

Purpose: To study the clinical and anamnestic characteristics of patients with changes in the organ of vision in atherosclerosis (AS). **Material and methods:** 156 patients with laboratory-clinically diagnosed atherosclerosis underwent examination and dynamic observation. All patients underwent a comprehensive examination, including the study of central visual acuity, kinetic and computed static perimetry, tonometry, gonioscopy, biomicroscopy, fundus ophthalmoscopy, ultrasound Doppler ultrasound of the vessels of the eye and the brachiocephalic trunk. **Results:** In patients with initial atherosclerosis in the absence of any subjective complaints and clinical manifestations of atherosclerotic vascular lesions, with a careful survey, episodes of short-term visual impairment after overeating, physical overstrain, visual impairment in one eye in bright light, periodic fog in front of the eye, discomfort, etc. dry eye. Patients with a clinical course of atherosclerosis, patients noted decreased vision, disappearance of the lower half of vision, upper half of vision, floating spots in front of the eye, pain in the eye, fog in front of the eye and loss of visual acuity, etc. **Conclusions:** Taking into account the presence of both modifiable in patients, and unmodifiable risk factors for the development of atherosclerosis, early and differential diagnosis of atherosclerosis should be carried out to prevent damage to target organs.

Key words: organ of vision, atherosclerosis, ischemic diseases of the organ of vision.

Maqsad: ateroskleroz (AS) da ko'rish organi o'zgargan bemorlarning klinik va anamnestik xususiyatlarini o'rganish.

Materiallar va usullar: Laboratoriya-klinik tashxis qo'yilgan ateroskleroz bilan kasallangan 156 bemor tekshiruv va dinamik kuzatuvdan o'tkazildi. Barcha bemorlar keng ko'lamlı tekshiruvdan o'tdilar, shu jumladan markaziy ko'rish keskinligi, kinetik va hisoblangan statik perimetriya, tonometriya, gonioskopiya, biomikroskopiya, fundus oftalmoskopiya, ko'z tomirlari ultratovushli doppler ultratovush va brakioyosefalik magistral. **Natijalar:** dastlabki aterosklerozli bemorlarda hech qanday sub'ektiv shikoyatlar va tomirlarning aterosklerotik shikastlanishlari bo'lmaganida, diqqat bilan so'rov o'tkazilganda, ortiqcha ovqatlanishdan so'ng qisqa muddatli ko'rish buzilishi epizodlari, jismoniy haddan tashqari kuchlanish, yorqin nurda bir ko'zda ko'rish buzilishi, ko'z oldida davriy tuman, bezovtalik va boshqalar. quruq ko'z. Aterosklerozning klinik kursi bo'lgan bemorlar ko'rishning pasayishini, ko'rishning pastki yarmining yo'qolishini, ko'rishning yuqori yarmini, ko'z oldida suzuvchi dog'larni, ko'zning og'rig'ini, ko'z oldida tumanni va ko'rish keskinligining yo'qolishini va boshqalarni qayd etdilar. **Xulosa:** ikkala modifikatsiyalangan va mavjudligini hisobga olgan holda va ateroskleroz rivojlanishi uchun o'zgartirilishi mumkin bo'lmagan xavf omillari, maqsadli organlarning shikastlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun aterosklerozning erta va differentsial diagnostikasini o'tkazish kerak.

Kalit so'zlar: ko'rish organi, ateroskleroz, ko'rish organining ishemik kasalliklari.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-80>

УДК: 616.21-005.745

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



Арифов С.С.¹, Хасанов С.А.²

¹ Ташкентский институт усовершенствования врачей

² Республиканский Центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз.

Актуальность исследования. Хронический тонзиллит является одним из распространенных заболеваний ЛОР-органов. Он часто является причиной формирования тонзиллогенных

сопряженных, ухудшения течения сопутствующих заболеваний других органов организма и приводит к длительной потере трудоспособности [2,7].

В исследованиях проведенных 80-годы прошлого

столетия выявлено, что хронический тонзиллит довольно часто встречается у пожилых людей, но обострение его с возрастом возникает всё реже и протекает более стёрто, что связано по всей вероятности, с нарушением местной реактивности лимфоидной ткани в связи её инволюцией. Нёбные миндалины в этом возрасте могут оставаться очагом инфекции, что подтверждено морфологическими данными [3].

