

позволит улучшить исходы лечения пациентов с инфекционно-воспалительной патологией челюстно-лицевой области.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хирургическая стоматология : учебник / В. В. Афанасьев [и др.] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. – 3-е изд., перераб. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 387 с.
2. Анаэробная инфекция челюстно-лицевой области и шеи: пособие / И. О. Походенько-Чудакова [и др.]. – Минск: БГМУ, 2014. – 95 с.
3. Эпидемиологический мониторинг антибиотикорезистентности микроорганизмов с использованием компьютерной программы WHONET : методические рекомендации / Л. П. Зуева, М. С. Поляк, Л. А. Кафтырева, Е. Н. Колосовская, Е. В. Соусова, Н. С. Козлова, Д. В. Гладин. – СПб., 2004. – 69 с.
4. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М. : МедиаСфера, 2002. – 312 с.
5. Кабанова, А. А. Возбудители воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в областных стационарах Беларуси / А. А. Кабанова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2017. – Т2, №4. – С. 424–427.

УДК 616.322-002-06-002.3

К. П. Корделюк

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ В ВИДЕ АБСЦЕССОВ

Введение

На сегодняшний день хронический тонзиллит стал всеобъемлющей проблемой. Интерес к данному заболеванию проявляют не только врачи-оториноларингологи, занимающиеся диагностикой и лечением, а также кардиологи, ревматологи, терапевты. Это в первую очередь связано с тем, что хронический тонзиллит вызывает различные осложнения, в частности паратонзиллярный и парафарингеальный абсцессы, медиастенит, лимфаденит, ревматизм, гломерулонефрит и так далее. Появлению острого, а затем хронического процесса способствует анатомо-топографические особенности самих миндалин, а именно наличие глубоких крипт и лакун, что создает благоприятные условия для расселения неблагоприятной микрофлоры. А также, нарушение дренирования данных анатомических образований из-за складки Гиса способствует рецидивированию хронического тонзиллита. Частой причиной возникновения ХТ становятся воспалительные процессы в полости рта, околоносовых пазухах, полости носа, переохлаждения и несбалансированное питание. Однако ключевым фактором в патогенезе ХТ остается бактериальная микрофлора: *Streptococcus pyogenes b*, *Staphylococcus*, *Haemophilus influenzae* и многие другие [1].

Цель

Изучение индивидуальных, половых и возрастных особенностей пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита, а также особенности лечения при возникновении осложнений в виде абсцесса.

Материал и методы исследования

В качестве материалов были использованы истории болезней 215 человек за период 2019–2023 гг. в ЛОР-отделение на базе ГУЗ «Гомельская областная клиническая

больница». Статистический анализ полученных данных проводился с помощью компьютерной программы «Microsoft Excel 2019».

Результаты исследования и их обсуждение

Количество пациентов с хроническим декомпенсированным тонзиллитом за период 2019–2023 гг. составило 215 человек. Из них 134 женщины (62,32%), и 81 мужчина (37,67%). Средний возраст женщин и мужчин составил 33,86 [24–40,75] %. Данные пациенты были разделены на 2 группы: ХДТ с осложнением в виде ПТА и ХДТ с сопряженными заболеваниями органов и систем (сердце, суставы, почки). Из них 210 (97,67%) человек жаловались на частые ангины. Количество ангин за год составило 4,19 [3–5] %.

Пациенты с ПТА в анамнезе составили 45 человек (20,9%), а пациенты с заболеваниями, сопряженными с хроническим тонзиллитом, составили 51 человек (23,72%). К заболеваниям, сопряженным с хроническим тонзиллитом отнесли: пиелонефрит (4,65%), цистит (1,86%), дистрофия миокарда (0,456%), артериальная гипертензия (7,9%), артроз (3,25%), нефропатия (0,456%), МАС (0,456%), недостаточность митрального клапана (0,345%), узелковый периартериит (1,86%), остеоартроз (1,39%), миокардиодистрофия (0,93%).

Среди сопутствующих заболеваний у пациентов с ХДТ преобладали: искривление носовой перегородки – 38 человек (17,67%), хронический ринит – 20 человек (9,3%), апноэ во сне – 4 человека (1,86%), назофарингит – 1 человек (0,465%), заболевания щитовидной железы – 14 человек (6,5%), аденоиды – 3 человека (1,39%), ОРИ – 12 человек (5,58%), гипертрофия небной миндалины – 6 человек (2,79%), храп – 7 человек (3,25%), синехии полости носа – 4 человека (1,86%), туберкулез – 3 человека (1,39%), киста на миндалине – 6 человек (2,78%), отит – 3 человека (1,39%), лимфаденит – 2 человека (0,93%), гиперпластический ларингит – 1 человек (0,456%).

Таблица 1 – Особенности течения ХДТ с осложнением в виде ПТА

Жалобы	Количество	Объективный осмотр	Количество
Боль в суставах	1(2,22%)	Небные дужки спаяны с миндалинами	35(77,77%)
Частые ангины	32(71,11%)	Лакуны чистые	1(2,22%)
Неприятный запах изо рта	8(17,77%)	Небные дужки гипертрофированы	6(13,33%)
Боль в горле	19(42,22%)	Небные миндалины выступают за небные дужки	35(77,77%)
Храп	1(2,22%)	Небные миндалины не выступают за небные дужки	1(2,22%)
Усталость	1(2,22%)	Поверхность миндалин гладкая	1(2,22%)
Частые вскрытия ПТА	23(51,1%)	Поверхность миндалин бугристая	37(82,22%)
Кровохарканье мокротой со сгустками крови	2(4,45%)	Гипертрофированные миндалины	10(22,22%)
Повышение температуры	2(4,45%)	Гиперемия небных дужек	4(8,88%)
Частая заложенность носа	5(11,11%)	В лакунах казеозные пробки	4(8,88%)
		Деформация наружного носа	2(4,45%)
		В лакунах гнойное содержимое	2(4,45%)

