

большой послеоперационной полостью. Для выполнения различных вариантов тимпанопластики предпочтение отдается использованию аутоканеи пациента (аутофасция, аутохрящ), что является физиологичным и недорогим способом.

8. Лечение ХГСО в разные годы было комплексным и включало устранение этиопатологического фактора (санация носа, околоносовых пазух), в том числе хирургическое.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макарина-Кибак, Л. Э. Проблема хронического гнойного среднего отита в Республике Беларусь / Л. Э. Макарина-Кибак, Ж. В. Колядич, Н. М. Таранова // Оториноларингология. Восточная Европа. — 2012. — № 2. — С. 3–10.
2. Плужников, М. С. Современное состояние проблемы хирургической реабилитации больных с хроническими воспалительными заболеваниями среднего уха / М. С. Плужников, В. В. Дискаленко, Л. М. Курмашова // Вестник оториноларингологии. — 2006. — № 5. — С. 63–66.
3. Ситников, В. П. Эволюция взглядов на реконструктивную хирургию уха при хроническом гнойном среднем отите (обзор литературы) / В. П. Ситников, Х. Эль-Рефай, Е. С. Ядченко // Проблемы здоровья и экологии. — 2011. — № 2 (13). — С. 32–35.
4. Тарасов, Д. И. Заболевания среднего уха / Д. И. Тарасов, О. К. Федорова, В. П. Быкова. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.

УДК 616.322-002-036.12

ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ТОНЗИЛЛИТА

Чиграй А. И., Гримашиевич А. Б., Антощенко К. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Воспалительные заболевания ротоглотки занимают одно из ведущих мест в структуре патологии ЛОР-органов. Актуальность проблемы хронического тонзиллита остается на достаточно высоком уровне. По данным зарубежных и отечественных авторов, распространенность хронического декомпенсированного тонзиллита среди населения колеблется в широких пределах: во взрослой популяции хронический тонзиллит диагностируется от 5 до 37 % пациентов, в детской от 15 до 63 % [1].

Частой и значимой причиной острых бактериальных тонзиллитов являются β-гемолитические стрептококки группы А. На догоспитальном этапе врач любой специальности обязан провести дифференциальный диагноз между острым тонзиллитом бактериальной, вирусной, грибковой этиологии (поскольку лечение острого тонзиллита кардинально различается в зависимости от этиологического фактора), а также местными осложнениями острых тонзиллитов, нуждающихся в хирургическом лечении. Для уточнения диагноза необходимо проведение лабораторных исследований: бактериологического, вирусологического, серологического, цитологического и др. На данный момент все более широкое распространение получают методы экспресс-диагностики, они дополняют, но не заменяют культуральный метод.

Ранняя диагностика стрептококковой этиологии тонзиллита, ведется с целью: проведения своевременной и рациональной антибактериальной терапии, профилактики осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (ревматическая болезнь сердца, инфекционный кардит), опорно-двигательной (неспецифический инфекционный полиартрит), мочевыделительной (острый пиелонефрит), коллагеновых заболеваний (системная красная волчанка, склеродермия) и др. [2].

Согласно классификации И. Б. Солдатова, наличие не только местных признаков: гиперемия и утолщенность небных дужек, рубцовые спайки между миндалинами и дужками, разрыхленные или рубцово-измененные уплотненные миндалины, казеозно-

гнойные пробки, жидкий гной в лакунах миндалин, но также имеющих осложнения (паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, парафарингит и др.) и (или) общих осложнений, указанных выше, пациенты переходят из группы хронического компенсированного тонзиллита в декомпенсированный. И лечение таких пациентов соответственно переходит от консервативного (профилактического) в хирургическое — удаление небных миндалин, (тонзиллэктомия) являющихся частью иммунной системы. Что является не очень благоприятным фактором, особенно для детей раннего возраста.

Также актуальность проблемы состоит в правильной оценке роли инфекционного мононуклеоза у пациентов с острым тонзиллитом, особенно у пациентов детского возраста, постановке верного диагноза, с дальнейшим подбором правильной тактики диагностики, лечения и ведения пациента. В результате чего важно, предупреждения развития хронического тонзиллита, а именно декомпенсированной формы [1, 3].

Цель

Проанализировать группу пациентов с острым тонзиллитом различной этиологии, находившихся на обследовании и лечении в ГОИКБ с 1 января 2018 г. по сентябрь 2019 г.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 1799 пациентов с острым тонзиллитом различной этиологии. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы «Microsoft Excel 2013».