Имеющиеся в литературных источниках сведения не дают четкого представления об особенностях изменениях микробного пейзажа глотки у больных хроническим тонзиллитом пожилого и старческого возраста и их взаимосвязи с клиническими формами заболевания.

Целью настоящего исследования было оценка исходного состояния микробиоценоза слизистой оболочки глотки и небных миндалин у больных хроническим тонзиллитом пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования. Состояние микробиоценоза глотки было изучено у 52 больных хроническим тонзиллитом пожилого и старческого возраста. Возраст больных был от 61 до 83 лет (средний возраст $70,7 \pm 1,02$ год).

Контрольную группу составили 12 практически здоровых лиц пожилого и старческого возраста, средний возраст которых определен как $69,3 \pm 2,17$ лет при крайних значениях - от 61 до 83 лет.

Возрастные границы обследованных больных установлены исходя из классификации возрастных групп, предложенной ВОЗ [1] и возрастной периодизация, принятой VII научно-практической конференцией по возрастной морфологии, физиологии и биохимии. Согласно им, возраст от 61 до 74 -пожилым и от 75 до 89 - старческим.

Клиническое обследование включало расспрос жалобного, сбор анамнеза жизни и болезни, анализ медицинской документации, оценку состояния кожи,

видимых слизистых оболочек, опорно-двигательного аппарата, нервной системы, внутренних органов. Состояние ЛОР - органов оценивали с помощью отоскопии, риноскопии, эпи-, стомофарингоскопии и непрямой ларингоскопии. При постановке диагноза ХТ и определении её формы придерживались классификации Б.С.Преображенского - В.Т.Пальчуна [6].

У каждого обследуемого каждый раз брали один соскоб из задней стенки глотки, другой – из небной миндалины. Взятие соскоба со слизистой оболочки ротоглотки осуществляли металлической ушной петлей из задней стенки ротоглотки. Дублирование забора материала проведено с целью выявления особенности микрофлоры с поверхности слизистой оболочки глотки и поверхностных отделов лакун небных миндалин. Получение материала бактериологического исследования из лакун небных миндалин проводилась по методике С.Н. Алланиязова [2]. Бактериологическое и микологическое исследование проведено по общепринятой методике [4].

Результаты исследования и их обсуждение. Общая характеристика микробиологического исследования мазков взятых из задней стенки глотки больных и практически здоровых лиц представлена в таблице 1. У 11 здоровых лиц микрофлора ограничивалась наличием в основном, сапрофитной флоры, небольшим количеством некоторых видов условно-патогенных микроорганизмов с небольшим КОЕ. У 1 здорового обследуемого отсутствовал микробный рост. У больных ХТ высевались в основном патогенные, затем условно-патогенные микроорганизмы, редко – с низким КОЕ сапрофитные микроорганизмы. Из задней стенки глотки чаще высевались аэробы в чистом виде (51,9%), затем в ассоциации с анаэробами (42,3%) и в последнюю очередь анаэробы в чистом виде (5,8%).

Таблица 1

Общая характеристика микробиологического исследования мазков взятых из задней стенки глотки

Обнаружены микроорганизмы:	Больные ХТ (n=52)		Условно здоровые (n=12)	
	Абс	%	Абс	%
Только аэробы	27	51,9	11	91,7
Только анаэробы	3	5,8	-	-
В ассоциации	22	42,3	-	-
Всего выявлено	52	100	11	91,7

В таблице 2 приведены результаты микробиологического исследования мазков взятых из лакун небных миндалин. Из них у больных хроническим тонзиллитом чаще

высеивались ассоциация аэробов с анаэробами (57,7%) затем аэробы в чистой культуре (32,7%) и в последнюю очередь анаэробы в чистом виде (9,6%).

Таблица 2

Общая характеристика микробиологического исследования мазков, взятых из лакун небных миндалин

Обнаружены микроорганизмы:	Больные ХТ (n=52)		Условно здоровые (n=12)	
	абс	%	Абс	%
Только аэробы	17	32,7	11	91,7
Только анаэробы	5	9,6	-	-
В ассоциации	30	57,7	1	8,3
Микроорганизмы не обнаружены	-	-	-	-

Видовой состав микрофлоры у больных ХТ характеризовался разнообразием. Общая характеристика видového состава

микроорганизмов мазков взятых из задней стенки глотки и из лакун небных миндалин представлена в таблице 3.

