

4. Лесогорова, Е. В. Способ реабилитации голосовой функции у пациентов с хроническим отечно-полипозным ларингитом после хирургического вмешательства / Е. В. Лесогорова // Российская оториноларингология. — 2014. — № 1 (68). — С. 135–139.

5. Abitbol, J. History, lasersafety, techniques of laryngoscopy and complications / J. Abitbol, M. Benninger // 6-th International Workshop on Laser Voice Surgery and Voice Care. — Paris, 2001. — P. 1–21.

6. Desloge, R. B. Endolaryngeal microsurgery at the anterior glottal commissure: controversies and observations / R. B. Desloge, S. M. Zeitels // Ann. OtoRhinoLaryngol. — 2000. — Vol. 109. — № 4. — P. 385–392.

7. Raabe, J. Reinke's edema: an investigation of questions related to etiology, prognosis and the effectiveness of therapeutic methods / J. Raabe, W. Pascher // Laryngorhinootologie. — 1999. — Vol. 78. — № 2. — P. 97–102.

8. Yonekawa, H. A clinical study of Reinke's edema / H. Yonekawa // Nasus Larynx. — 1988. — Vol. 15. — № 1. — P. 57–78.

**КРЮКОВ Андрей Иванович**, доктор медицинских наук, профессор, директор Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского; заведующий кафедрой оториноларингологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

**РОМАНЕНКО Светлана Георгиевна**, кандидат медицинских наук, руководитель отдела микрохирургии гортани и фониатрии Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

**ПАВЛИХИН Олег Геннадиевич**, ведущий научный сотрудник отдела микрохирургии гортани и фониатрии Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

**ЛЕСОГорова Екатерина Владимировна**, научный сотрудник отдела микрохирургии гортани и фониатрии Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

**КАЗАКОВА Анна Андреевна**, аспирантка кафедры оториноларингологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

**КРАСНИКОВА Диана Игоревна**, младший научный сотрудник отдела микрохирургии гортани и фониатрии Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

Адрес для переписки: katenan1@rambler.ru

Статья поступила в редакцию 08.07.2014 г.

© А. И. Крюков, С. Г. Романенко, О. Г. Павлихин,  
Е. В. Лесогорова, А. А. Казакова, Д. И. Красникова

УДК 616.322-002.2;615.035.4

**С. А. КАРПИЩЕНКО  
Г. В. ЛАВРЕНОВА  
С. В. БАРАНСКАЯ**

Первый Санкт-Петербургский  
государственный медицинский  
университет им. академика И. П. Павлова

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Статья посвящена одной из самых распространенных проблем оториноларингологии — хроническому тонзиллиту. Развитие и течение патологического процесса у лиц старших возрастных групп имеет ряд особенностей, которые отражаются на тактике ведения таких пациентов. В статье приведен метод консервативного лечения хронического тонзиллита, включающий криотонзиллотомию и фитотерапевтическое лечение.

**Ключевые слова:** хронический тонзиллит, лица старших возрастных групп, фитотерапия, криотонзиллотомия.

Хронический тонзиллит прочно занимает одно из ведущих мест в оториноларингологической практике. Распространенность хронического тонзиллита среди лор-патологии остается высокой [1–3]. Хронический тонзиллит, начинаясь порой в детском возрасте, сопровождает пациентов на протяжении всей жизни и имеет свои особенности в каждом возрастном периоде. При хроническом тонзиллите возникает нарушение защитно-приспособительных механизмов в ткани небных миндалин, бактериальная инвазия способствует распространению и поддержанию воспаления, формированию рубцовой

ткани, нарушению механизмов самоочищения миндалин, что проявляется хронической интоксикацией [4–6]. У лиц старших возрастных групп сопутствующие заболевания, «букет» которых имеет место у многих пациентов после 60 лет, не способствует выздоровлению и длительным ремиссиям при хроническом тонзиллите [7, 8].

