

Больные предъявляли жалобы на постоянные выделения из носа слизистого (43,3%) или слизисто – гнойного (56,7%) характера, периодически возникающее затруднение носового дыхания (61%), усиливающееся в горизонтальном положении, попеременную заложенность то одной, то другой половины носа (65%).

При риноскопии отмечалась гиперемированная слизистая оболочка полости носа у 63,3%, с цианотичным оттенком у 36,7% пациентов. Гиперемия и цианоз наиболее выраженные в области нижних и средних носовых раковин выявлены у 67% больных. В общем носовом ходе имелось слизистое (43,3%) и слизисто – гнойное (56,7%) отделяемое.

Изучение дыхательной функции носа показало, что у подавляющего большинства больных (85,5%) имело место нарушение дыхательной функции носа I (43,2%) и II (42,3%) степени. Снижение функции обонятельного анализатора отмечено в 46,7% случаев. Средняя величина порога обоняния составила  $6,55 \pm 0,3 \text{ см}^3$ . У здоровых лиц эта величина была равна  $3,05 \pm 0,3 \text{ см}^3$ . Установлено снижение двигательной активности ресничек мерцательного эпителия у 53,3% больных. Скорость движения ресничек мерцательного эпителия справа составила  $29,4 \pm 2,1$  мин, а слева -  $29 \pm 2,2$  мин. Исследование кислотно - щелочного равновесия носового секрета выявило сдвиг pH в щелочную сторону. Водородный показатель носового секрета был равен 7,4.

Суммируя данные функционального исследования носа можно сделать вывод, что неаллергические риносинуситы сопровождаются изменением основных функций носа, как и аллергические риносинуситы, но эти изменения не столь выражены. При исследовании проходимости слуховых труб у 53,3% больных с не аллергическими риносинуситами вентиляционная функция слуховых труб была нарушена. При аудиологическом исследовании имело место понижение слуха по кондуктивному типу на всех диапазонах изучаемых частот. Отмечено поражение околоносовых пазух. Последние в патологический процесс были вовлечены в 60% случаев. При этом, у 6 больных имело место равномерное понижение прозрачности всех околоносовых пазух, в 4 случаях обнаружено пристеночное утолщение слизистой оболочки лишь верхнечелюстных пазух а в 6 – сочетанное поражение верхнечелюстных, решетчатых и лобных пазух.

#### **Выводы.**

1. Для диагностики неаллергических риносинуситов необходимо комплексное обследование, включающее оториноларингологическое, рентгенологическое обследование и исследование функционального состояния носа.
2. Неаллергические риносинуситы сопровождаются нарушениями основных функций носа.
3. В патологический процесс часто вовлекаются околоносовые пазухи.

#### **Литература:**

1. Крюков А.И. Лечебно – диагностическая тактика при остром бактериальном синусите: метод. рекомендации /А.И. Крюков. – М. – 2002. – 15 с.
2. Тарасов А.А. Особенности клинической картины и обоснование выбора антибиотиков при остром бактериальном синусите различной этиологии: автореф. дисс.... канд. мед. наук / А.А. Тарасов.- Смоленск, 2003. – 15с

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ**

**Н. Ж. Хушвакова, Г. Б. Давронова**

Самаркандский медицинский институт

Кафедра оториноларингологии

---

**Актуальность.** Хронический тонзиллит – это общее инфекционно – аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде стойкого хронического воспаления небных миндалин, характеризующееся обострениями в виде ангины.

ХТ является одним из наиболее распространенных заболеваний в детском возрасте. Так, по данным ряда авторов, частота этой патологии у детей в возрасте 3 лет составляет 2-3 %, в 5-6 лет 6-7 %, к 12 годам достигает 12%. Среди детей, относящихся к категории часто болеющих, практически каждый второй страдает ХТ. У взрослого населения ХТ встречается в 5-10 % случаев [3,5].

Ноактуальность этого заболевания связана не только с чрезвычайно высокой его распространенностью. ХТ – не просто воспаление небных миндалин, это серьезная патология, проявляющаяся угнетением неспецифических факторов естественной резистентности организма, нарушением гуморального и клеточного звеньев иммунитета и сопровождающаяся инфекционно – аллергической атакой на весь организм с развитием целого

ряда тяжелых осложнений. Некоторые из них, например, паратонзиллярные и заглоточные абсцессы, тонзиллогенный сепсис, нередко становятся причиной смерти больного, другие (острая ревматическая лихорадка, ревматизм, инфекционные артриты, гломерулонефрит, васкулит) приводят к инвалидизации пациента [3,4].

Консервативное лечение ХТ направлено на систематическую санацию лакун небных миндалин и удаление гнойных пробок, восстановление работы миндалин как иммунного органа, выявление и коррекцию страдающего звена иммунитета и профилактику обострений.

