

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "КИРОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Белоусов Антон Александрович

**Актуализация лечебно-диагностического алгоритма при хроническом
тонзиллите с учетом клинико-психологических особенностей пациентов**

3.1.3 Оториноларингология

5.3.6 Медицинская психология

Диссертация

на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

Храбриков Алексей Николаевич

доктор психологических наук, профессор

Запесоцкая Ирина Владимировна

Киров 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ	2
ОСНОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	5
ВВЕДЕНИЕ.....	7
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	17
1.1. Актуальность изучения проблемы хронического тонзиллита	17
1.1.1. Статистические данные о заболеваемости хроническим тонзиллитом в Российской Федерации.....	17
1.1.2. Рост осложнений местного и системного характера при хроническом тонзиллите в Российской Федерации	18
1.1.3. Оценка эффективности диспансеризации пациентов и тенденции к выбору хирургических вмешательств при хроническом тонзиллите	20
1.2. Строение, онтогенез, функционирование небных миндалин.....	22
1.3. Морфологические изменения в небных миндалинах при хроническом тонзиллите.....	23
1.4. Этиология и патогенез хронического тонзиллита	24
1.5. Классификации хронического тонзиллита, лечебная тактика	27
1.6. Системные сопряженные с хроническим тонзиллитом заболевания.....	32
1.7. Лечение хронического тонзиллита.....	32
1.8. Качество жизни больных хроническим тонзиллитом.....	35
1.9. Психологические особенности пациентов с хроническим тонзиллитом.....	37
1.10. Заключение	39
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ, ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	41
2.1. Материал исследования.....	41
2.1.1. Сборники статистических материалов ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ	41
2.1.2. Медицинские карты стационарного больного.....	42
2.2. Дизайн исследования	42

2.3. Объекты (участники) исследования	43
2.3.1. Пациенты с хроническим тонзиллитом	43
2.3.2. Критерии соответствия, условия проведения, продолжительность исследования	46
2.4. Методы исследования.....	46
2.4.1. Клиническое обследование пациентов с хроническим тонзиллитом	46
2.4.2. Лабораторные и инструментальные методы обследования	47
2.4.6. Методы консервативного лечения	48
2.4.7. Методы хирургического лечения	49
2.4.8. Экспериментально-психологическое обследование	50
2.4.9. Методы статистического анализа	54
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СТАТИСТИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	56
3.1. Результаты анализа данных сборников статистических материалов ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ	56
3.2. Результаты анализа данных медицинских карт стационарного больного....	62
3.4. Результаты клинического обследования	66
3.4.1. Жалобы.....	66
3.4.2. Анамнез жизни	70
3.4.3. Анамнез заболевания.....	74
3.4.4. Местный статус.....	76
3.4.5. Лабораторное и инструментальное обследование	79
3.5. Результаты проведенного лечения	88
3.6. Клинические примеры	94
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	99

4.1 Результаты анкетирования пациентов по Краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни	99
4.2 Результаты анкетирования пациентов по опроснику Тип отношения к болезни	104
4.3 Результаты анкетирования пациентов по опроснику КОП-25	105
4.4 Факторный анализ психологических характеристик пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита	108
4.5 Факторный анализ психологических характеристик пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита	111
4.6. Клинические примеры	113
4.7. Алгоритм лечения пациентов с хроническим тонзиллитом с учетом клинико-психологических особенностей.	123
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	124
ВЫВОДЫ	135
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	137
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	138

ОСНОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Me - медиана

АСЛО – антистрептолизин - О

АТЭК – абсцесстонзиллэктомия

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время

БГСА - бета-гемолитический стрептококк группы А

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОЗ КЖ – краткий опросник ВОЗ для исследования качества жизни

ДОКБ - КОГ БУЗ «Кировская областная детская клиническая больница»

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

ИКР – Q_1 - Q_3 - интерквартильный размах

КГБ №9 - КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9»

КО – Кировская область

КОКБ - КОГ БУЗ «Кировская областная клиническая больница»

Me - медиана

МНО – международное нормализованное отношение

НМ – небные миндалины

ОПСГН – острый постстрептококковый гломерулонефрит

ПТА – паратонзиллярный абсцесс

ПФ – простая форма хронического тонзиллита

ПФА – парафарингеальный абсцесс

ПФО – Приволжский федеральный округ

РА – ревматоидный артрит

РФ – Российская Федерация

СРБ – С – реактивный белок

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ТА – токсико-аллергический

ТАФ – токсико-аллергическая форма хронического тонзиллита

ТАФ 1 – токсико-аллергическая форма 1 хронического тонзиллита

ТАФ 2 – токсико-аллергическая форма 2 хронического тонзиллита

ТЭК – тонзиллэктомия

УВЧ – ультравысокочастотная терапия

УФО – ультрафиолетовое облучение

ХРБС – хроническая ревматическая болезнь сердца

ХТ – хронический тонзиллит

ЭКГ – электрокардиография

Q₁ – нижний квартиль

Q₃ – верхний квартиль

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Проблема хронического тонзиллита (ХТ) - одна из самых актуальных на современном этапе развития оториноларингологии [97, 139].

Во второй половине 20 века были проведены фундаментальные исследования лимфоэпителиального глоточного кольца Вальдейера-Пирогова. Связано это с работами отечественных оториноларингологов академиков Преображенского Б. С. (1970 г.), Пальчуна В. Т. (1974 г.), Солдатов И. Б. (1978 г.), а также других исследователей [126, 134, 152]. Были изучены механизмы патогенеза ХТ, выявлена роль бета-гемолитического стрептококка группы А (БГСА), взаимосвязь небных миндалин (НМ) с другими органами. В связи с этим в практическом здравоохранении наблюдались большие успехи в лечении ХТ, снижение заболеваемости сопряженной с ним патологии во многом благодаря активной хирургической тактике.

На рубеже XX - XXI веков взгляды оториноларингологов на проблему ХТ изменились. Возник тренд об уникальной роли НМ в иммунной системе [23, 33, 34]. Поэтому стали развиваться консервативные органосохраняющие методики лечения, разрабатываться и активно внедряться медикаментозные методы лечения. Тонзиллэктомии (ТЭК) проводились на порядок реже, чаще применялись щадящие хирургические методики.

В результате этих процессов возник рост числа сопряжённых с ХТ заболеваний, в частности, местных - паратонзиллярных и парафарингеальных абсцессов (ПТА и ПФА) и острой ревматической лихорадки (Крюков А. И. и др., 2009). Поэтому, в первой четверти 21 века вновь обострилась проблема хронической патологии НМ [97].

По настоящее время среди оториноларингологов нет единства в отношении взглядов на классификацию и лечение ХТ [74-77]. По нашему мнению, наиболее полно отражающей патогенез данной нозологии и лечебную тактику является классификация И. Б. Солдатов [152].

В отношении ХТ остаются белые пятна, вероятно, влияющие на современное состояние вопроса. Безусловно, в настоящее время имеет место недостаточная эффективность работы амбулаторно-поликлинического звена: дефицит оториноларингологов, нередко формально осуществляемое диспансерное наблюдение больных с ХТ [13, 97, 101, 120, 139]. Анализ лечебно-диагностической тактики при ХТ в ряде регионов был проведен, принятые меры дали положительный результат [101,120,163]. Однако в регионах, удаленных от центра, имеются специфические условия, которые необходимо учитывать: отсутствие НИИ федерального уровня по профилю оториноларингология, сложность получения пациентами специализированной медицинской помощи ввиду отдаленности места их проживания от крупных многопрофильных лечебных учреждений, и недостаточной их обеспеченности специалистами. Практически не исследовано влияние ХТ на психологические характеристики пациентов, отношение их к самой болезни, приверженность к лечению, а это, безусловно, находит отражение в лечебном процессе. От приверженности к лечению зависят его результаты [82-84]. Известно, что ХТ оказывает отрицательное влияние на нервную систему [118]. В литературе все чаще фигурируют постстрептококковые аутоиммунные заболевания центральной нервной системы, к которым относятся также психические нарушения (особенно эмоциональные), отдельно выделяется синдром PANDAS (детские аутоиммунные нейropsychические расстройства, связанные со стрептококковой инфекцией) [103,193,194]. Имеются сведения по исследованию клинико-психологических характеристик детей с длительным субфебрилитетом, в числе которых были также пациенты с ХТ [81].

