

от болей в покое, выиграть время для заживления трофических поражений.

В этой группе срок наблюдения составляет от 8 до 56 месяцев. Во всех случаях лимфорею удалось остановить в срок от 36 до 24 суток. Отек сохранялся до 3 месяцев. Других проявлений лимфовенозной недостаточности также не было отмечено.

Во всех группах не возникало острых нарушений венозного оттока, также мы не находили показаний для фасциотомии.

Заключение

Количество проведенных нами операций не позволяет провести масштабный многофакторный анализ, но дает возможность определить основные тенденции последствий изъятия фрагмента бедренной вены для оттока венозной крови от нижних конечностей. За исключением системных проявлений воспалительного ответа, группы отличались только по выраженности ишемии, определяемой по значениям лодыжечно-плечевого индекса: группа с критической ишемией имеет значения ЛПИ $0,24 \pm 0,09$ против $0,70 \pm 0,18$ и $0,77 \pm 0,10$ в остальных. Именно у пациентов с критической ишемией развивался выраженный отек. Таким образом, появление отека напрямую связано со степенью нарушения артериального кровоснабжения конечности. У пациентов с компенсированной и субкомпенсированной ишемией (ЛПИ до 0,85) нарушений венозного оттока в

послеоперационном периоде не наблюдалось. Выраженная ишемия (при значениях ЛПИ ниже 0,2) сопровождается значительным отеком и лимфореей, что объясняется наличием гнойного очага на конечности и выраженным нарушением кровообращения, но это не требует фасциотомии и не приводит к развитию суб- и декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности в отдаленном периоде. Мы полагаем, что это связано с меньшей длиной венозного кондуита, необходимого для первичной реконструкции, чем для повторной операции.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. A systematic review and meta-analysis of treatments for aortic graft infection / S. O'Connor [et al.] // J. Vasc Surg. — 2006. — Vol. 44. — P. 38–45.
2. Surgical management of infected abdominal aortic grafts: review of a 25-year experience / P. J. O'Hara [et al.] // J. Vasc Surg — 1986. — Vol. 3. — P. 725–731.
3. Prosthetic graft infection after descending thoracic / thoracoabdominal aortic aneurysmectomy: management with in situ arterial allografts / E. Kieffer [et al.] // J. Vasc Surg — 2001. — Vol. 33. — P. 671–678.
4. Characteristics and prognosis in patients with prosthetic vascular graft infection: a prospective observational cohort study / L. Legout [et al.] // Clin. Microbiol Infect. — 2012. — Vol. 18. — P. 352–358.
5. Diagnosis and management of prosthetic vascular graft infections / Legout [et al.] // Med Mal Infect. — 2012. — Vol. 42. — P. 102–109.
6. Creation of a neo-aortoiliac system from lower extremity deep and superficial veins / G. P. Clagett [et al.] // Ann Surg. — 1993. — Vol. 218. — P. 239.
7. Clagett, G. P. Autogenous aortoiliac/femoral reconstruction from superficial femoral-popliteal veins: feasibility and disability. / G. P. Clagett, R. J. Valentine, R. T. Hagino // J. Vasc Surg. — 1997. — Vol. 25. — P. 255.

Поступила 06.05.2016

УДК:616.322-002-036.12

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Л. Э. Макарина-Кибак¹, Е. И. Саливончик²

¹Республиканский научно-практический центр оториноларингологии, г. Минск

²Гомельская областная клиническая больница

Изучить отличительные особенности течения заболевания у пациентов с различными видами декомпенсации ХТ (ЧА, ПТА, СЗ), госпитализированных для выполнения ТЭ.

Ключевые слова: хронический декомпенсированный тонзиллит, частые ангины, паратонзиллярный абсцесс, сопряженные заболевания.

THE FEATURES OF THE COURSE OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC DECOMPENSATED TONSILLITIS

L. E. Makarina-Kibak¹, E. I. Salivonchik²

¹Republican Scientific and Practical Centre of Otorhinolaryngology, Minsk

²Gomel Regional Clinical Hospital

To study the characteristic features of the course of the disease in patients with different types of chronic decompensated tonsillitis (RT, PTA, AD) hospitalized for tonsillectomy.

Key words: chronic decompensated tonsillitis, recurrent tonsillitis, peritonsillar abscess, associated diseases.

