

Количество пациентов в группе со смешанным астигматизмом недостаточно для того, чтобы делать статистические выводы. Но в целом, стоит отметить значительное улучшение НКОЗ и отсутствие изменений МКОЗ до и после операции (как и у пациентов 1 и 2 группы).

Отдельного внимания заслуживает пациент с полным регрессом гиперметропии после термокератопластики (суть операции: коагуляция роговицы в парацентральной зоне тонкой раскаленной иглой с целью увеличения кривизны роговицы в центре). Стоит отметить, что, как правило, таким пациентам отказывают в проведении лазерной коррекции зрения по методу ЛАСИК по причине высокого риска осложнений. Результат лазерной коррекции зрения у данного пациента, прооперированного по технологии ЛАСЕК: улучшение НКОЗ до 0,5 на оба глаза, минимальное снижение МКОЗ до 0,9. Несмотря на наличие остаточного компонента пациент доволен результатом.

Выводы:

1. Основным видом нарушения рефракции у пациентов после ПДРК является гиперметропия и гиперметропический астигматизм.

2. Результаты эксимерлазерной коррекции методом ЛАСЕК после передней дозированной радиальной кератотомии положительные. Устранение аметропии, значительное увеличение НКОЗ, отсутствие осложнений позволяют пациентам значительно улучшить качество жизни.

Литература:

1. Федоров С.Н. Применение метода дозированной кератотомии с целью хирургической коррекции миопии / Федоров С.Н., Дурнев В.В // Актуальные вопросы современной офтальмологии– М., 1977. –С.47-48

2. Л.И. Балашевич Хирургическая коррекция аномалий рефракции и аккомодации / Л.И. Балашевич / - СПб.: Человек, 2009. – С.18-19

3. Агроновский А.А. Прогнозирование эффекта радиальной кератотомии при близорукости высокой степени, показания к операции и отдаленные результаты /Агроновский А.А // Автореф. дисс. – М, 1989. – С. 21

4. Deitz M.R. Late hyperopic shift in RK is too threatening to continue its widespread use / Deitz M.R., Leawood K.S. // Amer. Acad. Ophthalmol. Annual Meeting Final Progr. – Atlanta, 1995. – P.98

УДК 616.328.1-002.3

И.Б. Чиркова, Х.Т. Абдулкеримов, Г.М. Григорьев, И.М. Тушнолобов ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС У ДЕТЕЙ: ЗАТРУДНЕНИЯ И ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭТОЙ ПАТОЛОГИИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кафедра оториноларингологии
Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

I.B. Chirkova, Kh.T. Abdulkerimov, G.M. Grigoriev, I.M. Tushnolobov
PERITOSILLAR ABSCESS IN CHILDREN: DIFFICULTY AND ERRORS IN
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THIS DISEASE AND ITS
COMPLICATIONS

Department of otorhinolaryngology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: irine_dr@mail.ru

Аннотация. Гнойные процессы глотки в детском возрасте встречаются у 2,6% больных [1]. На основании различных анатомических участков инфекции гнойные процессы глотки можно классифицировать на заглоточный, паратонзиллярный абсцессы, боковые флегмоны глотки. Паратонзиллярный абсцесс занимает одно из первых мест среди гнойных процессов глотки по тяжести.

Annotation. Purulent throat processes occur in 2.6% of patients in childhood [1]. On the basis of various anatomical sites purulent processes throat infections can be classified into retropharyngeal, peritonsillar abscess, cellulitis side of the pharynx. Peritonsillar abscess is one of the first places among the purulent pharyngeal processes in severity.

Ключевые слова: паратонзиллярный абсцесс, дети, лечение.

Keywords: peritonsillar abscess , children, treatment .

Паратонзиллярный абсцесс (ПТА) - гнойное воспаление околоминдаликовой клетчатки вследствие острого или обострения хронического тонзиллита, острых респираторных инфекций, а так же травмы небных миндалин и дужек. В литературе встречается много синонимов: peritonsillitis (английская литература); перитонзиллярный абсцесс; ангина [3]; возбудители, как правило, стафилококки и стрептококки. Работа выполнена на основании анализа собственных 78 наблюдений паратонзиллярного абсцесса у детей, а также 38 детей с флегмонозными процессами глотки и шеи.