Таблица 2 – Особенности течения ХДТ с сопряженными с ним заболеваниями

Жалобы	Количество	Объективный осмотр	Количество
Частые ангины	22(43,13%)	Небные дужки спаяны с миндалинами	25(49,01%)
Неприятный запах изо рта	3(5,88%)	Поверхность миндалин бугристая	25(49,01%)
Боль в горле	16(31,37%)	Лакуны содержат казеозные пробки	8(15,68%)
Вскрытие ПТА	2(3,92%)	Небные миндалины выступают за небные дужки	24(47,05%)
Боли в суставах	7(13,72%)	Искривление носовой перегородки	1(1,96%)
Затруднено носовое дыхание	6(11,76%)	Небная миндалина гипертрофирована	3(5,88%)
Кашель	1(1,96%)	Помутнение барабанной перепонки	1(1,96%)
Боль в ухе	2(3,92%)	В лакунах гнойное содержимое	2(3,92%)
Осиплость голоса	1(1,96%)		
Распирание в лобной области	1(1,96%)		
Перебои в работе сердца	5(9,8%)		

В ходе лабораторных исследований были взяты следующие показатели: антистрептолизин-О, ревматоидный фактор, С-реактивный белок. Антистрептолизин-О был взят у 49 человек (22.79%). Данный показатель составил 491,87 [308–600]. Ревматоидный фактор был взят у 37 человек, из них у 4 человек данный показатель оказался отрицательным. Данный показатель составил 7,67 [6,75–8,92]. С-реактивный белок был взят у 57 человек, из них у 28 отрицательный анализ. У остальных 28 получились следующие результаты: 20,02 [3,6–8].

Всем пациентам проводилось хирургическое лечение: операция противопоказана в связи с сопутствующими заболеваниями, обострением тонзиллита, аллергией на АБ: 13 человек – 6,04%; тонзиллэктомия коагуляционная: 178 человек – 82,79%; проведение биопсии небной миндалины: 11 человек – 5,11%; консервативное лечение: 10 человек – 4,65%; вскрытие ПТА: 3 лицам – 1,39%

Выводы

В ходе исследования были сделаны следующие выводы:

Чаще декомпенсированная форма хронического тонзиллита встречалась у женщин, чем у мужчин. Средний возраст женщин и мужчин составил 33,86 [24–40,75], это говорит о том, что чаще болеют люди молодого возраста.

Среди сопутствующих заболеваний преобладали следующие патологии: искривление носовой перегородки, апноэ, хронический ринит, гипертрофия небной миндалины, заболевания щитовидной железы.

По данным лабораторных исследований следующие изменения: среднее значение антистрептолизина-О максимально повышено, это может свидетельствовать о наличие персистирующей стрептококковой инфекции, также был повышен С-реактивный белок – это указывает на наличие воспаления.

Течение заболевания ХТ при различных видах декомпенсаций (паратонзиллярный абсцесс и сопряженные с ХТ заболевания) проходило со своими особенностями. При декомпенсации с ПТА пациенты чаще предъявляли жалобы на: частые ангины, боль в горле, частые вскрытия ПТА, заложенность носа, неприятный запах изо рта. При объективном осмотре чаще выявлялось: небные дужки спаяны с миндалинами, небные

миндалины выступают за небные дужки, поверхность миндалин бугристая, гипертрофированные миндалины, гиперемия небных дужек, гипертрофированные небные дужки. При декомпенсации с сопряженными с ХТ заболеваниями пациенты чаще предъявляли жалобы на: частые ангины, боль в горле, затрудненное носовое дыхание, боль в суставах, боль в ухе, перебои в работе сердца. При объективном осмотре чаще выявлялось: небные дужки спаяны с миндалинами, поверхность миндалин бугристая, небные миндалины выступают за небные дужки, в лакунах гнойное и казеозное содержимое, помутнение барабанной перепонки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальность проблемы хронического тонзиллита / А. И. Крюков [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2009. – № 5. – С. 4–6.

УДК 617.7-007.681

К. В. Ривкина

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПОУГ

Введение

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) остается одной из основных причин слепоты, несмотря на значительные успехи в лечении и профилактике [1]. Распространенность первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) увеличивается с возрастом. По данным некоторых авторов, если в 40–45 и 50–60 лет глаукомой страдает 0,1% и 1,5–2,0% населения соответственно, то в 75 лет и старше – около 10% [2].

Известно, что клиническое течение ПОУГ, составляющей свыше 85–90% всей глаукомы, в значительной мере зависит от соматической отягощенности пациента. В частности, доказано негативное влияние фонового сахарного диабета, суточных колебаний артериального давления (АД), сердечно-сосудистых заболеваний, гемодинамических нарушений. Особенно повышен риск прогрессирования глаукомы при декомпенсации данных состояний [1].

Например, прямое микрососудистое повреждение, вызванное гипертензией, может привести к нарушению притока крови к переднему отрезку зрительного нерва. Кроме того, антигипертензивная терапия может спровоцировать эпизоды гипотонии, особенно в ночное время, что может привести к повреждению волокон зрительного нерва и формированию ишемических очагов [5].

По данным некоторых авторов первичная глаукома является предиктором развития сосудистых катастроф – инсульта головного мозга или инфаркта миокарда [2].

Практически все отделы зрительного тракта, подкорковые и корковые структуры зрительного анализатора расположены в бассейне кровоснабжения основной и задних мозговых артерий. Таким образом, при наличии гемодинамически значимых поражений магистральных артерий головного мозга можно ожидать нарушения различной степени выраженности в структурах зрительного тракта. Среди стенотических