

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

*На правах рукописи*

УДК: 616. 321-002. 07. 08.

**БАХРОНОВ АЗАМАТ РАЖАБОВИЧ**

**" КЛИНИКО – ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И  
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФАРИНГИТОВ "**

**5А510104-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

Диссертация на соискание академической степени магистра

Научный руководитель

кандидат медицинских наук:

доцент: Хушвакова Н.Ж.

САМАРКАНД – 2016

## ОГЛАВЛЕНИЕ

	ВВЕДЕНИЕ	5
<b>ГЛАВА 1.</b>	<b>ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ</b>	9
1.1	Этиология и патогенез хронического фарингита	9
1.2	Классификация хронического фарингита	18
1.3	Лечение больных с хроническим фарингитом.	21
<b>ГЛАВА 2.</b>	<b>КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	29
2.1	Общая характеристика больных и объем клинических наблюдений	29
2.2	Клинические методы	30
2.3	Микробиологические методы	31
2.3.1	Изучение микробного пейзажа слизистой оболочки задней стенки глотки	31
2.3.2	Исследование на хламидиоз	32
2.3.3	Бактериологическое исследование фекалий на дисбактериоз	33
2.4	Иммунологические методы	34
2.4.1	Исследование содержания в крови иммуноглобулинов классов А,М,С	34
2.4.2	Определение содержания секреторного иммуноглобулина А в слюне	35
2.5	. Статистические методы	35
<b>ГЛАВА 3.</b>	<b>РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ</b>	37
3.1	Данные клинического обследования больных	37
3.2	Данные оториноларингологического обследования больных	40
3.3	Анализ лабораторных исследований	41

<b>ГЛАВА 4.</b>	<b>ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЛИМФОИДНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ГЛОТКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ФАРИНГИТЕ</b>	<b>45</b>
4.1	Инвазивные методы воздействия на лимфоидные элементы глотки у больных ХГФ	45
4.2	Ультразвуковой метод лечения ХФ	47
4.2.1	Характеристика применяемой аппаратуры	47
4.2.2	Методика воздействия	50
4.3	Характеристика общих и местных изменений после лечебного воздействия	55
<b>ГЛАВА 5.</b>	<b>ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ</b>	<b>61</b>
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	63
	ВЫВОДЫ	70
	ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	71
	СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	72

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

ХФ – хронических фарингит

ХГФ – хронических гипертрофических фарингит

УФО – ультрафиолетовый облучение

ПЦР – полимеразной цепной реакции

Ig A - иммуноглобулин А

## **ВВЕДЕНИЕ**

Лечение рецидивирующих воспалительных заболеваний слизистой оболочки глотки остается проблемой оториноларингологии. В настоящее время в лечении хронического фарингита и профилактике его рецидивов активно используются препараты, обладающие иммунонаправленным действием (Мухомедзянова Л.В., Вахрушев С.Г., Андриянова И.В., 2011).

В работах отечественных исследователей были показаны пути реализации иммунного ответа через активацию синтеза иммуноглобулина А, лизоцима, стимуляцию фагоцитоза (Волков А.Г., Трофименко С.Л., 2007).

Хронический фарингит является одной из наиболее распространенных патологий в структуре ЛОР заболеваний. Частота заболевания среди взрослого и детского населения составляет 7-8% и неуклонно возрастает. Поэтому не исчезает постоянный исследовательский интерес к проблеме его этиопатогенеза и лечения [2, 69].

Принято считать, что фарингит возникает в результате комплекса этиологических факторов. К ним могут быть отнесены как экзогенные факторы, действующие непосредственно на слизистую оболочку глотки (различные профессиональные вредности, особенности климатических условий и т.д.), так и эндогенные, связанные с патологией внутренних органов.

Хроническое воспаление слизистой оболочки глотки обычно развивается, как следствие острого воспаления при недостаточном лечении и неустранимых причинах, его вызвавших. Хронический фарингит может возникнуть, как вторичное заболевание при распространении воспалительного процесса на слизистую оболочку глотки из полости носа и околоносовых пазух, полости рта, небных миндалин и т.д. Хронический фарингит может развиваться из-за повторяющихся острых

воспалений слизистой оболочки глотки или с самого начала может носить хронический характер.

Хронический фарингит часто является проявлением патологии желудочно-кишечного тракта: хронического атрофического гастрита, холецистита, панкреатита. Попадание кислого желудочного содержимого в глотку во время сна при гастроэзофагальной рефлюксной болезни и грыжах пищеводного отверстия диафрагмы нередко являются скрытой причиной развития хронического фарингита [10,73].

На развитие хронического фарингита оказывают влияние болезни сердечно-сосудистой системы, женской половой сферы, шейный остеохондроз [22].

Течение хронического воспалительного процесса может зависеть от вирулентности микрофлоры, состояния макроорганизма, а также состояния самой слизистой оболочки — ее иннервации, кровообращения, степени увлажненности, обсемененности и характера микрофлоры и т.д.

Слизистая оболочка глотки обладает сложным мышечным, нервным, сосудистым, секреторным и лимфоидным аппаратом. Глотка является важным регулятором рефлекторных стимулов торможения, дыхательного акта и задержки глотания. С помощью глотки осуществляются такие функции, как голосообразование, речь, дыхательный акт, проведение пищевых масс к пищеводу.

В условиях патологии происходит нарушение всех функций глотки, защитно-приспособительные реакции превращаются в патологические. Поэтому течение данного заболевания часто сопровождается тягостными для больных симптомами и нередко приводит к длительной утрате трудоспособности [37, 68, 71,].

Все это обуславливает необходимость дальнейшего изучения этиологии хронического фарингита, характера влияния разных факторов на слизистую оболочку глотки, а также клинической картины и

особенностей ее течения у разных индивидуумов и при разных формах заболевания [12, 28].

Для лечения хронического фарингита предложены различные медикаментозные, хирургические и физиотерапевтические средства. В настоящее время лечебные факторы при этих процессах базируются на последних достижениях науки и техники.

Вместе с тем следует отметить, что большое количество предложенных методов лечения уже само по себе говорит об их недостаточной эффективности и диктует необходимость дальнейших поисков новых действенных средств, а также совершенствования существующих ныне.

Несмотря на то, что этиология и патогенез заболевания постоянно изучается, и в практику внедряются все новые методы диагностики и лечения хронического фарингита, проблема лечения еще окончательно не решена и остается весьма актуальной в современной оториноларингологии. Поэтому разработка новых эффективных методов лечения этого заболевания имеет важное научное и практическое значение.

### **Цель работы:**

Целью настоящей работы: является изучение клинико-иммунологических аспектов и оптимизация лечения хронического фарингита.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить особенности клинического течения и распространения хронических фарингитов.
2. Изучить состояние показателей местного иммунного статуса с хроническим фарингитом.
3. Оценить эффективность препарата Гексаспрей при лечении хронических фарингитов.

**Научная новизна:**

Путем исследования показателей местного иммунитета с хроническим фарингитом будет проводиться оптимизированное лечение с препаратом Гексаспрей .

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### 1.1. Этиология и патогенез хронического фарингита.

Хронический фарингит (ХФ) является одним из самых распространенных заболеваний ЛОР органов. По обращаемости больных к ЛОР врачу занимает одно из первых мест. Заболеваемость им составляет 7-8% и неуклонно возрастает в различных возрастных и профессиональных группах [11, 24, 45].

Это полиэтиологическое заболевание, которое характеризуется наличием воспалительных и дистрофических изменений слизистой оболочки глотки. Часто является не самостоятельным, а сопутствующим другим заболеваниям. Поэтому не всегда следует расценивать хронический фарингит, как только местное поражение небольшого участка слизистой оболочки глотки, а стараться увязать его с причинами общего порядка, выявить которые можно только с помощью дополнительных методов исследования [24, 49, 64, 68].

В научной литературе рассматриваются причины возникновения данного заболевания. Следует отметить, что дискуссии по поводу этиологии и патогенеза данного заболевания продолжаются [20, 75].

В многочисленных работах отмечено, что причиной фарингита могут быть острые воспалительные заболевания как микробного, так и вирусного происхождения. При изучении микробного пейзажа слизистой оболочки задней стенки глотки известно, что флора представлена следующими видами: зеленающий стрептококк, нейссерии, золотистый стафилококк, пневмококк,  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А, эпидермальный стафилококк, клебсиеллы и грамотрицательные палочки. В 90% случаев бактериальная флора задней стенки глотки представлена ассоциациями из 2-3 видов микробов [64]. Поэтому следует учитывать характер возбудителя, колонизация которого на слизистой оболочке вызывает обострение воспалительного процесса в глотке [8, 73]. В то же время исследованиями ряда авторов установлено, что нормальная

микрофлора полости рта и глотки у здоровых лиц характеризуется известным постоянством [24,26].

Установлено, что первичное проникновение бактерий в ротовую полость происходит при прохождении плода по родовым путям; первоначальная микрофлора представлена лактобациллами, энтеробактериями, коринебактериями, стафилококками и микрококками, но уже через 2-7 суток она практически полностью замещается на бактерии, обитающие в ротовой полости матери и персонала родильного отделения [18].

Однако следует учитывать, что полиморфизм бактериальной обсемененности слизистой оболочки не дает оснований связывать возникновение и течение этого заболевания с каким-то одним видом микробов. Так же следует отметить, что бактериальная флора представлена исключительно условно патогенными бактериями, способными проявить вирулентность лишь в условиях сниженной общей или локальной резистентности организма. Это дает возможность думать, что в патогенезе фарингита микробной флоре не принадлежит роль ведущего и определяющего фактора, а первостепенное значение имеет нарушение защитных механизмов слизистой оболочки [26,64].

При гипертрофических (гранулезных) фарингитах нередко в посевах со слизистой оболочки глотки обнаруживаются ассоциации бактериальной флоры и дрожжеподобных грибов рода Кандида. Последние известны, как микроорганизмы, обладающие выраженным алергизирующим действием [26, 49].

В литературе есть указания на тот факт, что у лиц пожилого возраста происходит закономерное изменение видового состава микробной флоры ротоглотки. При этом увеличивается представительство таких микроорганизмов, как золотистый стафилококк, аэробных грамотрицательных энтеробактерий. Но причина данных изменений до сих пор пока остается не совсем ясной [38].

Исследованиями ряда авторов [30, 72] установлено, что значительная роль при развитии воспалительных заболеваний глотки отводится микотической инфекции. При обследовании ими больных с длительным и упорным анамнезом заболевания грибковый характер воспаления был выявлен у 44,7% больных.

Имеются работы, посвященные изучению влияния вирусов на развитие хронического фарингита [1, 12, 19]. В них отмечается, что в патологии глотки большое значение имеют аденовирусы, что объясняется целым рядом своеобразных свойств: длительным персистированием в лимфоидной ткани, распространением аденовирусных инфекций и спорадических заболеваний. Так же авторы отмечают, что вирусы, являясь внутриклеточными паразитами, создают благоприятные условия для изменения реактивности организма и вызывают патологию эпителия слизистой оболочки.

В последнее время в литературе появляются сведения, что этиологическим фактором в развитии как острых, так и хронических процессов ЛОР органов, в том числе и хронических фарингитов, могут быть хламидии [16,69]. По мнению авторов, частота выявления хламидий при различной ЛОР патологии колеблется от 3 до 52%. Другие исследователи находили хламидии при заболеваниях ЛОР органов в единичном количестве и считали маловероятной роль хламидий, как возбудителя заболевания [72]. Они также указывают, что вопросы, связанные с хламидийной инфекцией при ЛОР патологии требуют дальнейшего изучения.

Помимо неспецифической формы существуют еще и другие виды фарингита, связанные с конкретными возбудителями, например, вирус Эпштейна- Барра при инфекционном мононуклеозе, *Yersinia enterocolitica* при иерсениозном и гонококк при гонорейном фарингите, а также *Leptotrixbuccalis* при лептотрихозе глотки [3, 34, 57].

В литературе имеются указания, что хроническое воспаление слизистой оболочки глотки обычно развивается, как следствие острого воспаления при недостаточном лечении и не устранении причин, его вызвавших [2, 3].

Многочисленные авторы отмечают, что развитие хронического фарингита связано с влиянием вредных факторов на слизистую оболочку глотки, которыми являются алкоголь, никотин, острая пища, злоупотребление газированными напитками [13, 42].

Достоверно известно и подтверждено многочисленными наблюдениями, что хроническим фарингитом страдают люди, работающие в различных неблагоприятных производственных условиях [53, 65]. При анализе последних установлено, что таковыми являются загазованность, запыленность воздуха на производстве, работа с различными химическими веществами, а так же работа в условиях постоянного перепада температур.

Большое количество работ посвящено обсуждению состояния патологии полости носа, как вероятной причины возникновения хронического фарингита [47, 55, 56]. Достоверно установлено, что при нарушении носового дыхания - искривлении перегородки носа, вазомоторном и гипертрофическом ринитах, полипозе носа, аденоидах - осуществляется дыхание через рот и на слизистую оболочку глотки воздействует сухой, холодный и, часто содержащий различные вредные включения, воздух. В литературе имеются данные, что в 77% случаев хронический фарингит сочетается с иной патологией верхних дыхательных путей [54], и указания на то, что воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух сопровождаются также затеканием по задней стенке глотки слизисто-гнойного секрета, который оказывает на слизистую оболочку глотки неблагоприятное воздействие [20, 47, 73].

Исследованиями ряда авторов установлено, что вероятность возникновения хронического воспалительного процесса зависит от

вирулентности микроорганизма, состояния слизистой оболочки, ее иннервации, кровообращения, степени увлажнения, а также от характера дыхания и состояния всего организма [21, 33]. Кроме того, возникновение хронических воспалительных заболеваний глотки может быть обусловлено специфической перестройкой реактивности организма [5, 9].

Некоторые авторы полагают, что хронический фарингит является вторичным заболеванием, развивающимся в результате распространения на слизистую оболочку глотки воспалительного процесса со стороны полости носа и его околоносовых пазух или лимфатического глоточного кольца, либо инфицирования слизистой оболочки задней стенки глотки со стороны полости рта [4,29].

В многочисленных работах подчеркивается, что нередко патогенетическим фактором в развитии хронического фарингита является хронический тонзиллит [57, 60]. Авторы отмечают, что при хроническом токсико-аллергическом тонзиллите хронический фарингит обнаруживается чаще. Эти факты согласуются с известным представлением о роли небных миндалин в осуществлении местного иммунитета глотки: глубокие морфологические изменения небных миндалин приводят к ослаблению их функциональной активности и, в результате этого, к снижению защитных свойств слизистой оболочки глотки. Последнее играет решающую роль в развитии хронического фарингита [14].

Изучение состояния слизистой оболочки задней стенки глотки при эндокринных заболеваниях показало, что фарингит встречается в 60-80% случаев [1]. Влияние на состояние ЛОР органов при различных заболеваниях желез внутренней секреции авторы объясняют тем, что нарушается не только гормональный баланс, но и обмен веществ, изменяется соотношение между симпатическим и парасимпатическим отделами, развиваются расстройства макро и микроциркуляции. Было также установлено, что при эндокринных заболеваниях у больных

преобладает субатрофическая форма хронического фарингита и часто встречается смешанная форма. Авторы отмечают, что общие черты фарингитов при эндокринных заболеваниях включают трофические и вазомоторные изменения, протекающие чаще всего по типу ринофарингитов.

В литературе есть указания на изменения состояния слизистой оболочки глотки в связи с гинекологическими заболеваниями и при беременности [60]. Так, при исследовании беременных было обнаружено, что во время второй половины беременности появляется резкая сухость поверхности слизистой оболочки ротоглотки, не поддающаяся обычному лечению, или появляется отечность лимфаденоидной ткани в области задней стенки глотки и боковых валиков.