Результаты исследования и их обсуждения

По результатам проведенного исследования было выявлено, что число пациентов с диагнозом острый тонзиллит, находившихся на обследовании и лечении в период с 1 января 2018 г. по сентябрь 2019 г. в ГОИКБ, составило 1799 человек, количество лиц мужского пола — 972 (54 %) человека, количество лиц женского пола — 827 (46 %) человек.

Распределение пациентов в зависимости от возраста представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту

Возраст, лет	Количество пациентов	Возраст, лет	Количество пациентов
2 месяца – 9 лет	811 (45,08 %)	50–59	39 (2,17 %)
10–19	425 (23,62 %)	60–69	20 (1,11 %)
20–29	264 (14,67 %)	70–79	5 (0,28 %)
30–39	179 (9,92 %)	80–89	2 (0,11 %)
40–49	60 (3,34 %)		

Результаты анализа сезонной заболеваемости. За исследуемый период отмечалась тенденция к повышению интенсивности эпидемического процесса в январе 2018 г. — 132 человека (7,4 %) (рисунок 1).

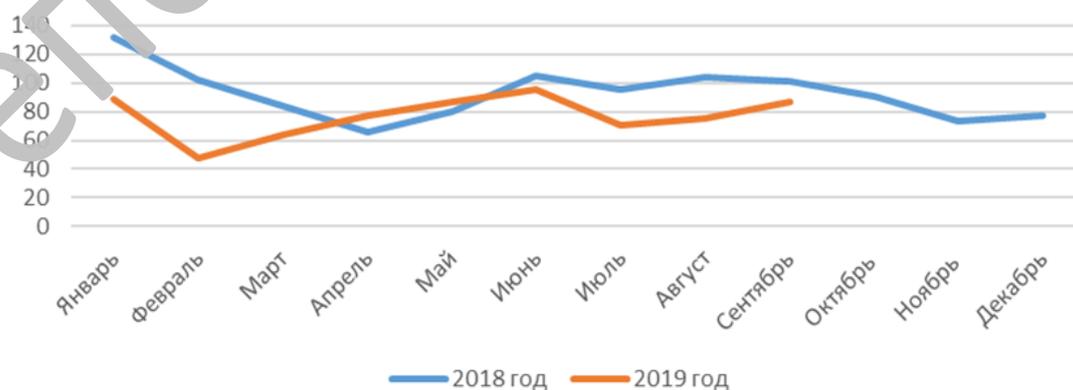


Рисунок 1 — Динамика заболеваемости острым тонзиллитом в г. Гомеле в 2018–2019 гг.

Результаты распределения пациентов в зависимости от основного диагноза, согласно классификации И. Б. Солдатова представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение пациентов в зависимости от основного диагноза, согласно классификации И. Б. Солдатова

Основной диагноз	Количество пациентов
1. Острые тонзиллиты:	
1.1. первичные тонзиллиты:	
— катаральный;	965 (53,64 %)
— фолликулярный;	614 (34,14 %)
— лакунарный	141 (7,84 %)
1.2. вторичные ангины:	
а) при острых инфекционных заболеваниях:	
— скарлатине;	3 (0,17 %)
— кори	11 (0,61 %)
б) при заболеваниях системы крови — инфекционном мононуклеозе	65 (3,5 %)

В результате ретроспективного анализа было выявлено, что у 648 (55 %) человек данное заболевание является повторным — 2–3 раз в течение года.

Местные осложнения были выявлены у 343 (19,07 %) пациентов: паратонзиллит/паратонзиллярный абсцесс — 97 (5,3 %) человек, шейный медиастинит — 3 (0,16 %) человека; лимфаденит — 270 (15 %) человек.

Сопутствующие заболевания встречались у 3073 % человек: ЛОР-патологии — 177 (45,39 %) человек, среди них встречались: искривление носовой перегородки — 127 (71,75 %) человек, фронтит — 8 (4,51 %) человек, этмоидит — 4 (2,26 %) человека, острый верхнечелюстной синусит — 13 (7,34 %) человек, обострение хронического верхнечелюстного синусита — 6 (3,38 %) человек, острый отит — 19 (10,73 %) человек. Со стороны сердечно-сосудистой системы — у 42 (11,02 %) человек, нервной системы — у 15 (3,84 %) человек, желудочно-кишечным трактом — у 61 (15,64 %) человека, гепатобилиарной системы — у 23 (5,69 %) человек, системы крови — у 28 (7,18 %) человек, мочевыделительной системы — у 43 (10,04 %) человек.

