
Саливончик Е.И.,
Гомельская областная клиническая больница, Гомель, Беларусь

Современный портрет пациента с хроническим декомпенсированным ТОНЗИЛЛИТОМ

УДК 616.322-002-008.64-036.12

Поступила в редакцию 05.11.2012 г.

Контакты: HelenSalivonchik@yahoo.com

Резюме

Использование анкеты пациента с ХТ позволяет обосновать и статистически подтвердить вид декомпенсации у пациента с ХДТ. Портреты пациентов с ХДТ достоверно различаются не только в зависимости от вида декомпенсации, но и на основании социальных, клинко-анамнестических, лабораторных и инструментальных данных, а также данных объективного осмотра.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, хронический декомпенсированный тонзиллит, вид декомпенсации, «портрет» пациента с ХДТ.

Исследование эффективности лечения хронического тонзиллита (ХТ) занимает ведущее место в практической оториноларингологии [1, 4, 7, 17]. Актуальность изучения данной патологии объясняется ее высокой распространенностью. Так, по данным И.Б. Солдатов, 15,8% взрослого населения страдают ХТ [16]. Постоянный интерес оториноларингологов к проблеме ХТ обусловлен не только большой его распространенностью среди людей социально-активного возраста, но и значительным числом сопряженных с ним заболеваний. Данное заболевание как очаг инфекции влияет на различные функции организма [1]. По данным ВОЗ, каждое общее заболевание в патогенетическом плане отягощено очагом инфекции в миндалинах. Установлено, что с патологией миндалин связано более 100 заболеваний и осложнений, которые заметно снижают качество жизни пациента и могут приводить к инвалидизации и даже смерти [1]. Поэтому проблема рационального лечения ХТ имеет большое значение.

Согласно существующей в настоящее время классификации ХТ различают две формы данного заболевания: компенсированную и де-

компенсированную [15]. При компенсированной форме наблюдаются лишь местные признаки хронического воспаления небных миндалин (НМ), проявляющиеся рубцовыми сращениями небных дужек с миндалинами, образованием в лакунах гнойно-казеозных пробок, рыхлостью НМ или, наоборот, их рубцовым изменением в результате часто повторяющегося воспалительного процесса. При декомпенсированном тонзиллите, кроме вышеназванных признаков, имеются проявления декомпенсации в виде частых ангин (ЧА), паратонзиллитов (ПТ) и паратонзиллярных абсцессов (ПТА), а также заболеваний сердца, суставов и почек (сопряженных заболеваний – СЗ)[17].

Стандарты оказания лечебно-диагностической помощи пациентам с ХТ давно определены [15, 17]. Показанием к консервативному лечению является хронический компенсированный и декомпенсированный тонзиллит с ЧА. Такие пациенты подлежат диспансерному наблюдению в течение 3 лет с двукратным профилактическим лечением в году. Отсутствие рецидива ангин в течение данного периода времени является основанием для снятия с диспансерного учета. При отсутствии эффекта от проводимого профилактического консервативного лечения пациенту целесообразно предложить хирургическое лечение – двухстороннюю тонзиллэктомию (ТЭ). Хирургическому лечению подлежат также пациенты с хроническим декомпенсированным тонзиллитом (ХДТ), который сопровождается осложнением со стороны других органов и систем. Такие заболевания, как тонзиллогенная кардиомиопатия, ревматизм, пиелонефрит, гломерулонефрит, являются СЗ с ХТ [1, 2]. ПТА – одно из самых опасных осложнений ХТ. Воспаление околоминдаликовой клетчатки часто осложняет течение ХТ и ангин, является одним из признаков декомпенсации процесса и, в свою очередь, может стать причиной еще более серьезных осложнений со стороны других органов и систем организма человека. Наличие ПТА требует выполнения двухсторонней ТЭ как адекватного радикального средства лечения [10, 12].

Однако, несмотря на существующий лечебно-диагностический стандарт, используемый в лечении ХТ, на сегодняшний день в практической оториноларингологии весомо обозначена тонзиллярная проблема, которая на современном этапе приобретает все большую актуальность в связи с ростом тонзиллогенной патологии как местного, так и системного характера [12]. Уменьшение количества диспансерных пациентов, рост местных и общих осложнений свидетельствует о низком качестве диспансеризации и профилактических осмотров [1, 6, 7, 14]. Группы диспансерного учета, несомненно, малы, и пациенты, которым требуется радикальная санация очага воспаления при ХТ, своевременно не направляются на хирургическое лечение, что является грубым нарушением существующего лечебно-диагностического алгоритма [1, 6]. При этом нередко отказ от хирургического лечения ХТ обусловлен ссылкой на несогласие пациента и отсутствие ангин в анамнезе [2]. Обращает на себя внимание все более и более укореняющаяся тенденция абсолютизации консервативного направления в лечении данной патологии [6, 7]. Именно этим обусловлено значительное снижение плановой хирургической активности при ХТ [2, 3, 18]. Вместе с тем число экстренных операций по хирургическому дренированию ПТА за 10 последних лет возросло в 2 раза [1, 7, 8], а число пациентов с данной патологией уве-