Таблица 3

Видовой состав микрофлоры больных хроническим тонзиллитом

Название микроорганизма	Больные ХТ (n=52)				Условно здоровые (n=12)			
	задняя стенка глотки		лакуны небных миндалин		задняя стенка глотки		лакуны небных миндалин	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Аэробы:								
Streptococcus pyogenes	7	13,5	5	9,6	-	-	-	-
Streptococcus viridians	9	17,3	7	13,5	5	41,7	5	41,7
Streptococcus haemolyticus	12	23,1	15	28,8	-	-	-	-
Staphylococcus aureus	8	15,4	10	19,2	-	-	-	-
Staphylococcus epidermidis	11	21,2	8	15,4	6	50	7	58,3
Дифтероиды	-	-	-	-	-	-	-	-
Нейссерии	-	-	-	-	-	-	-	-
Кандиды	2	3,8	2	3,8	-	-	-	-
Анаэробы:								
Peptococcus	4	7,7	6	11,5	-	-	-	-
Peptostreptococcus	9	17,3	11	21,2	-	-	-	-
Bacteroides	12	23,1	18	34,6	-	-	1	8,3

Микробиологический “пейзаж” больных ХТ характеризовался следующими:

- среди анаэробов наиболее чаще встречались бактериоиды, в наименьшем случае пептострептококи;
- из аэробных чаще встречались *Streptococcus haemolyticus* и редко *Streptococcus pyogenes*;
- в лакунах миндалин удельный вес выявления микроорганизмов в ассоциации было выше, т.е. 57,7% вместо 42,3% в мазках, взятых из задней стенке глотки;
- в лакунах миндалин удельный вес выявления только анаэробов было выше, т.е. 9,6% вместо 5,8% в мазках, взятых из задней стенке глотки;
- в лакунах миндалин удельный вес выявления патогенных микробов было достоверно выше, т.е. 90,4% вместо 78,8% в мазках, взятых из задней стенке глотки ($P < 0,05$);
- удельный вес выявления условно патогенных микробов было выше в мазках, взятых из задней стенке глотки, т.е. 21,2% вместо 9,6% в мазках, взятых из лакун небных миндалин ($P < 0,05$);
- в лакунах небных миндалин не выявлялись сапрофитные микробы, тогда как они высевались на задней стенке глотки с низким КОЕ в 10%.

При сравнительном микробиологическом анализе обеих методик выявлена существенная закономерность, т.е. низкая доля выявления гемолитического стрептококка, т.е., 23% на поверхности глотки и 28,8% в лакунах небных миндалинах. Общеизвестно, что в других возрастных группах у больных страдающим хроническим тонзиллитом этот возбудитель рассматривается основным этиологическим фактором хронического тонзиллита.

Это наводит на мысль о снижении стечением возраста роли данного микроорганизма в этиопатогенезе хронического тонзиллита, формировании и течении различных «метатонзиллярных» заболеваний. В литературе описываются о снижении удельного веса стрептококковой флоры в качестве этиологического фактора при воспалительных заболеваниях иной локализации в пожилом и старческом возрасте [5].

Исследование чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам и антисептикам “in vitro” показало:

- высокую чувствительность аэробных бактерий к цефалоспорином, пенициллинам, макролидам, фторхинолонам, низкая чувствительность к антибиотикам аминогликозидного ряда, котримаксозолу;
- высокую чувствительность анаэробных бактерий метронидазолу, рифампицину, умеренную чувствительность к тетрациклину,

амоксциллину, эритромицину, отсутствие чувствительности к пенициллину;

- высокую микоцидную и/или микостатическую активность грибов рода *Candida* флуконазолу, нистатину, клотримазолу, нитроксилину.

Выводы.

1. У больных хроническим тонзиллитом пожилого и старческого возраста в большинстве случаях были выделены ассоциации аэробной и анаэробной бактериальной микрофлоры и реже сочетание их и грибами рода *Candida*;

2. У данного контингента больных отмечается снижение доли выявления гемолитического стрептококка как на поверхности глотки, так в лакунах небных миндалинах.

3. Имеется отличие видового состава микрофлоры задней стенки глотки с микрофлорой поверхностных отделов лакун небных миндалин;

4. Активность различных препаратов противоположно отличается в отношении различных групп микроорганизмов, что требует проведения строго их отбора при наличии микст-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА.

