

В возрастной группе от 0 до 6 лет ошибочные направительные диагнозы имели 51 человек. Наиболее часто были выставлены: острый тонзиллит 58,8 % (22 мальчика, 8 девочек), ОРИ 17,7 % (3 мальчика, 6 девочек), лакунарная ангина 5,9 % (2 мальчика, 1 девочка). Остальные 15,6 % были распределены следующим образом: у мальчиков — ветряная оспа (2), острый гастроэнтерит (1); у девочек — острый гастроэнтерит + ОРИ (2), цитомегаловирусный гепатит (1), внегоспитальная пневмония (1), менингоэнцефалит (1), острый энтерит+ острый тонзиллит (1).

Среди 38 пациентов с ошибочно выставленным диагнозом в возрастной группе 7–17 лет наблюдались: острый тонзиллит 63,2 % (6 юношей, 18 девушек), ветряная оспа 15,8 % (6 девушек), ОРИ — 13,2 % (5 юношей). Оставшиеся 7,8 % составили: острый тонзиллит + острый гастрит (1 юноша), лакунарная ангина (1 девушка) и лихорадка неуточненного генеза 1 девушка).

У 21 пациента возрастной группы 18 и старше были выставлены неверные диагнозы следующим образом: острый тонзиллит 38,1 % (7 мужчин, 1 женщина), ОРИ — 28,6 % (5 мужчин, 1 женщина). Оставшиеся 33,3 % были у мужчин: 2 случая лакунарной ангины и единичные случаи – вирусный гепатит А, гепатит неуточненный, острый тонзиллит + острый гастрит, лихорадка неуточненного генеза и субфебрилитет неинфекционной этиологии.

При сравнении возрастных групп между собой чаще ($p < 0,01$, $\chi^2 = 2,7$) ошибочный направительный диагноз наблюдался в группе 18 и старше, чем в группе от 0 до 6 лет. При сравнении частоты ошибок в диагностике среди пациентов разных возрастных групп по полу статистически чаще ($p < 0,05$, $\chi^2 = 2,1$) в группе 7–17 лет ошибки диагностики ИМ встречались у девочек (60,5 %), чем у мальчиков (35 %). Также чаще ошибочный направительный диагноз регистрировался у мужчин в группе 18 и старше, чем у мальчиков 0–6 лет ($p < 0,02$, $\chi^2 = 2,5$) и в группе 7–17 лет ($p < 0,05$, $\chi^2 = 2,1$). Также этот диагноз встречался чаще среди девочек 7–17 лет, чем у девочек в группе 0–6 лет и ($p < 0,05$, $\chi^2 = 2,02$).

Выводы

1. Инфекционный мононуклеоз чаще встречается у мужчин (58,8 %), чем у женщин (41,2 %).
2. С увеличением возраста увеличивается частота ошибочных диагнозов. В группе от 0 до 6 лет частота ошибочных диагнозов составила 36,6 %, в группе от 7 до 17 — 48,2 % и в группе 18 лет и старше — 62,9 %.
3. Во всех возрастных группах чаще всего ошибочно выставляли острый тонзиллит (56,4 %) и ОРИ (18,2 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни. Эпидемиология / В. И. Покровский [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 3-е изд. — С. 486–491.
2. Инфекционные болезни / Г. К. Аликеева [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 2-е изд., перераб. и доп. — С. 114–120.

УДК 616.21.002.036.2(476.2) «2008/2018»

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРОГО ЭПИГЛОТТИТА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ ПО МАТЕРИАЛАМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ»

Зносенко А. А., Селиванова А. М.

Научный руководитель к.м.н., ассистент Е. С. Ядченко

Учреждение образования

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

Введение

Эпиглоттитом называется воспаление надгортанника и черпалонадгортанных складок. В этиологии острого эпиглоттита играют роль стрептококки групп А, В, С, пнев-

мококк, золотистый стафилококк, гемофильная палочка типа b. Острый эпиглоттит приводит к обструкции и стенозированию верхних дыхательных путей, при этом прогрессирующая дыхательная недостаточность и неадекватная состоянию диагностика и объем неотложных мероприятий являются причиной летального исхода.

Цель

Провести анализ частоты встречаемости и особенности течения различных форм эпиглоттита, изучить результаты микробиологического исследования у пациентов, проходивших стационарное лечение в ЛОР-отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) в 2008–2018 гг. с указанным диагнозом.

Материал и методы исследования

Произведен ретроспективный анализ 75 карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении УГОКБ в 2008–2018 гг. с различными формами эпиглоттита в возрасте от 17 до 79 лет (50 мужчин, 25 женщин).

Результаты исследования и их обсуждение

Острый эпиглоттит был диагностирован на основании жалоб на затруднение глотания и острую боль при глотании — 100 % пациентов предъявляли данную жалобу, слюнотечение — 75 %, различные нарушения голоса — 73,3 %, затруднение дыхания — 20 %, выраженную слабость — 66,6 %, повышение температуры тела до 39 °С — 73,3 %, а также данных не прямой ларингоскопии — гиперемия отек, инфильтрация в области надгортанника, черпалонадгортанных складок, различная степень сужения просвета голосовой щели.