личилось на 8,7% и составило 86,7% от всех urgentных заболеваний глотки [2, 11]. Но только 8,4% пациентов с ПТА вновь госпитализируются для плановой ТЭ [4]. Абсцесстонзиллэктомия как urgentная операция на сегодняшний день игнорируется врачами стационаров, о чем говорит значительное уменьшение выполнения данных вмешательств за последнее десятилетие [1, 13]. Подавляющее число пациентов, впервые заболевших ПТ, упорно считают это заболевание случайным и категорически отказываются от ТЭ [12]. Отмечается тенденция в формировании нового заболевания, которого нет в МКБ-10, – рецидивирующего ПТА. Проблема актуальна, так как не отмечается значительной динамики в снижении количества пациентов с ПТ за последних 30 лет [1, 12, 13].

Таким образом, в связи с создавшейся ситуацией в современной оториноларингологии возникает вопрос: что собой представляет пациент с ХДТ на настоящем этапе? Назрела целесообразность создания «портрета» пациента с ХДТ на основании социальных, клинических, анамнестических, лабораторных и инструментальных данных, характеризующих особенности течения заболевания, подтверждающих конкретный вид декомпенсации: ЧА при отсутствии эффекта от консервативного лечения, ПТ (ПТА) в анамнезе и общие СЗ. Создание такого «портрета» позволит адаптировать выбор метода ТЭ в зависимости не только от вида декомпенсации, но и от индивидуальных особенностей пациента с ХДТ.

■ ЦЕЛЬ

Создать портрет пациента с хроническим декомпенсированным тонзиллитом.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 10 летний период (2001–2011 гг.) в ЛОР-отделение учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с целью санации очага хронической инфекции при ХДТ для выполнения плановой ТЭ госпитализировано 269 пациентов, из них 104 мужчины и 165 женщин, средний возраст которых составил $26,2 \pm 8,7$ лет. Все пациенты перед операцией были интервьюированы при помощи разработанной нами анкеты пациента с ХТ, позволяющей подтвердить клинический диагноз. Анкета разделена на социальный, анамнестический, клинический, лабораторный и инструментальный блоки с целью детального изучения данных пациента с ХТ. Для оценки полученной информации использовался факторный анализ, сравнительный анализ производился методиками непараметрической статистики. Обработка данных производилась с использованием статистического пакета SPSS 11,5.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Широко известным и освещенным в современной литературе является клиническое выделение декомпенсации ХТ в виде ЧА при отсутствии эффекта от консервативного лечения, ПТ (ПТА) и СЗ [15, 17]. В связи с этим для дальнейшего анализа все анкеты были разделены на три группы с целью создания «портрета» пациента с ХДТ в зависимости от вида декомпенсации (Рис. 1.)

Анкета пациента с хроническим тонзиллитом

Амбулаторная карта № _____ История болезни _____
 Дата заполнения _____

Инструкция по применению: эта анкета содержит вопросы, касающиеся течения хронического тонзиллита. Представленная информация поможет выявить факторы риска, вызывающие рецидивы заболевания с целью их последующего предупреждения. Ответьте на каждый вопрос, пометив выбранный Вами ответ так, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

Паспортная часть

Признак	Ответ
ФИО	
Место жительства	город (1) село (2)
Возраст	
Пол	мужской (1) женский (2)
Рост	
Вес	
Социальный статус	учащийся (1) рабочий (2) служащий (3) не работающий (4) пенсионер (5)

II. Имеются ли жалобы на:

Признак	Ответ	
постоянная боль в глотке	да	нет
боль в глотке при глотании	да	нет
чувство комка, инородного тела в глотке	да	нет
першение, сухость в глотке	да	нет
запах изо рта	да	нет
периоды субфебрильной температуры тела (повышение до 38°C)	да	нет
длительный субфебрилитет (продолжительное повышение t тела)	да	нет
боль в сердце	да	нет
периодические боли в суставах	да	нет
боль в пояснице	да	нет
общая слабость	да	нет
быстрая утомляемость	да	нет
увеличение и болезненность при пальпации шейных лимфоузлов (при отсутствии других очагов инфекции)	да	нет
затруднение носового дыхания	да	нет
зубную боль	да	нет
кровоточивость десен	да	нет
сердцебиение	да	нет
нарушение сердечного ритма	да	нет
выделения из лакун миндалин (гной, пробки)	да	нет