Цель работы - уточнение клинической симптоматики паратонзиллярного абсцесса и его осложнений у детей и анализ ошибок, допущенных при распознавании и дифференциальной диагностики этих состояний. Задачи исследования: изучить особенности диагностики, тактики лечения паратонзиллярного абсцесса и его осложнений у детей.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 78 пациентов с паратонзиллярным абсцессом, а также 38 детей с флегмонозными процессами глотки и шеи. Из них мальчиков 51,3%, девочек 48,7 %. Группа из 38 больных с тяжелыми

флегмонозными процессами глотки и шеи: мальчиков 55,3%, девочек 44,7%. Причиной этих осложнений были: острый тонзиллит 24 (63%), ПТА 9 (24,5%), остеомиелит височной кости 1 (2,5%), травма глотки 2 (5%), острый средний отит 2 (5%). Средний возраст больных составил 9-10 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Симптоматика заболевания существенных особенностей не имела (рис.1), что затрудняет постановку правильного диагноза.

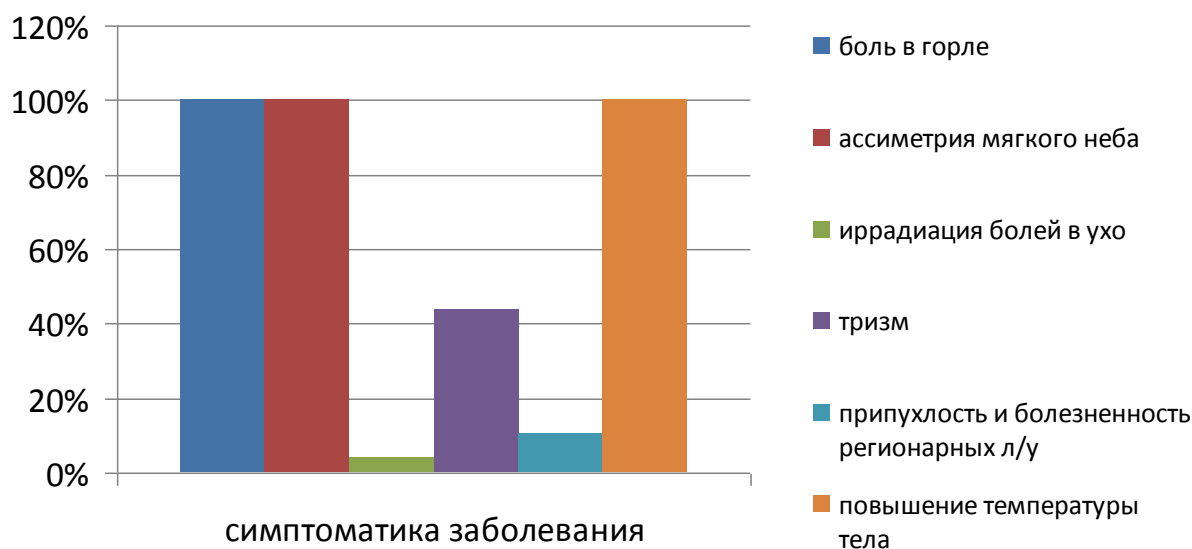


Рис. 1. Симптоматика заболевания при поступлении в ЛОР-отделение

Среднее время с момента заболевания до госпитализации в хирургический стационар 5-8 дней, что указывает на сохранение факта поздней обращаемости, что напрямую зависело от распространенного среди наших больных самолечения. Никаких дополнительных методов исследования в амбулаторных условиях обычно не использовалось. Следует отметить, что позднее лечение приводит к распространению воспалительного процесса, увеличению времени пребывания больного в стационаре, повышает риск возникновения осложнений, увеличению времени пребывания больного в стационаре.

Ошибочные диагнозы при флегмоне бокового глоточного пространства у 38 детей при поступлении в стационар приведены в таблице 1 [2]. Причиной ошибочных диагнозов явились поздняя госпитализация в специализированное отделение, запоздалая диагностика, самолечение больных (неадекватная антибактериальная терапия, различные согревающие компрессы и т.д.) и не в полном объеме оказанная медицинская помощь. Отмечались выраженный токсико-инфекционный синдром, ступенчатость местной симптоматики и тенденция распространения воспалительного процесса на боковое глоточное пространство, магистральные сосуды шеи, средостение, а так же на среднее ухо и нижние дыхательные пути. Важно учитывать, что у детей младшей возрастной группы нередко отсутствует тризм (в связи с недоразвитием мышц

и связок жевательного аппарата) и указания на иррадиацию болей при глотании в ухо, которые типичны для клиники паратонзиллярного абсцесса у детей старшего возраста и взрослых.