Среди представленных пациентов мужчины (66,7 %) болели эпиглоттитом в 2 раза чаще по сравнению с женщинами (33,3 %). В большинстве случаев (62,6 %) пациенты являлись городскими жителями.

При изучении данных было установлено, что эпиглоттит встречался во всех возрастных группах, однако максимальное количество заболевших было отмечено в возрасте от 21 до 60 лет. Частота встречаемости эпиглоттита в различных возрастных группах представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Возрастное распределение пациентов

| Пациенты | Возраст | | | | | | |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| | 21–30 лет | 31–40 лет | 41–50 лет | 51–60 лет | 61–70 лет | 71–80 лет | старше 80 лет |
| N (%) | 16 (21,3) | 13 (17,3) | 16 (21,3) | 14 (18,7) | 7 (9,3) | 5 (6,7) | 1 (1,4) |

Количество пациентов с эпиглоттитом в разные годы представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение пациентов по годам

| Годы | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| n | 5 | 6 | 6 | 8 | 3 | 4 | 2 | 8 | 7 | 4 | 22 |

Из таблицы 2 видно, что в 2018 г. значительно выросло количество пациентов с данным диагнозом.

Из 75 пациентов 51 (68,3 %) страдал отечной формой, 11 (14,3 %) — инфильтративной, 13 (17,5 %) — абсцедирующей. У 15 (20 %) пациентов острый эпиглоттит развился на фоне паратонзиллярного абсцесса. У 50 (66,6 %) пациентов эпиглоттит осложнялся регионарным лимфаденитом, у 9 (12 %) пациентов — стенозом гортани I степени, у 2 (14,7%) — II степени, и у 1 (1,3 %) — стенозом гортани III степени, что потребовало наложения трахеостомы в экстренном порядке (пациент был деканюлирован на седьмые сутки, после стихания воспалительных явлений). Летальных исходов от осложнений эпиглоттита за анализируемый период не было.

У большинства заболевших была выявлена сопутствующая патология, при этом у 45 (60 %) пациентов — со стороны носа и околоносовых пазух в виде искривления носовой перегородки с нарушением функции носового дыхания, различных форм хронического ринита и риносинусита. У 18 (24 %) пациентов был выявлен хронический гиперпластический ларингит, у 27 (33,3 %) пациентов требовалась санация ротовой полости.

55 % пациентов выполнили микробиологическое исследование мазков со слизистой оболочки гортаноглотки, по результатам которого патогенная микробиота обнаружена в 76 % (31 посев). Чаще всего высевался *Haemophilus influenzae type b* — 56,6 %, *Streptococcus pneumoniae* — 10,6 %, *Staphylococcus aureus* — 6,6 %, *Streptococcus pyogenes* — 2,6 %, что соответствует литературным данным.

Средняя продолжительность нахождения пациентов в стационаре составила 2,5 койко-дней (от 3 до 18 суток) и зависела от имеющихся у пациента осложнений.

Выводы

У мужчин эпиглоттит встречается в 2 раза чаще, чем у женщин. Преобладает отечная форма острого эпиглоттита. Наиболее частым возбудителем острого эпиглоттита является *Haemophilus influenzae type b*. В 2018 г. количество пациентов с эпиглоттитом увеличилось почти в 4 раза по сравнению с предыдущими годами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун, В. Т. Воспалительные заболевания глотки: рук-во для врачей / В. Т. Пальчун, М. П. Лучихин, А. И. Крюков. — М., 2012. — С. 53–62.
2. Оториноларингология: нац. рук. / Н. С. Алексеева [и др.] / под ред. В. Т. Пальчуна. — М., 2009. — С. 27–34.
3. Острый эпиглоттит (диагностика и лечение): метод. рекомендации / Н. С. Савенкова [и др.]. — М., 2010. — 38 с.
4. Скорая медицинская помощь. Краткое руководство / под ред. А. Г. Мухоморова, В. В. Руксин, В. М. Шайтор. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 320 с.

УДК 616.321-002.828:616.34-008.1]-053.2+616.34

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ОРОФАРИНГОМИКОЗА НА ФОНЕ ДИСБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ С ТРАХЕОБРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Калугина В. А., Клименко М. С., Межейникова М. О.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, заведующий кафедрой оториноларингологии с курсом офтальмологии И. Д. Шляга

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На сегодняшний день заболевания органов дыхания у детей регистрируются значительно чаще, причем симптоматика отличается большей выраженностью, чем у взрослых, а иногда и сопровождается быстрым переходом к дыхательной недостаточности. 70 % детей имеют патологию респираторного тракта. Эпизоды трахеобронхолегочной патологии встречаются около 65–80 раз в период от появления на свет до совершеннолетия [5].

А это же время микотическое поражение ротоглотки выходит на первое место среди микозов ЛОР-органов без тенденции к снижению. Основными возбудителями микотического поражения глотки являются грибы рода *Candida* (70–90 %), реже, в 5–7 %, встречаются микозы, обусловленные нитчатными микромицетами (*Aspergillus spp.*, *Penicillium spp.*, *Mucor* др.) [1].

Развитие фарингомикоза провоцирует сахарный диабет, системные заболевания крови и желудочно-кишечного тракта, особенно дисбактериоз кишечника. Дефицит