Развитие патологии является результатом взаимодействия патогенного начала и механизмов защиты организма. С возрастом снижается эффективность защитных механизмов, приводящая к повышенной чувствительности стареющего населения

к инфекциям. Меняется и специфичность течения инфекционного процесса, к чему относится медленное развитие патологического процесса (скрытое течение, бессимптомность), быстрое истощение физиологических систем и защитных механизмов обуславливает склонность к рецидивам, переходу острых форм в хронические, учащению осложнений, к позднему наступлению эффекта от лечения [9]. Рецидивы ангина с возрастом становятся реже при сохранении местных и общих симптомов хронического тонзиллита. Структурные и функциональные особенности лимфоаденоидного аппарата у лиц пожилого возраста объясняют эту закономерность. Миндалины у пожилых уменьшены в размерах, резко сокращено число фолликулов миндалин, лимфоаденоидная ткань атрофична и, зачастую, замещена соединительной тканью, лакуны мелкие, спавшиеся [10]. Однако реакции клеточной иммунитета и формирование антиинфекционной резистентности клеточного типа на различных этапах развития инфекции происходят в миндалинах в течение всей жизни и к старости не утрачиваются [9, с. 51]. У ряда пациентов старших возрастных групп после длительной ремиссии хронический тонзиллит обостряется, протекая с выраженной клиникой ангины, тяжелым течением и нередкими паратонзиллярными осложнениями. Консервативная терапия у пожилых не так эффективна, как у лиц молодого возраста, а хирургическое лечение, как правило, исключается.

Применение низких температур является перспективным методом лечения воспалительных заболеваний, в частности, хронического тонзиллита. Криотонзиллотомия оказывает положительное воздействие на ткань небных миндалин и на весь организм в целом, приводя к излечению хронического тонзиллита. Средства растительного происхождения имеют высокую биологическую активность. Природные химические соединения обладают, как правило, менее вредным воздействием на человеческий организм, чем их синтетические аналоги и вещества с искусственно созданной структурой, а это, в свою очередь, позволяет применять их при хронических, а в некоторых случаях и острых заболеваниях или в целях профилактики различных болезней. В отношении ряда лекарственных средств имеются данные, указывающие на своеобразное действие комплекса веществ, содержащихся в растениях, по сравнению с влиянием их чистых препаратов. Это объясняется тем, что в процессе жизнедеятельности образуются разнообразные вещества, многие из которых оказывают выраженное действие на организм человека и животных [3, с. 11, 20; 11].

**Цель работы** — определение эффективности проведения консервативной терапии хронического тонзиллита у лиц пожилого возраста, включающей курс фитотерапии и криотонзиллодеструкцию.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 78 пациентов в возрасте от 60 до 76 лет, преимущественно женщины, с жалобами на неприятный запах изо рта, отхождение казеозных пробок, дискомфорт и болезненность в глотке. Кроме того, отмечались слабость, беспокойство, повышенная тревожность. Комплексное клиничко-лабораторное обследование больных проводили накануне, через 3 и 6 месяцев после проведенного лечения. Оно включало: клинический анализ крови, показатели антистрептолизина-О, ревматоидного фактора и С-реактивного белка, мазок из зева. Всем больным проводилась сана-

ция небных миндалин в виде промывания лакун 1–2 процедуры, после чего начинался курс криотонзиллодеструктивного лечения.

Курс включал криотонзиллотомию под местным обезболиванием. Тонзилгон по 20 капель утром натощак 3 месяца, чай (10 % настой) из травы душицы по 1 стакану 2 раза в день в течение месяца, настойка валерианы по 5 капель 5–7 раз в день в течение 3 месяцев.

Криотонзиллотомия производилась амбулаторно под местной анестезией 10 % раствором лидокаина. Замораживание миндалин осуществлялось при температуре рабочего наконечника от  $-180$  до  $-196$  °С при экспозиции 2 мин. Криоинструмент заряжался жидким азотом из сосуда Дьюара. Больной широко открывал рот, шпателем, находящимся в левой руке, отдавливали 2/3 языка, в зев вводили наконечник и его плотно прижимали к поверхности миндалин. При этом следили за распространением зоны замораживания от наконечника до поверхности миндалин, не давая корню языка прикоснуться к нижнему полюсу криозонда.

