

1. Влияние материала интраокулярной линзы и величины передне-задней оси глаза на частоту и динамику частоты развития вторичной катаракты Сороколетов Г.В., Зуев В.К., Туманян Э.Р. [и др.] Офтальмология. Франковска-Герляк М.З., Вещикова В.Н., Бессарабов А.Н., Аждарова Л.В. -2016. -13(4). С. 247-251.

2. Анисимова Н.С. О многообразии изменений в области задней капсулы хрусталика после факоэмульсификации с имплантацией различных видов ИОЛ Анисимова Н.С., Анисимов С.И., Анисимова С.Ю.// Офтальмохирургия. -2015. -№ 2. -С. 6

3. Кански Д. Клиническая офтальмология: Систематизированный подход Кански Д. Изд-е 2-е. Логосфера, 2009. 944 с. 358-360

Сведения об авторах

Гринев А.А. – клинический ординатор

Коротких С.А. - профессор, доктор медицинских наук

Гринев А.Г. - доктор медицинских наук, доцент

Information about the authors

Grinev A.A. - Postgraduate student

Korotkikh S.A. - Professor, Doctor of Science (Medicine)

Grinev A.G. - Doctor of Science (Medicine), Associate Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

arseniy_111@mail.ru

УДК 616.322-031.64-002.3

ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ

Ксения Олеговна Дюрягина¹, Полина Андреевна Бизяева¹, Хийир Тагирович Абдулкеримов^{1,2}, Ксения Игоревна Карташова¹

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

²ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница №9»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Паратонзиллярный абсцесс – это одно из наиболее распространенных оториноларингологических состояний, требующих срочной медицинской помощи, который чаще всего возникает как осложнение хронического декомпенсированного тонзиллита. В последние годы отмечается рост данной патологии среди детей [1,2]. **Цель исследования.** Изучить клинико-диагностические особенности паратонзиллярного абсцесса с предоставлением клинического примера для обучения врачей, клинических ординаторов. **Материал и методы.** В качестве примера был использован случай обращения пациентки в ГАУЗ СО «ДГКБ №9». Использована история болезни пациентки, лабораторные и клинические данные. **Выводы.** Паратонзиллярный абсцесс – это патологическое состояние, которое требует неотложной медицинской помощи и заслуживают особого внимания во

избежание рецидивов. Необходимо проводить своевременное лечение и профилактику обострений хронического тонзиллита, как фактора развития паратонзиллярного абсцесса.

Ключевые слова: паратонзиллярный абсцесс, хронический тонзиллит, клинический пример, клинический пример, жалобы.

PERITONSILLAR ABSCESS AS A COMPLICATION OF CHRONIC TONSILLITIS

Ksenia O. Dyuryagina¹, Polina A. Bizyaeva¹, Khiir T. Abdulkerimov^{1,2}, Ksenia I. Kartashova¹

¹Ural state medical university

²Children's State Clinical Hospital № 9

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Peritonsillar abscess is one of the most common otorhinolaryngological conditions requiring urgent medical attention, which most often occurs as a complication of chronic decompensated tonsillitis. In recent years, there has been an increase in this pathology among children. **The purpose of the study is** to research the theoretical part of the paratonsillar abscess, to provide a clinical example for the training of doctors, residents for the diagnosis and tactics of treating this pathology in children. **Material and methods.** As an example, the case of a patient contacting the GAUZ SO "DGKB № 9" was used. The patient's medical history, laboratory and clinical data were used. **Conclusions.** Peritonsillar abscess is a pathological condition that requires emergency medical care and deserves special attention in order to avoid relapse. It is necessary to carry out timely treatment and prevention of exacerbations of chronic tonsillitis, as a factor in the development of paratonsillar abscess.

Keywords: paratonsillar abscess, chronic tonsillitis, clinical example, clinical example, complaints.