При некоторых других заболеваниях психологические особенности пациентов уже подробно изучены, учитываются в лечебном процессе, что положительно влияет на его эффективность. К примеру, есть ряд работ по исследованию клинико-психологических особенностей многих соматических и инфекционных заболеваний: болезней желудочно-кишечного тракта [7, 16, 73, 132, 160, 174], эндокринной патологии [6, 30, 31, 114, 138, 146], артериальной гипертензии [21,

172], ревматологических заболеваний [129, 142, 169], глаукомы [91], хронического вирусного гепатита С [43, 79], заболеваний легких [14, 95], часто болеющих детей [29], пациентов, перенесших аорто-коронарное шунтирование [4], с хроническим болевым синдромом [80, 162], с нарушением осанки [85], лиц с высоким риском развития хронических неинфекционных заболеваний [113]. Есть исследования в отношении приверженности к лечению у пациентов с полипозным риносинуситом [82-84]. В отношении пациентов с ХТ подобных исследований не проводилось. Поэтому актуальным является изучение психологических особенностей пациентов с хронической тонзиллярной патологией.

На современном этапе развития клинической медицины мы можем наблюдать два главных противоположных друг другу тренда в лечении заболеваний. Первый заключается в процессах унификации и стереотипизации лечебно-диагностических алгоритмов по конкретным нозологическим формам по результатам широкомасштабных исследований. В конечном итоге формируются клинические рекомендации, протоколы диагностики и лечения. Второй тренд заключается в индивидуализации мероприятий диагностики и лечения, пациентоориентированности, пациентоцентричности всей медицинской сферы. Эти два основных тренда активно развиваются и претворяются в жизнь в современных моделях здравоохранения [19, 137, 143, 144].

Ориентированность на пациента всего лечебно-диагностического процесса и его индивидуализация реализуются в практической сфере в виде бригадного метода. Т. е. создаются команды из врачей различных специальностей. Абсолютно обоснованно привлечение в такие команды медицинского психолога [20, 93, 171, 173].

В отношении ХТ у специалиста-оториноларинголога далеко не во всех случаях получается убедить пациента в избранной лечебной тактике, особенно в плане хирургического лечения. Помимо этого, услышать и понять точку зрения пациента врачу также не всегда удается. В таких ситуациях обоим участникам лечебного процесса, как врачу, так и пациенту, будет неоценима помощь медицинского психолога.

Цель исследования

Улучшить результаты в лечении хронического тонзиллита на основании анализа структуры заболеваемости в средней полосе России (на примере Кировской области), клинических данных, современных подходов к лечению этой патологии и внедрения лечебно-диагностического алгоритма, учитывающего показатели качества жизни, типа отношения к заболеванию, приверженности пациентов к лечению.

Задачи исследования

1. Сопоставить показатели заболеваемости хроническим тонзиллитом в Российской Федерации, Приволжском федеральном округе, Кировской области за 2009-2022 гг.
2. Выполнить анализ проведенного экстренного и планового хирургического лечения хронического тонзиллита: тонзиллэктомий и операций по поводу его местных осложнений (паратонзиллярного и парафарингеального абсцессов) в оториноларингологических отделениях стационаров г. Киров в 2009-2023 гг.
3. Изучить особенности клинической картины, микробиологические данные пациентов с хроническим тонзиллитом, госпитализированных в плановом и экстренном порядке в городское оториноларингологическое отделение г. Киров.
4. Провести эмпирическое исследование среди пациентов с различными формами хронического тонзиллита с целью изучения взаимосвязи их клинико-психологических показателей: качества жизни, типа отношения к болезни, приверженности к лечению и особенностями течения заболевания.
5. Разработать лечебно-диагностический алгоритм при хроническом тонзиллите с учетом показателей психологического профиля: качества жизни, типа отношения к болезни, приверженности к лечению.

Научная новизна

Впервые выявлено, что заболеваемость хроническим тонзиллитом и местными сопряженными с ним заболеваниями (паратонзиллярным и парафарингеальным

абсцессами) в Кировской области в 2 раза ниже, чем в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе.

Впервые в г. Киров установлено, что при хроническом тонзиллите в 2 раза чаще проводятся хирургические вмешательства по экстренным показаниям по поводу его местных осложнений (паратонзиллярного и парафарингеального абсцессов), чем планово выполняемые тонзиллэктомии.

Впервые изучены региональные особенности микробиологического пейзажа лакун небных миндалин у пациентов с хроническим тонзиллитом в Кировской области.

Впервые в Российской Федерации на примере Кировской области у пациентов с различными формами хронического тонзиллита комплексно изучены такие показатели как тип отношения к болезни, качество жизни, приверженность к лечению, а также их взаимосвязь с клинической формой заболевания.

Впервые с учетом типа отношения к болезни, приверженности к лечению пациентов при ХТ разработан лечебно-диагностический алгоритм с привлечением медицинского психолога.

Теоретическая и практическая значимость

1. Предложено описание клинико-психологических характеристик (качество жизни, тип отношения к болезни, приверженность к лечению) у пациентов с хроническим тонзиллитом в зависимости от формы заболевания. Разработан алгоритм клинико-психологического сопровождения пациентов, страдающих хроническим тонзиллитом, с учетом наиболее характерных для этих больных особенностей в виде низкой приверженности к лечению и негармоничного типа отношения к болезни, препятствующих конструктивному взаимодействию с медицинскими работниками.

2. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм при хроническом тонзиллите, благодаря включенности в работу с пациентами медицинского

психолога, будет способствовать повышению приверженности к лечению среди больных и позволит снизить количество возникновения ургентной патологии – паратонзиллярных и парафарингеальных абсцессов, увеличить объем радикального лечения хронического тонзиллита в виде плановых тонзиллэктомий.

4. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм при хроническом тонзиллите позволяет сделать процесс лечения более индивидуализированным, пациентоориентированным, конструктивно построить взаимодействие в тандеме «врач-пациент», что ведет к повышению качества и эффективности лечения.

Степень достоверности результатов, проведенных соискателем ученой степени исследований

Данное исследование является ретроспективно-проспективным.

Настоящая работа основана на анализе наблюдения пациентов оториноларингологического отделения КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9» в период с 2015 по 2023 гг., анализе статистического материала его пациентов и обработке карт. Проведение диссертационного исследования одобрено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России (Протокол № 18/2024 от 05.09.2024 г.) и на заседании кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России (Протокол №3 от 29.10.2018). Тема диссертации утверждена Учёным советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России (Протокол № 2 от 01.03.2024 г.). Достоверность результатов исследования подтверждается современными методами исследования, достаточным количеством наблюдений, карт и пациентов. Основные научные положения, выводы, рекомендации, отраженные в диссертации, подкреплены убедительными фактическими данными, наглядно представленными в приведенных таблицах и рисунках. Сбор, статистический анализ и интерпретация полученных результатов проведены с использованием современных методов обработки информации и статистического анализа программы Microsoft Office Excel 2016 и AtteStat 12.0.5. Достоверность данных

исследования подтверждена актом проверки первичной документации от 01.03.2024 г.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация полностью соответствует Паспорту специальности 3.1.3. Оториноларингология (медицинские науки), а также области исследования п. 2 «Разработка и усовершенствование методов диагностики и профилактики ЛОР-заболеваний», ввиду того, что нацелена на междисциплинарный подход в лечении пациентов с хроническим тонзиллитом, оптимизацию лечебно-диагностического алгоритма при хроническом тонзиллите, что дает возможность индивидуализировать лечебный процесс, повысить приверженность к лечению, существенно улучшить качество жизни у данных пациентов.