**Результаты и их обсуждение.** Миндалины в процессе проведения процедуры обработки жидким азотом становились плотной, белого цвета. После полного оттаивания она увеличивалась в размере, становилась розовой с отдельными участками кровоизлияния в слизистую оболочку. На вторые сутки после операции на миндалинах четко определялась граница некроза, которая была белого или грязно-серого цвета, у части больных — с зеленоватым оттенком. К 4–5-му дню зона некроза бледела, уменьшалась в объеме. Некротизированная ткань к 6–8-му дню становилась рыхлой и отторгалась пластинами. Полное отторжение некроза в наших наблюдениях происходило от 5 до 18 дней. После этого на миндалине в течение 2–3 дней могли оставаться небольшие фибриновые отложения, а в дальнейшем на оставшихся частях небных миндалин виднелись эрозии. В этот период слизистая оболочка небных дужек, мягкого неба и язычка была розовая; эпителизация эрозивной поверхности происходила на 20–28-й день.

После эпителизации внутренняя поверхность миндалин бледнела, виднелись широкие устья лакун, лакуны были свободны от содержимого. К первому месяцу после операции исчезали местные проявления (симптомы Гизе, Преображенского и Зака), улучшалось общее самочувствие.

Нами применялась следующая фитотерапевтическая схема лечения хронического тонзиллита.

Осенняя профилактика — август–сентябрь.

Утром натощак — 20 капель настойки лимонника китайского или элеутерококка.

7:30–8:00 — 1/2 стакана настойки плодов шиповника.

12:00–13:00 — ингаляция настоя листьев эвкалипта, 7–10 процедур длительностью 5–7 мин. ежедневно. После ингаляций — смазывание миндалин раствором Люголя, массаж воротниковой зоны или точечный массаж, естественная или преформированная аэрофитотерапия, ИРС<sup>®</sup> 19 2 раза в сутки (10–12 дней), вобэнзим по 2 таблетке 3 раза в сутки (30 дней), лесмин по 1 таблетке 3 раза в день (30 дней).

Физиотерапевтические процедуры (грязелечение, лазеротерапия, парафинотерапия на область подчелюстных лимфатических узлов; 1/2 стакана отвара корня солодки голой (приготовленного из расчета 10 г на 200 мл воды), 1 драже авита, 1 таблетка апилака под язык.

21:00–22:00 — 1 таблетка антигистаминного препарата, 30–40 капель настойки пустырника.

Весенняя профилактика — январь–февраль.

Утром натощак 20 капель настойки золотого корня или женьшеня, 2 драже тонзилгона, 1 таблетка лесмина.

7:30–8:00 — стакан витаминного чая из ягод шиповника, черноплодной рябины, листьев малины.

12:00–13:00 — ультрафиолетовое облучение воротниковой зоны, промывание крипт небных миндалин раствором антибиотика с учетом флоры или 10 % настоем травы чистотела (10 процедур через день), 2 драже тонзилгона.

Смазывание миндалин соком алоэ, смешанным с натуральным медом и сиропом шиповника, или соком подорожника, смешанным с шалфейным или лавандовым маслом (20:1).

21:00–22:00 — настойка корня валерианы 20 капель; антигистаминный препарат, 2 драже тонзилгона, 1 таблетка лесмина.