Согласно существующей в настоящее время классификации хронического тонзиллита (ХТ) И.Б. Солдатова (1975 г.) различают две формы данного заболевания: компенсированную и декомпенсированную [1, 6, 10]. При компенсированной форме наблюдаются лишь местные признаки хронического воспаления небных миндалин (НМ), при хроническом декомпенсированном тонзиллите (ХДТ) кроме вышеназванных признаков имеются проявления декомпенсации в виде частых ангин (ЧА), паратонзиллитов (ПТ) и паратонзиллярных абсцессов (ПТА), а также сопряженных заболеваний (СЗ) сердца, суставов и почек, которые являются показанием к хирургическому лечению — двухсторонней тонзиллэктомии (ТЭ) [2, 4, 7].

Назрела целесообразность определения особенностей течения заболевания у пациентов с ХДТ на основании клинических, анамнестических, лабораторных и инструментальных данных, подтверждающих каждый конкретный вид декомпенсации. Выявление особенностей течения ХДТ в зависимости от вида декомпенсации последнего позволит в последующем объективно подойти к решению вопроса выбо-

ра метода ТЭ с учетом вида декомпенсации ХТ с целью повышения эффективности хирургического лечения [3, 5, 8, 9].

Цель исследования

Комплексная оценка клинических, анамнестических, лабораторных и инструментальных данных пациентов с ХДТ в зависимости от вида декомпенсации.

Материалы и методы

Проведено открытое проспективное исследование. За период 2001–2015 гг. в ЛОР-отделение учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с целью санации очага хронической инфекции при ХДТ госпитализировано 365 пациентов. Перед операцией им было предложено заполнить разработанную нами анкету пациента с ХТ. Обработка качественных параметров анкеты производилась посредством факторного анализа. В работе использовался статистический пакет SPSS 11.5.

Результаты и их обсуждение

Пациенты ($n = 365$), включенные в исследование, были разделены на три группы с целью выявления у них особенностей течения заболевания ХДТ в зависимости от вида декомпенсации (рисунок 1) [6, 10].

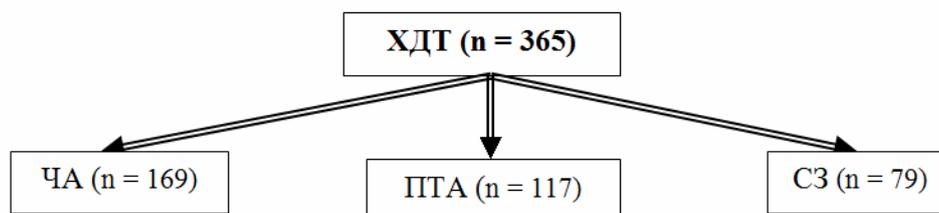


Рисунок 1 — Распределение госпитализированных пациентов с ХДТ по группам в зависимости от вида декомпенсации:
 ХДТ — хронический декомпенсированный тонзиллит; ЧА — частые ангины;
 ПТА — паратонзиллярный абсцесс; СЗ — сопряженные с хроническим тонзиллитом заболевания; n — число пациентов

Данные, представленные на рисунке 1, свидетельствуют, что наибольшую долю составили пациенты с ХДТ с декомпенсацией в виде ЧА (46,3 %, $n = 169$), несколько меньшую — в виде ПТА (32,1 %, $n = 117$) и наименьшую — в виде СЗ (21,6 %, $n = 79$).

В основу анкеты пациента с ХТ положены анамнестические, клинические, лабораторные и инструментальные данные, позволяющие охарактеризовать особенности течения заболевания, подтвердить клинический диагноз и показания для выполнения хирургического лечения в виде ТЭ. Анкета состоит из следующих частей: паспортная часть, жалобы пациента, анамнез жизни, анамнез заболевания, объективные данные ЛОР-осмотра, лабораторные и инструментальные данные, клинический диагноз, рекомендация по выполнению ТЭ, причины невыполнения операции. Каждая из частей содержит вопросы, позволяющие детально

изучить особенности течения заболевания у каждого конкретного пациента и определить дальнейшую тактику лечения. Всего в анкету заложено 85 анализируемых признаков (рисунок 2).

Особенности течения заболевания при декомпенсации ХТ в виде ЧА

Проанализированы данные 169 пациентов с декомпенсацией ХТ в виде ЧА, госпитализированных для ТЭ, в их числе мужчин — 59 (34,9 %). Средний возраст пациентов составил $26,3 \pm 8,1$ года. Среди них 108 (63,9 %) — городские жители, 61 (36,1 %) — сельские. Средний рост пациентов составил $170,7 \pm 8,9$ см, средний вес — $67,3 \pm 15,8$ кг.

Обработка данных анкет на основании факторного анализа позволила определить вес переменных, определяющих особенности течения заболевания у пациентов с декомпенсацией ХТ в виде ЧА (таблица 1).