Диссертация соответствует Паспорту специальности 5.3.6 Медицинская психология (психологические науки), и области исследования п. 7. «Психологические аспекты лечебного процесса», т. к. направлена на изучение профессиональных и этических аспектов взаимоотношений врача и больного, модели взаимодействия, проблеме комплаенса. Кроме того, диссертация соответствует области исследования п. 8 «Психогигиена, психопрофилактика, социальная реабилитация и повышение качества жизни больных», т. к. изучает связанное с состоянием здоровья качество жизни.

Личный вклад автора

Автором детально проанализированы современные отечественные и зарубежные источники литературы по изучаемой теме, разработан дизайн исследования, выявлена актуальность и степень разработанности вопроса, сформулированы цель и задачи. Автором непосредственно проводились: отбор пациентов в исследуемые группы, их анкетирование по психологическим методикам, анализ микробиологических исследований, лабораторных и инструментальных данных, проведение хирургических манипуляций и

вмешательств, работа со статистическими показателями. Автор самостоятельно провел обработку статистических данных и анализ результатов исследования. Сформулированы выводы и предложен лечебно-диагностический алгоритм при ХТ, учитывающий клинико-психологические характеристики пациентов. Автор оформил полученные им данные в самостоятельный законченный научный труд.

Внедрение полученных результатов исследования в практику

Основные положения и выводы исследования внедрены в лечебную работу поликлиник 2, 3 КОГ БУЗ «Кировская городская больница №2», поликлиники и оториноларингологического отделения КОГКБУЗ «Кировская городская больница № 9», Центра медицины и косметологии «Эллада» (г. Киров).

Основные положения и выводы исследования используются в учебном процессе на курсе оториноларингологии кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ Кировский ГМУ Минздрава России и при подготовке в ординатуре по специальности «Оториноларингология».

Апробация работы

Основные результаты работы были представлены в виде докладов на: VIII Петербургском международном форуме оториноларингологов России (г. Санкт-Петербург, 23-25 апреля 2019 года), III Всероссийском конгрессе национальной медицинской ассоциации оториноларингологов (г. Нижний Новгород, 20-22 ноября 2019 года), IX Петербургском международном форуме оториноларингологов России (г. Санкт-Петербург, 5-7 октября 2020 года), XX съезде оториноларингологов России (г. Москва, 6-9 сентября 2021 года), X Петербургском форуме оториноларингологов России (27-29 октября 2021 года (видео-доклад)); на научно-практической конференции, посвященной 95-летию ЛОР-службы Кировской области «Актуальные вопросы патологии уха и верхних дыхательных путей» (г. Киров, 26 октября 2018), на научно-практической конференции, посвященной 100-летию ЛОР-службы Кировской области «Актуальные вопросы оториноларингологии» (г. Киров, 24 ноября 2023 г.).

Диссертация апробирована на совместном заседании кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО Кировского ГМУ Минздрава России и Института клинической психологии и социальной работы ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (протокол № 2 от 02.10.2024 г.).

Публикации

По теме данного диссертационного исследования подготовлено к печати и опубликовано 18 научных работ, из них в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ, 7 публикаций.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 165 страницах печатного текста. Она состоит из введения, литературного обзора, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, имеет 25 таблиц, 31 рисунок. Список использованной литературы включает 175 отечественных, 53 зарубежных источника.

Основные положения, вынесенные на защиту

1. По данным статистических исследований общая и первичная заболеваемость хроническими болезнями миндалин и аденоидов, паратонзиллярными абсцессами среди всего и взрослого населения, в частности, в Кировской области в среднем в 2 раза ниже, чем в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе.

2. В Кировской области плановое хирургическое лечение хронического тонзиллита проводится значительно меньшему количеству пациентов, из числа имеющих показания.

3. В микробных ассоциациях из лакун небных миндалин у пациентов с хроническим тонзиллитом из Кировской области превалируют условно-патогенные стрепто- и стафилококки, чувствительные к основным группам антибиотиков.

4. Пациентам с компенсированной формой хронического тонзиллита присущи отрицание болезни, низкие показатели качества жизни высокая приверженность лечению. Для пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита характерен уход от болезни в трудовую деятельность, высокие показатели качества жизни, но низкая приверженность лечению, что указывает на целесообразность ведения, обследования таких пациентов, особенно требующих хирургического лечения, совместно оториноларингологом и медицинским психологом.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Актуальность изучения проблемы хронического тонзиллита

Хронический тонзиллит (ХТ) является общим инфекционно-аллергическим заболеванием с местной воспалительной реакцией в небных миндалинах (НМ) [101]. Проблемы ХТ, очаговой инфекции и сопряженной патологии подробно изложены в работах Свержевского Л. И., Преображенского Б. С., Пальчуна В. Т., Талалаева В. Т., Нестерова А. И., Зака В. Н., Засосова Р. А., Сагаловича Б. М., Поповой Г. Н. [115, 128, 133, 134, 135]. Учение об очаговой инфекции и ХТ наибольшего развития достигло в 60—70-е годы 20 века. В это время была внедрена радикальная тактика при лечении ХТ. В конечном итоге местные и системные осложнения ХТ в 60—70-е годы 20 века встречались в два раза реже по сравнению с современными показателями [120].

Современные работы по оториноларингологии с изучением основ иммуноморфологического взаимодействия небных миндалин с развитием системного аутоиммунного гиперергического воспаления принадлежат Гаращенко Т. И., Китайгородскому А. П. [32, 33, 34, 35, 87, 88, 154].

На настоящем этапе у проблемы ХТ можно обозначить следующие наиболее значимые аспекты: неоднозначные данные о заболеваемости ХТ, тенденция к росту осложнений местного и системного характера, неэффективность диспансеризации, а также снижение количества проводимых тонзиллэктомий (ТЭК).

1.1.1. Статистические данные о заболеваемости хроническим тонзиллитом в Российской Федерации

Разнообразие консервативных и хирургических методик лечения ХТ, современные фармакологические препараты не приводят к снижению заболеваемости данной нозологией и связанными с ней патологическими состояниями, напротив, даже имеется тенденция к их росту [2].

Заболеваемость ХТ варьирует среди различных возрастных групп. По разным данным она колеблется в интервале от 5-10% до 37% у взрослых и от 12-15% до

63% – среди детей. ХТ является одним из наиболее распространенных поводов для обращения за медицинской помощью [2, 11, 40, 78, 120, 122, 123, 157, 170, 203].

Среди всех оториноларингологических заболеваний доля ХТ составляет 13-35%, при этом наблюдается тренд к росту [147, 197].

Косвенным образом о значительной распространенности ХТ свидетельствует то, что длительное время тонзиллэктомия (ТЭК) является одной из наиболее часто проводимых операций [179, 189, 226, 227].

В Москве среди всех остальных заболеваний глотки ХТ составляет 23,7% [3]. По данным Нестерова А. И. более чем у 70% пациентов с ревматологической патологией имеется ХТ [115].

В 2000 г., по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, у детей в возрастной группе до 14 лет заболеваемость ХТ и аденоидитом составила 2976,8 случая на 100 тыс. населения. М. Р. Богомильский и Т. И. Гаращенко (1999) констатируют распространенность ХТ у детей в возрасте от 2 до 3 лет около 1-2%, 5% в дошкольном возрасте, от 7,9 до 14,4% в старшей возрастной группе [16]. По данным Н.М. Хмельницкой и соавторов (2000), заболеваемость ХТ в 1997-1999 гг. у детей до 6 лет составила 5,9%, в возрасте 7-15 лет - 31,9%, 16- 25 лет - 26,4% [165]. ХТ страдает 22-40% детей (Цветков Э.А., 2003) [168] и 15-20% взрослого населения (Гофман В.Р., 1984) [39].