По данным литературы, в ЛОР – стационарах за последнее десятилетие отмечается снижение хирургической активности при ХТ почти 3 раза (Михайлов Ю.Х. и др. 2005, Пальчун В.Т. и соавт. 2007). Вместе с тем число экстренных операций по хирургическому дренированию паратонзиллярного абсцесса (ПА) за последние годы возросло в 2,5 раза (Крюков А.И. и др. 2009). При анализе работы отделений кардиоревматологии и нефрологии отмечается устойчивый рост числа больных, страдающих заболеваниями сердечно – сосудистой и мочевыделительной систем, которые появились у пациентов, часто болеющих ангинами, и развились после очередного обострения ХТ [1].

Использование низкоинтенсивного лазерного излучения в клинической практике позволяет значительно уменьшить применение антибактериальных и антисептических препаратов, обладающих рядом негативных свойств. Оно обладает выраженным противовоспалительным, анальгезирующим и противоотечным действием, практически не обладает побочными эффектами, а значит, не имеет противопоказаний для применения в лечении заболеваний уха, горла и носа. Важен также тот факт, что применение лазеротерапии значительно сокращает сроки реабилитации больных [3].

Применение низкоэнергетического лазерного излучения имеет далеко идущие перспективы и возможности как в научном, так и в практическом плане. Оно с каждым годом все более эффективно используется в оториноларингологической практике в виде самостоятельных или дополнительных методов лечения, а также в диагностике и методах лабораторных исследований.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности лечения ХТ с использованием низкоинтенсивного лазерного облучения

**Материал и методы исследования.** Исследование проводилось на базе ЛОР и кардиоревматологических отделений Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра. Под нашим наблюдением находились 30 больных с хроническим компенсированным декомпенсированным тонзиллитом в стадии обострения. Основную группу составили 22 больных, которым на фоне традиционного лечения (промывания, смазывания слизистой оболочки лекарствами) также ежедневно проводилась чрескожная лазеротерапия области обеих миндалин поочередно аппаратом «Матрикс» в течение 3 минут, длиной волны 0,89 мкм, импульсной мощностью 5-7 Вт, частотой 80-150 Гц. Курс состоял из 7 сеансов. Группу сравнения составили 8 больных, которым проводилось только традиционное лечение.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При проведении нами исследования влияния чрескожной лазеротерапии области миндалин на клинические признаки заболевания и показатели, характеризующие иммунный статус, выяснилось, что клиническая эффективность комбинированной терапии разных форм ХТ была на 28,3 % выше, чем у больных, получивших только традиционное лечение. Следует отметить, что дополнительное назначение лазеротерапии значительно повышает клинический эффект традиционной терапии. Так, к концу лечения клинические признаки заболевания в основной и контрольной группах исчезли у 88,9 % и 61,7 % больных соответственно. Следует отметить, что от способа лечения также зависели и сроки исчезновения клинических проявлений заболевания, таких как ощущение инородного тела в горле, гнилостный запах изо рта, утомляемость, слабость и температура. Так, в контрольной группе на фоне традиционного лечения уменьшение клинических проявлений заболевания наблюдалось на 10,8 + 0,52 сутки, тогда как в основной группе, где больные получали дополнительную лазеротерапию данный показатель составил 5,6+0,23 сутки. При исследовании клинической эффективности лазеротерапии мы установили, что у 7 больных (87,5 %) контрольной группы наблюдались рецидивы, требовавшие неоднократные повторные курсы лечения, тогда как в основной группе рецидивы ангин наблюдались лишь у 51 % (17 больных). Всем больным до и после лечения было проведено исследование титров иммуноглобулинов А и G. Увеличение иммуноглобулина А наблюдалось у 69 % больных и G – у 51,0 % больных. В результате проведенного комбинированного лечения с применением лазеротерапии удалось улучшить эти показатели в основной и контрольной группах на 84,0 % и 66,0 % соответственно.

**Выводы:** Таким образом, наше исследование показало, что включение лазеротерапии в комплексную схему клинического лечения больных с разными формами хронического тонзиллита потенцирует лечебные эффекты медикаментозной терапии, уменьшает частоту развития метатонзиллярных осложнений, потенцирует противовоспалительный и иммуностимулирующий эффекты, сокращает сроки лечения и увеличивает продолжительность периода устойчивой ремиссии

**Литература:**

1. Актуальность проблемы хронического тонзиллита / А. И. Крюков [и др.] //Вестн. оторинолар. – 2009.- №5 – С. 4-6.
2. Хронический тонзиллит/ Ю. Х Михайлов [и др.] //Актуальные вопросы медицинского обеспечения космодрома Байконур. – 2005. – С. 131-133
3. Воспалительные заболевания глотки/ В.Т. Пальчун[и др.] //Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. –189-222с.
4. Ангина и хронический тонзиллит /М. С. Плужников [и др.] // СПб: Диалог, 2003. - 151 с.
5. Цветков Э.А. Адено tonsиллиты и их осложнения у детей/Э. А. Цветков // СПб.: ЭЛБИ, 2003. –1232с.