Анкета пациента с хроническим тонзиллитом
Амбулаторная карта № _____ История болезни № _____

Дата заполнения _____

Инструкция по применению: эта анкета содержит вопросы, касающиеся течения хронического тонзиллита. Представленная информация поможет выявить факторы риска, вызывающие рецидивы заболевания с целью их последующего предупреждения. Ответьте на каждый вопрос, исключив выбранный Вами ответ (так, как это указано). Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

I. Паспортная часть

| Признак | Ответ |
|-------------------|--|
| ФИО | |
| Место жительства | город (1) село (2) |
| Возраст | |
| Пол | мужской (1) женский (2) |
| Рост | |
| Вес | |
| Социальный статус | увщ. (1) рабочий (2) служащий (3) не работающий (4) пенсионер (5) |

II. Имеются ли жалобы на:

| Признак | Ответ |
|--|--------|
| постоянная боль в глотке | да нет |
| боль в глотке при глотании | да нет |
| чувство кома, инородного тела в глотке | да нет |
| першение, сухость в глотке | да нет |
| затухание голоса | да нет |
| периоды субфебрильной температуры тела (повышение до 38 С) | да нет |
| длительный субфебрилитет (продолжительное повышение t тела) | да нет |
| боль в сердце | да нет |
| периодические боли в суставах | да нет |
| боль в пояснице | да нет |
| общая слабость | да нет |
| быстрая утомляемость | да нет |
| увеличение и болезненность при пальпации шейных лимфоузлов (при отсутствии других очагов инфекции) | да нет |
| затруднение носового дыхания | да нет |
| зубную боль | да нет |
| кровоточивость десен | да нет |
| сердцебиение | да нет |
| нарушение сердечного ритма | да нет |
| выделения из лакун миндалин (гноя, пробки) | да нет |

III. Анамнез жизни:

| Признак | Ответ |
|--|----------|
| отягощен ли аллергоанамнез (аллергия медикаментозная, пищевая, сезонная, бытовая) | да нет |
| отягощена ли наследственность по ХТ (ангины, ПТА, сопряженные заболевания у родителей и близких родственников) | да нет |
| существующие патологии (сахарная) (синдромные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания печени, почек, суставов, желчного пузыря, поджелудка железы, гинекологические заболевания) | есть нет |
| употребление алкоголя (более 1 раза в неделю) | да нет |
| куриле ли Вы (сколько лет) (сколько сигарет) | да нет |
| перенесены ли операции на ЛОР органах (тонзиллотомия, аденотомия, ПРНП, полипотомиа) | да нет |
| перенесены ли ЛОР заболевания (синусит, ларингит, фарингит, отит, ИНП, ринит) | да нет |
| вредные профессиональные факторы | да нет |

IV. Анамнез заболевания

| Признак | Ответ |
|--|---|
| причина заболевания по мнению пациента | |
| длительность заболевания | |
| ангины | да (1) нет (2) |
| частота ангин | 2-3 раза в год (1) 4-5 раз в год (2) 6-7 раз в год (3) 8 и более (4) |

| | |
|---|---|
| ПТА | да (1) нет (2) |
| рецидивы ПТА (общее число) | |
| числота ПТА в год | 2-3 раза (1) 4-5 раз (2) 6-7 раз (3) 8 и более (4) |
| сезон обострений | зима (1) весна (2) лето (3) осень (4) |
| парафарингит, флегмона шеи | да нет |
| сопряженные заболевания (сепсис, ревматизм, артрит, пороки сердца, гломерулонефрит и др.) | да нет |
| ослепел ли на диспансерном учете | да нет |
| регулярность профилактических курсов лечения (зрательность) | 1 - 2 0 |
| общее лечение | да нет |
| местное лечение (промывание лакун небных миндалин) | да нет |
| самолечение при обострении | да нет |
| лечение у терапевта при обострении | да нет |
| лечение у ЛОР врача при обострении | да нет |
| использование антибактериальных препаратов при обострении (макролиды, пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны и др.) | да нет |
| начало лечения антибиотиками (с первого, второго, третьего, четвертого, пятого и более дней заболевания) | да нет |
| длительность антибиотикотерапии (один, три, пять, семь и более дней) | да нет |