1.1.2. Рост осложнений местного и системного характера при хроническом тонзиллите в Российской Федерации

Во многом из-за «выжидательной» тактики в лечении ХТ в последнее время наблюдается значительный рост осложнений как местного, так и системного характера [120]. Судя по данным, предоставленным Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г. Москва, имеется стойкая тенденция к росту острой ревматической лихорадки у подростков 15—17 лет в расчете на 100 000 населения: от 0 в 2000 г. до 2,7 случаев в 2007 г. [120]. Также по данным Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г. Москва виден

существенный рост распространенности острого постстрептококкового гломерулонефрита (ОПСН) у подростков (включая возраст 15—17 лет) с 2026 случаев в 2000 г. до 2488 случаев в 2007 г. [120].

Стрептококковая инфекция характеризуется периодической цикличностью эпидемического процесса. Кроме цикличности в 2—4 года для данного процесса характерна также волнообразность, имеющая интервалы в 40—50 лет. О данном факте говорит возникновение и исчезновение особенно тяжелых клинических форм [9, 10, 120].

Среди всего числа госпитализаций по экстренным показаниям в оториноларингологические отделения, по оценкам разных авторов, госпитализации пациентов с ПТА составляют от 9,4 до 16% [37, 86].

В г. Москва по данным А. И. Крюкова и соавторов было отмечено снижение частоты выполненных в плановом порядке ТЭК, в большей мере до 2001 г., и наоборот повышение количества ежегодно проведенных вскрытий ПТА (в период до 2007 г.) [120].

Было установлено увеличение числа госпитализаций в КИБ №1 г. Москва пациентов с ангиной в сочетании с ПТА, и рост проводимых вскрытий ПТА в ГКБ им. С. П. Боткина, на фоне уменьшения количества проводимых ТЭК в лечебно-профилактических учреждениях города (при неуклонном росте населения г. Москва), увеличение заболеваемости ОПСН и острой ревматической лихорадкой. Динамический рост числа больных с ПТА обусловлен рецидивирующим течением данного осложнения ХТ. При всем при этом количество пациентов с первично возникшим ПТА на протяжении 5 лет остается фактически постоянным. Данное обстоятельство говорит о существенном росте частоты возникновения местных осложнений ХТ [120].

По результатам исследования, выполненного в г. Ижевск, соотношение пациентов, госпитализированных с ХТ для проведения ТЭК, к пациентам, госпитализированным с ПТА, претерпевало следующие изменения. В 1985 г. превалировали больные для выполнения ТЭК (64% против 36%). Однако, их количество постепенно, но неуклонно снижалось. В 1996 г. соотношение стало

18% против 82%. Таким образом, на 1 ТЭК в 1996 г. приходилось более 4 операций по поводу ПТА. Примерно такое же соотношение сохранилось в период с 1996 по 2006 г. [13].

Подобный тренд отмечают исследователи и зарубежом. Так по данным А. Millington и соавторов в Великобритании с 2003 по 2012 г. выявлен рост количества экстренных госпитализаций пациентов с ХТ, осложненным ПТА, более чем 100%, при этом количество проводимых ежегодно плановых ТЭК уменьшилось [203]. С. Douglas и соавторы провели в Шотландии анализ данных по пациентам с ХТ в период с 1996 по 2016 г. За указанный временной интервал ТЭК стали проводить в 2 раза реже, но при всем при этом госпитализации в экстренном порядке больных с обострениями ХТ, а также с ПТА стали приблизительно в 2,5 раза чаще. Число же глубоких шейных абсцессов возросло в 5 раз [176].

Тем не менее, планомерная работа позволила в определенной степени переломить ситуацию, в частности, в Москве. Количество проводимых в плановом порядке ТЭК при ХТ в г. Москва в период с 2002 по 2017 г. возросло в 1,85 раза и составило 56,5%. При заметном росте количества проводимых ТЭК видна уверенная тенденция к снижению на 19% экстренно проводимых операций при этой патологии (вскрытие ПТА, АТЭК) [163].

1.1.3. Оценка эффективности диспансеризации пациентов и тенденции к выбору хирургических вмешательств при хроническом тонзиллите

В последнее время значительным образом нарушена диспансеризация пациентов с ХТ ввиду отсутствия оториноларинголога в числе специалистов, принимающих участие в дополнительной диспансеризации населения [145]. Наблюдается продолжительное, более 2 лет, нахождение пациентов с ХТ на диспансерном учете [120]. Рост количества пациентов, имеющих с осложненные варианты течения ХТ, может свидетельствовать о запоздалом обнаружении показаний к проведению ТЭК, а также о проблемах в маршрутизации,

диспансерном наблюдении пациентов с ХТ, которое проводится не в полном объеме или отсутствует [13, 163].

Значительную роль при ХТ играют социальные факторы: низкие выплаты по временной нетрудоспособности, длительный ненормированный рабочий день, страх увольнения среди пациентов и пр. [120].

В настоящее время имеется разработанный лечебно-диагностический алгоритм при ХТ исходя из классификации Преображенского Б. С.–Пальчуна В. Т. [126, 127]. Также имеется и алгоритм действий исходя из классификации И. Б. Солдатов [152]. Тем не менее, важной стороной проблемы ХТ являются трудности определения правильной лечебной тактики — четкого разграничения возможностей консервативной терапии и хирургического лечения [126, 127].

Часто среди оториноларингологов встречается недопонимание в оценке клинической картины ХТ. Например, те признаки, являющиеся по классификации Преображенского Б. С. — Пальчуна В. Т. критериями для определения степеней ТАФ ХТ, порой оториноларингологами трактуются как необязательные и дающие возможность последующего консервативного лечения данной патологии, невзирая на необходимость проведения хирургического лечения — ТЭК [149].

На рубеже 20-21 веков в г. Москва в лечебных учреждениях амбулаторно-поликлинического звена наблюдался тренд к преобладанию консервативных методик лечения ХТ [99, 120].

Многими врачами назначаются исключительно лишь консервативные методики лечения даже в ситуациях, когда есть признаки недостаточности такого подхода. Можно отметить также нерациональное назначение антибиотиков, что способствует увеличению вирулентности и устойчивости к ним патогенных микроорганизмов, а также к росту распространенности ХТ [70, 127, 141, 164].

Появилось огромное число консервативных и органосохраняющих методов лечения ХТ [104, 148]. Однако стоит учитывать, что с помощью консервативных методик лечения в большинстве случаев не удастся санировать хронический очаг инфекции, причем любой локализации, возможно лишь уменьшить его активность на определенный промежуток времени [124].

Стоит отметить, что диагностические признаки местных симптомов ХТ довольно четко описаны, сформулированы, но в вопросе определения общих сопряженных заболеваний очень много неясных аспектов. Можно констатировать, что часть оториноларингологов, выбирая тактику ведения пациентов с ХТ, обращает внимание исключительно на фарингоскопические признаки и местные сопряженные с ним заболевания, о которых имеет четкое представление [123, 148]. По отношению к общим сопряженным с ХТ заболеваниям имеется неопределенность в оценке и понимании этой проблемы [148].

1.2. Строение, онтогенез, функционирование небных миндалин

НМ относятся к лимфаденоидному глоточному кольцу Вальдейера – Пирогова, являются периферическими органами иммунной системы, относящимися к лимфоэпителиальному барьеру, оказывают защитную функцию дыхательного и пищеварительного трактов [134, 135].

Поверхность НМ покрыта многослойным неороговевающим эпителием, формирующим глубокие крипты внутри них. Площадь эпителия крипт НМ составляет порядка 300 см² [134].

В настоящее время есть концепция о системе лимфоидной ткани, интегрированной со слизистой оболочкой. Используется термин MALT-система (на английском Mucosa associated lymphoid tissue), к ней относятся и НМ [24, 25, 26, 166].