Таблица 1

Ошибочные диагнозы при флегмоне бокового глоточного пространства при поступлении в стационар

Нозология	Количество пациентов
острая респираторная инфекция	12
паратонзиллярный абсцесс	8
шейно - верхушечный мастоидит	2
опухоль парафарингеального пространства	1
Всего	23 (60,5%)

Особым образом выглядел и характер госпитализации, в стационар все пациенты поступали в неотложном порядке. Всем больным при поступлении проводилась комплексная интенсивная терапия, которая включает антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационные, жаропонижающие и иммунные препараты. Продолжительность стационарного лечения составляла в пределах 7 койко – дней.

Все без исключения пациенты были оперированы в экстренном порядке – вскрытие паратонзиллярного абсцесса стандартным методом под местной анестезией или с потенцированием. К боковому глоточному пространству мы использовали следующие хирургические доступы: со стороны шеи (оптимальный); со стороны глотки (опасность повреждения шейного сосудистого пучка и неполноценное дренирование боковой глоточной флегмоны).

Учитывая вышеуказанные факты, можно подчеркнуть следующее: паратонзиллярный абсцесс у детей, по крайней мере, в двух критических периодах детства (в раннем детском возрасте и подростковом) имеет тенденцию к распространению на соседние структуры шеи и быстрой генерализации воспалительного процесса. Своевременная диагностика опасных для жизни осложнений паратонзиллярного абсцесса затруднена недооценкой этого факта, а так же объективными трудностями обследования беспокойных, неадекватных больных. Поэтому в детской практике осмотр больного следует начинать не с фарингоскопии, а с осторожной и тщательной пальпации шеи, при необходимости применять дополнительные методы исследования (фиброэндоскопия, боковая рентгенография шеи, КТ, МРТ).

Повторные попытки обнаружить и вскрыть этот гнойник с помощью пункционной иглы и скальпеля со стороны полости рта могут оказаться безрезультатными (особенно в катаральной и инфильтративной стадиях процесса), а так же может способствовать распространению инфекции полости рта на боковое глоточное пространство. Поэтому больных с клинической

картиной паратонзиллярного абсцесса (особенно, повторного) следует госпитализировать в ЛОР-отделение многопрофильного стационара для оптимальной диагностики, комплексного лечения, что обеспечивает профилактику опасных для жизни осложнений.

Выводы:

1. Больные с токсико-инфекционным синдромом и резким нарушением глотания или (и) с признаками стеноза гортани нуждаются в срочной госпитализации.

2. Исследование глотки у детей младшей возрастной группы, особенно при резком нарушении глотания и гипертермии, а также у беспокойных, следует начинать не с фарингоскопии, а с осторожной и тщательной пальпации шеи.

3. Дифференциальная диагностика должна осуществляться, прежде всего, с флегмоной бокового глоточного (окологлоточного) пространства, заглоточным абсцессом, флегмоной (абсцессом) боковой стенки глотки.

4. Данные общего клинического и оториноларингологического обследования должны дополняться результатами применения видеоэндоскопических методик, а так же лучевых методов исследования (боковая рентгенография шеи, КТ, МРТ).

Литература:

1. Богомилский М.Р.. Воспалительные заболевания глотки/ Богомилский М.Р., Чистякова В.Р.// Детская оториноларингология.- М.: ГОЭТАР-МЕДИА,2006. – С. 268

2. Григорьев Г.М.. Ошибки при диагностике и лечении боковых флегмон глотки и шеи у детей/ Григорьев Г.М., Тушнолобов И.М.// Материалы городской научно-практической конференции «Специализированная помощь детям в Екатеринбурге и Свердловской области.» - Екатеринбург, 2004.- С.66

3. Fried M.P.. Peritonsillitis/ Fried M.P., Forrest J.L.// Assessment of current therapy. Arch Otolaryngol.-May 1981; 107 (5).P.283-286. DOI: 10.1001 / archotol.1981.00790410021004. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.1981.00790410021004>. [PubMed] [Cross Ref]

УДК 61:616.216-002

**А.Е. Шинкарева, А.В. Колесникова, Х.Т. Абдулкеримов, К.И. Карташова
ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ РИНОСИНУСИТОВ В Г.ЕКАТЕРИНБУРГ**

Кафедра оториноларингологии

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Российская Федерация

**A.E. Shinkareva, A.V. Kolesnikova, Kh.T. MD Abdulkerimov, PhD K.I.
Kartashova**