V. Объективные данные ЛОР-осмотра

| Признак | Ответ |
|---|---------------------|
| жидкий гной в лакунах миндалин | да нет |
| казеозные, гнойные пробки в лакунах миндалин | да нет |
| гипертрофия небных миндалин | да нет |
| рыхлые небные миндалины | да нет |
| стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе) | да нет |
| отечность краев верхних отделов небных дужек (признак Зака) | да нет |
| валикообразное утолщение краев передних дужек (признак Преображенского) | да нет |
| сращения и спайки миндалин с дужками и треугольной складкой | да нет |
| увеличение отдельных регионарных лимфатических узлов | да нет |
| болезненность при пальпации отдельных регионарных лимфатических узлов (подчелюстных, переднешейных) | да нет |
| дополнительная лимфоадипозная ткань НМ | да нет |
| кариес зубов | да нет |
| признаки стоматита | да нет |
| болезни десен | да нет |
| искривление носовой перегородки | да нет |
| аденоиды | (1) (2) (3) нет (4) |
| изменение задней стенки глотки (гиперемия, гранулезноизмененная) | Да нет |
| налеты на небных миндалинах | Да нет |

VI. Лабораторные данные

| Признак | Ответ |
|---|---------------------------------------|
| общий анализ крови | норма отклонения не выполнялся |
| общий анализ мочи | норма отклонения не выполнялся |
| ЭКГ | норма отклонения не выполнялся |
| биохимический анализ крови | норма отклонения не выполнялся |
| флюорография легких | норма отклонения не выполнялся |
| иммунограмма | норма отклонения не выполнялся |
| группа крови | (1) (2) (3) (4) не делалась (5) |
| резус принадлежность | полож. (1) отриц. (2) не делалась (3) |
| микробиологическое исследование отделяемого из лакун НМ | да - вписать нет |
| микроскопия с поверхности НМ | да - вписать нет |

VII. Клинический диагноз

| | |
|---|--|
| Хронический компенсированный тонзиллит (отметить) | |
| Хронический декомпенсированный тонзиллит (отметить) | |

VIII. Рекомендовалась ли тонзиллэктомия? да нет

IX. Причина не выполнения тонзиллэктомии (указать) _____

ПОДСКАЗ ПАЦИЕНТА

Рисунок 2 — Анкета пациента с хроническим тонзиллитом

Таблица 1 — Преобразованная матрица факторных нагрузок у пациентов с декомпенсацией ХТ в виде ЧА

| Переменные | Извлеченные факторы* | | | | |
|---|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов при пальпации | ,759 | ,088 | -,066 | -,297 | ,014 |
| Быстрая утомляемость | ,682 | ,281 | ,001 | ,335 | -,101 |
| Общая слабость | ,640 | -,014 | -,334 | ,004 | -,109 |
| Боль в глотке при глотании | ,629 | ,050 | ,184 | ,153 | -,063 |
| Выделения из лакун НМ (жалоба) | ,415 | ,286 | -,028 | ,234 | -,339 |
| Постоянная боль в глотке | ,104 | ,689 | ,211 | ,005 | -,303 |
| Стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе) | ,087 | ,619 | -,129 | -,036 | -,024 |
| Увеличение отдельных регионарных лимфоузлов (жалоба) | ,245 | ,590 | -,260 | ,254 | ,114 |
| Отечность верхних отделов небных дужек (признак Зака) | ,256 | ,377 | ,100 | ,029 | -,359 |
| Длительность заболевания более 10 лет | -,081 | -,036 | ,829 | ,008 | ,095 |
| Першение, сухость в глотке | ,024 | ,046 | ,071 | ,798 | -,073 |
| Перенесенные ЛОР-заболевания | ,264 | -,134 | ,074 | ,639 | ,000 |
| Чувство кома в глотке | -,164 | ,279 | -,307 | ,542 | ,026 |
| Сращения и спайки НМ с дужками и треугольной складкой | -,122 | -,097 | -,049 | -,001 | ,757 |
| Валикообразное утолщение краев небных дужек (признак Преображенского) | -,042 | -,043 | ,127 | -,031 | ,737 |

Примечание. ЧА — частые ангины, НМ — небные миндалины;

* — анализ главных компонентом методом извлечения, метод вращения Varimax с критерием адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина — 0,72 (приемлемая адекватность)

Выявлены основные факторы, определяющие особенности течения декомпенсации ХТ в виде ЧА (по данным таблицы 1). Критерий адекватности выборки 0,72 позволил достоверно интерпретировать полученные данные. Так, первый фактор, характеризующий данную группу пациентов, связал между собой следующие переменные: увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов при пальпации с переменной быстрой утомляемостью, боль в глотке и выделения из лакун НМ, имеющих самые высокие значения нагрузок переменных (0,759; 0,682; 0,640; 0,629; 0,415). Второй фактор объединил значения следующих переменных: постоянная боль в глотке (0,689), стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе) (0,619), увеличение отдельных регионарных лимфоузлов (жалоба) (0,590), отечность верхних отделов небных дужек (признак Зака) (0,377). Третьим фактором являлась длительность заболевания более 10 лет (0,829). Четвертый фактор объединил следующие переменные: першение, сухость в глотке, перенесенные ЛОР-заболевания в анамнезе, чувство кома в глотке (0,798; 0,639;

0,542). В заключительный пятый фактор вошли переменные: сращения и спайки НМ с дужками и треугольной складкой (0,757), валикообразное утолщение краев небных дужек (признак Преображенского) (0,737).