Микрофлора из полостей рта и глотки свободно проникает в крипты НМ и в оптимальных условиях вегетирует в них. Стенки крипт легко проницаемы для микробов, поскольку покрыты эпителием не сплошным слоем, а с частыми изъязвлениями (так называемые участки «физиологического ангиэрозия» по Ундрицу В. Ф.). Инфекционный агент приводит к стимулированию развития герминативного центра фолликулов НМ, а также к дифференцировке В-лимфоцитов в специфичные плазматические клетки, которые могут синтезировать высокоавидные антитела к конкретной инфекции. Контроль иммунитета приводит

к гибели попавших в паренхиму НМ микроорганизмов. В таком случае возникновение и развитие очага инфекции подавляется общим иммунитетом, проникшие из крипт НМ микроорганизмы погибают, но при этом сохраняют свои антигенные свойства. Клинические признаки интоксикации являются убедительным критерием перехода этого механизма в патологическое состояние [23, 90, 106, 112, 127, 131, 149, 159, 175].

1.3. Морфологические изменения в небных миндалинах при хроническом тонзиллите

При ХТ наблюдается затруднение опорожнения крипт от содержимого, вследствие формирования в них спаек, сужения лакун из-за выпячивания их стенок гипертрофированными лимфоидными фолликулами. На фоне сужения или полной обструкции устья формируется колбообразное расширение лакун. Слущенный плоский эпителий и лейкоциты скапливаются в лакунах НМ, превращаются в казеозный или гнойный детрит, который в виде пробок с неприятным запахом заполняет лакуны. В пробках НМ находится множество микроорганизмов [106, 133].

Эпителий лакун НМ может истончаться, изъязвляться и некротизироваться из-за длительного контактирования с патогенной флорой. Такие изменения в эпителии лакун и в ближайших к ним участках паренхимы НМ характерны для начальной стадии развития патологического процесса, так называемого хронического лакунарного и лакунарно-паренхиматозного тонзиллита. Эпителий, подвергшийся дистрофии, не способен обеспечить барьерную функцию в должном объёме, в силу этого патологический процесс распространяется в более глубокие части НМ. Следующая стадия - хронического паренхиматозного тонзиллита - характеризуется разрастанием соединительной ткани в подэпителиальном слое, формированием воспалительных инфильтратов в паренхиме, порой затрагивающих несколько фолликулов. Последняя стадия развития патологического процесса - хронический склеротический и паренхиматозный тонзиллит — сопровождается обильным разрастанием

соединительной ткани, периваскулярным склерозом мелких и средних артерий, а также деформацией и частичным запустеванием лимфатических сосудов и капилляров. [119, 128].

При ХТ в НМ обнаруживаются не только погибшие микробы, но и живые, активно размножающиеся микроорганизмы в паренхиме между лимфоцитами, внутри кровеносных и лимфатических сосудов, а также и внутри лимфоцитов [112].

1.4. Этиология и патогенез хронического тонзиллита

При ХТ микробный состав в НМ может претерпевать изменения. В число наиболее часто обнаруживаемых и опасных микроорганизмов в развитии ХТ входят стрептококки, стафилококки, гемофильная палочка, вирусы, а также значительно реже внутриклеточные патогены — микоплазмы, хламидии, и др. Количество видов микроорганизмов при ХТ по данным разных авторов колеблется от 100 до 160, включая анаэробные. Несмотря на такое многообразие главную роль в патогенезе ХТ, а также его общих и местных осложнений, играет несомненно БГСА. Данный микроорганизм, по разным данным, выявляется у 30—60% пациентов с ХТ. Однако комбинация патологических явлений при ХТ с обнаружением БГСА не имеет видоспецифического характера [3, 8, 18, 100, 109, 110, 115, 134, 140, 141, 186, 190, 205, 212, 223].

БГСА продуцирует следующие экзотоксины: ДНКаза Б, О - и S - стрептолизины, стрептокиназа, которые разрушают клетки макроорганизма, запускают синтез цитокинов, а именно ФНО- α и - β , интерлейкин 1, 6. В очаге поражения они приводят к блокировке фагоцитарных реакций [210]. Помимо этого, БГСА имеет суперантигены, оказывающие митогенное действие и ведущие к поликлональной пролиферации Т-лимфоцитов. К суперантигенам стрептококков относят митогенный фактор SPE F, пирогенные экзотоксины (SPE A, SPE B, SPE C, SPE D) а также, возможно, типоспецифические М-протеины [215]. Среди М-протеинов следует выделить IgG Fc-рецепторные белки, которые приводят к связыванию Fc-фрагмента иммуноглобулинов, принимают участие в

патогенезе ПСГН [199, 207, 219]. Гиалуроновая кислота, входящая в состав соединительной ткани человеческого организма, также присутствует в капсуле стрептококков. Поэтому капсула имеет относительно небольшую иммуногенность и не выявляется в организме как чужеродный антиген [224].

Стрептококковый М-протеин гомологичен белковым альфа-спиральным молекулам человеческого организма: кардиальному миозину, тропомиозину, ламинину и кератину. Поэтому ряд эпитопов М-протеина перекрестно реагирует с тканями синовиальной оболочки, сердца и мозгом. Это называется «молекулярной мимикрией» [9, 10, 194, 195, 214, 223].

Выявлено, что на поверхности слизистых оболочек имеются целые сообщества микроорганизмов, постоянно взаимодействующие между собой, сдвиг равновесия в них приводит к развитию патологии [18, 100, 184, 191, 202, 205, 209, 213, 222].

БГСА способен формировать биопленки — структурированные сообщества микроорганизмов, заключенных в полимерный матрикс, продуцируемый ими самими, и прикрепленных к инертным или живым поверхностям [185]. Эта способность увеличивает устойчивость микроорганизмов к механическим воздействиям, антибактериальным препаратам, факторам естественного иммунитета [98, 140].

У пациентов при истощении разнообразия микробного сообщества, когда значительно увеличивается количество одного микроорганизма, возрастает тяжесть патологического процесса. При увеличении видового разнообразия в микробиоме наоборот отмечается менее выраженная патология [110, 202, 205, 197].

При ХТ микробы не гибнут, сохраняют свою жизнеспособность и активность в лимфоидной ткани НМ, что приводит к полному развитию очага воспаления в паренхиме миндалин [127].

Выраженная агрессивность хронической инфекции в НМ обусловлена несколькими факторами: в лимфатической ткани (в том числе и в НМ) при воспалении не образуется воспалительный защитный вал (барьерфиксирующая

функция); в норме эпителиальный покров стенок крипт НМ имеет большое количество разрывов, в которых эпителия нет [112].

При ХТ живые и размножающиеся микроорганизмы выявляются не только в лимфаденоидной ткани, но и внутри лимфоцитов, лимфатических и кровеносных сосудов НМ, являясь причиной развития токсико-аллергических реакций во всем организме [8, 112].

Происходит формирование по всей паренхиме миндалин иммунопатологических антител в качестве реакции на размножающиеся среди лимфоцитов, в лимфатических и кровеносных сосудах патогены. Антитела, синтезируемые на БГСА, оказывают иммунопатологическое действие на собственные ткани организма [8].

В итоге при ХТ воспаление в НМ сопровождается слабым иммунным ответом, интоксикацией организма, активацией нервно-рефлекторного механизма и ведет к повреждению систем и органов. В дальнейшем каждое обострение хронической инфекции активирует врожденный иммунитет, способствует появлению сверхсильного иммунного ответа, ведущего к формированию иммунокомплексных и аутоиммунных заболеваний. Поэтому в лечении ХТ требуется своевременно санировать очаг инфекции [17]. Благодаря значительным гуморальным и анатомо-топографическим связям НМ, патогенез ХТ - постоянно действующей хронической инфекции - характеризуется влиянием тонзиллярной интоксикации на жизненно важные органы и системы [42]. При этом функция НМ как иммунного органа полностью нарушается, однако формируется способность к синтезу иммунопатологических антител [22].

При развитии патологического процесса в него оказывается вовлеченным и нервный аппарат НМ. Возникновение нервно-рефлекторного механизма происходит из-за афферентных связей НМ с образованиями подкорки - структурами заднего отдела подбугорной области гипоталамуса. Они, по мнению А. М. Монаенкова, участвуют в регуляции естественного активного иммунитета. При ХТ с этим и связана центральная детерминация нарушений иммунологической реактивности. Установлено, что адренергические рецепторы

нейронов активируются под влиянием афферентных сигналов из НМ, также от этого страдает функциональное состояние ядер подбугорной области. Данное обстоятельство является причиной нарушения вегетативного взаимодействия и протекающей последовательно цепной дезорганизации других нервных структур. Подобного рода нарушения нейродинамических процессов в определенных подкорковых и корковых центрах головного мозга называют «тонзиллогенным» нервно-дистрофическим процессом, он расценивается неотъемлемым компонентом в патогенезе метатонзиллярных поражений [111].