1. «World report on ageing and health» - WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 978 92 4 069481 1 – 2015 - 260p.
 2. Алланиязов С.Н. «Повышение эффективности лечения ангин» Автореф. дис. ... канд.мед.наук. - 2006.- 25с.
 3. Еременко В.И. Об осложнении при паратонзиллярном абсцессе // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – М. – 1983 – № 4. – С. 65–66.
 4. Зверев В.В. «Медицинская микробиология, вирусология и иммунология» Т. 1 / М.Н. Бойченко/ – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. - 448с.
 5. Лавренова Г.В. Нестерова К.И. Яременко К.В. Нестерова А.А. «Обоснование консервативного лечения хронического тонзиллита у лиц старших возрастных групп методами «мягкой» терапии» // Вестник оториноларингологии – 2016 - №4 - С.22-26
 6. Пальчун В.Т. «Оторино-ларингология» / Магомедов М.М., Лучихин Л.А./М.:«ГЭОТАР-Медиа»,2011.–656 с.
 7. Худогова З.П., Евстропов А.Н., Васильева Н.Г., Рымша М.А., Подволоцкая И.В., Шоларь М.В. «Эффективность использования стафилококкового бактериофага в топической терапии хронического тонзиллита» // Российская оториноларингология. – 2011 - №6 – С.176-179.
- Резюме.** В статье изучено микробиоценоз слизистой оболочки задней стенки глотки и

небных миндалин у 52 больных хроническим тонзиллитом и у 12 практически здоровых лиц пожилого и старческого возраста. Состояние ЛОР - органов оценивали с помощью отоскопии, риноскопии, эпи-, стомофарингоскопии и непрямой ларингоскопии. При постановке диагноза ХТ и определении её формы придерживались классификации Б.С.Преображенского - В.Т.Пальчуна. У каждого обследуемого каждый раз брали один соскоб из задней стенки глотки, другой – из небной миндалины.

Ключевые слова: старость, хронический

тонзиллит.

Summary. The article studies the microbiocenosis of the mucous membrane of the posterior pharyngeal wall and palatine tonsils in 52 patients with chronic tonsillitis and in 12 practically healthy elderly and senile persons. The state of ENT organs was assessed using otoscopy, rhinoscopy, epi-, stomopharyngoscopy and indirect laryngoscopy. When making the diagnosis of CT and determining its form, the classification of B.S. Preobrazhensky - V.T. Palchun was followed. Each subject each time took one scraping from the posterior pharyngeal wall, the other from the palatine tonsil.

Key words: old age, chronic tonsillitis.

УДК: 617,2-[611.32/.71]-001-189

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА



Храмова Н.В., Амануллаев Р.А., Хусанова Ю.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Оказание помощи пациентам с дефектами мягких тканей челюстно-лицевой области представляет собой достаточно трудную задачу. Прежде всего, это связано с анатомическими особенностями кровоснабжения и иннервации, существуют также сложности эстетического, социального и функционального характера. Актуальность проблемы определяется многими причинами, основными из которых являются сохраняющаяся тенденция к уменьшению числа больных с повреждениями мягких тканей лица, требующими хирургического вмешательства, неудовлетворительные результаты лечения повреждений данной локализации, госпитальная инфекция, особая тяжесть их течения, медленная реабилитация больных, обусловленная не всегда полноценной регенерацией тканей. Данная категория больных подразумевает оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Закрывание дефектов с помощью традиционных способов (свободная кожная пластика, Филатовский стебель, рандомизированные и дерматензионные лоскуты и т. д.) в большинстве случаев не позволяют достичь результатов, предъявляемых к замещению дефектов лица в соответствии с современными требованиями [5].

Есть несколько рабочих классификаций дефектов челюстно-лицевой области и головы. «Приобретенные дефекты и деформации мягких тканей и костей челюстно-лицевой области» делятся в соответствии с кодом по МКБ-10 [6]:

Т 90.0 – Последствия поверхностных травм головы;

Т 90.2 – Последствия переломов костей лица;

Т 91.1 – Последствия поверхностных травм и ранения шеи;

М 95.2 – Другие приобретенные деформации головы;

М 95.3 – Приобретенные деформации шеи;

По локализации различают:

1. Дефекты и деформации губ.

2. Дефекты и деформации подбородочной области.

3. Дефекты и деформации ротовой щели.

4. Дефекты и деформации носа.

5. Контрактура челюсти.

6. Келоидные рубцы после травм.

7. Рубцы и деформации лица и шеи после ожогов.

8. Дефекты челюстей после удаления опухолей.

По этиологии:

1. После механических травм головы и шеи