

ВЫПОЛНЯЮТ ЛИ ПАЦИЕНТЫ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ, РЕКОМЕНДАЦИИ ВРАЧА?

Алещик И. Ч., Комар В. Д.

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродно, Беларусь*

Актуальность. Паратонзиллярный абсцесс встречается в 30 случаях на 100 000 населения. Чаще болеют паратонзиллярным абсцессом в молодом возрасте (от 15 до 35 лет), на детский период жизни приходится около трети случаев заболевания. После лечения острого периода врач рекомендует пациенту выполнить тонзиллэктомию в холодном периоде (через 1 месяц). Выполняют ли пациенты эти рекомендации?

Цель: изучить эффективность наших рекомендаций и поведение пациентов в отдаленном периоде после перенесенного паратонзиллярного абсцесса.

Материал и методы исследования. Были изучены медицинские карты 233 пациентов, проходивших лечение в ГОКБ по поводу паратонзиллярного абсцесса в 2016-2018 гг. Возраст пациентов составил от 2 до 74 ($37,3 \pm 3,5$) лет. Детей до 18 лет было 85 (36,5%). Всем пациентам в момент поступления в стационар проводилось вскрытие абсцесса, назначался курс антибиотикотерапии.

Результаты. В процессе наблюдения у 33 (14,2%) пациентов повторился паратонзиллярный абсцесс в течение 2-3 лет. Консервативное лечение проведено 94 (40,3%) пациентам (1 группа). В этой группе у 5 (5,3%) пациентов наблюдался рецидив паратонзиллярного абсцесса. У 32 (13,7%) пациентов выполнена тонзиллэктомия (2-я группа). Из пациентов этой группы у 12 (37,5%) наблюдались рецидивы паратонзиллярного абсцесса. 17 (53,1%) пациентам выполнена абсцесстонзиллэктомия в течение 3-5 дней от вскрытия абсцесса по показаниям (отсутствие дренажа полости абсцесса, распространение гнойного процесса на клетчаточные пространства шеи), у 2 (6,25%) пациентов возникло осложнение (флегмона шеи, медиастинит), у 1 (3,15%) пациента отсутствовала динамика от консервативного лечения. После тонзиллэктомии пациенты чувствовали себя удовлетворительно. За медицинской помощью не обращались 107 (46%) пациентов (3-я группа). Из них у 12 (11,2%) пациентов повторялся паратонзиллярный абсцесс.

Выводы:

1. Только у 13,7% пациентов была выполнена тонзиллэктомия, из них у 53,1% выполнена абсцесстонзиллэктомия.
2. Рецидивы паратонзиллярного абсцесса наблюдались у 14,2% пациентов.
3. Консервативное лечение проведено 40,3% пациентам.
4. Наиболее эффективный способ лечения – тонзиллэктомия (в теплом и отдаленном периодах).

5. Консервативное лечение дает положительные результаты, возможность рецидива остается.

6. Необходимо более настойчиво рекомендовать оперативное лечение после перенесенного паратонзиллярного абсцесса или выполнять абсцесстонзиллэктомию в остром периоде.

КЛИНИКО-МАТЕМАТИЧЕСКАЯ СХЕМА ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Алещик И. Ч.

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродно, Беларусь*

Актуальность. Цель. Для объективного выбора тактики лечения пациентов с хроническим тонзиллитом необходимо найти показатели, которые указывали бы на категоричные показания для направления на оперативное лечение.

Методы исследования. Для оптимального выбора и оценки тактики лечения пациентов с хроническим тонзиллитом нами разработана клинико-математическая схема. Основные ее критерии: возраст, длительность заболевания, частота ангин и обострений хронического тонзиллита в год, патологический секрет в лакунах, состояние небных миндалин, региональный лимфаденит, сопутствующие заболевания, функциональные осложнения, общий анализ крови, вторичный иммунодефицит, бактериологическое исследование небных миндалин, результаты консервативного лечения. Значимость того или иного критерия оценивалась по балльной системе. Отсутствие влияния на развитие заболевания соответствовало 0 баллов, умеренно выраженное влияние критерия – 1 баллу, выраженная зависимость – 2 баллам, значительно выраженная зависимость – 3 баллам, абсолютная зависимость – 5 баллам. Возраст до 7 лет и стойкая ремиссия после курса консервативного лечения оценены минус 2 балла. Методика работы с таблицей заключается в последовательном суммировании коэффициентов по каждому критерию, выявленному у пациента.

При обращении пациента на лечение после тщательного клинико-лабораторного обследования дается оценка его первичному состоянию с использованием клинико-математической схемы. Пациентам с органическими заболеваниями рекомендуется тонзиллэктомия. При выявлении функциональных или сопутствующих заболеваний определяется суммарный коэффициент согласно предложенной таблице, проводятся повторные курсы терапии каждые 6 месяцев в течение двух лет, ведется наблюдение за его состоянием.

После каждого курса лечения подсчитываются коэффициенты. Лечение считается эффективным при устранении клинических и лабораторных признаков декомпенсации (рецидивов ангин, патологического секрета в