Установлено, что у пожилых людей явления фарингита проявляются довольно часто [6, 28]. Это обусловлено тем, что в пожилом возрасте развиваются атрофические изменения слизистой оболочки верхних дыхательных путей, а также различные заболевания, присущие данному возрасту: сердечнососудистые расстройства, болезни верхних и нижних дыхательных путей, нервные и эндокринные заболевания и т.д. Но в то же время у пожилых бывает часто смешанная форма хронического фарингита, когда на фоне атрофичной слизистой оболочки задней стенки глотки имеются отдельные массивные гранулы.

Изучение проблемы показало, что прогрессирующая атрофия слизистой оболочки глотки у лиц пожилого и старческого возраста проявляется, как инволюционный атрофический фарингит [6, 32].

В ряде случаев среди причин, вызывающих развитие хронического фарингита, указываются заболевания, которые могут вызывать застойные явления [36, 42]. Это заболевания сердечно-сосудистой системы, мочеполовой системы, легких, болезни кроветворных органов.

Большое количество работ посвящено установлению взаимосвязи хронических заболеваний глотки с патологическим состоянием

желудочно-кишечного тракта, в частности с заболеваниями желудка, печени [65, 69]. Так авторы отмечают, что жалобы, характерные для различных форм хронического фарингита, при заболеваниях желудка или кишечника встречаются значительно чаще. Они так же утверждают, что важной причиной возникновения и поддержания хронического фарингита следует считать состояние желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

На данную существующую зависимость и связь указывали в разные годы многие отечественные и зарубежные авторы и называли фарингиты при желудочно-кишечных заболеваниях восходящими или вторичными [50, 60].

В литературе есть сведения, указывающие на связь патологического гастроэзофагального рефлюкса с хроническим воспалением глотки [22]. Авторы отмечают, что у таких больных ХФ назначаемое стандартное лечение не дает желаемого результата. Поиски решения указанной проблемы заставили обратить внимание оториноларингологов на гастроэзофагальный рефлюкс. Проводимое в данном случае исследование показало, что клинические проявления гастроэзофагального рефлюкса не всегда выражены и при их отсутствии нельзя исключить патологический гастроэзофагальный рефлюкс. Лечение необходимо проводить совместно с гастроэнтерологом.

В последние годы убедительно показана взаимозависимость микробиоценоза глотки и кишечника. Развитие дисбиотических процессов в полости рта и на слизистой оболочке глотки как правило наблюдается у больных с дисбактериозом кишечника [24,26].

В литературе есть указания на то, что глотка с ее лимфоидными образованиями и ротовая полость анатомически тесно связаны между собой. Они непосредственно влияют на процесс пищеварения, деятельность сердечно-сосудистой системы, дыхания и т.д. Поэтому патология в ротовой полости и глотке может вызывать нарушение

деятельности различных систем и органов, в частности центральной нервной системы [39, 53,68].

По мнению ряда исследователей нельзя исключить и аллергический фактор в возникновении и развитии хронического фарингита [14, 49]. Они считают, что при воздействии на организм аллергена происходит сенсбилизация слизистой оболочки глотки, которая становится шоковым органом. Такое заболевание называют аллергической фарингопатией.

Описаны примеры, из которых следует, что у 59 больных из 100 имеется аллергический фарингит [17]. В этиологии этого заболевания значение имеют пищевые аллергены, зубные пломбы и протезы, а также находящиеся в глотке аденовирусы и микробы. По мнению автора, для таких больных характерен положительный алергологический анамнез, положительные кожные пробы, эозинофилия или лимфоцитоз в крови.

В литературе рассмотрен вопрос о связи фарингитов с ревматизмом [11]. Автор отмечает, что фарингит при ревматизме встречается в виде простых фарингитов, гранулезных фарингитов задней стенки глотки и боковых валиков глотки. Он также приходит к выводу, что наличие гранулезного фарингита после тонзиллэктомии может способствовать возникновению активной фазы ревматизма или вызывать его рецидив.

Многие авторы указывают еще одну причину возникновения заболевания — нерациональное, часто самостоятельное применение антибиотиков и кортикостероидов [36, 45, 72]. Это ведет к снижению резистентности организма, а при воздействии микробного, вирусного или грибкового поражения — к развитию заболевания.

В последнее время в литературе появились сообщения, что фарингит является одним из ранних симптомов синдрома хронической усталости [7].

В многочисленных работах отмечается, что при хроническом фарингите происходит нарушение функционального состояния эпителиального слоя слизистой оболочки глотки, что проявляется усилением процесса слущивания эпителиальных клеток и

дистрофическими изменениями. При этом на фоне выраженной воспалительной реакции-отмечено угнетение различных факторов, характеризующих состояние местного иммунитета слизистой оболочки глотки [9, 43].

Следует отметить тот факт, что развитие инфекционного процесса на слизистой оболочке верхних дыхательных путей зависит не только от характера возбудителя, но и эффективности защитных механизмов. Важнейшими среди этих механизмов являются мукоциллиарная и иммунная защита [21, 37, 51].

Мукоциллиарный барьер представлен слоем слизи, покрывающей ворсинки мерцательного эпителия и представляющий собой гель, содержащий вещества, обладающие антибактериальным действием и препятствующие фиксации возбудителя на поверхности эпителиальной клетки. Наиболее значимы из них лизоцим, лактоферин и секреторный иммуноглобулин А.

Если возбудитель все таки преодолевает мукоциллиарный барьер, закрепляется на поверхности эпителиальных клеток слизистой оболочки и размножается, формируя колонии, то начинает функционировать иммунная защита слизистой оболочки. Она представлена неспецифическими и специфическими местными иммунными факторами. Неспецифическая защита срабатывает довольно быстро и обеспечивается преимущественно фагоцитирующими клетками слизистой оболочки. Важную роль в обеспечении неспецифической защиты играет также воспалительная реакция в месте внедрения возбудителя, сопровождающаяся миграцией воспалительных клеток в патологический очаг и образованием различных воспалительных медиаторов [37, 53].

Однако главным недостатком факторов неспецифической защиты является идентичность их действия в отношении всех патогенов, в свою очередь сильно различающихся по биологическим свойствам. Поэтому главная роль в защите слизистых оболочек от инфекции принадлежит

местным иммунным механизмам, среди которых особо выделяется секреторная форма иммуноглобулина А. Важными отличительными чертами этой молекулы являются высокая специфичность действия и устойчивость к действию агрессивных факторов внешней среды. Кроме того, А образуется в ответ на инфекцию главным образом в самой слизистой оболочке, поэтому его концентрация значительно возрастает, а действие становится высокоэффективным. А связывается с бактериальными и вирусными патогенами и блокирует возможность их адгезии к клеткам эпителия, предотвращая начало инфекционного процесса. Поэтому формирование защитной пленки из А на поверхности клеток эпителия очень важно, так как при этом на поверхности слизистой оболочки образуется иммунный барьер, препятствующий проникновению патогенных микроорганизмов [61].

## **1.2. Классификация хронического фарингита.**

Существуют различные классификации хронического фарингита. Многие авторы в своих научных работах отмечают, что до настоящего времени нет четкой и простой классификации данного заболевания. Они основаны либо на клинико-морфологической картине заболевания, либо на этиопатогенетических факторах заболевания.

И.Г. Козлова отмечает, что большинство авторов различают:

1. простое хроническое воспаление глотки (фарингит),
2. атрофическое
3. зернистое (гранулезное)
4. боковое.

Другие авторы [47, 52] выделяют следующие формы хронического фарингита:

1. простой,
2. гиперпластический,
3. гипопластический,
4. боковой и гранулезный.

И.Г. Козловой [60] была предложена следующая классификация хронического фарингита:

1. катаральный хронический фарингит,
2. гипертрофический диффузный хронический фарингит,
3. гранулезно-боковой хронический фарингит,
4. субатрофический хронический фарингит,
5. атрофический хронический фарингит и
6. комбинированный атрофико-гипертрофический хронический фарингит.

В.Т. Пальчуном и Н.А. Преображенским [12] была предложена иная классификация хронического фарингита:

1. хронический простой (катаральный) фарингит,
2. хронический гипертрофический гранулезный и боковой фарингит,
3. хронический атрофический фарингит.

Н.А. Преображенский также отмечал, что среди хронических фарингитов различаются первичные и вторичные формы заболевания. Последние разделяются на восходящие и нисходящие. Он пояснял, что хронический фарингит как вторичное заболевание, может возникнуть при распространении процесса на слизистую оболочку глотки из полости носа и его придаточных пазух, полости рта, небных миндалин и т.д. [19].

И.Б. Солдатов предлагал делить хронический фарингит на диффузный и очаговый [17]. Хронический атрофический фарингит он расценивал как атрофические изменения слизистой оболочки глотки у пожилых людей (инволюционный атрофический фарингит). Он выделял так же смешанную форму хронического фарингита, когда на фоне атрофии слизистой оболочки имеются гранулы лимфоидной ткани.

Есть и этиопатогенетическая классификация хронических фарингитов, которая была предложена А.Ю. Овчинниковым [16]:

1. местно-региональные или ЛОР факторы, вызывающие хронический фарингит,

2. причины, обусловленные патологией внутренних органов,
3. причины, обусловленные нарушением обмена веществ,
4. истинные глоточные парестезии.

В настоящее время хронические фарингиты обычно классифицируют не по этиологическому признаку, а по характеру развивающихся в слизистой оболочке изменений: катаральный (простой), атрофический (субатрофический) и гипертрофический. Эта классификация чаще всего встречается в существующих руководствах и публикациях [33].

Следует отметить, что классификации хронического фарингита продолжают разрабатываться многими авторами. Так Ю.А. Джамалудиновым (1998) предложена еще одна классификация хронического фарингита [32]. Он выделяет первичный и вторичный хронический фарингит.

Первичным он считает такой дистрофический процесс, который может возникнуть, как следствие целого ряда причин, являющихся как бы пусковым механизмом. Возникший процесс развивается затем самостоятельно. Вторичным (симптоматическим) он называет фарингит, который имеет те же характеристики, но является как бы проявлением другого патологического процесса, протекающего одновременно с хроническим фарингитом и являющимся его причиной.

Н.А. Лебедева в своей работе излагает новую классификацию дистрофии слизистой оболочки глотки [72]. Она предлагает считать терминологию субатрофического и атрофического фарингитов устаревшей и неточной и целесообразным рассматривать их, как дистрофический процесс. При оценке выраженности дистрофии необходимо учитывать взаимосвязь с состоянием центральной нервной системы и другими органами. Она подразделяет дистрофию слизистой оболочки глотки на три степени: I степень — это дистрофия, которая сопровождается только местной симптоматикой; II степень — когда к местной симптоматике и местным изменениям присоединяется невротическое состояние, которое

приводит к развитию канцерофобии и III ступень - когда развивается стойкая канцерофобия и при лечении требуется помощь психотерапевта и психоневролога.

Т.В. Федорова разработала классификацию фарингитов с учетом особенностей детского возраста и сопутствующей патологией [19]. Так, она разделяет фарингит по происхождению на первичный и вторичный, по форме на острый и хронический. Последний на рецидивирующий и перманентный и т.д.

Таким образом, существуют разнообразные классификации хронического фарингита. Мы в своей практике и данной работе придерживались классификации В.Т. Пальчуна и Н.А. Преображенского (1999г.).

### **1.3. Лечение больных с хроническим фарингитом.**

Рассмотрение вопросов лечебных мероприятий при остром фарингите должно определяться основными патогенетическими механизмами заболевания. В литературе, посвященной лечению хронического фарингита, рекомендуется прежде всего ликвидировать те патологические состояния, которые явились причиной хронического воспаления глотки [23, 45]. Санация полости носа и околоносовых пазух, восстановление нормального носового дыхания, консервативное, а при необходимости хирургическое лечение хронического тонзиллита, устранение неблагоприятных производственных или бытовых факторов нередко позволяют добиться положительного результата без дополнительного лечебного воздействия на слизистую оболочку глотки.

Показано соблюдение диеты - она должна полностью исключить прием раздражающей пищи (горячую, холодную, кислую, острую и соленую) [69, 71].

В лечении хронического гипертрофического фарингита используются различные методики: полоскания, смазывания, ингаляции с применением различных лекарственных препаратов, оказывающих

противовоспалительное, противомикробное, антиаллергическое, вяжущее и смягчающее действия. Применяют блокады, прижигания, физиотерапевтическое воздействие. Все существующие методы лечения хронического гипертрофического фарингита можно разделить на два направления: консервативное и хирургическое [26, 32, 34].

Для полосканий используют настои ромашки, шалфея, эвкалипта, отвар коры дуба, бикарминт, полоскание Преображенского, траву зверобоя, горец змеиный, «ромазулан» и др. [47, 63].

Смазывание задней стенки глотки производят с помощью таких препаратов, как раствор Люголя, таннин-глицерин, колларгол, протаргол и др. [14, 46].

В литературе значительное внимание уделяется физиотерапевтическим методам лечения при хроническом фарингите, предусматривающие непосредственное воздействие на слизистую оболочку глотки и нервные образования, осуществляющие ее трофические функции [34]. При этом учитывается степень поражения слизистой оболочки глотки, этиологические факторы, индивидуальные особенности течения заболевания у пациента.

Широко применяются при лечении хронических фарингитов такие методы физиотерапевтического воздействия, как УФ-облучение, лекарственный электрофорез, фонофорез глотки, микроволновая и ультразвуковая терапия, диатермия области нервно-сосудистых пучков шеи, дарсонвализация задней поверхности шеи, диадинамический ток [73].

В литературе имеются сведения о применении ультрафонофореза, при котором лекарственные вещества депонируются в тканях. При гранулезном и боковом фарингитах автор рекомендует проведение ультрафонофореза с гидрокортизоном и спленином [13].

Описаны случаи применения иглотерапии при хроническом атрофическом и гипертрофическом фарингитах, причем автор считает

наиболее целесообразным этот метод в комплексном лечении этих форм заболеваний [10].

В литературе есть указания на применение в комплексном лечении таких больных, наряду с общепринятой медикаментозной терапией и соблюдением диеты, одновременного воздействия на область шейного отдела позвоночника и воротниковую зону, т.е. рекомендовано проводить сегментарно-рефлекторную терапию [66].

В последнее время опубликован ряд работ по использованию гелий-неонового лазера при лечении больных различными формами хронического фарингита [15].

В настоящее время имеются сообщения о применении метода КВЧ (крайне высокочастотной терапии), то есть воздействием электромагнитного излучения мм-диапазона крайне высокой частоты и низкой интенсивности. Метод применяют в рефлексогенных зонах [12].

В многочисленных работах подчеркивается, что эффективным методом лечения заболеваний верхних дыхательных путей является ингаляционная терапия [41]. Применяются ингаляции щелочные, с лизоцимом, трипсином, с йодобромной, морской водой, теплые ингаляции в виде крупнодисперсного аэрозоля отвара цветов ромашки, листьев шалфея, эвкалипта, щелочной минеральной воды в различных сочетаниях с масляными смесями (шиповника, облепихи и др.).

Ряд авторов при лечении гипертрофического фарингита и при фарингите наличием аллергического компонента рекомендует ингаляции с эвкалиптовым и ментоловым маслом, медово-кальциевым комплексом, настойкой эвкалипта, раствором димедрола с физиотерапевтическими процедурами: УВЧ, ультразвук, ионофорезом хлористого кальция на воротниковую зону и димедрола на область шеи [66].

