

Выводы

Таким образом, доля отравившихся грибами в Республики Беларусь ежегодно составляет 5–7 % от всех пациентов, поступивших в отделения ОАРИТ с отравлением веществами немедицинского назначения. В последние годы отравления носят нетяжелый характер развивающейся клинической картины. Сроки лечения составляют в среднем не более 5 дней. Но несмотря на это, ежегодно отмечаются смертельные исходы: за период исследования отмечено 12 случаев смерти. В связи с этим необходимо усилить контроль за профилактикой отравлений грибами и повышать грамотность населения в вопросах потребления грибов в пищу.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Замбрыцкий, О. Н.* Пищевые отравления, их профилактика и расследование: учеб.-метод. пособие / О. Н. Замбрыцкий, В. М. Колосовская. — Минск: БГМУ, 2010. — 68 с.
2. Материалы конференции: I съезд микологов РФ: Грибные токсины, микотоксикозы и отравления грибами / под ред. проф. Ю. В. Сергеева. — М., 2002. — 260 с.
3. Данные о сети, кадрах организаций здравоохранения и заболеваемости населения: статистическая бюллетень за период с 2010 по 2016 гг. — Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika>. — Дата доступа: 30.01.2017 г.

УДК 616.22-002-036.12-08

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА КАК ПРЕДРАКОВОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ

Морозова А. В., Матвеевко А. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронические ларингиты по данным различных авторов составляют около 34 % патологии гортани, а среди всей патологии уха, горла и носа — 8,4–10 % [1]. Пик заболеваемости отмечается у наиболее трудоспособных лиц, средний возраст которых составляет 45 ± 5 лет. Следует отметить, что соотношение мужчин и женщин, страдающих этим заболеванием, составляет 2:1. В структуре больных хроническим ларингитом среди пожилых людей также преобладают мужчины [2, 3]. Основными факторами, способствующими развитию хронического ларингита, являются: курение, злоупотребление алкоголем, работа с химическими веществами и в условиях загазованности. В многочисленных работах отечественных и зарубежных исследователей подчеркивается, что гастроэзофагальная рефлюксная болезнь является наиболее распространенным заболеванием пищеварительного тракта современного общества и тесно связана с заболеваниями гортани и глотки [4]. Для городских жителей существенную роль играет неблагоприятная экологическая обстановка — постоянная запыленность, загазованность, загрязненность улиц и помещений [1].

Цель

Проанализировать группу пациентов с различными формами хронических ларингитов, находившихся на обследовании в ЛОР-клинике УГОКБ за 2016 г., в зависимости от пола, возраста, вида деятельности, вредных привычек, характера течения заболевания, его формы и результатов лечения.

Материал и методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 174 пациентов с различными формами хронического ларингита в возрасте от 22 до 82 лет. Исходя из выполненного лечения оценивался дальнейший исход заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования было обнаружено, что число лиц мужского пола составило 120 (68,9 %) человек, женского — 54 (31,1 %) человека. Средний возраст пациентов составил 45 ± 5 лет.

Распределение пациентов с различными клиническими формами хронического ларингита было следующее: хронический гиперпластический ларингит — 164 (94,3 %) человека, из них ограниченная форма ХГЛ — 69 (39,7 %) пациента; болезнь Рейнке на фоне ХГДЛ — 9 (5,5 %) человек; грибково-бактериальной природы (ларингомикоз) — 17 (10,4 %) пациентов; постлучевой ларингит — 3 (3 %) человек; ХГДЛ в сочетании с гипертрофией язычной миндалины — 1 (1,8 %) человек; ХГЛ в сочетании с новообразованиями — 65 (39,6 %) пациентов, (на фоне ХГДЛ — 43 (66,2 %) человека; на фоне ХГОЛ — 22 (33,8 %) пациента) из них кисты были обнаружены у 3 (4,6 %) человек, полипы — у 38 (58,5 %), папилломы — у 24 (36,9 %) пациентов; хронический катаральный ларингит курильщика — 7 (4 %) человек; хронический атрофический ларингит — 3 (1,7 %) человека.

Как следует из приведенных данных, в исследованной группе преобладали лица с хроническим гиперпластическим ларингитом — 164 (94,3 %) человека, из них диффузная форма наблюдалась у 95 (57,9 %) пациентов.

Было установлено, что 141 (81 %) пациент имели зависимость от курения, причем 130 (92,2 %) человек составили лица мужского пола, 11 (7,8 %) человек — женского.

По результатам исследования было выявлено, что 27 (15,5 %) человек работает в условиях повышенной задымленности и загазованности.

Подходы к лечению данных пациентов были следующие: 163 (93,7 %) пациентам было выполнено хирургическое вмешательство, причем 91 (55,8 %) пациентам было выполнено хирургическое вмешательство под фиброларингоскопическим контролем. 72 (44,2 %) пациентам — прямая микроларингоскопия под эндотрахеальным наркозом, консервативное лечение было проведено 11 (6,3 %) пациентам. Пациентам с ларингомикозом было назначено следующее лечение: флуконазол 0,1 г/сут или итраконазол 0,2 г/сут в течение 14 дней, местное применение амфотерицина В в виде ингаляций 250 000 ЕД, инстилляций в гортань амфотерицина В и масло шиповника, ментоловое масло.

