

Кроме показателей общего билирубина (ОБ) и прямого билирубина у этих двух групп пациентов статистически достоверных отличий не выявлено. Это свидетельствует об однородности показателей лабораторных анализов у пациентов с БГ и МЖ, и БГ без МЖ.

С целью выявления связи воздействия гипербилирубинемии на функции печени был проведен корреляционный анализ общего, прямого и непрямого билирубина с остальными показателями значений БХ крови. Результаты были следующими: ОБ положительно коррелировал с прямой фракцией билирубина ( $r = 0,93$ ;  $p = 0,00001$ ), что свидетельствует об обтурационном механизме гипербилирубинемии у исследуемых пациентов [1,2].

Также имеется положительная корреляция ОБ с АЛТ и АСТ ( $r = 0,30$  и  $0,38$ ;  $p = 0,008$  и  $0,001$ ), что указывает на лизис гепатоцитов и выход ферментов — трансаминаз в кровоток [1, 2].

Для оценки воздействия гипербилирубинемии на коагуляционную и антикоагуляционную системы крови был проведен корреляционный анализ между ОБ и показателями коагулограммы. В результате было выявлено, что уровень ОБ прямо связан с уровнем фибриногена ( $r = 0,34$ ;  $p = 0,01$ ). Это может свидетельствовать о снижении антикоагуляционных факторов крови таких как тромбин, протеин С и S. На это указывает и обратная связь фибриногена с тромбиновым временем ( $r = 0,46$ ;  $p = 0,001$ ). Тромбиновое время снижается, так как идет его расход на образование фибрина из фибриногена сыворотки крови. Таким образом, при ХЛ с сопутствующей МЖ и БГ страдает наравне со свертывающей системой крови и противосвертывающая система, обусловленная снижением белково-синтетической функции печени из-за лизиса печеночных клеток, а также снижения всасывания витамина К в просвете тонкой кишки, служащего для образования некоторых факторов свертывания крови [2, 3].

#### **Выводы**

1. Клинический анализ лабораторных данных у пациентов с ХЛ является одним из важных методов диагностики данной патологии, существенно облегчающую постановку правильного диагноза и установку механизма генеза желтухи.

2. Проводимая оценка БХ и коагулограммы позволяет выявить нарушения функций печени таких как: белково-синтетическая, дезаминирующая функции.

3. Выявленная связь нарушения свертывающей и противосвертывающей систем крови с гипербилирубинемией позволяют судить о том, что при холестатическом состоянии, наряду с коагуляционной системой крови страдает и антикоагуляционная система, что следует учитывать при ведении пациентов с данной патологией.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Майстренко, Н. А. Холедохолитиаз / Н. А. Майстренко, В. В. Стукалов. — СПб., 2000. — 288 с.
2. Хирургические болезни: учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — Т. 1. — 608 с.
3. Волкова, С. А. Основы клинической гематологии: учеб. пособие / С. А. Волкова, Н. Н. Боровков. — Н. Новгород: Издательство Нижегородской гос. медицинской академии, 2013. — 400 с.

**УДК 616.322-002-036.12**

## **СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ**

**Осипёнок Д. Ю.**

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В настоящее время хронический тонзиллит продолжает занимать одно из ведущих мест в общей структуре ЛОР-патологии. Тенденция к росту заболеваемости в различных возрастных группах населения сохраняется и сейчас [1]. Установлено, что заболеваемость

хроническим тонзиллитом составляет от 4–6 до 15,8 % всего населения, а в общей структуре заболеваемости 5–10 % [2].

### **Цель**

Изучить особенности течения и характера хронического тонзиллита, провести статистические исследования.

### **Материал и методы исследования**

В качестве материалов для исследования послужили данные 177 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в оториноларингологическом отделении Гомельской областной клинической больницы с января 2016 г. по октябрь 2017 г.

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

При изучении данных было выявлено, что средний возраст пациентов составил 30 лет. Наиболее часто хронический тонзиллит встречался у пациентов в возрасте 21–25 лет (22,6 %). Градация пациентов по половой структуре: женщины — 64,4 %, мужчины — 35,6 %. Частота встречаемости компенсированных форм составила 22 %, а декомпенсированных форм — 78 %. Наряду с местными признаками со стороны небных миндалин, критерием постановки диагноза декомпенсированной формы хронического тонзиллита были частые ангины в анамнезе — 71 %, рецидивирующие паратонзиллярные абсцессы в анамнезе — 22,5 %, парафарингеальные абсцессы в анамнезе — 0,7 %. У 4,3 % пациентов из анамнеза было выявлено наличие частых ангин и рецидивирующих паратонзиллярных абсцессов. У обследуемой группы пациентов обнаружена следующая сопутствующая патология: искривление носовой перегородки: 28,2 % пациентов с компенсированной формой и 15,9 % пациентов с декомпенсированной формой, хронический смешанный ринит у 20,5 % пациентов с компенсированной формой и у 9,4 % пациентов с декомпенсированной формой, фарингомикоз у 17,9 % пациентов с компенсированной формой и у 2,9 % пациентов с декомпенсированной формой, регионарный лимфаденит у 11 % пациентов с компенсированной формой и у 39 % пациентов с декомпенсированной формой [3]. По результатам микробиологического исследования чаще всего у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита был выявлен *Staphylococcus aureus* — 12,8 %, нити мицелия — 12,8 %, *Candida* — 7,7 %, *Streptococcus pyogenes* — 5,1 %, *Klebsiella pneumoniae* — 5,1 % и другие, а у пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита были выявлены нити мицелия — 9,4 %, *Staphylococcus aureus* — 5,8 %, *Candida* — 4,3 %, *Streptococcus viridans* — 1,4 % и другие. Из 78 % пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита 52 % подверглись тонзиллэктомии, у 2,8 % произведено вскрытие паратонзиллярного абсцесса.

### **Выводы**

Частота встречаемости компенсированных форм составила 22 %, а декомпенсированных форм — 78 %. Поскольку одной из частых причин хронического тонзиллита является патология носа, необходимо проводить своевременную санацию полости носа с целью предупреждения развития осложнений со стороны нижележащих дыхательных путей. Всем пациентам с компенсированной формой хронического тонзиллита должны проводить санацию небных миндалин как источника инфекции 2 раза в год (промывание лакун, физиотерапевтическое лечение, санаторно-курортное лечение), с целью предупреждения перехода в декомпенсированную форму, а пациентам с декомпенсированной формой — хирургическое лечение, с целью предупреждения развития патологии со стороны внутренних органов и систем.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Чумаков, П. Л. Анализ лечебно-диагностической тактики при хроническом тонзиллите в условиях крупного промышленного города: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03 / П. Л. Чумаков. — М., 2013. — 122 с.
2. Сагандыкова, Н. С. Особенности микрофлоры небных миндалин при хроническом воспалении / Н. С. Сагандыкова // Вестник КазНМУ. — 2015. — № 2. — С. 105–107.
3. Шляга, И. Д. Микозы верхних дыхательных путей и уха: современные аспекты / И. Д. Шляга, В. П. Ситников, Д. Д. Редько. — Гомель, 2009. — 24 с.