В последнее время в литературе значительное внимание уделяется ароматерапии при лечении больных с хроническим фарингитом. Применяют натуральные растительные средства, в частности натуральные

эфирные масла. Метод особенно хорош у больных, которые перед этим длительно и бесконтрольно применяли для лечения различные лекарственные вещества, в том числе и антибиотики, и страдающие в последствии непереносимостью лекарственных препаратов. Для аэрозольароматерапии рекомендуются эфирные масла эвкалипта, лимона, мяты, чайного дерева, розмарина и др. [15,16].

Некоторые авторы проводят лечение с помощью апитерапии. Они рекомендуют ингаляции и полоскания горла растворами меда и прополиса [36].

В многочисленных работах есть указания, что при лечении хронического фарингита хороший эффект достигается при применении минеральных вод Северо-Кавказских курортов. В частности, авторы отмечают, что применение в теплом виде сероводородных ессентукских, мацестинских, закарпатских и других аналогичных им вод также благоприятно влияет на лечение заболевания.

Также положительный эффект дает гидротерапия, закаливание, пребывание на море, в частности в Крыму и на Черноморском побережье Кавказа. Показано климатическое лечение в местностях с высоким содержанием в воздухе аэро- и гидроаэроионов: морские побережья, горные районы [27]. Описаны случаи успешного применения грязелечения при хроническом воспалении глотки [14].

В литературе есть указания, что среди существующих методов лечения ранее были предложены методы тканевой и стимулирующей терапии, подсадка тканей по Румянцеву, введение подкожно экстракта алоэ, фибс, белоидстимулятора, стекловидного тела, введение экстракта алоэ под слизистую оболочку задней стенки глотки. Некоторые оториноларингологи отдавали предпочтение блокаде по Вишневному, шейной вагосимпатической блокаде, внутриносовой блокаде [32, 39].

Имеются сообщения о проведении новокаиновой блокады верхнегортанных нервов при хроническом фарингите. При этом автор отмечала хороший результат в виде устранения болевого синдрома [11].

Одним из методов лечения, описанным в литературе, является применение при лечении различных форм хронического фарингита антихолинэстеразных препаратов, в частности прозерина. Для этого использовали 0,05% раствор в ампулах по 1 мл. Под влиянием этого препарата у больных отмечается улучшение состояния слизистой оболочки глотки при хроническом фарингите, так как происходит повышение холинэстеразной активности [15].

В литературе имеются единичные сведения, что при выявлении хронического фарингита, обусловленного смешанной инфекцией, т.е. ассоциацией бактериальной флоры и дрожжеподобных грибов рода Кандида, назначали антибиотики с учетом выявленной микрофлоры и одновременным назначением противогрибковых антибиотиков (нистатина или леворина), а также общеукрепляющую и десенсибилизирующую терапию. Местно рекомендовалось проводить смазывание задней стенки глотки водными растворами анилиновых красителей [49].

Между тем известно, что системное назначение антибиотиков при целом ряде воспалительных заболеваний глотки нецелесообразно, а иногда, например при грибковом поражении, просто противопоказано [69, 71]. Единственным клиническим случаем, когда необходимо назначать системные антибиотики, является фарингит, вызванный стрептококком гр.А.

Многие авторы уделяют большое внимание препаратам местного действия, обладающим антисептическим и противовоспалительным эффектом. Среди них ангидин, антиангин, биопарокс, вокадин, гексализ, гексаспрей, гексорал. В состав перечисленных препаратов обычно входит одно или несколько антисептических средств (хлоргексидин, гексетидин, бензидамин, амбазон, тимол и его производные, спирты, препараты йода и

др.), эфирные масла, местные анестетики (лидокаин, тетракаин, ментол), реже антибиотики (фюзафюнжин, фоамицетин) или сульфаниламиды, дезодорирующие средства. Препараты также могут содержать лизаты бактерий (гексаспрей), природные антисептики (экстракты растений, продукты пчеловодства), синтезированные факторы неспецифической защиты слизистых оболочек, обладающие еще и противовирусным действием (лизоцим, интерферон), витамины (аскорбиновая кислота). Перечисленные препараты в зависимости от формы выпуска могут назначаться в виде полосканий, инсуфляций, ингаляций, в виде таблеток и леденцов для рассасывания [67, 68].

В последнее время в литературе значительное внимание уделяется разработке и применению нестероидных противовоспалительных препаратов, предназначенных для местного применения при лечении острой и хронической боли и воспаления в глотке. Таким действием обладает препарат стрепфен в виде таблеток для рассасывания [17].

Есть указания на использование в комплексном лечении хронического фарингита ряда гомеопатических средств таких, как тонзилотрен, тонзилгон Н, лимфомиозот, «Фарингосепт» [19, 44].

В многочисленных работах есть указания на опыт лечения хронического гипертрофического фарингита методом прижиганий участков лимфоидной ткани задней стенки и боковых валиков глотки химическими реагентами различных концентраций: 10% раствором нитрата серебра, трихлоруксусной кислотой кристаллической [11, 14, 47].

Так, ряд авторов предлагает прижигать гипертрофированные боковые валики глотки и лимфоидную ткань в виде гранул кристаллами ляписа или трихлоруксусной кислотой в виде кристаллов после предварительной местной анестезии слизистой. При этом они рекомендуют проводить по 1 процедуре в три дня, всего не более 10 процедур [66].

Имеются сообщения, что при гипертрофическом фарингите у пожилых рекомендуется проводить прижигание гипертрофированной ткани 30-40% раствором ляписа или трихлоруксусной кислотой [28].

В литературе есть сведения о применении жидкости Гордеева для смазывания поверхности гранул и боковых валиков глотки. Автор отмечала, что при соприкосновении жидкости с живыми тканями, последняя может оказывать как поверхностное, так и глубокое прижигающее, и даже некротическое действие [9]

Распространены и термические воздействия. Это гальванокаустика и криовоздействие. Однако известно, что после проведения гальванокаустики часто отмечается рубцовое изменение слизистой оболочки [23]. В то время, как криовоздействие имеет явное преимущество: некроз тканей более локальный, меньше выражены повреждения и воспалительные реакции окружающих тканей, эпителизация протекает быстрее [11, 12, 19].

Описаны случаи применения особых ножниц для удаления боковых валиков глотки. Автор также отмечал, что хорошо удалять боковые валики с помощью конхотома или аденотома малых размеров [20].

В литературе есть сведения о хирургическом лечении хронического фарингита [9]. Авторы под местной анестезией проводили удаление боковых валиков и гранул задней стенки глотки с помощью острой ложки. Они отмечали, что операцию больные переносили хорошо, продолжительность ее составляла 5-10 минут. Во время операции отмечалось небольшое кровотечение, которое останавливалось легким прижатием тампона к раневой поверхности. Также авторы отмечали, что больные были нетрудоспособны в течение трех дней.

В связи с внедрением ультразвуковой техники для лечения хронического гипертрофического фарингита стали использовать дезинтеграцию лимфаденоидной ткани с помощью аппаратов «Тонзилор» [15, 50]. Методика его работы заключается в следующем: после местной

анестезии низкочастотный зонд-дезинтегратор вводится в толщу лимфоидной ткани глотки на глубину 2-3 мм и удерживается в таком положении 3-5 с до появления белесоватого ободка. На месте введения образуется зияющий некровоточащий вход в раневой канал. К концу 1-2 недели после операции физиологические функции слизистой оболочки глотки восстанавливаются.

В последнее время в литературе значительное внимание уделяется лечению хронического гипертрофического фарингита с помощью высокоэнергетического излучения CO<sub>2</sub> лазера. Изученные свойства последнего дают возможность осуществлять бесконтактное и локальное термическое воздействие, отличаются малой глубиной проникновения в биоткань, в пределах от 30 до 50 микрон. В то же время полное поглощение энергии, подводимой с помощью лазерного луча, приводит к испарению и выгоранию поверхностных слоев ткани. Все это дало основание применять CO<sub>2</sub> лазер для устранения гиперплазии гранул и боковых валиков задней стенки глотки [2, 13, 18].

Очень важным моментом в лечении является коррекция сопутствующих соматических расстройств. В последнее время большое значение уделяется восстановлению нормальной микрофлоры кишечника [24, 25, 26]. С целью регуляции микробиоценоза желудочно-кишечного тракта используются диетические добавки, функциональное питание, пробиотики (нелекарственные препараты, содержащие бифидобактерии, лактобактерии и их сочетания), пребиотики (ингредиенты пищи, стимулирующие рост и метаболическую активность бактерий, обитающих в толстой кишке).

## ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Общая характеристика больных и объем клинических наблюдений.

Нами было обследовано и пролечено 40 больных с хроническим фарингитом в возрасте от 18 до 60 лет, из них было 22 мужчин и 18 женщин. Все больные никогда не были оперированы на ЛОР органах.

Больные были распределены на 2 группы:

1 группа 20 больных получающие на фоне традиционного лечения в комплексе с аппаратом Тонзилор препарат Гексаспрей.

2 группа больных 20 получающие традиционное лечение.

В таблице 2.1 представлено распределение больных по полу и возрасту.

Таблица 2.1

Распределение больных по полу и возрасту

n= 40

Пол	18-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-60 лет
Муж., Чел. (%)	2 (5%)	6 (15%)	7 (17,5%)	4 (10%)	2 (5%)
Жен., Чел. (%)	1 (2,5%)	5 (12,5%)	6 (15%)	3 (7,5%)	1 (2,5%)
Итого, Чел. (%)	3 (7,5%)	11 (27,5%)	13 (32,5%)	7 (17,5%)	3 (7,5%)

Как видно из этой таблицы, среди больных хроническим фарингитом в количественном отношении преобладали мужчины (22 человек или 55 %) по сравнению с женщинами. Из приведенных данных можно сделать вывод, что среди взрослого населения хроническим фарингитом страдают преимущественно мужчины.

Среди больных преобладают лица в возрасте от 18 до 35 лет — 14 пациента, что составило 35% и больные в возрасте от 36-60 лет — 26 человек (65%). Несколько меньше больных в группе старше от 56 до 60 лет - 6 больных, что составило 15%. Больные в возрасте от 18 до 25 лет составляют всего 3 человека (7,5%).

Таким образом, в обследованных группах преобладали лица работоспособного возраста.

В таблице 2.2 представлено распределение больных хроническим фарингитом по роду занятий.

*Таблица 2.2*

Распределение больных по роду занятий

n= 40

Род занятий	Рабочие	Служащие	Учащиеся	Домохозяйки	Прочие
Число больных	16	4	9	8	3
%	40%	10%	22,5%	20%	7,5%

Из этой таблицы видно, что среди обследованных нами больных хроническим гипертрофическим фарингитом преобладали рабочие – 16 больных (40%). Наполовину меньше было служащие — 4 больных (10%). Учащихся и домохозяек было практически поровну — 9 и 8 больных соответственно, что составило 22,5% и 20%. Единичные случаи были представлены в графе «прочие» — сюда мы отнесли больных, которые на вопрос о работе, отвечали, что они не работают. Они составили среди обследованных 3 человек (7,5%).

## **2.2. Клинические методы.**

Для диагностики хронического фарингита каждому пациенту проводился осмотр ЛОР органов по общепринятым методикам. Кроме того, мы использовали микроскоп для более точной диагностики, а также

оценки состояния слизистой оболочки задней стенки глотки в процессе лечения.

При обследовании больных хроническим фарингитом мы проводили следующие лабораторные исследования: клинический анализ крови, определение глюкозы крови, общий анализ мочи, анализ копрограммы, бактериологическое исследование фекалий на дисбактериоз, изучение микробного пейзажа задней стенки глотки, исследование на хламидиоз, иммунологический анализ крови /иммуноглобулины классов А, М, G/, исследование секреторного иммуноглобулина А в слюне Ig А. При наличии у больных патологии со стороны желудочно-кишечного тракта проводили им по показаниям эзофагогастродуоденоскопию, колоноскопию, ректороманоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Все исследования проводили на базе клиники СамМИ.

### **2.3. Микробиологические методы.**

Больным хроническим фарингитом проводили бактериологическое исследование нативного материала с соблюдением общих правил и основных требований по сбору и транспортировке биологических материалов: материал брали с задней стенки глотки непосредственно перед началом лечения, натошак, с использованием стерильных тампонов.

#### **2.3.1. Изучение микробного пейзажа слизистой оболочки задней стенки глотки.**

Аккуратно прижимая язык шпателем, вводили ватный тампон между дужками небных миндалин и язычком, не касаясь губ, щек, языка и язычка.

Движением тампона вперед и назад собирали материал с поверхности задней стенки глотки и в стерильной пробирке направляли в лабораторию.

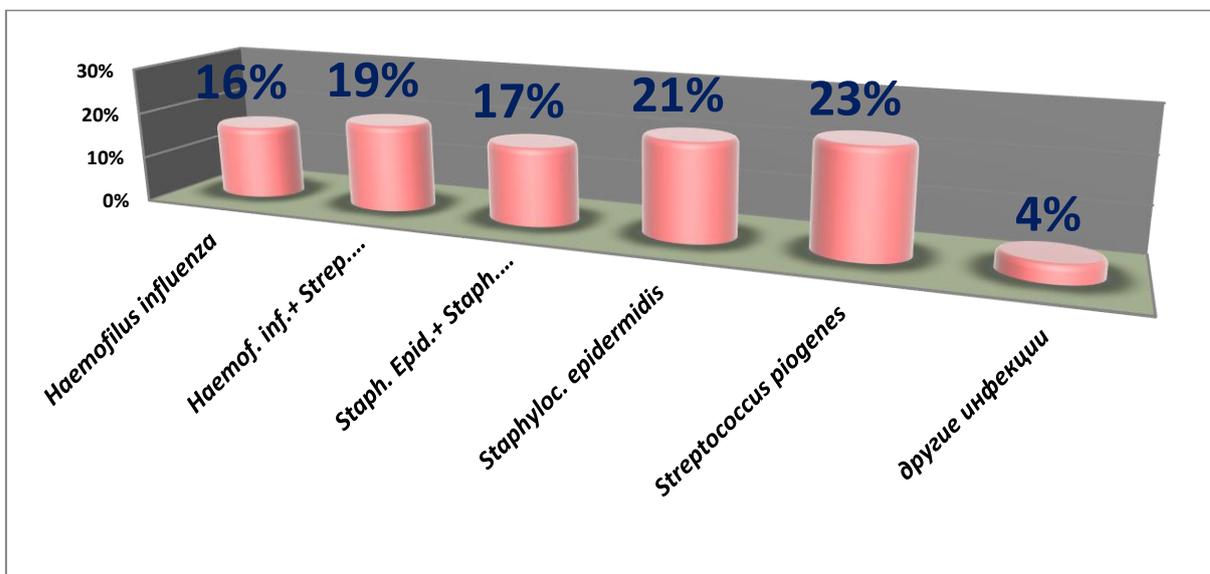
Нативный материал доставлялся в лабораторию в максимально короткие сроки (не позднее 1,5-2 часов после его получения). В лаборатории проводили микроскопию нативного материала и посев его в

чашки Петри на питательные среды (кровяной агар с 5% крови барана, шоколадный агар, желточно-солевой агар, среду Сабуро). Затем чашки Петри инкубировали в атмосфере, обогащенной  $CO_2$  при температуре  $37^\circ C$ , в термостате в течение 18-24 чч.

При первичной идентификации возбудителей учитывали данные микроскопии нативных мазков из чистой культуры микроорганизмов, морфологические особенности роста бактерий на питательных средах и их фенотипические характеристики.

Последнюю идентификацию всех микроорганизмов проводили с применением автоматизированного микробиологического анализатора АТВ Expression фирмы Bio Merieux /Франция/.