ВВЕДЕНИЕ

Паратонзиллярный абсцесс (ПТА) — это одно из наиболее распространенных оториноларингологических состояний, требующих срочной медицинской помощи, который чаще всего возникает как осложнение хронического декомпенсированного тонзиллита. В последние годы отмечается рост данной патологии среди детей [1,2]. Типичная клиническая картина выглядит следующим образом: дисфагия, жар, изменение голоса, тризм жевательной мускулатуры. При осмотре зева наблюдается асимметрия паратонзиллярной области с одной или с обеих сторон с отеком и покраснением, а также со смещением небного язычка к противоположной стороне.

ПТА чаще является осложнением острого тонзиллита или хронического тонзиллита, при этом патогенная микрофлора проникает в паратонзиллярную клетчатку контактным путем из глубины измененных, расширенных, ветвящихся лакун миндалин через расплавленные ткани прилежащего участка капсулы при соответствующем некрозе мышечных волокон.

Причиной ПТА могут быть также инородные тела миндалин, травма дужек и паратонзиллярной области. У детей раннего возраста это заболевание возникает в основном после травматического повреждения миндалин или паратонзиллярной области и встречается редко, что обусловлено низкой заболеваемостью хроническим тонзиллитом и морфологическими особенностями структуры миндалин. У детей раннего возраста щелеобразные, поверхностные, маловетвящиеся, что предотвращает проникновение инфекции к соединительнотканной капсуле и распространение на паратонзиллярную ткань. Заболевание может быть вызвано также и одонтогенным процессом в результате распространения инфекции на паратонзиллярную клетчатку из кариозных зубов. Необходимо отметить, что возникновению ПТА также способствует снижению иммунореактивности организма, задержка гноя в лакунах. В данной статье хотелось бы особое внимание уделить ПТА при декомпенсации хронического тонзиллита.

Существует несколько локализаций ПТА. Чаще все абсцесс развивается за верхним полюсом миндалин в переднем направлении, что свидетельствует о переднем абсцессе, который наиболее распространен по сравнению с другими. Также может развиваться кзади от миндалин в направлении небно-глоточной дуги – задний абсцесс, книзу от миндалин, в направлении корня языка нижний абсцесс, или сбоку – на боковую стенку глотки.

В последние годы отмечается рост числа ПТА у детей. По данным статистики министерства здравоохранения РФ в РФ в 2009 году было зарегистрировано 311406 случаев заболеваний детей 0-14 лет с диагнозом хронический тонзиллит, паратонзиллярный абсцесс. А в 2014 году 322500 случаев, что на 3,44% больше, чем в 2009 году.

Все чаще стали появляться сведения о наблюдении паратонзиллитов у детей младше 3 лет, что в результате является тенденцией к увеличению тяжести постстрептококковых осложнений.

У детей младшего возраста течение паратонзиллита имеет особенности. Преобладают инфильтративные формы и общие симптомы заболевания, тризм не выражен. В отличие от детей старшего возраста и взрослых открывание рта не вызывает резкой боли. Дети беспокойны, отказываются от еды, наблюдается шумное дыхание, сдавленный голос. Основными методами диагностики паратонзиллярного абсцесса являются: сбор анамнеза, данные клинической картины, фарингоскопия. К дополнительным методам диагностики относятся: компьютерная томография шеи, рентгенография шеи по Земцову. Однако у детей раннего возраста КТ проводится под общим наркозом.

Сложностью в постановке верного диагноза паратонзиллярного абсцесса у детей младшего возраста является: затруднение проведения фарингоскопии (выраженное беспокойство), гипертрофия небных миндалин III степени, инфекционный мононуклеоз.

Цель исследования – изучить клиничко-диагностические особенности паратонзиллярного абсцесса с предоставлением клинического примера для обучения врачей, клинических ординаторов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В качестве примера был использован случай обращения пациентки в ГАУЗ СО «ДГКБ№9». Использована история болезни пациентки, лабораторные и клинические данные.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка С., 6 лет, поступила в ЛОР-отделение ДГКБ №9 10.12.2022 с жалобами на боль в горле, затруднение открывания рта.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 3 дней, когда впервые появилась боль в горле, при глотании, повышение температуры тела до 37,7. 09.12.2022 появилась трудность в открывание рта, обратились самостоятельно в приемный покой ДГКБ №9 к ЛОР-врачу. В анамнезе: Хронический тонзиллит, частые ангины со слов мамы примерно 4-5 раз в год, два паратонзиллярных абсцесса (июль 2022, октябрь 2022) бактериологическое исследование от 03.10.2022 *Streptococcus pyogenes*

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

St. localis: Ротоглотка: слизистая гиперемирована. Небные дужки гиперемированы, утолщены. Небные миндалины инфильтрированы, гипертрофированы II степени, поверхность бугристая, лакуны расширены, с казеозным содержимым. Мягкое небо асимметрично за счет инфильтрата справа, остальные ЛОР-органы без особенностей.

