ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАТОНЗИЛЛИТАМИ

Гинькут В.Н., Андреев В.Н., Андреев П.В.

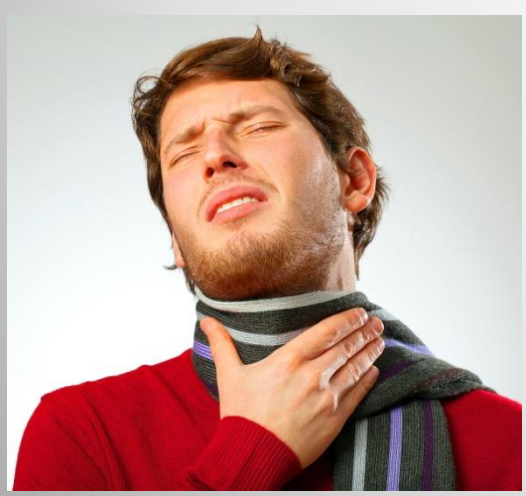
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

2021

- Несмотря на то, что паратонзиллит остаётся наиболее распространённым и тяжёлым осложнением острого и хронического тонзиллита, тактика ведения пациентов с данной патологией нередко представляет определённые трудности (В.М. Бобров, 2010; Носуля Е.В., 2013; В.М. Свистушкин, Д.М. Мустафаев, 2013; П.А. Кондрашев и соавт., 2019).

- Выбор антибиотика при лечении паратонзиллитов предполагает знание наиболее часто встречающихся в данном регионе патогенов
(В.И. Попович, 2016; S. Cherukuri, M.S. Benninger, 2002).

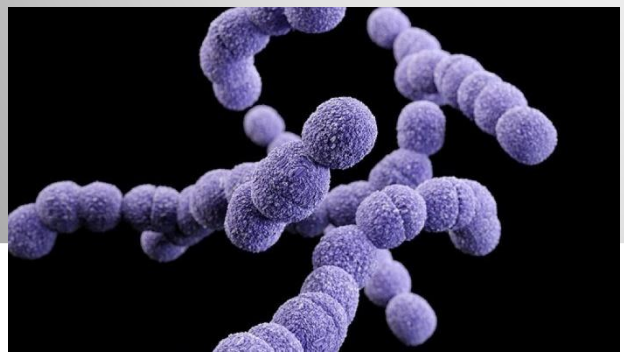
- Оценивая тактику ведения больных с паратонзиллитами, мы провели ретроспективный анализ историй болезни пациентов с этой патологией, лечившихся в ЛОР-клинике за последние 3 года.

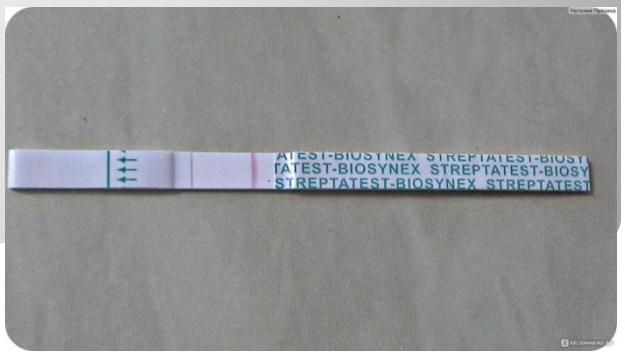


- Из 128 больных 87 пациентов (68 %) получали внутримышечно или внутривенно цефалоспорины II-III генерации (цефуроксим или цефтриаксон), а 41 больной принимал амоксициллин/клавуланат.

- Кроме того, нами проводилось изучение особенностей микробного спектра возбудителей паратонзиллита.

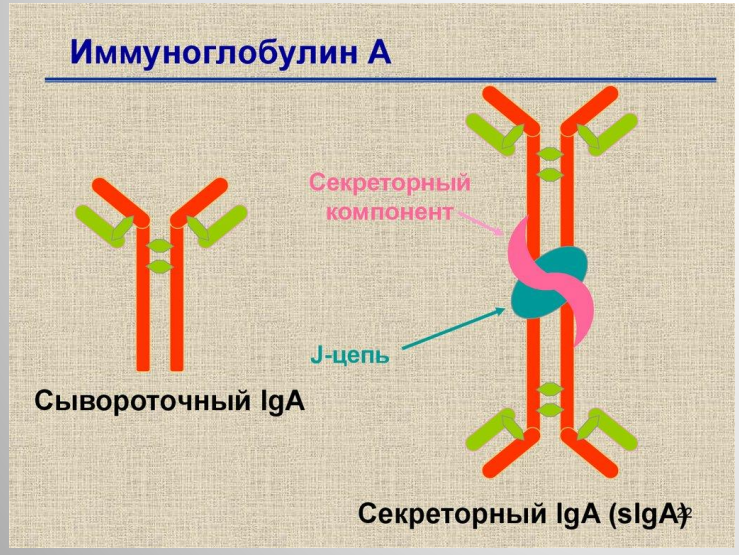
- В трети случаев (35 %) при бактериологическом посеве мазков из глотки высевался *β-гемолитический стрептококк группы А*.
- В 33,6 % случаев (43 пациента) положительный результат был получен при помощи стрептатеста.