III. Анамнез жизни

Признак	Ответ	
отягощен ли аллергоанамнез (аллергия медикаментозная, пищевая, сезонная, бытовая)	да	нет
отягощена ли наследственность по ХТ (ангины, ПТА, сопряженные заболевания у родителей и близких родственников)	да	нет

сопутствующая патология (какая) (эндокринные заболевания, сердечнососудистые заболевания, заболевания печени, почек, суставов, желчного пузыря, поджелудочной железы, гинекологические заболевания)	есть	нет
употребление алкоголя (более 1 раза в неделю)	да	нет
курите ли Вы (сколько лет) (сколько сигарет)	да	нет
перенесены ли операции на ЛОР-органах (тонзиллотомия, аденотомия, ПРНП, полипотомия)	да	нет
перенесены ли ЛОР-заболевания (синусит, ларингит, фарингит, отит, ИНП, ринит)	да	нет
вредные профессиональные факторы	да	нет

IV. Анамнез заболевания

Признак	Ответ	
причина заболевания по мнению пациента		
длительность заболевания		
ангины	да (1) нет (2)	
частота ангин	2-3 раза в год (1) 4-5 раз в год (2) 6-7 раз в год (3) 8 и более (4)	
ПТА	да (1) нет (2)	
рецидивы ПТА (общее число)		
частота ПТА в год	2-3 раза (1) 4-5 раз (2) 6-7 раз (3) 8 и более (4)	
сезон обострений	зима (1) весна (2) лето (3) осень (4)	
парафарингит, флегмона шеи	да	нет
сопряженные заболевания (сепсис, ревматизм, артрит, пороки сердца, гломерулонефрит и др.)	да	нет
состоит ли на диспансерном учете	да	нет
регулярность профилактических курсов лечения (кратность)	1-2	0
общее лечение	да	нет
местное лечение (промывание лакун небных миндалин)	да	нет
самолечение при обострении	да	нет
лечение у терапевта при обострении	да	нет
лечение у ЛОР-врача при обострении	да	нет
использование антибактериальных препаратов при обострении (макролиды, пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны и др.)	да	нет
начало лечения антибиотиками (с первого, второго, третьего, четвертого, пятого и более дней заболевания)	да	нет
длительность антибиотикотерапии (один, три, пять, семь и более дней)	да	нет

V. Объективные данные ЛОР-осмотра

Признак	Ответ	
жидкий гной в лакунах миндалин	да	нет
казеозные, гнойные пробки в лакунах миндалин	да	нет
гипертрофия небных миндалин	да	нет
рыхлые небные миндалины	да	нет
стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе)	да	нет

отечность краев верхних отделов небных дужек (признак Зака)	да	нет
валикообразное утолщение краев передних дужек (признак Преображенского)	да	нет
сращение и спайки миндалин с дужками и треугольной складкой	да	нет
увеличение отдельных регионарных лимфатических узлов	да	нет
болезненность при пальпации отдельных регионарных лимфатических узлов (подчелюстных, переднешейных)	да	нет
добавочная лимфоидная доляка ИМ	да	нет
кариес зубов	да	нет
признаки стоматита	да	нет
болезни десен	да	нет
искривление носовой перегородки	да	нет
аденоиды	(1) (2) (3) нет (4)	
изменение задней стенки глотки (гиперемия, гранулезноизмененная)	да	нет
налеты на небных миндалинах	да	нет

VI. Лабораторные данные

Признак	Ответ		
	норма	отклонения	не выполнялся
общий анализ крови	норма	отклонения	не выполнялся
общий анализ мочи	норма	отклонения	не выполнялся
ЭКГ	норма	отклонения	не выполнялся
биохимический анализ крови	норма	отклонения	не выполнялся
флюорография легких	норма	отклонения	не выполнялся
иммунограмма	норма	отклонения	не выполнялся
группа крови	(1) (2) (3) (4) не делалась (5)		
резус-принадлежность	полож. (1) отриц. (2) не делался (3)		
микробиологическое исследование отделяемого из лакун ИМ	да – вписать		нет
микроскопия с поверхности ИМ	да – вписать		нет