Таблица 2.3 Показатели микрофлоры у больных с хроническим фарингитом



### 2.3.2. Исследование на хламидиоз.

С целью взятия материала с задней стенки глотки мы использовали одноразовый гистологический тампон (щетку), который вводили за мягкое небо и проводили по задней стенке глотки, делая соскоб со слизистой оболочки. После взятия материала зонд опускали в пробирку с транспортной средой. После внесения тампона в транспортную среду, он

несколько раз ротировался, а затем удалялся из пробирки. Пробирку закрывали и маркировали.

Взятый материал сразу доставлялся в микробиологическую лабораторию.

Исследование проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

ПЦР — это метод, имитирующий естественную репликацию ДНК в присутствии миллионов других молекул. Он позволяет специфично увеличивать (амплифицировать) количество исследуемого образца ДНК в десятки и сотни миллионов раз, делая его доступным для идентификации. Метод является лучшим по точности для диагностики хламидиоза среди групп населения с низким уровнем инфицирования, а его чувствительность и специфичность приближаются к 100%.

### **2.3.3. Бактериологическое исследование фекалий на дисбактериоз.**

Исследование кала на дисбактериоз предусматривало количественное определение патогенных и условно патогенных микроорганизмов.

Все обследуемые больные за 1-3 дня до взятия пробы находились на диете, исключающей прием продуктов, которые усиливают процесс брожения в кишечнике, а также алкоголь, антимикробные лекарственные препараты и т.п. Материалом служил кал после естественной дефекации, который брали из средней порции стеклянной или деревянной палочкой в количестве не менее 2 г и собирали в стерильный, герметичный контейнер. Материал в кратчайшие сроки (не позднее 2 ч после забора пробы) доставлялся в лабораторию.

При оценке результатов бактериологического анализа кала следует исходить из показателей нормы.

Характер отклонений микрофлоры от нормы условно подразделяется на 4 степени.

Дисбактериоз I степени (латентная, компенсированная форма) характеризуется незначительными изменениями в аэробной части микробиоциноза, касающиеся уменьшения или увеличения количества E.Coli с нормальной ферментативной активностью, удельного веса кокковой флоры и некоторого снижения общего количества анаэробов до нижних значений нормы. Кишечные дисфункции, как правило, не регистрируются.

Дисбактериоз II степени (субкомпенсированная форма) сопровождается снижением количества основных представителей анаэробной микрофлоры ниже границы нормы и количественным и качественными изменениями колибактериальной флоры, включая повышение уровня условно патогенных микроорганизмов.

Дисбактериоз III степени характеризуется снижением количества облигатных анаэробов, резким качественным и количественным изменением кишечной палочки и соотношений в составе аэробной микрофлоры, сопровождающимися кишечными дисфункциями.

Дисбактериоз IV степени отличается резким снижением или отсутствием бифидобактерий и лактобактерий, превосходством грамотрицательных бактерий семейства энтеробактерии, псевдомонад, дрожжеподобных грибов, стафилококков и их ассоциаций на фоне отсутствия эшерихий с нормальной ферментативной активностью.

## **2.4. Иммунологические методы.**

### **2.4.1. Исследование содержания в крови иммуноглобулинов классов А,М, G**

С целью изучения иммунного статуса больных хроническим фарингитом мы исследовали содержание в крови иммуноглобулинов классов А, М, G. Для этого сыворотку крови получали общепринятым методом. После забора венозной крови ее помещали в одноразовые пластиковые системы /контейнеры/, состоящие из контейнера с

навинчивающейся на него одноразовой иглой и пробирки с плотно прилегающей пробкой и вакуумом внутри. Материал своевременно доставляли в лабораторию /при комнатной температуре время доставки не превышало 60 мин. после взятия крови/. После ретракции сгустка пробы центрифугировали при относительной центробежной силе ЛСР от 1000 до 1200 в течении 10 минут. После центрифугирования сыворотку сливали во вторичные /транспортные/ пробирки. Исследование проводилось методом турбидиметрии.

#### **2.4.2. Определение содержания секреторного иммуноглобулина А в слюне.**

Сбор слюны для определения содержания секреторного иммуноглобулина А проводился у больных утром, через 1 час после еды. После предварительной санации полости рта путем полоскания 100 мл теплого бледно-розового раствора перманганата калия выжидали 15 минут и затем собирали слюну в стерильную пробирку в количестве не менее 4 мл, которую затем отправляли в лабораторию. Исследование проводилось методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини и соавт. (1965г.).

#### **2.5. Статистические методы.**

Статистическая обработка результатов проводилась общепринятыми методами вариационной статистики (Б.С. Бессмертный, 1966) и альтернативного анализа (И.А. Ойвину, 1960), при помощи которых вычислены необходимые параметры для определения достоверной значимости полученных результатов. При малом числе наблюдений использовали параметрический метод математического анализа, позволивший правильно оценить результаты исследований при выраженной вариабельности индивидуальных показателей.

В дальнейшем результаты представляли в средних величинах (М) с указанием средней ошибки средней арифметической (т), вычисляемой

после нахождения величины среднего квадратического стандартного отклонения (5). Среднее квадратическое стандартное отклонение (5) определяли по способу моментов.

Показатель достоверности различий ( $p$ ) определяли по таблице с использованием критерия Стьюдента (1).

При уровне значимости  $p < 0,05$  различия между группами считали достоверными (5% вероятность ошибки), при  $p < 0,01$  степень достоверности оценивалась, как высокая (1% вероятности ошибки), а при  $p < 0,001$  степень достоверности между группами расценивалась, как крайне высокая (0,1% вероятность ошибки).

Коэффициент корреляции  $r_{xy}$  полученных данных рассчитывали по методике Меркова А.В.(1974). Степень корреляции оценивалась в соответствии со следующими значениями коэффициента корреляции: 0,3 - 0,5 - слабая, 0,5 - 0,69 - средняя (умеренная). 0,7 - 1,0 - большая - (сильная).

Статистически обработанные результаты указанных методов обследования представлены в соответствующих разделах работы.

## **ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ**

### **3.1. Данные клинического обследования больных.**

За основу распределения больных хроническим гипертрофическим фарингитом была взята классификация В.Т. Пальчуна и Н.А. Преображенского (1980 г.), где мы сочли возможным выделить наиболее важные в клиническом отношении основные формы хронического гипертрофического фарингита: гранулезную, гранулезно-боковую, боковую. На основании этого мы сформировали 2 равные по количеству больных группы — по 20 человек в каждой. На каждого больного заполнялась анкета.

При обследовании 40 больных хроническим гипертрофическим фарингитом мы установили, что все они предъявляли жалобы на боль в горле при обострении заболевания. Мы подробно выясняли, какие еще неприятные ощущения в горле они испытывают при этом.

Большая часть больных отмечала частые обострения заболевания — до 3-4 раз в году. При этом многие отмечали, что страдало и общее состояние.

Проводя анализ жалоб, мы разделили их на две группы — жалобы общего характера и жалобы местного характера.

Так, мы установили, что среди жалоб общего характера: на общую слабость жаловались 22 больных (55%), на раздражительность - 15 больных (37,5%), на повышенную утомляемость 16 больных (40%), головная боль беспокоила 10 больных (25%), боль в области сердца - 4 больных (10%), плохой сон - 7 больных (17,5%), эмоциональная лабильность — 4 больных (10%).

Среди жалоб местного характера жжение в горле отмечалось у 28 больных (70%), першение у 26 больных (65%), щекотание у 33 больных (82,5%), покалывание — у 35 больных (87,5%), сухой кашель — у 29 больных (72,5%), сухость во рту — у 34 больных (85%), сдавление в горле

отмечали 7 больных (17,5%), образование вязкой мокроты — 31 больных (77,5%), чувство инородного тела беспокоило 19 больных (47,5%), комок в горле ощущали 3 больных (7,5%). Следует отметить, что у многих больных жалобы сочетались.

Из проведенных исследований можно сделать вывод, что наиболее характерными жалобами для больных, страдающих хроническим гипертрофическим фарингитом, являются боль в горле, першение, щекотание и покалывание.

При выяснении анамнеза заболевания у большинства больных были выявлены жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта. Совместно с гастроэнтерологом мы провели их обследование и установили, что 25 пациентов (62,5%) патологией желудочно-кишечного тракта не страдают. У 3 больных (7,5%) выявлена язвенная болезнь желудка, у 2 больных (5%) - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит обнаружен у 11 больных (27,5%), рефлюксэзофагит у 3 больных (7,5%), хронический холецистит у 1 больного (2,5%), хронический панкреатит у 1 больного (2,5%), хронический колит у 4 больных (10%). У 25 больных (62,5%) отмечалась сочетанная патология желудочно-кишечного тракта.

Также при анализе сопутствующей патологии наиболее часто отмечалась патология сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца у 1 больных (2,5%), гипертоническая болезнь у 2 больных (5%), варикозная болезнь нижних конечностей у 2 больных (2,5%). Больные хроническим бронхитом составили 1 человек (2,5%). Остальные виды сопутствующей патологии составили единичные случаи.

При проведении анализа аллергологического анамнеза, мы обращали внимание на наличие или отсутствие у больного пищевой и лекарственной аллергии. Так, нами было установлено, что у исследуемой группы больных 5 человек (12,5%) имеют отягощенный аллергологический анамнез. Среди них 3 больных (7,5%) страдают лекарственной аллергией и 2 больных (5%) пищевой аллергией.

Мы предположили, что заболевания внутренних органов, в частности, заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, аллергические заболевания, способствовали развитию хронического фарингита у наших пациентов.

При выявлении сопутствующих заболеваний со стороны ЛОР органов было также установлено, что хронический гипертрофический фарингит часто встречается в сочетании с хроническим тонзиллитом — у 12 больных (30%), искривлением перегородки носа — у 8 больных (20%), вазомоторным ринитом у 2 больных (5%), гипертрофическим ринитом у 1 больных (2,5%).

При выяснении анамнеза у больных хроническим гипертрофическим фарингитом было установлено, что давность заболевания составляла от 1,5 до 25 лет. Эти данные мы представили в таблице 3.1.

*Таблица 3.1.*

**Длительность анамнеза больных с хроническим фарингитом**

п= 40

Больные	До 2 лет	От 2 до 5 лет
Количество Больных	12	28
%	30	70

Таким образом, из таблицы видно, что большинство больных страдает хроническим гипертрофическим фарингитом более 5 лет, что говорит о длительном и упорном течении данного заболевания.

При изучении данных о ранее проводимом лечении было установлено, что 32 больных (80%) неоднократно лечились различными методами.

1. больные первой группы получали традиционное лечение в комплексе с применением препарата гексаспрей - 20 человек (50%),

2. больные второй группы получали традиционное лечение - 20 человека (50%).

При изучении анамнеза мы также обращали внимание на наличие вредных привычек у исследуемых больных. Нами установлено, что среди них 16 человека (40%) курили табак, 8 человек (20%) злоупотребляли алкоголем. 16 пациентов (40%) наличие вредных привычек отрицали.

Наличие профвредностей выявлено у 11 больных (27,5%). Так, работу в условиях повышенной влажности отмечали 3 пациентов, в условиях повышенной загазованности — 2 пациентов, длительное пребывание на улице в холодное время года — 3 пациента; работу, связанную с вдыханием паров кислот — 1 больных, работу в условиях перепада температур — 1 больной, большую голосовую нагрузку 1 больной.

Следовательно, из данных анамнеза видно, что хронический гипертрофический фарингит может вызываться вредными привычками, профвредностями, а также сочетается с другими заболеваниями ЛОР-органов и патологией иных органов и систем, имеет длительное и упорное течение, а проводимое лечение дает лишь кратковременное улучшение состояния больного.

### **3.2. Данные оториноларингологического обследования больных.**

При обследовании ЛОР органов мы проводили наружный осмотр, переднюю и заднюю риноскопию, фарингоскопию и отоскопию. При описании фарингоскопической картины мы использовали микроскоп и регистрировали цвет слизистой оболочки, наличие гранул на задней стенке глотки, их цвет, размеры, количество. Мелкими гранулами мы считали гранулы размером до 3 мм, средними - от 3 до 5 мм, крупными — более 5 мм, а также наличие гипертрофических валиков, их цвет, размеры, одностороннюю или двустороннюю гиперплазию. Проводили обследование небных миндалин.

### 3.3. Анализ лабораторных исследований.

При лабораторном исследовании клинического анализа крови были получены следующие данные по содержанию форменных элементов крови у больных хроническим гипертрофическим фарингитом, которые мы представили в таблице 3.2.

Таблица 3.2.

#### Содержание форменных элементов крови у обследованных больных

n= 40

Показатели	Единицы Измерения	Норма	Полученные результаты	Статистическая достоверность
Гемоглобин	Г/л	120-140	90 ± 10	p< 0,05
Эритроциты	10 <sup>12</sup> /мкл	3,70-5,50	4,2 ± 0,8	p< 0,05
Тромбоциты	10 <sup>6</sup> /мкл	180,0-420,0	242,9 ± 25	p< 0,05
Лейкоциты	10 <sup>6</sup> /мкл	4,0-9,0	4,8 ± 1,6	p< 0,05
Эозинофилы	%	0-5	0,9 ± 0,1	p< 0,05
Лимфоциты	%	19-37	27,2 ± 1,1	p< 0,05
Моноциты	%	2-11	4,29 ± 0,5	p< 0,05
СОЭ	мм/час	2-15	4,8 ± 1,8	p< 0,05

Проведя анализ полученных данных, мы сделали вывод, что они не выходят за пределы нормальных показателей клинического анализа крови здоровых людей.

При изучении показателей глюкозы в сыворотке крови было установлено, что у 3 больных (7,5%) показатели были повышены и составили в среднем 6,7 ± 0,2 ммоль/л (p = 0,05). Эти больные были проконсультированы дополнительно терапевтом и эндокринологом. У 37

больных (92,5%) показатели глюкозы в сыворотке крови были в пределах нормы и составили в среднем  $5,1 \pm 0,1$  ммоль/л ( $p = 0,05$ ).

При изучении данных общего анализа мочи было установлено, что у 38 больных (95%) показатели были в пределах нормы. Полученные изменения в остальных случаях представлены в виде появления следов белка — у 1 больного, эритроцитов от 7-8 до 30 в поле зрения и лейкоцитов от 5-6 до 15 в поле зрения — у 1 больного.

При изучении данных копрограммы у 27 больных (67,5%) изменений не обнаружено. У остальных 13 человек (32,5%) были обнаружены изменения отдельных копрологических показателей: неоформленный кал был у 6 больных, лентообразной формы у 3 больных, кашицеобразной консистенции у 2 больных, желто-зеленоватого цвета у 1 больного, патологические примеси в виде слизи выявлены у 1 больного. При микроскопии кала обнаружено, что мышечные волокна с исчерченностью в большом количестве обнаружены у 5 больных, без исчерченности в большом количестве — у 4 больных, перевариваемая растительная клетчатка в большом количестве обнаружена у 6 больных, внутри- и внеклеточный крахмал у 2 больных, йодофильная флора у 1 больного, лейкоциты единичные в поле зрения у 8 больных.

Проведя анализ полученных результатов, можно утверждать, что полученные данные копрологического исследования свидетельствуют о нарушении процессов переваривания в толстом кишечнике.

Исследованию кала на дисбактериоз мы провели у 40 больных и установили, что у 26 больных нарушений состава кишечной микрофлоры не обнаружено. У остальных 14 больных хроническим фарингитом был выявлен дисбактериоз кишечника.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что при хроническом гипертрофическом фарингите у больных часто встречается нарушение состава кишечной микрофлоры.