Особенности течения заболевания при декомпенсации ХТ в виде ПТА

В модель многофакторного анализа включено 117 пациентов с декомпенсацией ХТ в виде ПТА, госпитализированных для выполнения ТЭ. Средний возраст составлял $26,2 \pm 8$ лет, число лиц мужского пола — 53 (45,3%), женского — 64 (54,7%), городских жителей — 72 (61,5%), сельских — 45 (38,5%), средний рост пациентов составил $171,6 \pm 8,7$ см, вес — $71,1 \pm 17,6$ кг, что сопоставимо с аналогичными показателями у пациентов с декомпенсацией ХТ в виде ЧА, $p > 0,05$.

Дальнейшее использование факторного анализа показало высокую адекватность выборки (0,8) и позволило методом извлечения факторов (метод вращения Varimax) оценить вклад переменных, характеризующих особенности течения заболевания при декомпенсации ХТ в виде ПТА (таблица 2).

Таблица 2 — Преобразованная матрица факторных нагрузок у пациентов с декомпенсацией ХТ в виде ПТА

| Переменные | Извлеченные факторы* | | | | |
|---|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Количество ПТА больше двух в анамнезе | ,966 | -,033 | ,017 | ,043 | -,055 |
| Количество ПТА — один в анамнезе | ,963 | ,026 | -,005 | -,031 | -,118 |
| Сращения и спайки НМ с дужками и треугольной складкой | ,792 | ,025 | -,039 | ,043 | ,142 |
| Увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов при пальпации | -,030 | ,769 | ,014 | ,061 | ,022 |
| Увеличение отдельных регионарных лимфоузлов (жалоба) | -,042 | ,767 | ,039 | ,032 | ,033 |
| Постоянная боль в глотке | ,147 | ,480 | ,180 | -,019 | -,082 |
| Быстрая утомляемость | -,066 | -,013 | ,665 | -,124 | ,110 |
| Выделения из лакун (гной, пробки) | ,262 | ,049 | ,660 | -,331 | ,226 |
| Городской житель | ,071 | -,119 | ,001 | ,840 | ,055 |
| Валикообразное утолщение краев небных дужек (признак Преображенского) | ,037 | ,037 | ,028 | ,862 | -,040 |
| Отечность верхних отделов небных дужек (признак Зака) | ,022 | -,037 | -,078 | ,151 | ,771 |
| Стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе) | ,056 | ,188 | ,157 | -,412 | ,526 |

Примечание. ПТА — паратонзиллярный абсцесс; НМ — небные миндалины;

* — анализ главных компонентов методом извлечения, метод вращения Varimax с критерием адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина - 0,8 (высокая адекватность)

Особенности течения заболевания в данной группе пациентов (таблица 2) проявились совокупностью признаков, отличных от таковых при декомпенсации ХТ в виде ЧА. Так, основными переменными извлеченного первого фактора являлись: количество ПТА более двух в анамнезе, количество ПТА — один в анамнезе (нагрузки переменных составили 0,966 и 0,963 соответственно) и наличие следующей по значимости переменной — сращения и спайки НМ с дужками и треугольной

складкой (0,792). Второй фактор объединил следующие переменные: увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов при пальпации, увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов (жалоба), постоянная боль в глотке (0,769; 0,767; 0,480). В третий фактор вошли переменные: быстрая утомляемость (0,665) и выделения из лакун НМ (гной, пробки) (0,660). Четвертый и пятый факторы, кроме переменной — городской житель (0,840), объединил местные признаки ХТ: валикообразное утолщение краев небных дужек

(признак Преображенского), отечность верхних отделов небных дужек (признак Зака) и стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе) (0,862; 0,771; 0,526).

Особенности течения заболевания при декомпенсации ХТ в виде СЗ

Проинтервьюировано перед выполнением ТЭ 79 пациентов с декомпенсацией ХТ в виде СЗ. Средний возраст — $29,0 \pm 9,5$ года, что достоверно выше, чем в группах пациентов с декомпенсацией ХТ в виде ЧА ($p = 0,046$) и ПТА ($p = 0,027$). Число лиц женского пола — 61 (77,2 %), что достоверно больше по сравнению с группами пациентов с декомпенсацией

ХТ в виде ЧА и ПТА ($p = 0,001$). Городских жителей — 51 (64,6 %), сельских — 28 человек (35,4 %), что сопоставимо с группами пациентов с декомпенсацией ХТ в виде ЧА и ПТА. Средний рост пациентов в группе с декомпенсацией ХТ в виде СЗ составил $167,5 \pm 8,3$ см, вес — $64,1 \pm 12,3$ кг, что достоверно ниже по сравнению с группой пациентов с декомпенсацией ХТ в виде ЧА и ПТА ($p < 0,05$).