VII. Клинический диагноз

Хронический компенсированный тонзиллит (отметить)	
Хронический декомпенсированный тонзиллит (отметить)	

VIII. Рекомендовалась ли тонзиллэктомия? да нет

IX. Причина не выполнения тонзиллэктомии (указать)

Подпись пациента

Получить наиболее полную информацию в сложившейся ситуации возможно при использовании факторного анализа имеющихся данных, особенно тех, которые представлены в виде величин, не поддающихся количественному измерению. Факторный анализ позволяет установить для большого числа исходных признаков сравнительно узкий набор свойств, характеризующих связь между группами этих признаков и называемых факторами. Предполагается вычисление корреляционной матрицы для всех переменных, участвующих в анализе, извлечение

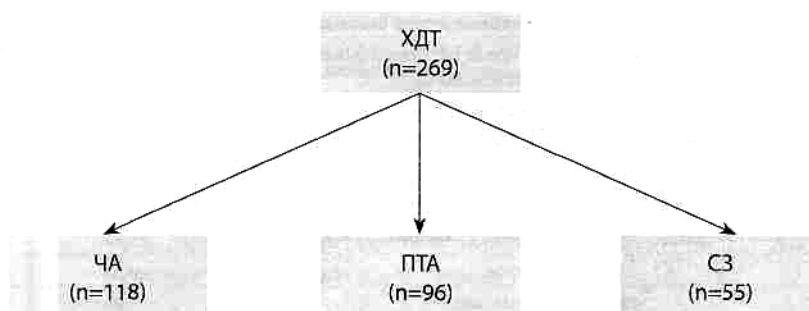


Рисунок 1

Распределение пациентов с ХДТ в зависимости от причин, приведших к необходимости проведения тонзилэктомии

Примечание:

ХДТ – хронический декомпенсированный тонзиллит;

ЧА – частые ангины при отсутствии эффекта от консервативного лечения;

ПТА – паратонзиллярный абсцесс;

СЗ – сопряженные заболевания;

n – число пациентов

факторов, вращение факторов для создания упрощенной структуры. Проведенный тест на критерий Кайзера-Мейера-Олкина и сферичность Барлета составил 0,792, что свидетельствует о высокой адекватности выбранных переменных и применимости факторного анализа к данной выборке. Дальнейшая интерпретация факторов возможна при наличии «цены» факторов более 1,0.

Частые ангины при отсутствии эффекта от консервативного лечения

Характеристика данной группы пациентов знаменуется сложностью подходов к оценке целесообразности хирургического лечения. Основным показанием к выполнению ТЭ является декомпенсация процесса в виде продолжения заболевания, наличия его обострений, увеличения их частоты и главное – отсутствия эффекта от консервативного лечения.

Одной из наших задач явилась комплексная оценка данного состояния, чтобы реально представить особенности протекания данного заболевания и необходимость проведения ТЭ.

Таким образом, в модель многофакторного анализа включено 118 пациентов с ЧА при отсутствии эффекта от консервативного лечения. Средний возраст пациентов составил $26,4 \pm 8,6$ года. Среди них общее количество пациентов мужского пола составило 43 (36,4%) человека, женского – 75 (64,6%), также выделено 75 (64,6%) городских пациентов и 43 (36,4%) – сельских. Рост пациентов составил $170,4 \pm 8,5$ см, вес – $67,8 \pm 14,1$ кг. По социальному статусу 32,2% составили учащиеся, 22,9% – рабочие, 28,0% – служащие и 16,9% – неработающие.

Анализ данных анкеты на основании факторного анализа позволил определить вес переменных, определяющих основную переменную – пациентов с ЧА при отсутствии эффекта от консервативного лечения (рис. 2).

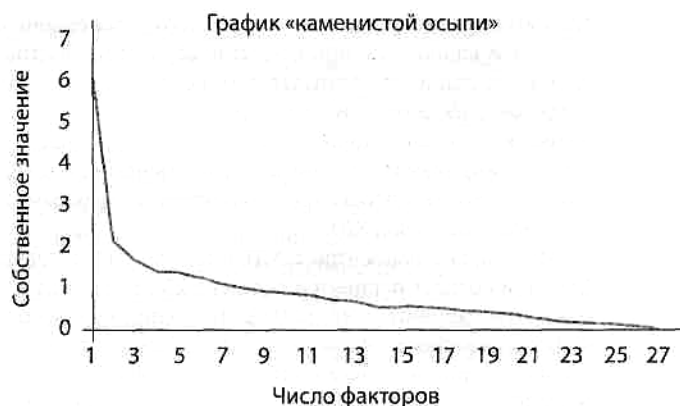


Рисунок 2
График собственных значений факторов, характеризующих пациентов с ХДТ (ЧА)

Анализ данных 1–7 переменных анкеты позволил выделить типаж пациента с ЧА при отсутствии эффекта от консервативного лечения: это представитель села, служащий мужчина в возрасте от 26 до 35 лет с индексом Кетле 25–29 кг/м², с подтвержденными частыми ангинами при отсутствии эффекта от консервативного лечения (цена факторов: 2,970; 2,604; 1,880; 1,668; 1,295).