При изучении результатов бактериологического исследования мазков, взятых с поверхности слизистой оболочки задней стенки глотки у больных хроническим гипертрофическим фарингитом, мы установили, что условно- патогенная флора обнаружена у всех больных. Диагностически значимые титры (более  $10^4$  КОЕ/мл) условно-патогенных бактерий и грибов отмечены не были. При этом монокультура была выделена у 11 (57,5%) больных и представлена следующими видами микроорганизмов: *H. influenzae* у 2 больных (18,2%), *Streptococcus viridans* у 2 больных (18,2%), *Streptococcus pyogenes* у 2 больных (18,2%), *Streptococcus pneumoniae* у 1 больных (9,1%), *Streptococcus haemolyticus* у 1 больных (9,1%), *Staphylococcus CNY* у 1 больных (9,1%), *Staphylococcus aureus* у 1 больных (9,1%), *Neisseria sp* у 1 больных (9,1%).

У остальных 29 больных (72,5%) микробный пейзаж был представлен различными ассоциациями микроорганизмов, таких как стафилококки, стрептококки, грибы рода кандиды.

Отсюда следует, что микробный пейзаж задней стенки глотки довольно разнообразен. В основном он представлен монофлорой, что не противоречит литературным данным. Среди выделенных микроорганизмов преобладают стрептококки, и в частности  $\beta$ -гемолитический стрептококк, который играет большое значение в этиологии как острых, так и хронических воспалительных заболеваний глотки.

Диагностика методом ПЦР на наличие в слизистой оболочке задней стенки глотки *Chlamydia pneumoniae* была проведена всем больным. В результате полученных данных мы установили, что из 40 больных *Chlamydia pneumoniae* обнаружена у 3 больных (7,5%). Среди них было 2 мужчин и 1 женщина.

Согласно этому можно сделать вывод о том, что в этиологии хронического фарингита имеют значение и внутриклеточные паразиты, в данном случае хламидии. Поэтому всем больным хроническим

фарингитом желательно проподить диагностику методом ПЦР на наличие в слизистой оболочке задней стенки глотки вирусной, внутриклеточной, мембранной и другой инфекции, с тем, чтобы выработать правильную тактику лечения.

При исследовании у больных содержания IgA, M, G классов в сыворотке крови, мы получили результаты, которые представили в таблице 3.3.

*Таблица 3.3*

**Содержание Ig A,M,G в классов в сыворотке крови обследованных больных**

п— 40

Показатели	Единицы Измерения	Норма	Полученные Результаты	Степень достоверности
<i>Ig A</i>	мг/мл	0,9-2,5	1,5 ± 0,13	P<0,01
<i>IgM</i>	мг/мл	0,6-2,8	1,3 ± 0,1	P < 0,01
<i>Ig G</i>	мг/мл	8-18	12,2 ± 0,6	P<0,01

Проведя анализ полученных данных, мы сделали вывод, что показатели IgA, M, G в сыворотке крови у больных хроническим гипертрофическим фарингитом не отличаются от показателей Ig A, M, G в сыворотке крови у здоровых людей.

При изучении лабораторных показателей секреторного иммуноглобулина IgA, M, G IgA в слюне мы получили следующие данные:

IgA  $0,09 \pm 0,004$  г/л ( $p < 0,05$ ), тогда как в норме его величина составляет 0,120,23 мг/мл.

Согласно полученным результатам, мы сделали вывод, что у больных хроническим гипертрофическим фарингитом имеется достоверное снижение концентрации секреторного иммуноглобулина IgA в слюне.

## ГЛАВА 4. ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЛИМФОИДНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ГЛОТКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ФАРИНГИТЕ

### 4.1. Инвазивные методы воздействия на лимфоидные элементы глотки у больных ХГФ

Больным **первой группы** получали традиционное лечение состоящее из ультразвуковое воздействие на гранулы задней стенки глотки и боковых валиков. С дальнейшим применением препарата Гексаспрей. Больным **второй группы** традиционное лечение состоящее из ультразвуковое воздействие на гранулы задней стенки глотки и боковых валиков.

Традиционное лечение состояло из воздействия на лимфоидные элементы ультразвукового воздействия глотки всем больным мы назначали диету с ограничением острой, соленой, горячей пищи, проводили полоскания горла отваром ромашки и с первых суток применяли препарат Гексаспрей.

Препарат Гексаспрей представляет собой смесь лизатов бактерий *Lactobacillus acidophilus*, *helveticus*, *lactis*, *fermentatum*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*, *Fusiformis*, *Candida albicans*, стрептококков группы А (SI07, SI70), группы Н (SI8), группы D (S19, S226). Воздействия на слизистую оболочку глотки препарата осуществляется через систему иммунологических механизмов. При этом возрастает фагоцитарная активность, стимулируется и увеличивается количество секреторного IgA, увеличивается число иммунокомпетентных клеток, ответственных за выработку антител, а также возрастает содержание в слюне лизоцима, хорошо известного своей бактерицидной активностью. Таким образом, применение препарата Гексаспрей позволяет воздействовать на этиологические и патогенетические факторы, играющие важную роль в развитии острых и хронических воспалительных заболеваний глотки.

Пациенты принимали Гексаспрей в течение 10 дней по 1 впрыскиванию 3 раза в день за 1 час до приема пищи.

У больных, у которых при исследовании на хламидиоз был получен положительный результат и обнаружена *Chlamydia (Chlamydomphila) pneumoniae*, схема лечения была несколько иная. Все эти больные (10 человек) перед тем или иным видом воздействия на лимфоидные элементы глотки получали макролид азитромицин [40]. После проведенного лечения, больным делали перерыв в две недели, повторяли исследование на хламидиоз, а затем лечили с применением одного из видов дезинтеграции.

Эффективность лечения мы оценивали по следующим параметрам: жалобы больного, объективная картина, температурная реакция на проведенное воздействие, динамика купирования болевого синдрома в зависимости от способа лечебного воздействия, фарингоскопическая картина с учетом толщины налетов при эндоскопическом исследовании полости глотки, а также динамика купирования реактивных явлений со стороны слизистой оболочки задней стенки глотки, изучали количество последующих обострений заболевания. Всем больным мы повторно исследовали содержание секреторного иммуноглобулина А,М,Г в слюне через 10 дней и через 1 месяц после лечения, а также изучали микробный пейзаж задней стенки глотки через 10 дней и через 1 месяц после лечебного воздействия на лимфоидные элементы глотки.

Для оценки результатов проведенного лечения мы проводили осмотры больных на 5-й и 10-й дни и через 1 месяц.

Отдаленные результаты лечения прослежены в течении 1 года. Они оценивались как хорошие, удовлетворительные и без перемен. Под хорошим результатом обычно понимали полное отсутствие обострений в течение 1 года, исчезновение неприятных ощущений, оценивали фарингоскопическую картину, соответствующую здоровой слизистой оболочке.

Результат считали удовлетворительным при наличии одного обострения фарингита в течение года, периодически появляющиеся жалобы больного на першение, саднение в горле, ощущение «комка», которые длились не более 2 недель за период наблюдения. Фарингоскопическая картина имела тенденцию к нормализации слизистой оболочки задней стенки глотки, но имелись единичные фарингеальные гранулы и/или гипертрофированные боковые валики, которые на фоне проведенного лечения значительно уменьшились в размерах, стали более плоскими, уменьшился отек слизистой оболочки и ее гиперемия.

В случае «без перемен» отмечали сохранение субъективных ощущений и объективной картины хронического гранулезного и/или бокового фарингита: на фоне гиперемированной слизистой оболочки задней стенки глотки определялись фарингеальные гранулы темно-красного цвета и отечные гиперемированные боковые валики, т. е. фарингоскопическая картина после лечения не изменилась.

## **4.2. Ультразвуковой метод лечения ХФ.**

### **4.2.1. Характеристика применяемой аппаратуры.**

Ультразвуковой хирургический прибор «ТОНЗИЛОР», производство Россия, представляет собой генератор высокочастотных электрических волн, излучаемых с переменной мощностью и постоянной частотой в 3,8 МГц, что соответствует частоте радиоволны в диапазоне FM.

Прибор состоит из собственно генератора, панели управления, пассивного электрода-антенны и набора активных электродов с наконечниками.

Работа прибора возможна в четырех режимах, в зависимости от поставленных целей, с которыми используется «ТОНЗИЛОР» - это разрез, разрез плюс коагуляция, только коагуляция и фульгурация.

В режиме *разрез* прибор генерирует чистый фильтрованный сигнал, то есть непрерывный поток высокочастотных волн, что и обеспечивает микроскопически ровный разрез. Этот режим рекомендуется при разрезе или расслоении поверхностных слоев кожи, удалении поверхностно расположенных кожных новообразований, невусов, гиперкератозов, при пластических и косметических операциях на лице и шее. Такая волна производит наименьшее количество вторичного тепла, и, как следствие, вызывает наименьшее разрушение тканей. Соответственно, электроды для выполнения подобных манипуляций подбираются наиболее тонкие, чаще всего в виде иглы, петли или ромба.

В режиме *разрез плюс коагуляция* полностью выпрямленная волна, в дополнение к ровному разрезу, производит очень легкую поверхностную коагуляцию. Эта коагуляция визуально практически не заметна, однако хорошо останавливает кровотечение из капилляров и мелких сосудов, что обеспечивает разрезы в практически сухом поле. Функции разреза и коагуляции в этом режиме соотносятся примерно 50% на 50%. Применение данного режима наиболее распространено при удалении новообразований кожи на широком основании, разрезах подкожной жировой клетчатки, мышц, апоневрозов, слизистых оболочек. В качестве активного электрода используется скальпель в виде лопатки или остроконечный скальпель, проволочная вольфрамовая петля, петля для полипотомии с изолированным корпусом.

В режиме *коагуляция* генерируется частично выпрямленная волна. Данный режим применяется в основном для остановки кровотечений, как в ходе оперативного вмешательства, так и в случае травматических повреждений ткани или их кровоточивости иной этиологии, а также для разрушения телеангиоэктазий. Активными электродами служат различной длины изолированные стержни с шариковыми окончаниями или трубчатые электроды с каналом для эвакуации дыма и жидкости.

*Фульгурация* - использование переменного тока высокой частоты. Это волна искрового промежутка. Этот вид воздействия сопряжен с искрой, точечным ожогом и минимальным обезвоживающим воздействием на клетки, что приводит их к разрушению. Используемые при этом шариковые электроды прикладываются к кровоточащим сосудам среднего диаметра и надежно их коагулируют. Кроме того, они также применяются для разрушения небольших поверхностных образований кожи или слизистых оболочек (базалиомы, кератозы, ангиофибромы, кровоточащие полипы).



Рис. 3.1 Ультразвуковой хирургический прибор «ТОНЗИЛОР»

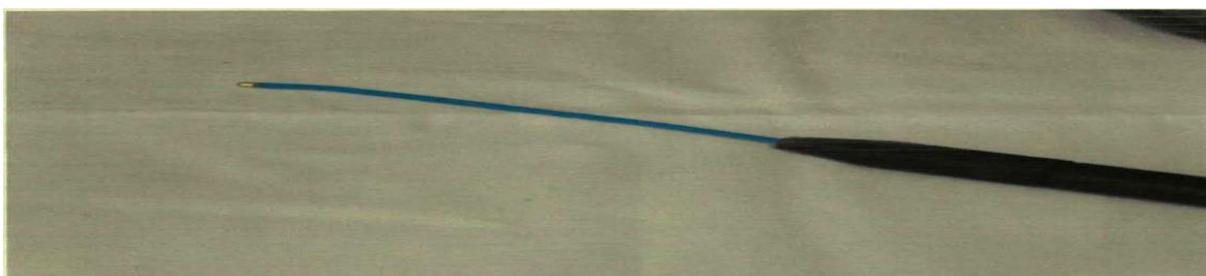


Рис. 3.2 Шариковый электрод

Необходимо отметить, что применение первых трех режимов настолько щадящее, что не вызывает некроза или ожога окружающих тканей. Это способствует хорошим репаративным процессам, быстрому заживлению тканей, гладкому послеоперационному периоду, а в дальнейшем отсутствию грубого рубцевания тканей.

При всех монополярных режимах обязательно применение пассивного электрода-антенны, которая представляет собой изолированную в пластмассу металлическую пластину. Она накладывается непосредственно на одежду больного (контакт с кожей не нужен) или на операционный стол под областью оперирования под голову, шею и т.д. При биполярной методике воздействия, например, пинцетом с двумя изолированными браншами, электрод-антенна не нужен.

#### **4.2.2. Методика воздействия.**

При отработке методики воздействия мы создали три группы больных по 5 человек в каждой. Везде был применен режим «Коагуляция».

Больным первой группы мы произвели воздействие на гранулы задней стенки глотки и/или боковые валики глотки при мощности радиоволны в 1,0 единицу. В послеоперационном периоде больные отмечали неприятные ощущения в горле, першение, саднение, щекотание. При фарингоскопии — гранулы становились более гиперемизированными, отечными, деструкции их не возникало.

Больным второй группы мы произвели воздействие на лимфоидные элементы глотки при мощности радиоволны в 2,0 единицы. В послеоперационном периоде больные отмечали незначительные болевые ощущения в горле, перифокального отека не было. На гранулах сразу после воздействия появлялся нежный белый налет. Сами гранулы уменьшались в размерах.

Больным третьей группы мы произвели воздействие при мощности радиоволны в 3,0 единицы. В послеоперационном периоде больные отмечали боль в горле, возникала реакция слизистой оболочки в виде

перифокального отека тканей, в первые сутки у больных отмечена субфебрильная температура тела.

На основании проведенного исследования, мы пришли к выводу, что наиболее оптимальным воздействием на лимфоидные элементы глотки является мощность радиоволны в 2,0 единицы в режиме «Коагуляция».

Поэтому мы использовали следующую методику. Всем больным проводили анестезию методом распыления в полости глотки растворов лидокаина или ксилокаина - этого было вполне достаточно для безболезненной манипуляции. Для обработки гранул и утолщенных боковых валиков применяли слабую радиоволну — в режиме «Коагуляция» при мощности около 2,0 единиц. Для проведения методики использовали длинный пуговчатый коагулятор.

Сразу после воздействия на слизистую оболочку мы отмечали появление нежных беловатых налетов. Реактивных явлений со стороны окружающих тканей не было. Назначали сразу после воздействия препарат Гексаспрей по 1 впрыскиванию 3 раза в день. Манипуляция практически безболезненна и легко переносилась пациентами.

***Клинический пример 1.** Больной С., 25 лет, страдает хроническим гранулезным фарингитом в течение 5 лет. Неоднократно лечилась в ЛОР кабинетах, отмечая временный эффект от проводимого лечения. В анамнезе хронический гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Курит с 25 лет. Отмечает профвредности: длительное пребывание на улице в холодное время года.*

*При осмотре: на задней стенке глотки имеются увеличенные, гиперемизированные гранулы на фоне сухой, умеренно гиперемизированной слизистой оболочки. Лимфоузлы в подчелюстной области не увеличены.*

*Проведено обследование больной по намеченному плану: анализы крови, мочи и копрограмма без патологии; глюкоза (сыворотка крови) 5,4 ммоль/л, иммунологический анализ крови: Ig A 2,0 мг/мл, Ig M 0,8 мг/мл, Ig G 13 мг/мл. Исследование секреторного иммуноглобулина А в слюне /sIg A/: 0,07 г/л. Иссле-*

дование на хламидиоз: ДНК указанных патогенов не обнаружены. Результат микробиологического исследования посева с задней стенки глотки — выделен *Streptococcus pyogenes* I(T. Данные эзофагогастродуоденоскопии: формирующиеся рубцы в луковице двенадцатиперстной кишки. Деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Хронический гастрит.

ЛОР - диагноз: хронический гранулезный фарингит.