Академиком И. Б. Солдатовым доказано в экспериментальных исследованиях, что нервные сплетения НМ имеют связи с определенными парасимпатическими и симпатическими нервами. В силу этого раздражение перилакуарных сплетений при патологическом процессе в лакунах ведет к раздражению экстеро- и интерорецепторов. Патологические изменения нервного аппарата влияют на трофические процессы в лимфоидной ткани, что обуславливает функциональные и структурные расстройства НМ. Это усиливает нарушение их барьерной функции и способствует возникновению декомпенсации [151].

Хроническая декомпенсированная форма ХТ, по мнению А. Ю. Овчинникова и соавторов, в 86% случаев вызывает так называемую тонзиллогенную миокардиопатию, т. е. функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. При декомпенсированной форме ХТ тонзиллогенная миокардиопатия в 61% случаев формируется как клинически выраженная, а в 25% — латентно протекающая, которую можно выявить только при проведении нагрузочных проб, в основном эргоспирометрии [102, 107].

1.5. Классификации хронического тонзиллита, лечебная тактика

Предложено большое количество классификаций ХТ, во многих из которых используются термины «компенсация» и «декомпенсация» в разных вариантах интерпретации по симптомам заболевания [152, 155, 159].

Одной из наиболее часто используемых в клинической практике является классификация Б.С. Преображенского (1954 г.) [134, 135], (дополненная

Пальчуном В. Т. (1978 г.), [126]. Она дает характеристику заболевания, учитывая степени развития токсико-аллергических механизмов и взаимосвязи с сопряженными и сопутствующими заболеваниями [124].

По Б. С. Преображенскому [134] у ХТ различают две клинические формы: простую (ПФ) и токсико-аллергическую (ТАФ). По степени выраженности интоксикации среди ТАФ выделяют также две степени: ТАФ 1 и ТАФ 2. Для каждой формы ХТ свойственны свои клинические характеристики, от которых зависит лечебная тактика [124].

ПФ. Нет симптомов местных и общих токсико-аллергических реакций. У пациентов в анамнезе есть эпизоды ангин с частотой 1—2 раза в год (иногда меньше). Для данной формы свойственны только местные признаки: гной или казеозные пробки в лакунах НМ, а также признаки Зака, Гизе, Б.С. Преображенского; спайки, сращения НМ с дужками, треугольной складкой; увеличение регионарных лимфатических узлов. Возможно наличие сопутствующих соматических заболеваний неинфекционной этиологии [124].

ТАФ ХТ в зависимости от выраженности интоксикации подразделяется на две степени: ТАФ 1 и ТАФ 2.

Для ТАФ 1 характерны местные признаки простой формы ХТ и выраженные умеренно общие токсико-аллергические реакции: периодическое недомогание, быстрая утомляемость, слабость, регионарный лимфаденит, субфебрильная температура тела. Возможно появление периодических болей в суставах, функциональные нарушения сердечной деятельности в покое и при физических нагрузках, во время обострения ХТ. В лабораторных показателях могут быть изменения воспалительного характера. Как и при ПФ, при ТАФ 1 сопутствующие заболевания не имеют общей инфекционной этиологии с ХТ [124].

Лечебная тактика при ПФ и ТАФ 1 ХТ включает два этапа. Вначале консервативное лечение, недостаточный эффект от которого его является показанием для проведения двусторонней ТЭК. Отличительной особенностью лечебного процесса при ТАФ 1 от такового при ПФ является уменьшение этапа консервативного лечения: если в течение первых недель лечения существенно не

уменьшаются или наоборот увеличиваются местные или общие патологические симптомы [124].

Для ТАФ 2 характерны местные и общие признаки ПФ и ТАФ 1, а также свойственны выраженные токсико-аллергические реакции. Если у пациента есть заболевание, сопряженное с ХТ одним инфекционным агентом, всегда ставится 2 степень. При ТАФ 2 ХТ нарушение сердечной деятельности периодически беспокоит пациента или фиксируется на ЭКГ. В жалобах пациента с ТАФ 2 ХТ чаще преобладают токсико-аллергические признаки. При этом эпизоды субфебрильной температуры повторяется, могут быть длительными. В лабораторных показателях часто фиксируются отклонения от нормы воспалительной этиологии. Периодически возобновляется плохое самочувствие, быстрая утомляемость. Могут иметь место сопутствующие болезни, аналогичные, как и при ПФ. При ТАФ 2 сопряженные заболевания имеют одни и те же с ХТ механизмы этиопатогенеза: местные - паратонзиллит, парадантит; общие - ревматические заболевания, болезни мочевыделительной системы, а также другие с единым этиопатогенезом [124]. С хроническим воспалением НМ связано порядка 80 соматических заболеваний и их осложнений. Они существенным образом ухудшают качество жизни, ведут к инвалидизации, а также в некоторых случаях к смертельному исходу [149]. Нужно иметь в виду, что ХТ ТАФ 2 является активным очагом инфекции, на постоянной основе (и вне периода обострения) производит токсины, в той или иной степени поражая организм [125].

По классификации И. Б. Солдатов выделяют компенсированную и декомпенсированную формы ХТ [151, 152, 167]. При компенсированной форме у пациента есть видимые местные признаки ХТ, клинические симптомы выражены не резко и могут отсутствовать [167].

При декомпенсированной форме помимо местных признаков ХТ есть признаки заболеваний, состояний, связанных патогенетически с ХТ. В клинике это выражается различными вариантами декомпенсации. Вид декомпенсации имеет важное значение в определении тактики ведения пациента и выносится в клинический диагноз [167].

К декомпенсации ХТ относятся: рецидивы ангин, паратонзиллит и ПТА; тонзиллогенная интоксикация в виде длительного субфебрилитета, недомогание, снижение трудоспособности, не имеющие другой явной причины; функциональные тонзиллогенные нарушения работы внутренних органов; патогенетически связанные с ХТ заболевания отдельных органов и систем (тонзиллогенные, метатонзиллярные, сопряженные с ХТ) [167].

Консервативное лечение по классификации И. Б. Солдатова показано пациентам: при хроническом компенсированном тонзиллите, при хроническом декомпенсированном тонзиллите по рецидивам ангин, при хроническом декомпенсированном тонзиллите с иными видами декомпенсации, при наличии противопоказаний к хирургическому лечению [167].

Лечение хирургическое по классификации ХТ И. Б. Солдатова показано пациентам: с декомпенсацией по рецидивам ангин, если проведенное консервативное лечение оказалось неэффективным; при всех других видах декомпенсации ХТ [167].

В литературе на английском языке пользуется популярностью термин острый тонзиллофарингит - острое воспаление слизистой оболочки глотки и НМ. В практической медицине принято, что каждый эпизод острого тонзиллофарингита должен быть зафиксирован врачом. В дальнейшем по количеству этих эпизодов выявляются показания для ТЭК [94, 187].

Centor R.M. (1981 г.) разработал диагностические критерии для острого тонзиллофарингита, имеющего бактериальную этиологию [188]. До настоящего времени в принятой в США классификации используются данные критерии клинических симптомов, к которым относятся (1984 г., 2004 г.): налет/экссудат в НМ, фебрильная лихорадка, болезненность передних шейных лимфатических узлов, отсутствие насморка и кашля.

В классификации по J. Вуон (2001 г.) выделяется 3 формы тонзиллита: острый, рецидивирующий и хронический. Также отдельным образом упоминается обструктивная гиперплазия НМ [187].

Критерии Paradise J.L. являются показаниями для ТЭК в Европе и США (по руководству «up to date» 2014 г.) [94].