**АНТИОКСИДАНТНЫЙ ЭФФЕКТ ОЗОНА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНУСИТОВ**

**Н.Ж. Хушвакова, Ш.Х. Сулейманов, Ю.А. Ахматова**

Самаркандский Медицинский институт

Кафедра оториноларингологии

---

**Актуальность.** Рассматривая воспаление как проявление иммунного кризиса [1], в достижении противорецидивного эффекта необходимо использовать средства, влияющие на иммунную систему и обладающие противовоспалительным эффектом. К веществам подобного рода относится медицинский озон, обладающий антимикробными и противовирусными свойствами антиоксидантного действия [2, 3, 4] и оказывающий иммуностимулирующее действие на клеточные и гуморальные звенья иммунитета [5].

**Цель:** изучение антиоксидантной активности озонированного физиологического раствора в комплексном лечении хронических и острых синуситов.

**Материалы и методы исследования.** Проведено исследование 250 больных (148 мужчин и 122 женщины) с хроническим синуситом, разделенные в зависимости от метода лечения на 2 группы. В 1 группе проводилась традиционная (принятая в клинике) терапия, во 2 группе традиционное лечение дополнялось проведением инфузионной озонотерапии, 3-я группа состояла из абсолютно здоровых лиц. Озонированный физиологический раствор получали путем барботирования 0,9% раствора NaCl и озонкислородной смеси, с помощью ОЗОНАТОР-1М. Концентрация озона в озонкислородной смеси на выходе озонатора составляла 2500 мкг/л, время барботирования - 10 минут. Больные получали 7-8 сеансов озонотерапии. Возраст больных составлял от 16 до 60 лет.

Оценка эффективности лечения проводилась по клинической картине: восстановление или улучшение носового дыхания, уменьшение гнойной ринореи и реактивного отека слизистой полости носа, уменьшение гноетечения и после нескольких сеансов полное её прекращение. В плазме крови определяли уровень малонового диальдегида (МДА), активность каталазы, клеточные и гуморальные факторы иммунитета.

**Результаты.** При поступлении в клинику у больных регистрировалось повышение содержания малонового диальдегида с  $3,47 \pm 0,21$  до  $6,68 \pm 0,26$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ). Уровень каталазы в плазме крови уменьшился с  $0,88 \pm 0,06$  до  $0,26 \pm 0,027$  мккат/с л, ( $p < 0,05$ ). Используемая традиционная терапия оказывала определенный антиоксидантный эффект и способствовала снижению уровня МДА до  $4,69 \pm 0,49$  ( $p > 0,05$ ) и одновременно стимулировала выработку каталазы, которая к концу лечения возрастала до  $0,28 \pm 0,02$  ( $p > 0,05$ ). Следует отметить, что после традиционной терапии хотя и наблюдалась определенная нормализация исследуемых показателей, но изменения были недостоверные.

Применяемый в комплексной терапии озонированный физиологический раствор способствовал существенной нормализации антиоксидантного статуса со снижением уровня МДА до  $3,85 \pm 0,16$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ), и повышением активности каталазы до  $0,34 \pm 0,03$  мккат/сл ( $p < 0,05$ ), что обосновывало включение озона, как препарата, влияющего на антиоксидантный статус организма, в комплексную терапию хронических и острых синуситов.

Исследование показателей иммунитета у больных с синуситами показало, что до лечения показатели клеточного и гуморального звеньев иммунитета колебались в пределах нормальных величин с небольшим увеличением процентного и абсолютного количества Т- и В- лимфоцитов. Наблюдалось повышение крупных, средних и мелких циркулирующих иммунных комплексов. Традиционная терапия способствовала недостоверному возрастанию уровня Т- и В-лимфоцитов и снижению количества циркулирующих иммунных комплексов.

Озонотерапия, применяемая в комплексной терапии синуситах, оказывала более заметное влияние на состояние иммунитета. В определенной степени это касалось практически всех показателей иммунной системы. В большей степени наблюдалось возрастание уровня лимфоцитов с  $2526 \pm 182$  до  $2883 \pm 116$ , Т-лимфоцитов - с  $1686 \pm 171$  до  $2714 \pm 284$ , В - лимфоцитов - с  $10,1 \pm 0,9$  до  $12,9 \pm 1,1\%$  (абсолютные величины - с  $214 \pm 23,9$  до