 39 % пациентов, которые в своем анамнезе имеют жалобы на боль в суставах, боль в сердце, субфебрилитет, было выявлено повышение антистрептолизина О (250–500 МЕ/мл).

По результатам микробиологического исследования материала из глотки была получена бактериальная биота — в 36 % случаев, грибковая — в 30 %, смешанная — в 22 % случаев. По данным гистологического исследования грибковая биота высеяна у 56 % пациентов, смешанная биота — 8 % пациентов.

Двусторонняя тонзилэктомия была выполнена 423 пациентам. Все пациенты выписаны с положительной динамикой.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Арзамасов, С. Г. Некоторые особенности течения хронического тонзиллита / С. Г. Арзамасов, И. В. Иванец // Вестник оториноларингологии. — 2011. — № 1. — С. 55–57.
2. Пальчун, В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — М.: Медицина, 2011. — 649 с.
3. Солдатов, И. Б. Оториноларингология / И. Б. Солдатов, В. Р. Гофман. — СПб., 2000. — 472 с.

УДК 617.758.13

### ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СМЕШАННОМ КОСОГЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

*Подголина Е. А.*

Научный руководитель: *О. Л. Поболь-Солонко*

Учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь

#### **Введение**

Косоглазие является не только косметическим недостатком, но и сопровождается выраженным расстройством монокулярных и бинокулярных зрительных функций, глубинного зрения, диплопией. В настоящее время среди самых распространенных форм этого заболевания выделяют смешанное косоглазие [1–3].

#### **Цель**

Проанализировать основные методы хирургического вмешательства при различных формах смешанного косоглазия.

#### **Материал и методы исследования**

Проанализировано 90 протоколов операций за 2016–2017 гг. В исследование были включены дети в возрасте от 3 до 17 лет с различными видами смешанного косоглазия, где вертикальная девиация была обусловлена гипофункцией верхней косой и (или) гиперфункцией нижней косой мышц, а также нижней и верхней прямых мышц. В 1-ю группу вошли 6 (6,67 %) детей с сочетанием вертикального косоглазия и расходящегося (экзотропии). 2-ю группу — 84 (93,2 %), у которых вертикальная девиация сочеталась со сходящимся косоглазием (эзотропией). Всем детям проводилось комплексное диагностическое обследование.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Смешанный вариант косоглазия чаще был представлен гипертропией со сходящейся девиацией. Хирургическое вмешательство начинали с устранения преобладающего компонента в случае вертикальной девиации. Для лечения горизонтального косоглазия выполнялась рецессия/резекция внутренней прямой мышцы.

#### **Выводы**

Вовремя проведенное хирургическое лечение вертикального компонента косоглазия позволяет достичь правильного расположения глаз у детей в самом раннем возрасте. Примерно в 85 % случаев косоглазия у детей, даже независимо от его вида и причины возникновения, хирургическое лечение было оправданным.