Исходя из результатов лечения, распределение пациентов оказалось следующим: улучшение состояния отмечалось у 155 (89 %) пациентов. Полное выздоровление отметили 12 (6,9 %) человек. Отсутствие эффекта от проведенного лечения наблюдали 7 (4,1 %) человек, в частности малигнизация на фоне ХГДЛ. Случаев летального исхода не наблюдалось.

Выводы

1. В ЛОР-клинике УГОКБ за период с 1 января по 31 декабря 2016 г. находилось на лечении 174 пациента с различными клиническими формами хронического ларингита в возрасте от 22 до 82 лет, при этом заболевание преимущественно имело место у мужчин — 120 (68,9 %) человек.

2. Наиболее частой формой хронического ларингита является хронический гиперпластический ларингит, который был обнаружен у 164 (94,3 %) пациентов, из них наиболее частая — диффузная форма ХГЛ — 95 (57,9 %) человек; наиболее редкой — хронический атрофический ларингит — 3 (1,7 %) человека.

3. Было выявлено, что провоцирующими факторами развития хронического ларингита у 141 (81 %) пациента стало курение, у 27 (15,5 %) человек — работа в условиях повышенной задымленности и загазованности.

4. Наиболее частым видом лечения пациентов с данной патологией явилось хирургическое вмешательство под фиброларингоскопическим контролем под местной анестезией — 91 (55,8 %) пациент, остальным пациентам проводилось хирургическое лечение под ЭТН при прямой микроларингоскопии — 72 (44,2 %).

5. Положительная динамика в результате проведенного комбинированного лечения наблюдалась в 95,9 % случаев. У 7 (4,1 %) пациентов на фоне ХГДЛ развилась малигнизация. Пациентам с ларингомикозом было проведено комплексное лечение антимикотическими препаратами. Положительная динамика наблюдалась во всех случаях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дайхес, Н. А. Клиническая патология гортани / Н. А. Дайхес. — М.: МИА, 2009. — 160 с.
2. Клиническая патология гортани. Руководство-атлас / Н. А. Дайхес [и др.]. — М.: Медицинское информационное агентство, 2009. — 160 с.
3. Крюков, А. И. [и др.] // Терапия воспалительных заболеваний гортани. — 2013. — № 2. — С. 38–41.
4. Пальчун, В. Т. Воспалительные заболевания гортани и их осложнения: рук-во / В. Т. Пальчун, А. С. Лапченко, Д. Л. Муратов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 176 с.
5. Шляга, И. Д. Микозы верхних дыхательных путей и уха: современные аспекты / И. Д. Шляга, В. П. Ситников, Д. Д. Редько. — Гомель, 2009. — 24 с.

УДК 616.352-002.3-06-036.11

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Морозова А. В., Матвеевко А. А.

Научный руководитель: старший преподаватель *А. А. Мисевич*

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

Введение

За последние полвека заболеваемость острым парапроктитом составила 1 % от всех пациентов общехирургического профиля, оперированных в странах СНГ. Среди случаев экстренных проктологических вмешательств в Республике Беларусь доля острого парапроктита составляет более 53 %. Не последнее место занимает раневая инфекция после оперативных вмешательств на дистальном отделе прямой кишки, анальном канале и промежности, по различным данным, составляет от 5 до 35 %. Даже при отсутствии клинических проявлений воспалительных осложнений, казалось бы, небольшие по объему оперативные вмешательства приводят к достаточно длительной потере трудоспособности. На замедление репаративных процессов влияют много факторов, одним из которых является то, что оперативные вмешательства выполняются на фоне острого гнойного воспаления в тканях, с постоянным бактериальным обсеменением послеоперационных ран прямокишечным содержимым в послеоперационном периоде. Также не представляется возможным полностью иммобилизовать рану из-за тонических и волевых сокращений мышц анального жома и промежности. Микрофлора прямой кишки человека насчитывает более 20 транзиторных и постоянных видов микроорганизмов, имеются данные о большой частоте носительства микроорганизмов на коже промежности.

Высеваемость бактерий из ран при операциях на анальном канале и промежности достигает 84–90 %. Микроорганизмы, являющиеся коммессалами толстой кишки также участвуют в развитии инфекционного процесса.

Вероятность развития инфекционного заболевания при контакте между микроорганизмом и макроорганизмом определяется многими факторами: качественной характеристикой штаммов бактерий (патогенность, вирулентность, инвазивность, метаболическая активность), величиной инфицирующей дозы (количеством бактериальных клеток) и состоянием макроорганизма.

Полностью избежать поступления микроорганизмов в рану невозможно, поэтому после оперативных вмешательств важно не допустить такой концентрации микроорганизмов в тканях, чтобы микробное обсеменение не перешло в клинически выраженную раневую инфекцию. Существующее многообразие схем антибиотикопрофилактики говорят о нерешенности данной проблемы и косвенно свидетельствует об актуальности исследований, направленных на разработку новых способов профилактики послеоперационных осложнений у больных, перенесших вмешательства на дистальном отделе прямой кишки, анальном канале и промежности.