Под местной анестезией 10% раствором лидокаина гранулы обработаны шариковым электродом с помощью радиоволнового хирургического аппарата «Тонзилор». Сразу в месте воздействия появились беловатые налеты. Реактивных явлений со стороны окружающих тканей не было. Болевых ощущений больная не отмечала.

В послеоперационном периоде назначена диета с ограничением острой, соленой, горячей пищи, полоскания отваром ромашки, с первых суток назначен препарат Гексаспрей, в течение 10 дней.

При осмотре на 3-й день больная жалоб не предъявляла. Температура тела была в пределах нормы. При фарингоскопии отмечали наличие нежных тонких беловатых налетов в месте воздействия, реактивных явлений окружающих тканей не было, гранулы уменьшились в размере, розовые. При осмотре больной на 5-й день общее состояние было удовлетворительным, жалоб больная не предъявляла. Температура тела была в пределах нормы. При фарингоскопии налетов на задней стенке глотки и реактивных явлений со стороны окружающих тканей не отмечали. При осмотре больной на 10-й день, она жалоб не предъявляла, температура тела была в пределах нормы, при фарингоскопии — слизистая оболочка задней стенки была розовая, гладкая, налетов не было. Пациентке было проведено исследование секреторного иммуноглобулина А в слюне, его содержание составило 0,12 г/л. А тоКDise проведено исследование микробного пейзажа задней стенки глотки — выделен *Streptococcus pyogenes* I&.

При осмотре больной через 1 месяц: жалоб нет. Температура тела в пределах нормы. При фарингоскопии: задняя стенка глотки розовая, влажная,

гранулы уплощены. Проведено повторное исследование секреторного иммуноглобулина А в слюне, его содержание составило 0,19 г/л. Исследование микробного пейзажа задней стенки глотки — выделен *Streptococcus pyogenes* 1&.

При осмотре больной через 1 год: жалоб нет, задняя стенка глотки розовая, видны две мелкие, плоские гранулы, лимфоузлы не увеличены. В дополнительном лечении не нуждается.



Рис. 4.3 До воздействия



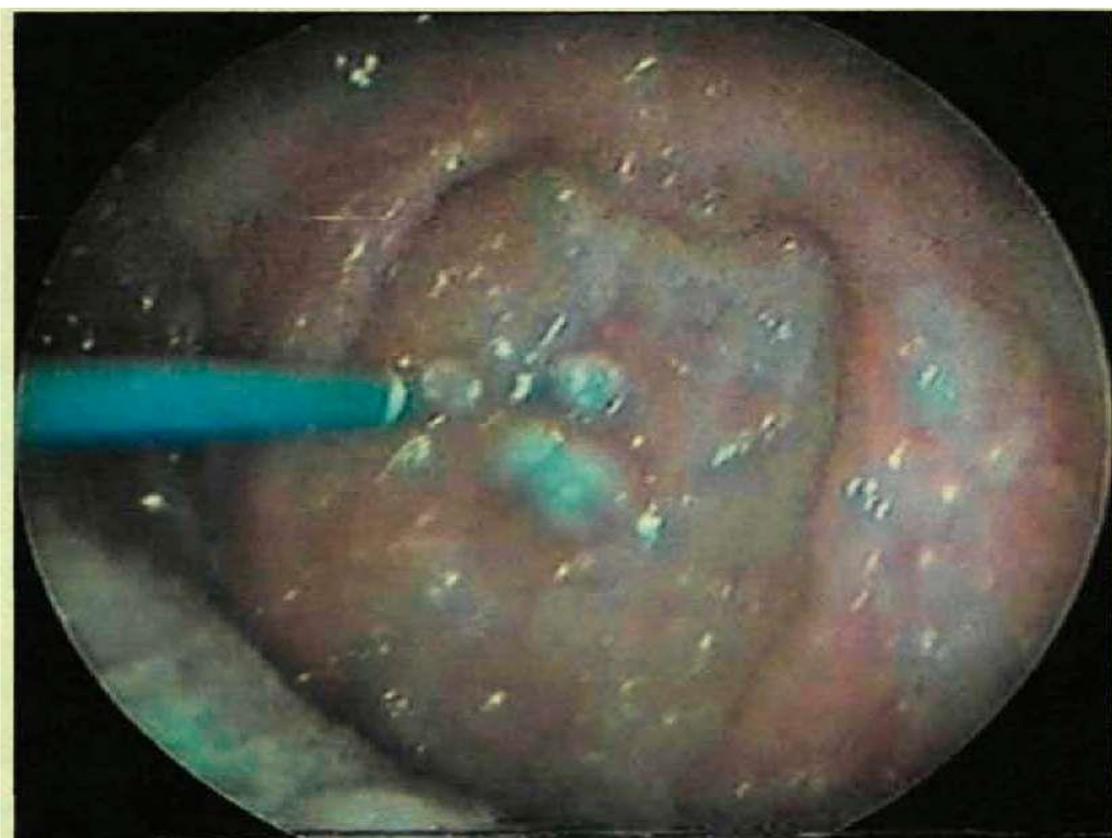


Рис. 4.5 В момент воздействия



Рис. 3.6 На 10-й день после воздействия

### **4.3. Характеристика общих и местных изменений после лечебного воздействия.**

Мы проводили осмотры пролеченных больных на 3-й, 5-й, 10-й день после лечебного воздействия на боковые валики и гранулы задней стенки глотки и через 1 месяц.

У больных **первой группы**, пролеченных с помощью ультразвукового воздействия, при оценке болевого синдрома было установлено, что на 3-й день испытывали умеренную боль в горле 2 больных. У остальных 18 больных жалоб на боль в горле не было. На 5-й и 10-й день больные жалобы на боль в горле не предъявляли. Те же данные были получены и при осмотре больных через 1 месяц.

При выявлении других жалоб было установлено, что на 3-й день 2 больных беспокоило першение в горле, 1 больных предъявляли жалобы на саднение и 1 больных беспокоило и першение и саднение. 16 больных дополнительных жалоб не предъявляли. На 5-й и 10-й день, а также при осмотре через 1 месяц, больные других жалоб не предъявляли.

Общее состояние было удовлетворительным у всех 20 больных.

Реактивных явлений со стороны слизистой оболочки задней стенки глотки на 3-й, 5-й и 10-й день отмечено не было. При осмотре больных через 1 месяц - слизистая оболочка задней стенки глотки была розовая, влажная, гладкая.

Температурная реакция у больных после радиоволнового воздействия на 3-й, 5-й, 10-й день и через 1 месяц не отмечалась.

Налеты при микроскопическом исследовании полости глотки на 3-й день у всех 20 больных были нежными, тонкими, к 5-му дню мы отметили, что слизистая оболочка полностью очистилась. При осмотре больных на 10-й день и через 1 месяц налетов в полости глотки не отмечалось.

Исследование секреторного иммуноглобулина А в слюне показало, что через 10 дней его содержание было  $0,11 \pm 0,006$  г/л (при  $p < 0,05$ ) и через 1 месяц после лечения составляло  $0,17 \pm 0,008$  (при  $p < 0,05$ ).

Изучение микробного пейзажа задней стенки глотки через 10 дней после лечения показало, что во всех случаях присутствовала условно-патогенная флора. В 5 случаев преобладала следующая монофлора: *Streptococcus viridans* у 2 больных, *Staphylococcus aureus* у 1 больных, *Streptococcus haemolyticus* у 1 больных, *Streptococcus pyogenes* у 1 больного.

В остальных 7 случаях преобладали ассоциации микроорганизмов, представленные стафилококками, стрептококками, энтерококками, грибами рода кандиды.

При изучении микробного пейзажа задней стенки глотки через 1 месяц после лечения, мы установили, что он не изменился и был представлен теми же микроорганизмами и в аналогичном соотношении.

Полученные результаты представлены в таблице 4.1.

Таблица 4.1.

В 1 группе n = 20

Критерии оценки	Осмотр больных в послеоперационном периоде			
	3-й день	5-й день	10-й день	1 месяц
Боль	У 4 больных	Нет	Нет	Нет
Другие жалобы	У 9 больных	Отсутствовали	Отсутствовали	Отсутствовали
Температурная реакция	В пределах нормы	В пределах нормы	В пределах нормы	В пределах нормы
Общее состояние	Удовлетворительное	Удовлетворительное	Удовлетворительное	Удовлетворительное
Перифокальный отек	Не отмечен	Не отмечен	Не отмечен	Не отмечен
Толщина налетов при фарингоскопии	Нежные, тонкие	Отсутствовали	Отсутствовали	Отсутствовали
Исследование sIg A в слюне			0,11±0,006 г/л при p < 0,05	0,17±0,008 г/л при p < 0,05
Микробный пейзаж задней стенки глотки	Streptococcus viridansy, Staphylococcus aureus		Условно-патогенная флора	Условно-патогенная флора

У больных **второй группы**, пролеченных с помощью ультразвукового воздействия без препарата Гексаспрей, при оценке болевого синдрома было установлено, что на 3-й день боль, усиливающуюся при глотании, испытывали 9 больных, умеренную 3 больной, 8 больных не испытывали никаких болевых ощущений. На 5-й день на сильную боль в горле жаловались 5 больных, умеренную — 1 больных и 14 больных не отмечали болевых ощущений. К 10 дню боль в горле не отмечал ни один больной.

Среди других жалоб на 3-й день общую слабость и недомогание отметили 4 больных, слюнотечение — 3 больных, першение в горле — 2 больных. 11 больных не предъявили дополнительных жалоб.

На 5-й день общая слабость беспокоила 2 больных, першение в горле — 4 больных. 14 пациентов жалоб не предъявляли.

На 10-й день все больные жалоб не отмечали.

Реактивные явления со стороны слизистой оболочки задней стенки глотки на 3-й день были выражены у 8 больных, на 5-й — у 3 больных. На 10-й день реакции со стороны слизистой оболочки не отмечалось ни у одного больного. При осмотре больных через 1 месяц — слизистая оболочка задней стенки глотки была розовая, влажная, гладкая.

Температурная реакция у больных после лазерного воздействия на боковые валики и гранулы задней стенки глотки была следующей: на 3-й день субфебрильная температура тела отмечалась у 7 больных и составила в среднем  $37,3 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$ , у одного больного температура тела была в пределах нормы. На 5-й день субфебрильная температура тела отмечалась у 4 больных, составив  $37,0 \pm 0,06^{\circ}\text{C}$ , у остальных 16 больных температура тела была в пределах нормы. На 10-й день и через 1 месяц температурной реакции у больных не отмечалось.

При изучении налетов при фарингоскопии мы отметили, что на 3-й день после лечения грубые налеты были у всех 20 больных, на 5-й день грубые налеты оставались у 5 больных, у 15 больных налеты были

тонкими, нежными. При осмотре больных на 10-й день налеты у больных отсутствовали.

Исследование секреторного иммуноглобулина А в слюне через 10 дней показало, что его содержание было  $0,11 \pm 0,005$  г/л (при  $p < 0,05$ ) и через 1 месяц после лечения составляло  $0,16 \pm 0,013$  г/л (при  $p < 0,05$ ).

Изучение микробного пейзажа задней стенки глотки через 10 дней у пролеченных с помощью лазерной деструкции больных показало, что во всех случаях была получена условно-патогенная флора. У 11 больных преобладала монофлора:

*Streptococcus viridians* выделен у 3 больных,

*Streptococcus pneumoniae*— у 3 больных,

*Streptococcus pyogenes*- у 3 больных,

*Staphylococcus aureus*— у 2 больных.

В остальных 9 случаях микробный пейзаж задней стенки глотки был представлен ассоциацией стафилококков и стрептококков.

При изучении микробного пейзажа задней стенки глотки через 1 месяц после лечения, мы установили, что он не изменился и был представлен теми же микроорганизмами и в том же процентном соотношении.

Полученные результаты представлены в таблице 4.2.

Таблица 4.2.

2 группе n = 20

<b>Критерии оценки</b>	<b>Осмотр больных в неоперационном периоде</b>			
	3-й день	5-й день	10-й день	1 месяц
Боль	У 11 больных	У 5 больных	Нет	Нет
Другие жалобы	У 9 больных	У 3 больных	Отсутствовали	Отсутствовали
Температурная реакция	У 7 больных	У 4 больных	В пределах нормы	В пределах нормы
Общее состояние	Удовлетво- рительное	Удовлетвори- тельное	Удовлетвори- тельное	Удовлетвори- тельное
Перифокальный отек	Выражен у 5 больных	Выражен у 1 больных	Не отмечен	Не отмечен
Толщина налетов при фарингоскопии	У всех больных Грубые, толстые	У 5 больных грубые, у 15 больных нежные	Отсутствовали	Отсутствовали
Исследование А в слюне			0,11±0,005 г/л при p < 0,05	0,16±0,013 г/л при p < 0,05
Микробный пейзаж задней стенки глотки			Условно- патогенная флора	Условно- патогенная флора

## ГЛАВА 5. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Мы провели осмотр пролеченных больных через 1 год и выявили следующее.

При осмотре больных **первой группы**, лечение которых проводили с помощью ультразвукового воздействия с препаратом Гексаспрей, результат лечения, как «хороший» мы выявили у 20 больных. У этих больных полностью исчезли какие-либо неприятные ощущения в горле, при фарингоскопии слизистая оболочка была розовая, гладкая. За прошедший год эти больные не отмечали ни одного обострения заболевания.

Удовлетворительный результат был выявлен у 2 больных. При опросе этих больных было установлено, что они жалоб на момент осмотра не предъявляли. Но они отмечали, что в течение года перенесли по одному обострению заболевания. При фарингоскопии у этих больных отмечались по одной - две гранулы средних размеров на задней стенке глотки. Слизистая оболочка была умеренно отечна.

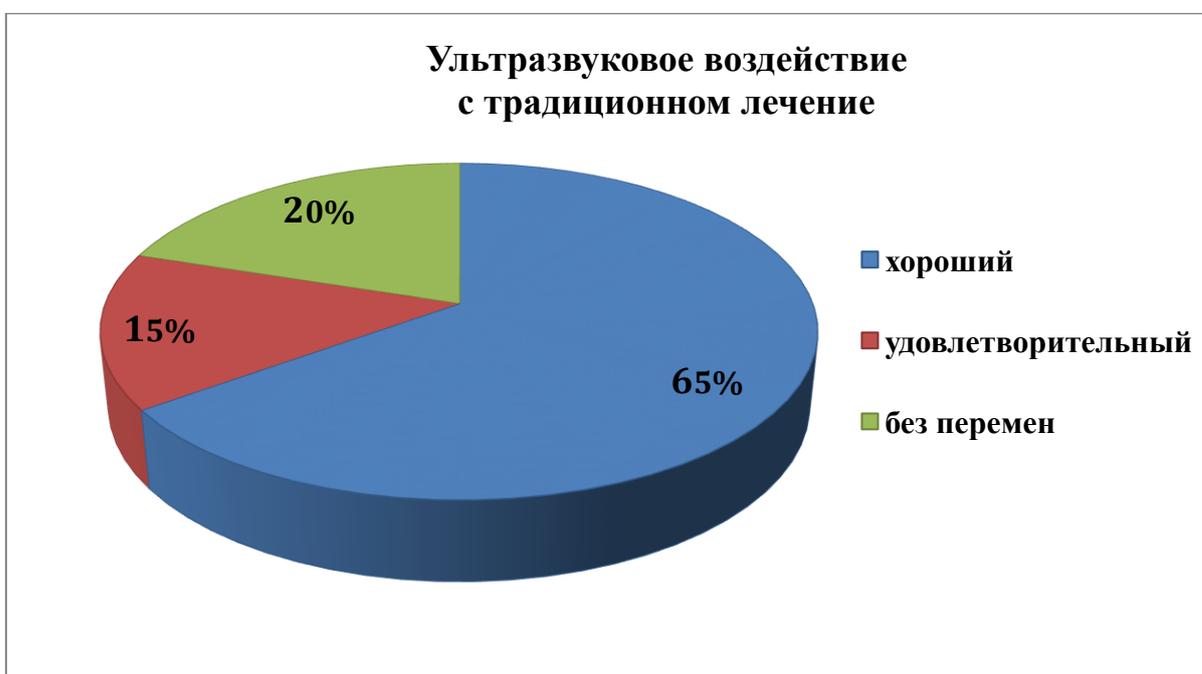
2 больных отмечали прежние жалобы, в течение года у обоих больных было по 3 обострения заболевания. При фарингоскопии у обоих больных были утолщены боковые валики глотки и имелись по 3 гранулы средних размеров на задней стенке глотки. Результат лечения этих больных расценен как «без перемен».