Европейское общество оториноларингологов описывают ХТ как наличие инфекции и/или воспаления в ротоглотке или в НМ продолжительностью не менее трех месяцев [91].

Оториноларингологи США устанавливают диагноз ХТ по следующим клиническим данным: постоянная боль в горле, пробки, перитонзиллярная эритема, неприятный запах изо рта, шейный лимфаденит [94, 187].

Итак, рассмотрим критерии показаний к выполнению ТЭК авторства Jack L. Paradise (другими словами, критерии ТЭК Paradise) [211].

Эти критерии рекомендуют рассмотреть ТЭК в качестве единственного лечебного мероприятия при наличии не менее 7 эпизодов боли в горле в предыдущем году, не менее пяти эпизодов в каждом из предыдущих двух лет или не менее трех эпизодов в каждом из предыдущих трех лет подряд [204, 211, 218].

При этом под эпизодом обострения ХТ (эпизод боли в горле) у детей понимают ситуацию с наличием боли в горле (боль в глотке, усиливающаяся при глотании; одинофагия – болезненное глотание, или дисфагия) в сочетании по крайней мере с одним из следующих симптомов [189]:

- повышение температуры тела $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$;
- наличие экссудата в небных миндалинах;
- шейный лимфаденит или увеличение шейных лимфоузлов в размере более 2 см в сочетании с их болезненностью;
- выделение БГСА (β -гемолитический стрептококк группы А) бактериологическим методом или положительного результата стрептатеста (Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А).

Все эпизоды должны быть задокументированы с указанием не только количества эпизодов, но и того, как они протекали (насколько серьезно и тяжело), преобладали ли другие показатели хронического заболевания: общее плохое состояние здоровья, большое число дней пропуска школы/работы, необходимость

использования антибиотиков (антибактериальные препараты системного действия), снижение качества жизни из-за системных проявлений и сопутствующих заболеваний, связанных с БГСА; повышение уровня концентрации сывороточных антител [189].

1.6. Системные сопряженные с хроническим тонзиллитом заболевания

Сопряженными с ХТ заболеваниями сердечно-сосудистой системы являются: ревматическая лихорадка, ревматическая болезнь сердца, а также различные приобретенные пороки сердца. Среди заболеваний опорно-двигательного аппарата чаще всего отмечается РА. Из дерматологических заболеваний важно назвать экзему, псориаз, ладонно-подошвенный пустулез, полиморфную экссудативную эритему. Среди заболеваний крови есть связь ХТ с серповидно-клеточной анемией. ХТ, несомненно, оказывает влияние на развитие коллагеновых заболеваний, таких как системная красная волчанка, склеродермия, геморрагические васкулиты, полиартрит, дерматомиозит, узелковые периартриты. Отдельно следует отметить такую патологию, как PANDAS (детские аутоиммунные нейropsychические расстройства, связанные со стрептококковой инфекцией). При заболеваниях из данной группы во многих случаях выявлено повышение иммунологической активности НМ. Среди патологии почек, сопряженных с ХТ, можно выделить: ОПСГН, острый тубулоинтерстициальный нефрит, мезангиопролиферативный гломерулонефрит, острый пиелонефрит [1, 12, 92, 121, 156, 192, 207, 102, 115, 127, 148, 149, 153, 181, 208].

1.7. Лечение хронического тонзиллита

Установлено, что самым эффективным вариантом лечения ХТ, ликвидирующим постоянную интоксикацию организма и профилактирующим возникновение опасных осложнений, остается двусторонняя ТЭК [135].

При ХТ консервативное лечение дает возможность только снизить активность очага инфекции на время, полностью не ликвидирует заболевание, только полное удаление хронически воспаленных НМ устраняет очаг инфекции [124].

Самое грозное осложнение при ТЭК – кровотечение. Частота его возникновения после ТЭК, по некоторым данным, у взрослых варьирует — от 2,6% до 6,9% [225].

Лечебная тактика при ПФ ХТ включает два этапа. Сначала проводится лечение консервативными методами. Ключевой момент при этом saniрующее воздействие на лакуны НМ. Наиболее простой и эффективной является методика десятикратного промывания лакун НМ антисептическими растворами с интервалом в 2—3 дня. Параллельно с этим проводится физиотерапия - УВЧ на регионарные (подчелюстные) лимфатические узлы и УФО на НМ. Положительного эффекта от лечения можно добиться только путем систематического выполнения лечебного курса и повторного его проведения через 3—4 месяца. Следует оценивать результат консервативного лечения. К положительным результатам лечения следует отнести оздоровление, устранение рецидивов ангин, улучшение фарингоскопических симптомов. Несущественные признаки улучшения спустя 1—2 курса лечения свидетельствуют о малой эффективности консервативных методов лечения. В такой ситуации, беря во внимание все клинические данные по пациенту, следует решить вопрос о возможности проведения ТЭК, в противном случае есть высокий риск появления у больного необратимых осложнений местного и общего характера [3, 124, 125].

При ТАФ 1 ХТ лечение, как и при ПФ, разделяется на два этапа. На первом этапе проводится консервативное лечение, включающее промывание лакун НМ 2—3 раза в неделю, суммарно 10 процедур, одновременно назначается местное физиолечение. Малая эффективность служит убедительным доводом в пользу осуществления двусторонней ТЭК. Главным отличием от лечебной тактики при ПФ является уменьшение этапа консервативного лечения при ТАФ 1, когда в течение первых недель лечения не имеют тенденции к уменьшению или наоборот нарастают местные или общие симптомы [124].

Двусторонняя ТЭК - самая верная лечебная тактика лечения при ТАФ 2 ХТ. При данной форме ХТ хирургическое лечение может быть заменено на консервативное только по причине наличия абсолютных противопоказаний к операции - тяжелые соматические заболевания, болезни крови, и др. [124].

В зависимости от используемых инструментов и оборудования существует два основных подхода в проведении ТЭК: «холодный» (классический, инструментальный) или «горячий» вариант. В «горячих» способах ТЭК тепловая энергия ведет к отсепаровке тканей и коагуляции сосудов в месте вмешательства [41].

Диатермия при «горячих» методиках проведения ТЭК может приводить в послеоперационном периоде к возникновению выраженного болевого синдрома, вследствие чего возникает длительное нарушение нормального питания пациента [164, 178]. Кроме того, термическое повреждение тканей в ряде случаев ведет к послеоперационным осложнениям: рубцовой деформации, кровотечению [123].

Одной из относительно новых «горячих» техник удаления НМ является коблация. Коблационное удаление тканей при этой методике есть вариант биполярной электрохирургии, но при более низких температурах (от 40 до 70 °С). В своей работе «Hot techniques for tonsillectomy» А. Scott указывает на положительные стороны данного способа: при коблации наблюдается минимальная кровоточивость и минимальное термическое повреждение окружающих тканей, что в значительной мере снижает интенсивность болевой реакции в послеоперационном периоде [221].

Использование гармонического скальпеля при ТЭК— это относительно новая методика. Такой скальпель вибрирует с частотой 55,5 кГц на расстоянии 80 мкм, что приводит к сокращению подлежащих тканей с высвобождением тепловой энергии (50–100 °С), которая формирует зону коагуляции. Применение лазерных аппаратов можно с некоторой долей условности также отнести к методикам «горячей» ТЭК. Применение хирургических лазеров - CO₂ и калий-титан-фосфатного - ограничено преимущественно в качестве коагулятора и скальпеля [41].

В. Б. Князьков, В. В. Гофман, В. Р. Гофман отмечают ряд важных преимуществ лазерной хирургии НМ. По их мнению, операция по удалению НМ углекислотным лазером переносится пациентами легче и длится в два раза меньше традиционной ТЭК, кровопотеря фактически отсутствует, послеоперационный и восстановительный периоды проходят без серьезных осложнений. Авторы рекомендуют проведение лазерной хирургии НМ пациентам в качестве метода выбора при лечении ДФ ХТ. Помимо этого, авторы предлагают использовать лазерную хирургию НМ у больных с ДФ ХТ, имеющих противопоказания со стороны других органов и систем для проведения классической ТЭК [89].