Лабораторные исследования при поступлении: ОАК (10.12.2022) Лейкоциты (WBC) 26.07 10E9/л (4.27 11.40) Нейтрофилы (NEU) % 86.1 % (29.8 71.4) БХ (11.12.2022) С-реактивный белок 171.4 мг/л (0.0 5.0) Антистрептолизин-О (АСЛО) 2350.0 МЕ/мл (0.0 150.0)

Хирургическое: под местным обезболиванием 10% лидокаина (апликационно) проведено вскрытие паратонзиллярного абсцесса, получено 2,0 мл гноя. Взят посев. Рана расширена тупым путем, глоточными щипцами Гартмана. 12.12.2022 из бактериологического посева выделен *Streptococcus pyogenes* обильный рост, чувствительный к Амоксициллину/Клавуановая к-та, Ампициллин, *Staphylococcus aureus* обильный рост, чувствительный к линезолиду, гентамицину, левофлоксацину, ципрофлоксацину, норфлоксацину, цефокситиму).

Консервативное лечение: Антибактериальная терапия Клиндамицин 200 мг*2 р/д внутримышечно; Местная терапия Полоскание ротоглотки физиологическим раствором*4-6 раза в день, Орошение зева гексаспрей 2 раза в день, Компресс на подчелюстную область с 10% ДМСО ежедневно; Симптоматическая терапия обезболивание при болях.

Был установлен клинический диагноз: Паратонзиллярный абсцесс справа, рецидивирующее течение. Хронический декомпенсированный тонзиллит

После улучшения клинической картины, в холодном периоде рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке в объеме двухсторонней тонзилэктомии.

ВЫВОДЫ

Паратонзиллярный абсцесс – это патологическое состояние, которое требует неотложной медицинской помощи и заслуживают особого внимания во избежание рецидивов. Необходимо проводить своевременное лечение и профилактику обострений хронического тонзиллита, как фактора развития паратонзиллярного абсцесса.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Аденотонзиллиты и их осложнения у детей. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в норме и патологии /Цветков Э. А., Чурилов Л. П., Зайчик А. Ш.// 2003.
2. Детская оториноларингология. /Богомилский М. Р., Чистякова В. Р.// 2012.
3. Местные осложнения хронического тонзиллита и их место в структуре ургентной патологии лорорганов /Кондрашев П. А., Эртель А. И.//Российская оториноларингология. 2015. №. 3 (76). С. 64-66.

Сведения об авторах:

К.О. Дюрягина* - ординатор

П.А.Бизяева - ординатор

Х.Т.Абдулкеримов - заведующий кафедрой, главный специалист по оториноларингологии министерства здравоохранения Свердловской области, доктор медицинских наук, профессор

К.И.Карташова - кандидат медицинских наук, доцент

К.В.Шаманская - ассистентка кафедры

Information about the authors:

K.O. Dyuryagina* - Post-graduated student

P.A. Bizyaeva - Post-graduated student

Kh.T. Abdulkirimov - Head of the Department, Chief Specialist in Otorhinolaryngology of the Ministry of Health of the Sverdlovsk Region, Doctor of Sciences (Medicine), Professor

K.I. Kartashova - Candidate of Sciences, Associate Professor

K.V. Shamanskaya - Department assistant

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

ksyusha00800@yandex.ru

УДК 616-08-035

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Анна Владимировна Егорушкина, Алия Айратовна Салимгараева, Хийир Тагирович Абдулкеримов, Замир Хийирович Абдулкеримов, Ксения Игоревна Карташова.

Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ

Екатеринбург, Россия

Аннотация