Анализ переменных 8–34 представленной анкеты формирует анамнестический портрет данных пациентов. Наиболее значимыми являются следующие жалобы: быстрая утомляемость, запах изо рта, боль в сердце, сердцебиение, нарушение сердечного ритма и их сочетание; менее значимы: затрудненное носовое дыхание и повышение температуры тела до 38°C, чувство кома, першение в глотке, боль при глотании, выделения из лакун НМ, отягощенная наследственность, увеличение и болезненность лимфоузлов при пальпации.

При анализе переменных 35–55 определяющими показателями явились: частые ангины в течение от 3 лет и более с обострениями чаще зимой, самолечение либо терапия антибиотиками у терапевта по месту жительства (цена факторов: 2,923; 2,495; 2,093; 1,712; 1,464).

При анализе данных объективного осмотра (56–73) наиболее важными факторами, характеризующими пациентов с ЧА, явились: признаки Зака, Гизе, Преображенского с гипертрофией НМ, налетами на них, увеличенными и болезненными региональными лимфоузлами. В меньшей степени характерно сращение и спайки НМ с дужками и треугольной складкой, еще реже – признаки стоматита и выделения жидкого гноя из лакун (цена наиболее значимых первых пяти факторов: 1,956; 1,737; 1,468; 1,420; 1,265).

Анализ лабораторных данных (74–83) оказался неинформативным, ввиду того что пациенты направлялись на плановое оперативное лечение в период ремиссии заболевания.

Паратонзиллярные абсцессы

Выделение данной группы пациентов продиктовано особенностями этой патологии, ее лечения и сложностью выполнения опера-

тивного вмешательства. Течение данного заболевания отличается выраженной клиникой и при вскрытии абсцесса – быстрым улучшением состояния пациента. Учитывая сложность удаления НМ, находящихся в едином рубцовом конгломерате с небными дужками, высокий риск интра- и послеоперационных кровотечений, ТЭ часто откладывается. Поэтому выделение пациентов с декомпенсацией в виде ПТА требует оценки основных параметров, характеризующих данное заболевание и определяющих вид ХДТ.

Итак, число пациентов с ХДТ в группе ПТА оказалось равным 96. Средний возраст пациентов составил $25,0 \pm 8,55$ года – на 1,5 года моложе, чем пациенты с ЧА, $p > 0,05$. Число лиц мужского пола составило 47 (49%), женского – 49 человек (51%). Количество мужчин статистически достоверно меньше в группе с ЧА – 36,4% против 49% в группе ПТА ($\chi^2 = 9,307$, $p = 0,002$). Городских пациентов оказалось 65 (67,7%), сельских – 31 (32,3%), что сопоставимо в этом аспекте с пациентами с ХДТ (ЧА). Рост пациентов в группе пациентов с ПТА составил $171,7 \pm 8,5$ см, что сопоставимо пациентам с ЧА, вес – $69,4 \pm 17,4$ кг, что достоверно выше аналогичного показателя у пациентов с ХДТ (ЧА), $p < 0,05$. По социальному статусу: 36,5% составили учащиеся, 25,0% – рабочие, 24,0% – служащие и 14,4% – неработающие (достоверно не отличаются от пациентов с ЧА).

Анализ данных анкеты на основании факторного анализа позволил определить вес переменных, определяющих основную переменную – пациентов с ПТА (рис. 3).

Анализ данных 1–7 переменных анкеты позволил выделить пациента с ПТА: это представитель села, служащая либо рабочая женщина в возрасте от 26 до 35 лет с индексом Кетле $25–29 \text{ кг/м}^2$ либо 30 и выше (цена факторов: 3,247; 2,170; 2,115; 1,520; 1,300).