На фоне проводимого консервативного лечения наблюдалась следующая клиническая картина: у пациентов в течение первых трех месяцев отмечалось снижение жалоб на боли и дискомфорт в глотке, исчезало чувство кома в горле, улучшалось общее самочувствие. Динамика фарингоскопической картины была следующей — после проведенного курса небные миндалины становились бледными, в некоторых случаях белесоватыми, снижалась глубина лакун, застойная гиперемия небных дужек имела место у 30 % больных, отсутствие содержимого в небных миндалинах в первые три месяца наблюдалось у 87 % пациентов. Повторные жалобы на дискомфорт в горле, возобновление неприятного запаха изо рта возникали ближе к шестому месяцу, ухудшение фарингоскопической картины отмечалось через 5–6 месяцев у 23 % пациентов. У всех пациентов обращало на себя внимание (на фоне консервативного лечения хронического тонзиллита) достоверное снижение уровня антистрептолизина-О, ревматоидного фактора и С-реактивного белка, нормализация показателей клинического анализа крови, что косвенно указывает на снижение остроты воспаления в небных миндалинах и полностью подтверждалось результатом микробиологического исследования. Через год практически у всех пациентов отмечается тенденция к постепенному возвращению клинико-лабораторных показателей к исходной точке, что указывает на необходимость проведения повторного курса лечения.

Клиническая картина, течение и лечение хронического тонзиллита у лиц старших возрастных групп имеет свои особенности и терапевтические ограничения, что необходимо учитывать для получения длительной ремиссии заболевания.

**Заключение.** Консервативное лечение, включающее криодеструкцию небных миндалин, фито-

препараты противовоспалительного и седативного действия можно считать достаточно эффективным, обеспечивающим длительную ремиссию заболевания и считать методом выбора у людей старших возрастных групп.

#### Библиографический список

1. Портенко, Г. М. Хронический тонзиллит с позиций современных информационных технологий / Г. М. Портенко, Е. Г. Портенко, Г. П. Шматов. — Тверь : Ред.-издат. центр Тверской гос. медицинской академии, 2012. — 79 с.
2. Дергачев, В. С. О классификации хронического тонзиллита / В. С. Дергачев // Российская оториноларингология. — 2002. — № 2 (2). — С. 19–25.
3. Мухомедзянова, Л. В. Оптимизация методов местного лечения хронического тонзиллита : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14-00-04 / Л. В. Мухомедзянова. — СПб., 2004. — 25 с.
4. Яковенко, В. Д. К вопросу о причинно-следственных взаимосвязях в патогенезе хронического тонзиллита как инфекционно-аллергического процесса / В. Д. Яковенко, В. Ф. Филатов, И. А. Дикий // Вестник оториноларингологии. — 1990. — № 2. — С. 52–55.
5. Преображенский, Б. С. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ним общие заболевания / Б. С. Преображенский, Г. Н. Попова. — М., 1970. — 450 с.
6. Хронический тонзиллит: клиника и иммунологические аспекты / М. С. Плужников [и др.]. — СПб. : Диалог, 2010. — С. 105–106.
7. Извин, А. И. Генетические аспекты хронического тонзиллита / А. И. Извин // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 2002. — № 2 (30). — С. 90–92.
8. Хасанов, С. А. Распространенность хронического тонзиллита в семье и его профилактика / С. А. Хасанов, А. А. Асроров, У. Н. Вохидов // Вестник оториноларингологии. — 2006. — № 4. — С. 38–40.
9. Храппо, Н. С. Возрастные особенности патологии уха и верхних дыхательных путей / Н. С. Храппо // Российская оториноларингология. — 2005. — № 6. — С. 51–54.
10. Солдатов, И. Б. Нервный аппарат миндалин в норме и патологии / И. Б. Солдатов. — Куйбышев, 1962. — 250 с.
11. Лекарственные растения в лор-практике : руководство по клинической фитотерапии / В. Ф. Корсун [и др.]. — СПб. : Изд-во Н-Л, 2010. — 304 с.

**КАРПИЩЕНКО Сергей Анатольевич**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии.

**ЛАВРЕНОВА Галина Владимировна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии.

**БАРАНСКАЯ Светлана Валерьевна**, клинический ординатор кафедры оториноларингологии.  
Адрес для переписки: lavrenovagv@yandex.ru

Статья поступила в редакцию 08.07.2014 г.

© С. А. Карпищенко, Г. В. Лавренова, С. В. Баранская