Также была проанализирована группа 215 пациентов с диагнозом инфекционный мононуклеоз. У 65 (30 %) пациентов, заболевание протекало с явлениями острого тонзиллита. По результатам данного исследования было обнаружено, что число лиц мужского пола было 110 (54,83 %) человек, лиц женского пола 97 (45,12 %) человек. Распределение пациентов по возрасту: от 2-х месяцев до 9 лет — 147 (68,37 %) человек, 10–19 лет — 50 (23,26 %) человек, 20–29 лет — 12 (5,58 %) человек, 40–49 лет — 2 (0,93 %) человека, 50–59 лет — 3 (1,39 %) человека, 60–69 лет — 1 (0,47 %) человек.

Диагноз был выставлен клинически на основании анамнеза: лихорадка до 40 °С, боль в горле, боль в шее, объективного осмотра, при котором выявлялись налеты на небных миндалинах различные по морфологии, немаловажным симптомом является шейный лимфаденит, инструментальной диагностики (УЗИ лимфатических узлов и УЗИ органов брюшной полости) при котором диагностировались заметное увеличение переднешейных и заднешейных лимфатических узлов, а также печени и селезенки. На основании лабораторных данных, важнейшими проявлениями которых являются такие изменения в гемограмме, как умеренный лейкоцитоз, увеличение количества одноядерных элементов крови (лимфоцитоз), умеренное повышение СОЭ, наличие атипичных мононуклеаров.

Выводы

1. В период с 1 января 2018 г. по сентябрь 2019 г. число пациентов находившихся на обследовании и лечении с различными формами острого тонзиллита в ГОИКБ со-

ставило 1799 человек, количество лиц мужского пола — 972 (54 %) человек, количество лиц женского пола — 827 (46 %) человек.

2. Большее количество пациентов было детского возраста от 2-х месяцев до 9 лет — 811 (45,08 %) человек. У 648 (36 %) человек данное заболевание является повторным. Наиболее часто встречаются первичные тонзиллиты: катаральный, как результат вирусной инфекции — 965 (53,64 %), фолликулярный — 614 (34,14 %), лакунарный — 141 (7,84 %).

3. Чем больше возраст пациента, тем меньше заболеваемость острым тонзиллитом 80–89 лет — 2 (0,11 %) человека. Это связано с анатомо-функциональной особенностью глоточного лимфоаденоидного кольца Пирогова-Вальдейера, которое обусловлено возрастной инволюцией лимфоидной ткани.

4. Инфекционный мононуклеоз, наиболее часто встречается в детском возрасте: от 2 месяцев до 9 лет (43,72 %). Не всегда можно своевременно диагностировать данное заболевание, что свидетельствует об актуальности проблемы инфекционного мононуклеоза в педиатрической практике.

4. Анализируя полученные данные, мы приходим к выводу, что важна своевременная постановка верного диагноза, с дальнейшим подбором правильной тактики диагностики и лечения пациента, с целью предупреждения развития хронического тонзиллита, а именно декомпенсированной формы и других более серьезных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Миткевич, Л. А. Лучихина. — М.: Медицина, 2011. — С. 649.
2. Арзамасов С. Г. Некоторые особенности течения хронического тонзиллита / С. Г. Арзамасов, И. В. Иванец // Вестник оториноларингологии. — 2011. — № 1. — С. 55–57.
3. Каспранская, Г. Р. Хронический тонзиллит: разные взгляды на старую проблему / Г. Р. Каспранская, А. С. Лопатин // Медицинский совет. — 2013. — № 3. — С. 75–74.

УДК 616.284.7-002 (476.2)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ МАСТОИДИТА У ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Шуратова Е. Ю.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Среди общего числа пациентов с различными заболеваниями ЛОР-органов средний отит диагностируется в 20–30 % случаев [1]. Несмотря на то, что заболевание хорошо изучено, давно определены основные принципы его диагностики, лечения и профилактики, число осложнений среднего отита остается по-прежнему высоким и не имеет тенденции к снижению [2]. Мастоидит — наиболее частое осложнение острого и хронического среднего отита, определяется как воспаление слизистой оболочки, периста и костной основы ячеистой структуры сосцевидного отростка [3].

Цель

Выявить заболеваемость мастоидитом у жителей Гомельской области.

Материал и методы исследования

Работа была выполнена на базе Гомельской областной клинической больницы (ГОКБ). Было проанализировано 20 медицинских карт стационарных пациентов, нахо-