Анализ данных 8–34 переменных анкеты характеризует анамнестическую часть портрета пациента с ПТА. Наиболее значимыми явились следующие жалобы: чувство кома в глотке, першение, сухость в глотке, запах изо рта, быстрая утомляемость, перенесенные операции на ЛОР-



Рисунок 3
График собственных значений факторов, характеризующих пациентов с ХДТ (ПТА)

органах, выделения из лакун миндалин, боль при глотании, отягощенная наследственность, общая слабость; несколько меньшую значимость имеют нарушение сердечного ритма, боль в сердце, сердцебиение, еще реже – боль в суставах и пояснице, увеличенные и болезненные при пальпации шейные лимфоузлы, кровоточивость десен.

При анализе переменных 35–55 определяющими показателями у пациентов с ПТА являются: ангины в анамнезе, лечение у терапевта при обострении, длительность заболевания больше 3 лет, профилактическое общее лечение, нахождение на диспансерном учете, местное профилактическое лечение, наличие рецидивов ПТА более 2-х раз в год, наибольшая частота заболеваемости осенью и весной, самолечение (цена факторов от первого к седьмому: 2,741; 2,370; 2,192; 1,831; 1,467; 1,335; 1,22).

При анализе данных объективного осмотра пациентов с ПТА (56–73) наиболее характерны следующие данные: увеличенные и болезненные лимфоузлы, симптом Зака, сращение и спайки миндалин с дужками и треугольной складкой, что является наиболее характерным признаком данной патологии, свидетельствующим не только о декомпенсации процесса, но и являющимся высоким фактором риска кровотечений в послеоперационном периоде, определяющим сложность выполнения оперативного вмешательства. Чаще данная патология развивалась у пациентов с искривленной носовой перегородкой, добавочной долей НМ.

При изучении переменных 74–83 настоящей анкеты выполнен факторный анализ и получены следующие результаты: отмечены отклонения в общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом анализе крови при поступлении в стационар для ТЭ в «холодный» период, что свидетельствует об активности воспалительного процесса в «горячем» периоде. Отмечены отклонения в иммунограмме. Группа крови и резус-фактор не имели принципиального значения у данной группы пациентов.

Сопряженные заболевания

Пациенты с СЗ представляют собой также одну из групп ХДТ, у пациентов которой промедление решения о хирургическом лечении чревато высокой частотой инвалидизирующих осложнений [5, 9]. Особое место также занимают пациенты с функциональной декомпенсацией в виде длительного субфебрилитета при неэффективности консервативного лечения.

Таких пациентов проинтервьюировано 55 человек. Средний возраст пациентов составил $27,8 \pm 9,1$ года, что достоверно выше, чем в подгруппах с ЧА, ПТА, $p < 0,05$. Число лиц мужского пола составило 14 (25,5%), женского пола – 41 человек (74,5%), достоверности различий внутри группы нет, мужчин достоверно меньше по сравнению с группой ПТА ($\chi^2 = 10,765$, $p = 0,001$), с группой ЧА достоверных различий не найдено, $p > 0,05$. Городские пациенты составили 33 человека (60,0%), сельские – 22 (40,0%), что оказалось сопоставимо в этом аспекте с пациентами с ХДТ (ЧА). Рост пациентов в группе пациентов с СЗ составил $167,3 \pm 7,9$ см, вес – $63,1 \pm 14,9$ кг, что достоверно ниже по сравнению с аналогичными показателями у пациентов с ЧА и ПТА ($p < 0,05$). По социальному статусу: 23,6% составили учащиеся, 29,1% – рабочие, 38,2% – служащие (досто-

верное различие с группой ЧА и ПТА, ($\chi^2=5,960$, $p=0,015$) и 9,1% – неработающие (достоверно не отличаются от пациентов с ЧА и ПТА, $p<0,05$).

Анализ данных анкеты на основании факторного анализа позволил определить вес переменных, определяющих основную переменную – пациентов с СЗ (рис. 4).

Анализ данных 1–7 переменных анкеты позволил выделить «портрет» пациента с СЗ: это сельская жительница, рабочая женщина с индексом Кетле 19–24 $\text{кг}/\text{м}^2$ в возрасте от 26 до 35 лет (цена факторов: 2,950; 2,754; 1,917; 1,505; 1, 424).

Анализ данных 8–34 переменных анкеты позволяет создать анамнестический портрет пациента с СЗ. Наиболее значимыми явились следующие жалобы: першение в глотке, выделения из лакун миндалин (гной), увеличение и болезненность при пальпации шейных лимфоузлов, периодические боли в суставах, быстрая утомляемость, боль в пояснице, сердцебиение. Реже отмечены боль при глотании и боль в сердце, чувство кома, инородного тела в глотке, общая слабость, употребление алкоголя, курение, запах изо рта, длительный субфебрилитет. Еще реже – затрудненное носовое дыхание, перенесенные ЛОР-заболевания, постоянная боль при глотании, перенесенные операции на ЛОР-органах, нарушение сердечного ритма, сердцебиение.

