

гетативной дисфункцией у 1 ($5,6 \pm 5,6$ %) женщины, хроническим гастритом также у 1 ($5,6 \pm 5,6$ %) пациентки. В структуре генитальной патологии преобладало бесплодие — у 6 ($33,3 \pm 11,4$ %) обследованных, и эрозия шейки матки — у 5 ($27,8 \pm 10,9$ %) человек, киста яичника — у 1 ($5,6 \pm 5,6$ %) и эндометриоз — у 3 ($16,6 \pm 9$ %) женщин. Исходя из методики, пациентки поступали для инъекций препарата несколько раз: на 1 инъекцию — 1 пациент, на 2 инъекции — 8 пациентов, 3 инъекции получили 8 пациентов, а 4 — 1 пациентка. После однократного введения регресс узлов на 39,5 % у был 7 пациентов, после двух инъекций на 48,2 % у 3 пациентов. У 1 пациентки после третьей инъекции не было выявлено уменьшения размера миоматозных узлов, еще у 1 пациентки размер узла уменьшился на 47,8 % и у 1 пациентки — на 38,7 %. Миомэктомия выполнена у 4 женщин, одной при поступлении 4-й раз, 2-м пациенткам в 3-й раз и 1 пациентке во 2-й раз после курса лечения с «Луприд-Депо». Препарат дал эффективность уже в первом введении примерно на 42,3 % 5 пациентам. У 2-х пациенток назначение Луприда не привело к уменьшению миоматозных узлов, однако уменьшило васкуляризацию, что привело к снижению интраоперационной кровопотери. У 6 ($33,3 \pm 11,4$ %) пациенток значимого эффекта на размер миоматозных узлов выявлено не было, однако было выявлено снижение их васкуляризации, что уменьшило интраоперационную кровопотерю.

Выводы

Таким образом, препарат является эффективным для уменьшения объема узлов и уменьшения объема интраоперационной кровопотери. Однако, не смотря на это, необходим тщательный подбор пациентов, соблюдение методики лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология: учебник / Б. И. Баисова [и др.]; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 432 с.
2. Единичный экземпляр [Электронный ресурс] / Википедия. — Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Миома_матки.
3. Исследовано в Европейской клинике [Электронный ресурс]: многопредмет. науч. журн. / Европейской клиники. ин-т. — Электрон. журн. — Режим доступа: http://www.aif.ru/health/life/mioma_matki_prichiny_simpatomy_lechenie.

УДК 616.322-002-079.4:[616.9+615.859

ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТОНЗИЛЛИТОВ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Гельдымамедов Ч. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Тонзиллит (ангина) — острое воспаление компонентов лимфатического глоточного кольца, чаще всего небных миндалин, вызываемое стрептококками или стафилококками, реже другими микроорганизмами [1]. В общей клинической практике чаще всего встречаются тонзиллиты как проявление острых респираторных вирусных инфекций [2, 3]. При остром первичном тонзиллите клиническая картина проявляется различной степени выраженности болью в горле при глотании, признаками общей интоксикации, гиперемией и отеком миндалин, которые могут быть покрыты различными налетами, регионарным лимфаденитом [1]. Стрептококковая ангина начинается с боли в горле и резкого повышения температуры тела до 39–40 °С (иногда до 41 °С). Боль в горле, как правило, сильная и резкая, особенно при глотании. Увеличиваются регионарные лимфатические узлы, которые становятся болезненными при пальпации [2]. Для диагностики стрептококкового тонзиллита, который обязательно должен лечиться антибиотиками в течение 10 дней, за рубежом широко используются «быстрые тесты» на стрептококковый антиген [3].

Для оценки вероятности стрептококковой этиологии тонзиллита в Университетском колледже Вирджинии была разработана шкала (R. M. Centor и др., 1981), обследовавших взрослых пациентов [4]. Согласно шкале, у взрослых используются 4 симптома: налет на миндалинах, увеличение передних шейных лимфоузлов, лихорадка и отсутствие кашля. Шкала позднее была модифицирована Канадскими учеными, с учетом возраста пациентов, т. к. была разработана для детей и взрослых [5].

В инфекционном стационаре часто возникает необходимость в дифференциальной диагностике тонзиллитов для правильного назначения лечения.

Цель

Оценить возможности диагностики и дифференциальной диагностики тонзиллитов в инфекционном стационаре на основании клинических и лабораторных данных.

Материал и методы исследования

Было изучено 96 историй болезни пациентов Гомельской областной инфекционной клинической больницы с диагнозами «тонзиллит» и «лакунарная ангина» за 2014 и 2015 гг. Пол пациентов: мужской — 57,3 %, женский — 42,7 %. Возраст пациентов — от 7 месяцев до 60 лет (средний возраст составил $15,5 \pm 1,3$ лет), в возрасте до 18 лет были 55 (57,3 %) человек. Из всех изученных нами историй болезни клинический диагноз «тонзиллит» был выставлен в 62 (65 %) случаях, диагноз «лакунарная ангина» — в 34 (35 %) случаях. Вероятность стрептококковой инфекции оценивалась нами с помощью модифицированной шкалы Centor, которая включает подсчет суммы баллов по пяти критериям. Вероятность стрептококковой этиологии тонзиллита оценивается в 51–53 % при наличии 4 или более баллов, 28–35 % — 3 баллов, 11–17 % — 2 баллов, 5–10 % — 1 балл и 1–2,5 % — 0 баллов (таблица 1) [5].