При осмотре больных **второй группы**, пролеченных с помощью ультразвукового воздействия, хороший результат лечения отмечен у 20 больных. Эти больные не отметили ни одного обострения заболевания за прошедший год, отрицали какие-либо неприятные ощущения в горле. При фарингоскопии слизистая оболочка была розовая, влажная.

Удовлетворительный результат выявлен у 6 больных. При опросе этих больных установлено, что у 2 больных жалоб не было. Но за прошедший год у них было по одному случаю обострения заболевания. Периодически в течении года они отмечали появление першения или саднения в горле. При фарингоскопии у одного больного отмечалась 1 гранула на задней стенке глотки, у другого больного были утолщены боковые валики. Слизистая оболочка была умеренно гиперемирована и отечна.

У 8 больных оставались прежние жалобы. Они отмечали несколько обострений заболеваний в год - у двух больных 3 раза, у одного больного — 5 раз. При фарингоскопии - у 2 больных были обнаружены две гранулы средних размеров на задней стенке глотки, у 1 - три гранулы больших и средних размеров. Результат лечения этих больных расценен, как «без перемен».



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хронический фарингит является распространенным полиэтиологическим заболеванием и служит частым поводом для обращения больных к врачу оториноларингологу [24, 49, 50, 58] .

При анализе жалоб у обследованных нами больных мы установили, что наиболее характерными для больных хроническим гипертрофическим фарингитом являются жалобы на периодически возникающую боль в глотке, першение, щекотание и покалывание. При этом следует отметить, что различные жалобы, высказываемые пациентами, заметно влияют на качество их жизни.

Большая часть больных отмечала частые обострения заболевания — до 23 раз в год, а также указывала на длительность анамнеза заболевания — до 10 лет и более.

Из литературы следует, что при бактериологическом изучении содержимого слизистой оболочки глотки обнаруживаются стрептококки, стафилококки, пневмококки, диплококки, капсульные кокки, а также аденовирусы [8, 20,24, 26, 40, 62]. В проведенных нами исследованиях мы установили, что у всех больных присутствует условно-патогенная флора, представленная стафилококками, стрептококками, грибами рода кандиды, а также их ассоциациями, что не противоречит литературным данным.

Среди анализа причин, способствующих развитию гранулезного фарингита, мы отметили продолжительный контакт больных с раздражающими факторами окружающей среды, длительное курение, отметили аллергический фактор в анамнезе. Большинство обследованных нами больных отмечали наличие различных заболеваний желудка, печени и других внутренних органов. Так, у 25 больных выявлена сочетанная патология желудочно-кишечного тракта, у 3 больных — язвенная болезнь желудка, у 2 больных — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 11 больных — хронический гастрит, у 3 больных - рефлюксэзофагит, у 4 больных — хронический колит, и по одному больному с диагнозом

хронический холецистит и хронический панкреатит. У 15 пациентов патологии желудочно-кишечного тракта не обнаружено.

В последнее время в литературе многие авторы обращают внимание на то, что одним из этиологических моментов в развитии данного заболевания может быть хламидийная инфекция [16, 40, 67]. В тоже время отмечается, что частота выявления хламидий даже при одной и той же патологии ЛОР органов различна. Также в литературе есть указания на то, что хламидии могут быть выделены как у больных с клинически выраженной симптоматикой, так и у практически здоровых людей. Этим определяется и различное отношение исследователей к роли данных возбудителей в данном заболевании, вплоть до полного отрицания их участия в развитии патологического процесса [22,24]. Среди обследованных нами 40 больных выявлено 3 пациентов, у которых обнаружено наличие хламидийной инфекции.

При фарингоскопии у больных хроническим гипертрофическим фарингитом мы отмечали наличие на поверхности слизистой оболочки задней стенки глотки фолликулярных структур - это были либо лимфоидные тяжи, располагающиеся в боковых складках глотки позади небных дужек и параллельно им и называемые боковыми валиками глотки, либо гранулы, разбросанные или сгруппированные на поверхности слизистой оболочки глотки. Гранулярные образования были как одиночными, так и множественными, и число их варьировало от двух или трех до массового количества.

Для лечения больных хроническим гипертрофическим фарингитом существуют различные методы деструкции гипертрофированной ткани. Мы разделили обследованных нами больных на 2 группы и провели им лечение с помощью ультразвукового воздействия и применение препарата Гексаспрей.

Перед началом лечения больные, у которых при исследовании на хламидиоз был получен положительный результат и обнаружена

*Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae*, получали макролид азитромицин [40]. После проведенного лечения, этим больным делали перерыв в две недели, затем повторяли исследование на хламидиоз, и только потом проводили то или иное воздействие на лимфоидные элементы глотки.

В послеоперационном периоде всем больным мы назначали диету с ограничением острой, соленой и горячей пищи, проводили полоскания горла отваром ромашки, и с первых суток применяли препарат Гексаспрей в течение 10 дней по 1 впрыскиванию 3 раза в день за 1 час до приема пищи.

Для проведения радиоволнового воздействия на лимфоидные элементы глотки нами был использован радиоволновый хирургический аппарат «Тонзилор», представляющий собой генератор высокочастотных электрических волн, излучаемых с переменной мощностью и постоянной частотой в 3,8 МГц. Прибор представляет собой модернизированную модель применяемых раньше высокочастотных излучателей.

Такое лечение мы провели 1 группе больных в 20 человек.

2 группа получала только традиционное лечение

Все больные в момент проведения манипуляций находились в положении сидя. Перед воздействием на слизистую оболочку задней стенки глотки мы осуществляли им анестезию спреем лидокаина или ксилокаина.

При проведении прижигания гранул задней стенки глотки и боковых валиков с помощью химического воздействия, мы использовали 10% раствор нитрата серебра. Для этого мы использовали ватник с раствором, которым непосредственно производили туширование лимфоидных элементов глотки.

В послеоперационном периоде мы регулярно проводили осмотры наших больных на 3-й, 5-й и 10 день, а также через 1 месяц. Отдаленные результаты лечения оценены нами через 1 год после проведенного лечения.

Проведенное нами исследование показало следующее.

Во всех группах больных, перенесших то или иное воздействие, боль в горле до третьих суток после проведенного лечения отмечалась: в **первой группе** у 20 больных, во **второй группе** у 20 больных. На пятые сутки никаких болевых ощущений у больных 1 группы, отмечено не было. Во **второй группе** боль в горле на пятые сутки отмечали 7 больных. На 10-е сутки во всех группах жалобы на боль больные не предъявляли. При осмотре больных через 1 месяц какие либо болевые ощущения у всех пролеченных больных отсутствовали.

Таким образом, можно сделать вывод, что лечение больных с помощью ультразвука с Гексаспреем является наиболее щадящим методом.

При изучении температурной реакции у больных на проводимые воздействия следует отметить, что температура у больных **первой группы** на 3-й, 5-й и 10-й день, а также при осмотре через 1 месяц оставалась в пределах нормы. У больных **второй группы** температурная реакция в первые трое суток отмечена у 7 больных, на 5-й день — у 4 больных, при дальнейших осмотрах температура тела у больных была в пределах нормы. Таким образом, мы пришли к выводу, что лечение больных с помощью ультразвукового воздействия не вызывает температурной реакции у больных.

Общее состояние расценено, как удовлетворительное у всех больных **первой, второй групп.**

Налеты на 3-й сутки после воздействия обнаружены у всех больных. У больных **первой групп** они были тонкими, нежными, у больных второй групп — толстыми, грубыми. На 5-ые сутки налеты полностью отошли у больных **первой группы**, у больных **второй группы** налеты были отмечены у всех больных. При осмотре больных на 10-е сутки и через 1 месяц — налетов не было отмечено ни у одного больного.

Таким образом, полученные нами данные позволили положительно оценить возможности метода ультразвукового воздействия при лечении больных хроническим гипертрофическим фарингитом в плане минимального перифокального отека, а также быстрого очищения слизистой оболочки от налетов фибрина, что доказывает его преимущества в сравнении с другими инвазивными методами лечения.

После проведенных воздействий у больных всех групп было проведено исследование микробного пейзажа задней стенки глотки на 10-й день и через 1 месяц после воздействия. В результате было установлено, что уже к 10-му дню исходная микрофлора глотки была восстановлена. Таковой же она была и при исследовании через 1 месяц после проведенного лечения. Высеваемые до лечения у 3 больных *H. Influenzae* после лечения полностью элиминировались со слизистой оболочки задней стенки глотки.

Следовательно, можно сделать вывод о том, что нормальная микрофлора глотки характеризуется известным постоянством и что ни один из применяемых нами методов деструкции лимфоидных элементов задней стенки глотки не оказывает влияния на изменение микробного пейзажа слизистой оболочки глотки.

При исследовании у больных содержания IgA, M, G классов в сыворотке крови, мы сделали вывод, что полученные нами показатели IgA, M, G в сыворотке крови у больных хроническим гипертрофическим фарингитом не отличаются от показателей IgA, M, G в сыворотке крови у здоровых людей.

При изучении лабораторных показателей секреторного иммуноглобулина А /sIgA/ в слюне мы отметили снижение концентрации секреторного иммуноглобулина А в слюне у больных хроническим гипертрофическим фарингитом. Учитывая полученные данные, мы в послеоперационном периоде назначали всем больным препарат Гексаспрей — мягкий иммуномодулятор вакцинного типа,

предназначенный для проведения местной специфической терапии заболеваний ротовой полости и глотки. Влияние этого препарата на иммунную систему обычно выражается в повышении фагоцитарной активности макрофагов, уровня лизоцима в слюне, а также усилении синтеза IgA в структурах лимфатического глоточного кольца.

На 10-е сутки после проведенного лечения мы провели повторное исследование содержания секреторного иммуноглобулина А в слюне и по полученным результатам сделали вывод, что наметилась стойкая тенденция к нормализации уровня IgA во всех группах больных. При проведении исследования через 1 месяц мы отметили, что уровень секреторного иммуноглобулина А находится в пределах нормы во всех группах больных.

Отдаленные результаты лечения прослежены в течение 1 года. Они оценивались как хорошие, удовлетворительные и без перемен.

При оценке отдаленных результатов проведенного лечения мы получили следующие данные: у больных **первой группы**, пролеченных с помощью радиоволнового воздействия, хороший результат отмечен у 16 больных, удовлетворительный - у 1 человек, без перемен — у 1 человек. У больных **второй группы** хороший результат от проведенного лечения отмечен у 13 больных, удовлетворительный - у 4 пациентов, без перемен - у 3 пациентов.

Таким образом, при анализе полученных результатов следует отметить, что оптимальным методом лечения больных хроническим гипертрофическим фарингитом является метод радиоволнового воздействия на лимфоидные элементы глотки. Этот метод улучшает как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения больных.

Мы считаем, что использование метода ультразвукового воздействия при лечении больных хроническим гипертрофическим фарингитом позволяет оптимизировать технику лечения больных с данным заболеванием. При этом обеспечивается хороший обзор всей

области воздействия, не возникает кровоточивости тканей, больные не испытывают каких либо болевых ощущений при воздействии радиоволны, отсутствуют местные реактивные явления со стороны окружающих тканей, а отдаленные результаты лечения свидетельствуют о высокой эффективности метода.

## **ВЫВОДЫ**

Использование ультразвукового метода при лечении хронического гипертрофического фарингита позволяет оптимизировать технику воздействия на лимфоидные элементы глотки, вызывает минимальный отек тканей в послеоперационном периоде.

Дезинтеграция, производимая с помощью ультразвукового прибора, более мягкая и, в то же время, результативная по сравнению с лазерным, криохирургическим и химическим воздействием. Показатели гуморального иммунитета у больных хроническим фарингитом не отличаются от таковых у здоровых людей. Дезинтеграция лимфоидных элементов глотки с применением в послеоперационном периоде препарата Гексаспрей вызывает нормализацию показателя секреторного иммуноглобулина А, который был снижен у большинства пациентов.

Раннее исчезновение или уменьшение симптомов заболевания, сокращение сроков лечения, снижение частоты рецидивов заболевания, а также отсутствие побочного действия позволяет считать радиоволновое воздействие методом выбора в лечении хронического гипертрофического фарингита и широко использовать в амбулаторной практике.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Ультразвуковое воздействие на лимфоидные элементы глотки обладает преимуществами перед другими инвазивными методами лечения и может быть рекомендовано для лечения больных хроническим гипертрофическим фарингитом.

Для обработки гранул и утолщенных боковых валиков применяется слабая радиоволна в режиме «Коагуляция» при мощности около 2,0 единиц. Для проведения дезинтеграции применять длинный пуговчатый электрод. Местное применение препарата Гексаспрей уменьшает местные воспалительные реакции, нормализует уровень секреторного иммуноглобулина А в слюне и рекомендуется больным, начиная с первых суток после радиоволнового воздействия в течение 10 дней: по 1 впрыскиванию 3 раза в день за 1 час до приема пищи. Сочетание радиоволнового воздействия на лимфоидные образования глотки и местного применения препарата Гексаспрей после воздействия является оптимальным, уменьшает выраженность воспаления, сокращает сроки реабилитации больных.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиметов Х.А. «Ком» в горле: причина, диагностика, лечение. // Актуальные вопросы оториноларингологии: Сб. материалов конф., посвящ. 75-летию каф. оториноларингологии казан, гос. мед. ин-та. — Казань. - 2000.- с. 59-61.
2. Алиметов Х.А., Раупов М.Г. Дискинезия гортаноглотки при остеохондрозе верхнешейного уровня. // Актуальные вопросы оториноларингологии: Сб. материалов конф., посвящ. 75-летию каф. оториноларингологии казан, гос. мед. ин-та. — Казань. — 2000. — с. 61-63.
3. Антонив В.Ф., Аксенов В.М., Лебедева Н.А. Субатрофический и атрофический фарингит как проявление дистрофии слизистой оболочки глотки у лиц пожилого, старческого возраста и у долгожителей. // Вестн. оториноларингологии. — 2003. - № 3. - с. 38-39.
4. Арцимович Н.Г., Корнев А.В. Фарингит как один из ранних симптомов синдрома хронической усталости и иммунной дисфункции. // Материалы Всероссийского симпозиума «Проблемы иммунологии в оториноларингологии». СПб. - 2004. - с. 55-56.
5. Никольская В.П. Фарингит, его лечение и профилактика. // Мед. Сестра. - 2006. -№ 6. — с. 9-13.
6. Веницкий М.Е. Применение хирургического ультразвука в лечении патологии верхних дыхательных путей. // Метод, рекомендации. — М. — 2001.-10 с.
7. Горбоносое И.В., Семенов Ф.В. Связь патологического гастроэзофагального рефлюкса с некоторыми симптомами хронического воспаления глотки и гортани. // Вестн. оториноларингологии. - 2002. - № 6. — с. 4345.
8. Графская Н.А. Лечение хронических фарингитов с учетом микробиоценоза глотки и кишечника. // Канд... мед. наук. - Тверь. — 2000. — 148 с.
9. Графская Н.А., Портенко Г.М., Стрелец Е.В. Лечение и вторичная профилактика хронических фарингитов с учетом микробиоценоза глотки. //

Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий», Сочи, 21-24 марта 2001 г. — СПб. — 1 с.356-358.