При анализе переменных 35–54 определяющими показателями среди пациентов с СЗ являлись: ангины в анамнезе, частые ангины, антибиотикотерапия при обострении, самолечение при обострении, лечение у терапевта при обострении, заболеваемость чаще весной, нахождение на диспансерном лечении, профилактическое местное лечение, профилактическое общее лечение, лечение у ЛОР при обострении, длительность заболевания более 3 лет (цена наиболее значимых факторов: 4,199; 3,487; 2,998; 2,211; 1,935; 1,428; 1,3).



Рисунок 4
График собственных значений факторов, характеризующих пациентов с ХДТ (СЗ)

Основными переменными объективного осмотра пациентов с СЗ являются (56–73): признак Зака, изменения задней стенки глотки, увеличение отдельных регионарных лимфоузлов, жидкий гной из лакун, рыхлые НМ, признак Гизе, сращения миндалин с небными дужками.

Таблица 2
Индивидуальный портрет пациента с ХДТ в зависимости от вида декомпенсации

Признак	ЧА	ПТА	СЗ
1. Место жительства	Сельский житель	Сельский житель	Сельский житель
2. Возраст	27,1±9,9 года	26,6±10,0 года	26,9±9,3 года
3. Индекс Кетле	25–29 кг/м ²	25–29 кг/м ² и >30 кг/м ²	19–24 кг/м ²
4. Социальный статус	Служащий	Служащие или рабочие	Рабочие
5. Пол	Мужчины	Женщины	Женщины
6. Быстрая утомляемость	1 1 1 1	++	++
7. Запах изо рта	++	++	+/-
8. Боль в сердце	+	+	+
9. Сердцебиение	+	-	++
10. Признак Зака	1 1 1 1	+++	++
11. Признак Гизе	+++	+	??
12. Признак Преображенского	+++	+	+/-
13. Сращение НМ с дужками	+/-	+++	+
14. Сезон обострений	Зима	Весна и осень	Весна
15. Длительность заболевания	Более 3 лет	Более 3 лет	Более 5 лет
16. Самостоятельное лечение	++	+	+
Местное лечение	-	+	-
Лечение у терапевта	++	++	++
Лечение у ЛОР-врача	-	-	+
17. Терапия антибиотиками	++	-	+
18. Чувство кома в глотке	-	I M I	??
19. Першение в глотке	-	++	++++
20. Сухость в глотке	-	++	-
21. Перенесенные ЛОР-операции	-	+	-
22. Отягощенная наследственность	-	+	-
23. Общая слабость	-	+	+
24. Выделения из лакун миндалин	-	+	-нн-
25. Увеличенные и болезненные л/у	-	1 1 1 1	++
26. Состоит на диспансерном учете	-	++	++
27. Периодические боли в суставах	-	-	++
28. Боль в пояснице	-	-	+
29. Курение	-	-	+
31. Пороки сердца и осложнения	-	-	++
32. Изменения задней стенки глотки	-	-	-и-

Анализ переменных лабораторных данных (74–83) оказался неинформативным, ввиду того что пациенты направлялись на плановое оперативное лечение либо в состоянии функциональной декомпенсации, либо в первые годы от начала декомпенсации в период ремиссии заболевания, а пациенты с общими сопряженными заболеваниями на стадиях выраженной декомпенсации не оперировались ввиду наличия противопоказаний.

Для наглядности все полученные данные объединены и представлены в таблице 2.

Таким образом, суммируя данные, полученные при факторном анализе переменных из анкет пациентов с ХТ, мы получили дифференцированные «портреты» пациентов с разными видами декомпенсации ХТ, имеющие достоверное статистическое подтверждение.

Возможно, что создание такого портрета позволит дифференцированно подойти и к вопросу оптимизации выбора метода хирургического лечения ХДТ.

■ ВЫВОДЫ

1. Использование анкеты пациента с ХТ позволяет обосновать и статистически подтвердить вид декомпенсации у пациента с ХДТ.
2. Портреты пациентов с ХДТ достоверно различаются не только в зависимости от вида декомпенсации, но и на основании социальных, клиничко-anamnestических, лабораторных и инструментальных данных, а также данных объективного осмотра.