- Различные виды *стафилококка* были получены у 30 (23,4 %) пациентов.
- Микробиологические результаты исследований в группах сравнения существенно не различались.

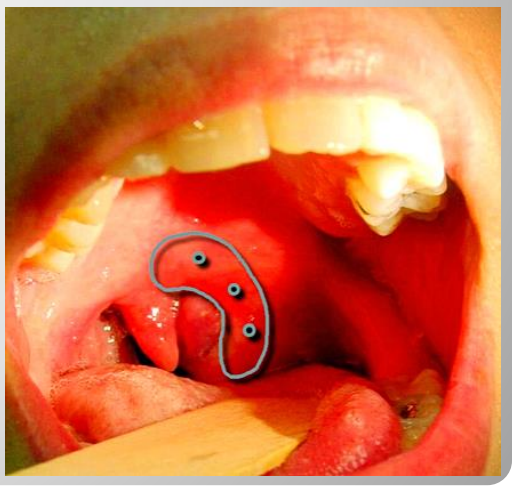
- Оценку динамики заболевания и особенности активации иммунитета у больных проводили, изучая количественные изменения сывороточного иммуноглобулина А.



- У подавляющего количества больных было выявлено существенное *повышение* его (в среднем 5,8 г/л).
- Повышение *секреторного sIg*A наблюдалось у 104 (81,2 %) пациентов.

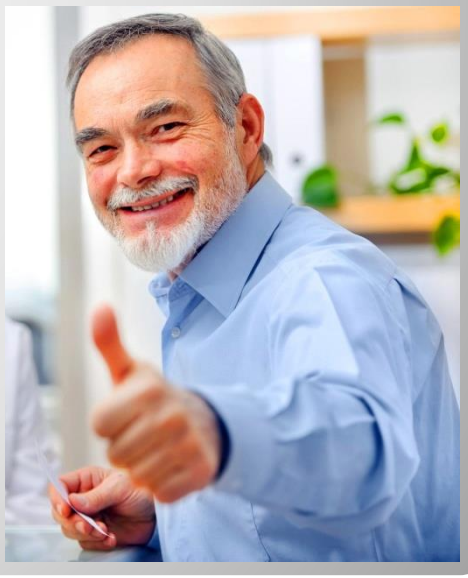
- К моменту выписки больных из отделения отмечалось снижение уровня сывороточного IgA, а уровень секреторного sIgA сохранялся повышенным на протяжении месяца после перенесённой болезни.

- С целью предотвращения образования паратонзиллярного абсцесса считаем необходимым выполнять инцизию в раннем периоде, во время его формирования, то есть на стадии инфильтрации.



- Обычно это хирургическое вмешательство выполняем уже на третьи – четвёртые сутки от начала заболевания.
- Чаще всего в этот период гной мы не получали.

- Однако воспалительный процесс в паратонзиллярной области сразу принимал абортивное течение, и к седьмому – восьмому дню пациенты уже выписывались из стационара.



- Из нестероидных противовоспалительных препаратов при лечении пациентов предпочтение отдавали кетопрофену.

- Местная терапия предполагала назначение больным с паратонзиллитами таблеток для рассасывания Стрепсилс Интенсив и орошений глотки спреем Тантум Верде.

- Продолжительность лечения пациентов с паратонзиллитами в среднем составила *восемь суток*.

Выводы:

- Таким образом, паратонзиллит остаётся чрезвычайно *распространённым заболеванием*, которое наблюдаётся у взрослых и детей.

Выводы:

- Осложнением этой патологии может стать парафарингеальный целлюлит или абсцесс, медиастинит и тонзиллогенный сепсис.

Выводы:

- Поэтому *раннее хирургическое* вмешательство может быть рекомендовано для ускорения регресса заболевания и с целью профилактики развития серьёзных осложнений.

Благодарим за внимание!