Факторный анализ данных анкет позволил определить вес переменных, определяющих особенности течения заболевания при декомпенсации ХТ в виде СЗ (критерий адекватности — 0,76) (таблица 3).

Таблица 3 — Преобразованная матрица факторных нагрузок у пациентов с декомпенсацией ХТ в виде СЗ

| Переменные | Извлеченные факторы* | | | | |
|---|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Быстрая утомляемость | ,686 | ,029 | -,119 | ,117 | ,088 |
| Боль в глотке при глотании | ,635 | ,011 | ,228 | ,118 | ,109 |
| Боль в сердце | ,552 | -,172 | -,024 | -,200 | ,097 |
| Наличие сопряженных заболеваний | ,509 | -,133 | ,036 | -,074 | ,115 |
| Периодическая боль в суставах | ,026 | ,764 | -,147 | -,042 | -,037 |
| Выделения из лакун (гной, пробки) | -,063 | ,707 | ,156 | ,165 | -,044 |
| Першение, сухость в глотке | ,360 | ,552 | ,276 | -,052 | ,318 |
| Увеличение отдельных регионарных лимфоузлов (жалоба) | ,089 | ,464 | -,427 | -,089 | ,169 |
| Длительный субфебрилитет | ,002 | -,010 | ,891 | -,121 | -,050 |
| Сращения и спайки НМ с дужками и треугольной складкой | -,087 | ,000 | ,805 | -,092 | -,169 |
| Валикообразное утолщение краев небных дужек (признак Преображенского) | ,117 | ,049 | ,480 | -,049 | -,109 |
| Отечность верхних отделов небных дужек (признак Зака) | ,427 | ,087 | ,473 | ,084 | -,071 |
| Длительность заболевания более 10 лет | ,220 | -,106 | ,468 | ,129 | ,185 |
| Увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов при пальпации | ,059 | ,398 | ,446 | -,387 | -,145 |
| Рыхлые НМ | ,224 | -,273 | ,311 | -,103 | ,311 |
| Стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе) | -,008 | ,002 | -,010 | ,891 | -,121 |
| Постоянная боль в глотке | -,010 | -,082 | ,027 | ,743 | ,182 |
| Чувство кома в глотке | ,176 | ,278 | ,066 | ,663 | -,196 |
| Общая слабость | ,319 | -,207 | -,024 | ,572 | ,110 |
| Изменение задней стенки глотки (гиперемия, гранулезные изменения) | ,026 | ,087 | ,008 | -,044 | ,847 |
| Сердцебиение | ,274 | ,233 | ,087 | ,002 | ,733 |
| Жидкий гной в лакунах | -,129 | -,114 | ,032 | ,084 | ,676 |
| Периоды повышения температуры до 38°C | ,129 | ,199 | -,100 | ,185 | ,535 |
| Нарушение сердечного ритма | ,086 | -,096 | -,092 | ,001 | ,533 |
| Боль в пояснице | ,073 | ,119 | ,360 | -,328 | ,462 |

Примечания. СЗ — сопряженные заболевания; НМ — небные миндалины;

* — анализ главных компонентов методом извлечения, метод вращения Varimax с критерием адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина — 0,76 (приемлемая адекватность)

Высокие значения нагрузок переменных (данные таблицы 3), характеризующих первый фактор для пациентов с декомпенсацией ХТ в виде СЗ, представляют собой: быстрая утомляемость, боль в глотке при глотании, боль в сердце, а также наличие определенных сопряженных с ХТ заболеваний в анамнезе (0,686; 0,635; 0,552; 0,509). Следующий фактор представлен переменными: периодическая боль в суставах, выде-

ления из лакун (гной, пробки), першение, сухость в глотке, увеличение отдельных регионарных лимфоузлов (жалоба) (0,764; 0,707; 0,552; 0,464). Третий фактор состоял из следующих переменных: длительный субфебрилитет, сращения и спайки НМ с дужками и треугольными складками, валикообразное утолщение краев небных дужек (признак Преображенского), отечность верхних отделов небных дужек (при-

знак Зака), длительность заболевания более 10 лет, увеличенные и болезненные регионарные лимфоузлы при пальпации, рыхлые НМ (0,891; 0,805; 0,480; 0,473; 0,468; 0,446; 0,311). К четвертому фактору относились переменные: стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе), постоянная боль в глотке, чувство кома в глотке, общая слабость (0,891; 0,743; 0,663; 0,572), к пятому — изменения задней стенки глотки, сердцебиение, жидкий гной в лакунах, периоды по-

вышения температуры до 38 °С, нарушения сердечного ритма, боль в пояснице (0,847; 0,733; 0,676; 0,535; 0,533; 0,462).

