



Рисунок 2 — Эхокардиограмма больного после введения перфторана в септальные ветвь передней межжелудочковой артерии. Контрастирования (яркое свечение) базального отдела межжелудочковой перегородки. IVS — межжелудочковой перегородки; MV — митральный клапан

Метод является ценным дополнением к стандартному эхокардиографическому исследованию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новости лучевой диагностики: науч.-практ. журн.; гл. ред. Ю. Ф. Полойко. — 1998. — Минск: Высшая школа, 1999. — № 2. — С. 16–17.
2. Шиллер, Н. Клиническая эхокардиография / Н. Шиллер, М. А. Осипов. — М: Практика, 1993. — 663с.
3. Hemolysis in vivo from exposure to pulse ultrasound / D. Dalecki [et al.] // J. Ultrasound in medicine and Biology — 1997 — Vol. 23, № 2. — P. 307–313.
4. Contrast echocardiography: influence of ultrasonic machine setting, mixing conditions and pressurization on pixel intensity and microsphere size of Albunex solutions in vitro / T. Ota [et al.] // J. of the Amer. Soc. of Echocardiography. — 1997. — Vol. 10, № 1. — P. 31–40.

УДК 616. 322 - 002

ПАРАТОНЗИЛЛИТЫ И ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЕ АБСЦЕССЫ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Нестеренко К. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В.М. Мицура

Учреждение образования

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

Введение

Паратонзиллит, как и паратонзиллярный абсцесс, является местным осложнением острого тонзиллита. Паратонзиллит — воспалительный процесс, развивающийся в окружающей небную миндалину паратонзиллярной клетчатке. Обозначение заболевания как «паратонзиллярный абсцесс» правомерно лишь для конечной стадии патологического процесса, сопровождающейся нагноением [1]. Большинство паратонзиллитов вызывается одним видом стрептококка, среди которого доминирует *Streptococcus pyogenes*. В отдельных случаях установлена этиологическая роль *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Neisseria spp.*, а также ассоциации различных видов стрептококка с другими грамположительными и грамотрицательными микробами [2, 3]. По клинико-морфологическим изменениям выделяют три формы паратонзиллита: отечную, инфильтративную и абсцедирующую [3]. Лечение зависит от стадии паратонзиллита. Для лечения первых двух стадий используются консервативные методы лечения (антибактериальная терапия: пенициллины, макролиды, цефалоспорины; НПВС; антигистаминные препараты) [2, 4]. В современной ЛОР-практике наличие паратонзиллярного абсцесса является показанием для экстренного оперативного вмешательства — вскрытия паратонзиллярного абсцесса и одновременного назначения противовоспалительной

терапии [3]. Пациенты, имеющие гнойные налеты на миндалинах, часто поступают в инфекционную больницу с диагнозом «острый тонзиллит», где диагностируются паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс.

Цель исследования

Изучить методы диагностики и лечения паратонзиллитов и паратонзиллярных абсцессов, организацию медицинской помощи пациентам с данной патологией в инфекционном стационаре.

Материалы и методы

Нами изучено 30 историй болезни пациентов Гомельской областной инфекционной клинической больницы с диагнозами «паратонзиллит» и «паратонзиллярный абсцесс» за 2010 и 2011 гг. Из них мужчин — 16 (53 %), женщин — 14 (47 %). Возраст пациентов — от 15 до 71 года (средний возраст составил $29 \pm 2,6$ лет), средний возраст мужчин составил 26 лет, женщин — 32 года. Из всех изученных нами историй болезни клинический диагноз «паратонзиллит» был выставлен в 22 случаях (73 %), диагноз «паратонзиллярный абсцесс» — в 8 случаях (27 %).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета «Statistica» 6.1 с использованием непараметрических статистических критериев. Значения возраста представлены как медиана и интерквартильный размах (25–75 %, ИКР). Для сравнения данных возраста в двух независимых группах использован тест Манна-Уитни. Для оценки долей (%) использован 95 % доверительный интервал (95 % ДИ), рассчитанный с помощью откорректированного метода Вальда.

Результаты и их обсуждение

Сравнивался средний возраст пациентов, поступивших в стационар с диагнозами «паратонзиллит» и «паратонзиллярный абсцесс» у мужчин (медиана возраста 24 года, ИКР 20,5–28) и женщин (медиана возраста 26,5 лет, ИКР 20–51), различий не выявлено ($p = 0,3$, тест Манна-Уитни). Среди пациентов с диагнозом «паратонзиллит» медиана возраста составила 24,5 лет (ИКР 20–30), с диагнозом «паратонзиллярный абсцесс» — 25 года (ИКР 21,5–48), различий не выявлено ($p = 0,58$, тест Манна-Уитни). Пациенты поступали через 1–5 дней от начала заболевания (в среднем на 2-й день от начала заболевания). Из 30 пациентов 12 (40 %, 95 % ДИ 25–58 %) были доставлены в инфекционный стационар скорой помощью, 11 (37 %, 95 % ДИ 22–55 %) направлены ЛОР-врачами стационаров, 4 пациента (13 %, 95 % ДИ 5–30 %) были направлены врачами поликлиник, 2 пациента (7 %, 95 % ДИ 0,8–22 %) поступили без направления, 1 пациент (3 %, 95 % ДИ 0–18 %) направлен фельдшером мед пункта. Среди направительных диагнозов большая часть пациентов направлялась с диагнозом «острый тонзиллит» — 25 пациентов (83 %, 95 % ДИ 67–93 %), из них в процессе обследования в стационаре диагноз «паратонзиллит» был выставлен 18 пациентам, диагноз «паратонзиллярный абсцесс» — 7 пациентам. Также в инфекционный стационар были направлены 4 (13 %, 95 % ДИ 5–30 %) пациента с направительным диагнозом «паратонзиллит», который при выписке остался прежним. С направительным диагнозом «паратонзиллярный абсцесс» был направлен 1 пациент (4 %, 95 % ДИ 0–18 %).