10. Демченко Е.В., Иванченко Г.Ф. Диагностическая ценность полимеразной цепной реакции при хронических заболеваниях верхних дыхательных путей. // Актуальные вопросы оториноларингологии: Сб. материалов конф., посвящ. 75-летию каф. оториноларингологии казан, гос. мед. ин-та. - Казань. - 2000. — с. 70-73.
11. Джамалудинов Ю.А. Дистрофические процессы глотки (фарингиты): клиника, диагностика, лечение и профилактика. // Канд... мед. наук. - М.- 2002.-115 с.
12. Егоров В.И. Клинико-иммунологическое обоснование применения лизоцима в лечении хронических фарингитов. // Автореф. — дис... канд. мед. наук. - СПб. - 2006. - 14 с.
13. Драгомирецкий В.Д., Евчев Ф.Д., Бажора Ю.И. Показатели местного иммунитета слизистой оболочки ротовой части глотки у больных хроническим фарингитом. // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 2000.-№6.-с. 21-23.
14. Жуховицкий В.Г. Бактериологическое обоснование рациональной антибактериальной терапии в оториноларингологии. // Вестн. оториноларингологии. - 2004. - № 1. - с. 5-13.
15. Зарицкая И.С., Чемеркин А.С. Эффективность препарата «Декатилен» при лечении лиц с воспалительными заболеваниями глотки. // Журн. ушных, носовых и горловых хвороб. — 2002. - № 6. — с. 61-63.
16. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н., Семин В.Н. О некоторых возможностях применения в ЛОР клинике новых типов твердотельных лазеров (1,54 и 2,09 мкм). // Материалы международной конференции «Новые достижения лазерной медицины» - М. - СПб. - 2003. — с. 81-82.
17. Каманин Е.И., Панова Н.В. Аутоиммунные реакции при хроническом гипертрофическом фарингите. // Вестн. оториноларингологии. — 2003. - № 1.-с. 42-44.

18. Каманин Е.И., Панова Н.В. Серологическая оценка деструктивных процессов в глотке при консервативном и хирургическом лечении больных хроническим гипертрофическим фарингитом. // Вестн. оториноларингологии. — 2003. - № 3. — с. 20-22.
19. Каманин Е.И., Панова Н.В. Клинико-иммунологический эффект криохирургического лечения больных хроническим гипертрофическим фарингитом. // Вестн. оториноларингологии. - 2003 - № 4. — с. 58-61.
20. Князева Л.И. Определение уровня круглогодичной и сезонной заболеваемости острыми фарингитами и тонзиллитами. // Актуальные вопросы медицинской науки: Сб. науч. тр., посвящ. 60-летию КГМУ. — Курск. - 2001. - с. 301-307.
21. Кологривова Е.Н., Руф Е.К., Бобкова Н.В., Лебедев М.П. Клеточный состав осадка смешанной слюны у пациентов с хроническими воспалительными процессами на слизистых оболочках. // Цитология. — 2000. - №5.-с. 441-443.
22. Короткова Т.В., Е.В. Демченко. Клиника и лечение хронического гипертрофического фарингита. // Материалы юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные аспекты и перспективы развития оториноларингологии: Сб. науч. тр., посвящ. 70-летию Федерального государственного учреждения «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. — М. - 2005 . — с. 24.
23. Крюков А.И., Магомедов М.М., Узденников А.А., Подмазов А.В., Сединкин А.А., Максименко Б.Я. Стрепсилс плюс в лечении воспалительных заболеваний глотки. // Вестн. оториноларингологии. — 2000- №1.-с. 51-52.
24. Крюков А.И., Подмазов А.В., Магомедов М.М., Бойкова Н.Э., Сединкин А.А. Симптоматическая терапия при боли в глотке. // Вестн. оториноларингологии. — 1999. - № 4. - с. 35-38.
25. Крюков А.И., Сединкин А.А., Уздеников А.А. Проблема болевого синдрома при заболеваниях глотки. // Лечащий врач. — 2001. - № 1 — с. 911.

26. Крюков А.И., Сединкин А.А., Уздеников А.А. Вариант комбинированной антибактериальной и анальгетической терапии при воспалении слизистой оболочки глотки. // Вестн. оториноларингологии. — 2001. - №2.-с. 44-45.
27. Крюков А.И., Туровский А.Б. Острые воспалительные заболевания глотки. // Справ, поликлин, врача. - 2002. - № 4. — с. 33-38.
28. Лапченко А.С. Ретроспектива и возможности применения высокоэнергетического лазерного излучения в оториноларингологии: обзор. // Вестн. оториноларингологии. — 2002. - № 3. — с. 61-64.
29. Лапченко А.С. Ретроспектива и возможности применения низкоэнергетического излучения в оториноларингологии: обзор. // Вести, оториноларингологии. — 2002. - № 4. — с. 51-54.
30. Лебедева Н.А. Хронический фарингит как следствие патологии верхних дыхательных путей: (Клиника, классиф., диагностика и лечение). // Канд... мед. наук. -М. - 2000. - 131 с.
31. Лейзерман М.Г., Лесков И.В., Рябова С.В. и др. Сравнительное изучение радиоволнового, лазерного и ультразвукового воздействия на биологические ткани в эксперименте. // Российская Ринология. - 2001 - №3.- с. 16-19.
32. Лейзерман М.Г. Применение новых технологий в ЛОР-хирургии. // Автореф. докт. дисс., 2000, 30 с.
33. Лесков И.В., Наседкин А.Н., Маневич И.С., Петлев А.А. Возможности применения ИАГ-гольмиевого лазера в комплексном лечении заболеваний лимфаденоидного кольца глотки. // Актуальные вопросы оториноларингологии: Сб. материалов конф., посвящ. 75-летию каф. оториноларингологии казан, гос. мед. ин-та. — Казань. — 2000. - с. 96-98.
34. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита. // Рус. мед. журн. - 2001. - № 16-17. - с. 694-698.
35. Лучихин Л.А., Кочетыгов Д.М. Применение препарата изофра для местного лечения воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. // Вестн. оториноларингологии. - 2000. - № 4.- с. 45-46.

36. Лучихин Л.А., Мальченко О.В. Эффективность препарата Гексаспрей в лечении больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями глотки. // Вестн. оториноларингологии. — 2001. - № 3. — с. 62-64.
37. Лучихин Л.А., Полякова Т.С., Гуров А.В. Возможности использования препарата ИРС-19 в оториноларингологии. // Вестн. оториноларингологии. - 2001. - № 3.- с. 65-67.
38. Морозова С.В. Рациональный выбор иммунокорректирующей терапии при хронических воспалительных заболеваниях слизистой оболочки глотки и полости рта. // Материалы юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные аспекты и перспективы развития оториноларингологии: Сб. науч. тр., посвящ. 70-летию Федерального государственного учреждения «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. — М. — 2005 . — с. 24-25.
39. Мухитдинов Ш.М., Мусаев И.М. Криовоздействие при гранулезном и боковом фарингите. // Актуальные вопросы оториноларингологии: Сб. науч. тр. - Ташкент. - 2003. - с. 75-76.
40. Наседкин А.Н., Зенгер В.Г., Семин В.Н. Возможности применения в оториноларингологии новых хирургических лазеров. // Актуальные вопросы оториноларингологии: Сб. материалов конф., посвящ. 75-летию каф. оториноларингологии казан, гос. мед. ин-та. - Казань. - 2000. - с. 98.
41. Николаев М.П., Шикина Л.А. Метод топической терапии хронического фарингита лекарственным ультразвуковым орошением и кавитацией в амбулаторных условиях. // Моск. мед. журн. — 2000. - № 5-6. - с. 42-43.
42. Новикова В.И., Минин С.Е., Новикова Н.Д. Применение полихроматического поляризованного света с целью иммунокоррекции у детей с хроническими фарингитами и тонзиллитами. // Иммунология, аллергология и инфектология. - 2000. - № 2. - с. 28-30.
43. Овчинников Ю.М., Овчинников А.Ю., Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Эпштейн О.И., Зак И.С. Опыт применения комплексного гомеопатического

- тического препарата «Фарингомед» при заболеваниях верхних дыхательных путей. // Вестн. оториноларингологии. — 2002. - № 1. — с. 34-36.
44. Пальчун В.Т., Лапченко А.С., Лучихин ЛА., Кунельская Н.Л., Кадымова М.И., Иванец И.В., Полякова Т.С., Кучеров А.Г. Применение низкоэнергетического лазерного излучения в оториноларингологии. // Методические рекомендации. — М. — 2002. — 20 с.
45. Петрецкий В.В. Современные аспекты лечения хронического гиперпластического фарингита. // Материалы междунар. науч. — практ. конф. оториноларингологов, Иркутск. 24-25 сент. 2002 г. — М. - 2002. — с. 133-134.
46. Плужников М.С., Березин Ю.Д., Иванов Б.С. и др. Лазерный коагулятор в оториноларингологии. // Вестн. оториноларингологии - 1996. - №6. - с. 68-72.
47. Покровский В.И., Поздеев О.К. Медицинская микробиология. // Учебная литература для студентов мед. ВУЗов. —М. - 1999. — 1184 с.
48. Полевщиков А.В., С.В. Рязанцев. Преимущества местной иммунотерапии в лечении и профилактике ринофарингитов. // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 2000. - № 3 (23), с. 16-20.
49. Полевщиков А.В., Рязанцев С.В. Преимущества местной иммунотерапии в лечении и профилактике ринофарингитов. // Лечащий врач. - 2002. - № 7-8. - с. 68-70.
50. Польшикова А.Ю. Значение Chi. Trachomatis — возбудителя урогенитальной инфекции в развитии воспалительной патологии верхних дыхательных путей. // Актуальные вопросы оториноларингологии: Сб. материалов конф., посвящ. 75-летию каф. оториноларингологии казан, гос. мед. ин-та. - Казань. — 2000. — с. 73-78.
51. Полякова Т.С., Магомедов М.М., Артемьев М.Е., Суриков Е.В., Пальчун В.Т. Новый подход к лечению хронических заболеваний глотки. // Лечащий врач. - 2002. - № 4. - с. 64-65.

52. Полякова Т.С., Нечаева С.В., Поливода А.М. Роль хламидий и микоплазменной инфекции в этиологии заболеваний ЛОР органов. // Вестн. оториноларингологии. — 2004. - № 1. — с. 24-27.
53. Попа В.А. Значение тонзиллэктомии и некоторых других факторов в генезе хронического фарингита. // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1999. - № 4. - с. 16-21.
54. Рубанова И.И. Клиника и лечение гипертрофического фарингита у детей. // Канд... мед. наук. — М. — 2000. — 165 с.
55. Рязанцев С.В., Хлебникова Н.А., Полевщиков А.В. Оценка клинической эффективности препарата ИРС-19 при лечении острых ринофарингитов. // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 2000. - № 3. — с. 231-234.
56. Свистушкин В.М. Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей у пожилых людей: особенности развития и медикаментозного лечения. // Consiliummedicum. — 2003. — т. 5. - № 12. — с. 686-690.
57. Сидоренко С.В., Гурчев И.А. Тонзиллофарингит: вопросы диагностики и антибактериальной терапии. // Инфекции и антимикробная терапия. — 2004. — т.6. - № 4. — с. 120-126.
58. Склярченко В.Г., Ибадова Г.Д., Глыбин Н.Ф., Хирьянова Р.А. Крайне высокочастотная терапия хронических заболеваний ЛОР-органов. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. - 2002. - № 3. - с. 4244.
59. Сноу В., Моттур-Пилсон К., Купер Р.Д., Хоффман Д.Р. Клинические рекомендации. Ч. 1. Принципы правильного использования антибиотиков при остром фарингите у взрослых больных. // Междунар. журн. мед. практики. — 2001. - № 6. — с. 44-46.
60. Сноу В., Моттур-Пилсон К., Купер Р.Д., Хоффман Д.Р. Клинические рекомендации. Ч. 2. Принципы правильного использования антибиотиков при остром фарингите у взрослых больных: Научное обоснование. // Междунар. журн. мед. практики. — 2001. - № 6. — с. 47-54.

61. Ткачук И.В., Киселев А.С., Повзун С.А. Морфологические проявления хронического фарингита риносинусогенной этиологии. // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий», Сочи, 21-24 марта 2001 г. - СПб. - 2001. - с. 414-417.
62. Туровский А.Б., Захарова А.Ф. Использование препарата септолете при воспалительных заболеваниях глотки и гортани. // Вестн. оториноларингологии. - 2001. - № 2. - с. 48-49.
63. Туровский А.Б. Боль в горле: новые подходы. // Вестн. оториноларингологии. - 2003. - № 5. - с. 49-51.
64. Федорова Т.В. Аэрозольтерапия натуральными эфирными маслами в комплексном лечении хронических фарингитов у детей. // Дис... канд. мед. наук. — М. - 2003. — 163 с.
65. Храппо Н.С., Куркин В.А., Барышевская Л.А. Фитотерапия в лечении фаринго - и ларингомикозов. // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий», Сочи, 21-24 марта 2001 г. - СПб. - 2001. - с. 423-424.
66. Щетинин Е.В., Сурков В.В. Лабораторная диагностика стрептококкового фарингита/тонзиллита — основа обоснованного назначения антибиотиков. // Здоровье и болезнь как состояние человека: Сб. ст. — Ставрополь. - 2000. - с. 212-214.
67. Abdul-Baqi KJ, Shakhatren PM. Effectiveness of treatment tonsillopharyngitis: comparative study. J Laryngol Otol 2000; Nov.,116(11):917-9.
68. Bisno AL. Acute pharyngitis. N Engl J Med 2001; 344 (3): 205-11.
69. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM et al. Practice Guidelines for streptococcal Pharyngitis. Clin Infect Dis 2002; 35: 113-25.
70. Brink AJ, Cotton MF, Feldman C, Geffen L, Hendson W, Hockman MH. Guideline for the management of upper respiratory tract infections. S Afr J Med 2004; 94 (6 Pt 2): 475-83.

71. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. *Ann Intern Med* 2001; 134: 509-17.
72. Ehrlich JE, Demopoulos BP, Daniel KR Jr, Ricarte MC, Glied S. Cost-effectiveness of treatment option for prevention of, rheumatic heart disease from Group A streptococcal pharyngitis in a pediatric population/ *Prev Med* 2002; Sep. 35(5): 250-7.
73. Esposito S, Marchisio P, Bosis S, Droghetti R, Mattina R, Principi N. Comparative efficacy and safety of 5-day cefaclor and 10-day amoxycillin treatment of group A streptococcal pharyngitis in children. *Int J Antimicrob Agents* 2002; Jul 20(1); 28-33.
74. Esposito S, Cavagna R, Bosis S, Droghetti R, Faelli N, Principi N. Emerging role of *Mycoplasma pneumoniae* in children with acute pharyngitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002; Aug 21(8): 607-10.
75. Gudjonsson JE, Thorarinsson AM, Sigurgeirsson B, Kristinsson KG, Valdimarsson H. Streptococcal throat infection and exacerbation of chronic plaque psoriasis: a prospective study. *Br J Dermatol.* 2003; 149(3): 530-4.