Сравнительный анализ течения ХТ в зависимости от вида декомпенсации

Факторный анализ переменных анкет достоверно подтвердил различия в особенностях течения заболевания у пациентов с разными видами декомпенсации ХТ, госпитализированных для ТЭ (таблица 4).

Таблица 4 — Особенности течения ХДТ у пациентов, госпитализированных для ТЭ, в зависимости от вида декомпенсации заболевания

| ЧА | ПТА | СЗ |
|---|---|---|
| Увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов при пальпации | Количество абсцессов больше двух за жизнь | Быстрая утомляемость |
| Быстрая утомляемость | Количество абсцессов — один за жизнь | Боль в глотке при глотании |
| Общая слабость | Сращения и спайки НМ с дужками и треугольной складкой | Боль в сердце |
| Боль в глотке при глотании | Увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов при пальпации | Наличие сопряженных заболеваний |
| Выделения из лакун небных миндалин | Увеличение отдельных регионарных лимфоузлов (жалоба) | Периодическая боль в суставах |
| Постоянная боль в глотке | Постоянная боль в глотке | Выделения из лакун (гной, пробки) |
| Стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе) | Быстрая утомляемость | Першение, сухость в глотке |
| Увеличение отдельных регионарных лимфоузлов (жалоба) | Выделения из лакун (гной, пробки) | Увеличение отдельных регионарных лимфоузлов (жалоба) |
| Отечность верхних отделов небных дужек (признак Зака) | Городской житель | Длительный субфебрилитет |
| Длительность заболевания более 10 лет | Валикообразное утолщение краев небных дужек (признак Преображенского) | Сращения и спайки НМ с дужками и треугольной складкой |
| Першение, сухость в глотке | Отечность верхних отделов небных дужек (признак Зака) | Валикообразное утолщение краев небных дужек (признак Преображенского) |
| Перенесенные ЛОР заболевания | Стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе) | Отечность верхних отделов небных дужек (признак Зака) |

Примечание. ХДТ — хронический декомпенсированный тонзиллит; ЧА — частые ангины; ПТА — паратонзиллярный абсцесс; СЗ — сопряженные с хроническим тонзиллитом заболевания; ТЭ — тонзиллэктомия.

Анализ данных таблицы 4 подтвердил целесообразность детального изучения особенностей течения заболевания при ХДТ у пациентов, госпитализированных для ТЭ. У пациентов с различными видами декомпенсации ХТ (ЧА, ПТА, СЗ), госпитализированных для ТЭ, имеются достоверные отличительные особенности. Каждый из видов декомпенсации ХТ имеет четкие факторные признаки с высокими значениями переменных внутри факторов. Для декомпенсации ХТ в виде ЧА характерны определенные жалобы, длительность заболевания более 10 лет и достоверно значимые местные признаки. Для декомпенсации ХТ в виде ПТА -

наличие ПТА одного и более в анамнезе и местный признак: сращения НМ с дужками и треугольной складкой. При декомпенсации ХТ в виде СЗ особенности в большей мере представлены жалобами (быстрая утомляемость, боль в глотке при глотании, боль в сердце, периодическая боль в суставах).

Выводы

1. Течение заболевания у пациентов с различными видами декомпенсации ХТ (ЧА, ПТА, СЗ), госпитализированных для выполнения ТЭ, имеет достоверные отличительные особенности.