Общий анализ крови (ОАК) и общий анализ мочи (ОАМ) были выполнены 29 пациентам. Лейкоцитоз выявлен у 22 пациентов (76 %), количество лейкоцитов колебалось от 4,1 до 30,4; $Me = 11,6$. СОЭ была повышена у 17 пациентов (59 %), значения колебались от 2 до 37 мм/ч, $Me = 15$ мм/ч. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево наблюдался у 19 пациентов (66 %). Белок в ОАМ выявлен у 8 пациентов (28 %). У 8 пациентов был взят мазок из носоглотки на бактериологическое исследование. Из них *S. albicans* выявлена у 5 пациентов (63 %), *Staph. aureus* — у 4 (50 %), *E. coli* — у 1 пациента (13 %). Из 8 у 1 пациента в мазке ничего не обнаружено, а у 2 пациентов — сочетание возбудителей. У всех пациентов был взят мазок из ротоглотки на бациллу Леффлера и получен отрицательный результат.

Диагностическая пункция паратонзиллярной клетчатки до госпитализации в инфекционный стационар была проведена ЛОР-врачами стационаров 9 пациентам (33 %), которые были доставлены скорой помощью или самостоятельно обращались в стационар. У всех 9 пациентов гноя не получено. По назначению лечащего врача 7 пациентов были направлены к ЛОР-врачу для пункции паратонзиллярной клетчатки, уточнения диагноза «паратонзиллярный абсцесс» и последующего вскрытия абсцесса. У 1 пациента получено 2 мл гноя, 6 пациентов были переведены в ЛОР-отделения стационаров. У остальных пациентов клинические признаки паратонзиллярного абсцесса не были выявлены.

30 пациентам была проведена антибактериальная терапия. Также 29 пациентов получали НПВС (парацетамол, аспирин, диклофенак), 26 пациентов принимали антигистаминные препараты (лоратадин, диклофенак). При лечении чаще всего использовались антибактериальные препараты следующих групп: пенициллины (23 случая из 30), цефалоспорины (21 случай), фторхинолоны (4 случая), макролиды (5 случаев). Метронидазол был назначен 17 пациентам, что является необоснованным, так как возбудители данных заболеваний не чувствительны к метронидазолу. Пациенты получавшие монотерапию составили 30 %. Некоторые пациенты получали одновременно 2 (53 %), 3 (13 %) или 4 (3 %) антибиотика, что является нерациональным.

Заключение

Пациенты с диагнозами «паратонзиллит» и «паратонзиллярный абсцесс» попадают в инфекционный стационар в среднем на 3-й день заболевания с диагнозами «острый тонзиллит» (83 %), «паратонзиллит» (13 %) и «паратонзиллярный абсцесс» (4 %). У большинства пациентов имелась типичная клиническая симптоматика паратонзиллита, лейкоцитоз в ОАК у 76 % пациентов, повышение СОЭ у 59 % пациентов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево у 66 % пациентов. Антибактериальная терапия была нерациональной (комбинация 2, 3 или 4 препаратов, назначение метронидазола) у 60 % пациентов. Полученные данные говорят о необходимости наблюдения больных с паратонзиллитами совместно инфекционистом и ЛОР врачом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун, В. Т. ЛОР-болезни: учиться на чужих ошибках / В. Т. Пальчун, Л. А. Лучин — М.: Эксмо, 2011. — С. 217.
2. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова и С.Н. Козлова [электронный ресурс] URL <http://www.antibiotic.ru/ab/085-89.shtml> (Дата доступа 28.02.2012)
3. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — С. 248.
4. Буцель, А. Ч. Некоторые вопросы антибактериального лечения паратонзиллитов/ А. Ч. Буцель // Оториноларингология в Беларуси. — 2010. — № 1. — С. 41–43.

УДК 616.37-002.4-089

ЧРЕЗКОЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Нестеренко Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Протасевич

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Острый панкреатит является частым заболеванием в структуре болезней органов пищеварительного тракта. У 20 % пациентов развивается некротизирующий панкреатит с летальностью до 39 % [1, 4]. Основными причинами смерти при остром некротизирующем панкреатите являются: полиорганная недостаточность в первую фазу болезни (первые 2–3 недели) и инфицирование некротических тканей поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки во вторую фазу [1]. Традиционным способом лечения является открытое опера-