Resume

Salivonchik E.I.,
Gomel Regional Clinical Hospital, Gomel, Belarus

Contemporary portrait of patients with chronic decompensate tonsillitis

The application of the questionnaire of patient with chronic tonsillitis allows base and statistically confirm the kind of decompensation in a patient with chronic decompensate tonsillitis. The portraits of the patients with chronic decompensate tonsillitis statistically different notfrom the type of decompensation only, but based on the social, clinical, anamnesis, laboratory and instrumental data, as well as an examination of the data having.

Key words: chronic tonsillitis, chronic decompensate tonsillitis, kind of decompensation, «portrait» of a patient with chronic decompensate tonsillitis.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальность проблемы хронического тонзиллита / А.И. Крюков [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2009. – № 5. – С. 4–6.
2. Арзамасов, С.Г. Некоторые особенности течения хронического тонзиллита / С.Г. Арзамасов, И.В. Иванец // Вестн. оторинолар. – 2011. – № 1. – С. 55–57.
3. Бойко, Н.В. Статистика хирургических вмешательств при хроническом тонзиллите / Н.В. Бойко, В.В. Быкова, Е.Л. Гукасян // Материалы 7-й Всерос. конф. оториноларингологов. Вестн. оторинолар. (Приложение). – 2008. – № 5. – С. 341.
4. Гриценко, В.А. Рецидивирующие паратонзиллярные абсцессы у детей / В.А. Гриценко, Е.П. Меркулова, Е.А. Савкович // Материалы III междунар. белорус.-пол. конф. по оториноларингологии «Актуальные проблемы оториноларингологии». – 2005. – С. 59–61.
5. Клиническая кардиология: рук. для врачей: практич. пособие / В.В. Горбачев [и др.]; под ред. В.В. Горбачева. – Минск: Книжный дом, 2007. – 864 с.
6. Колесник, Т.И. Хирургическое лечение хронического тонзиллита в современных условиях / Т.И. Колесник // Материалы III междунар. белорус.-пол. конф. по оториноларингологии «Актуальные проблемы оториноларингологии». – 2005. – С. 31–32.
7. Крюков, А.И. Хирургическая активность при хроническом тонзиллите во временном аспекте / А.И. Крюков, Р.Б. Хамзалиева, А.Ф. Захарова // Вестн. оторинолар. (Приложение). – 2006. – № 5. – С. 301–302.
8. Мазаник, О.А. Применение препарата Тонзилгон Н при хирургическом лечении детей с декомпенсированными формами хронического тонзиллита / О.А. Мазаник, И.А. Гричинская // Материалы IV междунар. белорус.-пол. конф. оториноларингологов «Актуальные проблемы оториноларингологии». – 2007. – С. 46–50.
9. Островский, Ю.П. Хирургия сердца / Ю.П. Островский. – М.: Мед. лит. – 576 с.: ил.
10. Пальчун, В.Т. Паратонзиллит – особенности тактики / В.Т. Пальчун // Вестн. оторинолар. – 1999. – № 3. – С. 19–21.
11. Петряков, В.А. Лечебная тактика при паратонзиллитах / В.А. Петряков // Материалы 5 Респ. съезда отоларингологов. – 2002. – С. 183–185.
12. Петряков, В.А. Хирургическая тактика в лечении паратонзиллитов / В.А. Петряков, А.Ч. Буцель // Вестн. оторинолар. – 1995. – С. 43–44.
13. Приставко, Т.М. Иммуноморфологические исследования небных миндалин при выборе метода лечения больных хроническим тонзиллитом, осложненным паратонзиллитом / Т.М. Приставко // ЖУНГБ. – 2002. – № 2. – С. 8–12.
14. Садовский, В.И. Тонзиллярная проблема в Гомельской области / В.И. Садовский // Материалы III междунар. белорус.-пол. конф. по оториноларингологии «Актуальные проблемы оториноларингологии». – 2005. – С. 46–48.
15. Солдатов, И.Б. Классификация и принципы лечения хронического тонзиллита / И.Б. Солдатов. – М., 1979.
16. Солдатов, И.Б. Лекции по оториноларингологии: учеб. пособие / И.Б. Солдатов. – М.: Медицина, 1990. – 288 с.: ил.
17. Тимошенко, П.А. Принципы лечения хронического тонзиллита на современном этапе / П.А. Тимошенко, А.Ч. Буцель, Г.И. Сермяжко // Материалы II междунар. белорус.-пол. конф. по оториноларингологии «Актуальные проблемы оториноларингологии». – 2003. – С. 90–93.
18. Тонзиллэктомия – «за» и «против» / Садовский В.И. [и др.] // Материалы 3-й Всерос. конф. оториноларингологов. Вестн. оторинолар. (Приложение). – 2004. – № 5. – С. 155.