Таблица 1 — Модифицированная шкала вероятности стрептококкового тонзиллита

Критерии	Балл
Температура >38 С	1
Отсутствие кашля	1
Увеличение передних шейных лимфоузлов	1
Набухание миндалин или налеты	1
Возраст 3–14 лет	1
Возраст 15–44 лет	0
Возраст > 44 лет	-1

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета «MS Excel» и программы «Statistica» 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

У 83 (86 %) пациентов были выявлены гнойные налеты на миндалинах и только у 13 (14 %) пациентов налетов не обнаружено. У 4 (5 %) пациентов имелся кашель. У всех пациентов отмечено повышение температуры тела между 37 и 40 °С, медиана 39 °С). У 47 (48 %) пациентов были увеличены шейные лимфоузлы и только у 49 (52 %) изменений регионарных лимфоузлов не отмечено.

Общий анализ крови (ОАК) был выполнен 96 пациентам. Количество лейкоцитов колебалось от 4,1 до 28,4; Me = 11,1. Лейкоцитоз ($> 9 \times 10^9/\text{л}$) выявлен у 52 (54 %) пациентов, СОЭ по методу Вестергрена была повышена у 53 (55 %) пациентов, значения колебались от 2 до 75 мм/ч, Me = 21 мм/ч. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево наблюдался у 46 (48 %) пациентов. У 26 пациентов был взят мазок из носоглотки на бактериологическое исследование. Из них *C. albicans* выявлена у 7 (8 %) пациентов, *Staph. aureus* — у 12 (13 %), антиген аденовируса — у 1 (1 %) пациента. У 6 пациентов в мазке ничего не обнаружено, а у 8 пациентов выявлено сочетание указанных выше возбудителей.

При балльной оценке вероятности стрептококковой этиологии тонзиллита получены следующие результаты: 1 балл — у 1 (1,1 %) пациента, 2 балла — у 4 (4,2 %), 3 балла — у 22 (22,9 %) пациентов, 4 балла — у 42 (43,8 %), 5 баллов — у 27 (28,1 %). Пациенты раз-

делены на 2 группы: 1-я группа — имеющие 1–3 балла (малая вероятность стрептококковой этиологии), $n = 27$, и 2-я группа — имеющие 4–5 баллов (высокая вероятность стрептококковой этиологии), $n = 69$. Возраст пациентов во 2-й группе ($Me = 18$; 25–75 %, 6–25 лет) был больше, чем в 1-й группе ($Me = 6$; 2–13 лет, $p = 0,003$). Уровни лейкоцитоза в 1-й группе ($Me = 9,8$; 6,7–12) и во 2-й группе ($Me = 12,3$; 8,1–16) значительно не различались ($p = 0,11$). Не различались также уровни СОЭ ($p = 0,15$) и высота лихорадки ($p = 0,13$) в двух группах.

Выводы

Пациенты с диагнозами «лакунарная ангина» и «тонзиллит» попадают в инфекционный стационар в среднем на 3–4-й день, заболевания с диагнозами «острый тонзиллит» (73 %), «лакунарная ангина» (23 %). У большинства пациентов имелась типичная клиническая симптоматика тонзиллита, лейкоцитоз в ОАК у 76 % пациентов, повышение СОЭ у 59 % пациентов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево у 48 % пациентов. Полученные данные говорят о необходимости более тщательной дифференциации тонзиллитов бактериальной и вирусной этиологии для назначения правильного лечения. Используемая балльная шкала оценки вероятности стрептококковой этиологии тонзиллита может применяться в инфекционном стационаре с целью дифференциальной диагностики тонзиллитов. Частота тонзиллитов стрептококковой этиологии, по-видимому, значительно ниже, чем принято считать в клинической практике. Это необходимо учитывать при назначении антибактериальной терапии и шире использовать этиологическую диагностику стрептококковой инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 657 с.
2. Богомолов, Б. П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / Б. П. Богомолов. — М.: Дизайн-Пресс, 2000. — 232 с.
3. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles And Practice Of Infectious Diseases / ed. by J. E. Bennett, R. Dolin, M. J. Blaser. — 8th ed. — Elsevier, 2014. — 4821 p.
4. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room / R. M. Centor [et al.] // Med. Decis. Making. — 1981. — Vol. 1. — P. 239–246.
5. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults / W. J. McIsaac [et al.] // JAMA. — 2004. — Vol. 291. — P. 1587–1595.

УДК 616.711.13:616.721.7-001.7

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛОЛИСТЕЗ ВТОРОГО ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА

Гербоносенко А. М., Кардаш Е. А.

Научные руководители: к.м.н. С. И. Кириленко, Е. В. Ковалёв

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Особенности анатомии и биомеханики верхнешейного отдела позвоночника предрасполагают его к уникальным травмам, не характерным для других отделов позвоночника. В этой статье рассмотрен травматический спондилолистез второго шейного позвонка, более известен как «перелом палача». В одной статье собрана его история, механизм, актуальная классификация и методы лечения.

Цель

Проанализировать и обобщить методы диагностики и лечения «перелома палача» с позиции доказательной медицины.

Материал и методы исследования

Обзор литературы с использованием баз данных PubMed, Google Scholar и Cochrane.

Результаты исследования и их обсуждение

В конце XIX ст. исследователи посчитали, что повешение с подбородочным положением узла петли более гуманный способ повешения, нежели положение узла на затылке