2. Особенности течения заболевания характеризуют:

— при декомпенсации ХТ в виде ЧА — жалобы (быстрая утомляемостью, боль в глотке и выделения из лакун НМ, имеющих высокие значения нагрузок переменных (0,682; 0,640; 0,629; 0,415)), местные признаки ХТ (увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов при пальпации (0,759), стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе, 0,619), отечность верхних отделов небных дужек (признак Зака, 0,377)), длительность заболевания более 10 лет (0,829);

— при декомпенсации ХТ в виде ПТА — количество ПТА более двух в анамнезе, количество ПТА — один в анамнезе (имеющие достоверно высокие значения нагрузок переменных — 0,966 и 0,963 соответственно) и местный признак ХТ (сращения и спайки НМ с дужками и треугольной складкой (0,792));

— при декомпенсации ХТ в виде СЗ — жалобы (быстрая утомляемостью, боль в глотке при глотании, боль в сердце (0,686; 0,635; 0,552)), наличие определенных, сопряженных с ХТ заболеваний в анамнезе (0,509), объективные местные признаки ХТ значения не имеют из-за низких значений нагрузок переменных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Актуальность проблемы хронического тонзиллита / А. И. Крюков [и др.] // Вестник оториноларингологии. — 2009. — № 5. — С. 4–6.
2. Анализ эффективности консервативного лечения простой формы хронического тонзиллита / А. И. Крюков [и др.] // Вестник оториноларингологии. — 2005. — № 3. — С. 50–51.
3. Арзамасов, С. Г. Некоторые особенности течения хронического тонзиллита / С. Г. Арзамасов, И. В. Иванец // Вестник оториноларингологии. — 2011. — № 1. — С. 55–57.
4. Арзамасов, С. Г. Паратонзиллярный абсцесс при безангинной форме хронического тонзиллита / С. Г. Арзамасов, И. В. Иванец // Вестник оториноларингологии. — 2013. — № 3. — С. 25–28.
5. Метатонзиллярные осложнения в практике оториноларинголога и кардиолога / А. Ю. Овчинников [и др.] // Consilium Medicum. — 2009. — № 11. — С. 49–53.
6. Оториноларингология / Под ред. И. Б. Солдатов, В. Р. Гофмана. — СПб., 2000. — 472 с.
7. Пальчун, В. Т. Современная оценка очаговой инфекции в оториноларингологии / В. Т. Пальчун, А. В. Гуров // Материалы IX Всероссийского Конгресса оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии» под редакцией профессора В. Т. Пальчуна, профессора А. И. Крюкова. — М., 2010. — С. 5–15.
8. Плужников, М. С. Ангина и хронический тонзиллит / М. С. Плужников, Г. В. Лавренова, К. А. Никитин. — СПб., 2003. — 151 с.
9. Солдатов, И. Б. Руководство по оториноларингологии / И. Б. Солдатов // Медицина. — 1997. — С. 287–297.
10. Тимошенко, П. А. Принципы лечения хронического тонзиллита на современном этапе / П. А. Тимошенко, А. Ч. Бучель, Г. И. Сермяжко // Актуальные проблемы оториноларингологии: материалы второй Межд. беларуско-польской конф., Гродно, 29–30 мая 2003 г. — Гродно, 2003. — С. 90–93.

Поступила 20.01.2016

УДК 616.248)

ФЕНОТИПЫ И СОСТОЯНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С НЕКОНТРОЛИРУЕМЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Д. Ю. Рузанов¹, Е. И. Давидовская², Т. В. Барановская², Т. Т. Шебушева³,
И. В. Буйневич¹, Л. В. Алешкевич⁴, В. Э. Гавриленко⁵

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

³Гомельская областная туберкулезная клиническая больница

⁴Минская областная клиническая больница

⁵Брестская областная больница

Цель: на основании анализа причин неконтролируемого течения бронхиальной астмы (БА) выявить состояния и фенотипы, влияющие на эффективность терапии.

Материал и методы. Комплексно обследованы 762 пациента обратившихся (направленных) в медицинские учреждения для оказания им специализированной пульмонологической помощи.

Результаты. Определена частота встречаемости различных фенотипов и состояний астмы и степень риска неконтролируемого течения БА.

Заключение. Наиболее высокий риск неконтролируемого течения наблюдается у пациентов с хронически сложной, дистальной и нестабильной БА, при отсутствии комплаенса, при нерациональной терапии, синдроме перекреста астма-ХОБЛ, при декомпенсированной хронической тяжелой патологии и критических ошибках в использовании дозирующих аэрозольных ингаляторов (ДАИ).

Ключевые слова: бронхиальная астма, уровень контроля, фенотип.

PHENOTYPES AND STATES OF UNCONTROLLED BRONCHIAL ASTHMA

D. Yu. Ruzanov¹, E. I. Davidovskaya², T. V. Baranouskaya², T. T. Shebusheva³,
I. V. Buynovich¹, L. V. Aleshkevich⁴, V. E. Gavrilenko⁵

¹Gomel State Medical University

²Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk

³Gomel Regional Clinical Hospital

⁴Minsk Regional Clinical Hospital

⁵Brest Regional Hospital

Aim: analyzing the causes of the uncontrolled course of bronchial asthma (BA) to reveal the states and phenotypes influencing the efficiency of therapy.