В «МНПЦ оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» была разработана «бескровная» методика удаления НМ с применением гольмиевого лазера (Ho: YAG) [136].

Однако, несмотря на обилие методик, классическая ТЭК является по настоящее время одним из самых часто применяемых методов, главным образом из-за наименьшего числа интраоперационных и послеоперационных осложнений [220].

1.8. Качество жизни больных хроническим тонзиллитом

Профессионально-информационная база Lens позволяет отследить частоту публикационной активности по запросу «качество жизни пациентов с тонзиллитом» [228]. По данным этого ресурса с 1982 по 2024 год можно зафиксировать монотонно возрастающую тенденцию публикационной активности, которая недвусмысленно говорит нам о росте значимости данной тематики (Рисунок 1).

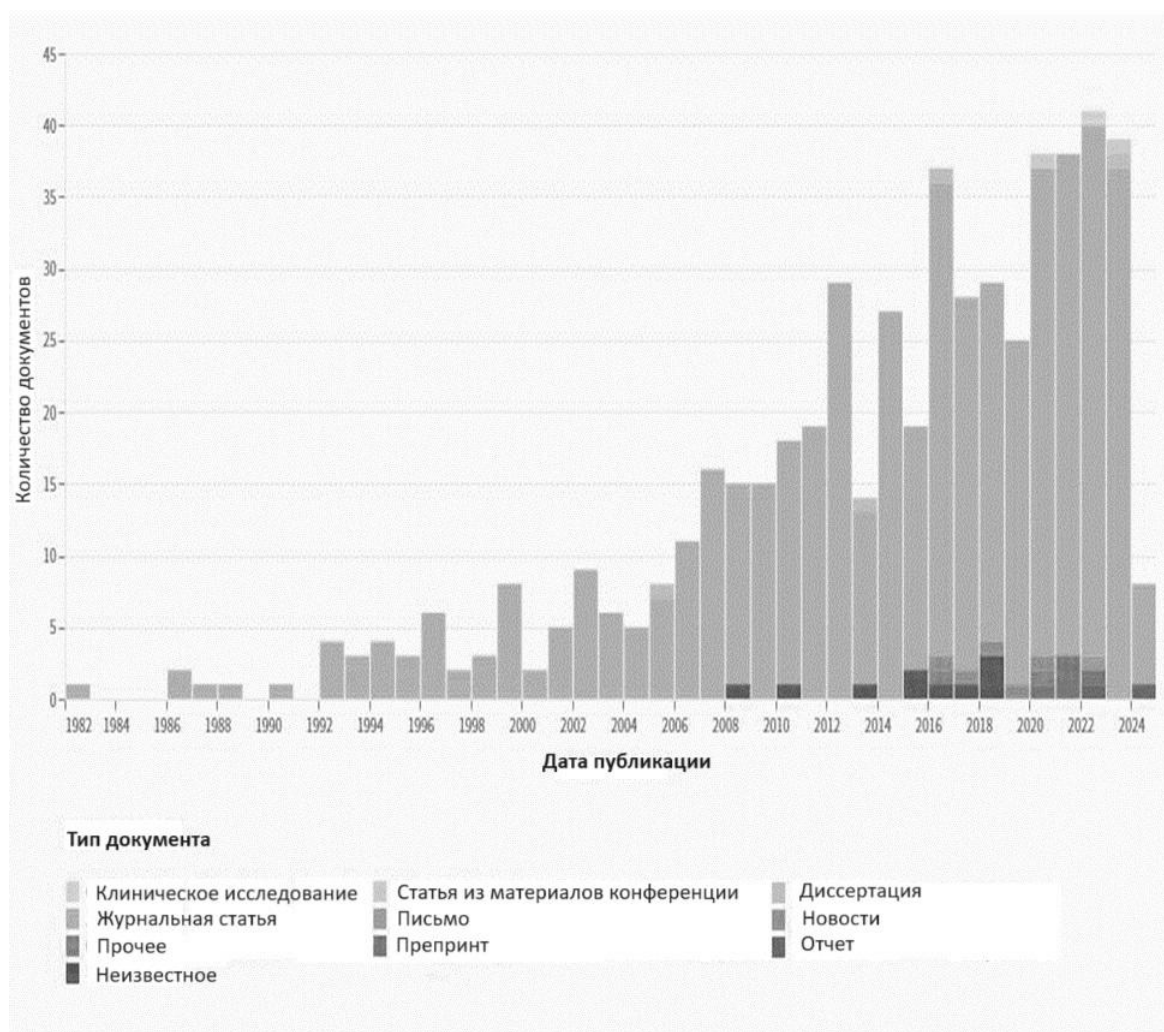


Рисунок 1 - Частота публикационной активности по профессионально-информационной базе Lens за период 1982-2024 гг. по запросу «качество жизни пациентов с тонзиллитом»

D.L. Witsell по результатам многоцентрового исследования выявил статистически достоверное уменьшение количества пропущенных по болезни рабочих дней и посещений врача, обусловленных жалобами на боли в горле, а также сокращение числа ангин у больных после перенесенной ТЭК [216].

D. Akgun и соавторы выявил, что пациенты, отказывающиеся от хирургического лечения ХТ, значительно реже были на учебе, работе. При осмотре врачом они жаловались в основном на повышение температуры тела, быструю утомляемость и боли в горле. Авторы считают, что ТЭК будет оптимальным методом лечения ХТ для таких пациентов [182].

S. Mui изучил ТЭК с точки зрения качества жизни пациента. Им было выявлено статистически значимое снижение среднего количества посещений пациентом врача и уменьшение числа рецептов, выписанных на антибактериальные препараты, при радикальной тактике лечения в отношении хронического воспаления в НМ. При этом автор отмечает существенную проблему в дифференциальной диагностике острой респираторной вирусной инфекции, ангины, фарингитов [206].

J.Y. Kim и C.H. Lee, обследовав 217 пациентов после ТЭК, пришли к выводу, что больные, ранее жаловавшиеся на ощущение инородного тела в горле, шейный лимфаденит, быструю утомляемость, потерю аппетита и боли в суставах, отметили после ТЭК значительное улучшение самочувствия. Таким образом, авторы статьи делают вывод о положительном эффекте хирургического лечения ХТ на физическое здоровье и на психологическое состояние пациентов [200].

В работе «Quality-of-life effect of tonsillectomy in a young adult group», утверждается, что ТЭК существенно сокращает затраты ресурсов здравоохранения и значительно увеличивает производительность труда излеченных пациентов [217].

Многие исследователи отмечают улучшение качества жизни пациентов, после проведенной ТЭК [36, 177, 180, 161, 183, 198].

1.9. Психологические особенности пациентов с хроническим тонзиллитом

Несмотря на многолетнее изучение проблемы ХТ, данных об психологических особенностях пациентов с данной нозологией в доступной нам литературе практически не встречается, в основном лишь косвенные данные, не раскрывающие в полной мере сути вопроса.

Так известно, что ХТ негативно воздействует на нервную систему из-за сосудисто-дисциркуляторных нарушений, токсического воздействия из очага воспаления, провоцирует нейроэндокринные расстройства, ухудшает течение шизофрении [118].

За последнее время в специализированной литературе появилось достаточно много публикаций о постстрептококковых аутоиммунных заболеваниях центральной нервной системы [103]. К данной патологии можно отнести расстройства движения (хорея, тики, дистония, паркинсонизм), психические нарушения (особенно эмоциональные), расстройства сна [193]. Эти заболевания чаще возникают у детей, поэтому они объединены в отдельную группу – «PANDAS» – *Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections* (детские аутоиммунные нейropsychические расстройства, связанные со стрептококковой инфекцией) [196].

Имеются сведения по исследованию клинко-психологических особенностей у детей с длительным субфебрилитетом, среди них были также и пациенты с ХТ [81]. Обнаружено преобладание интровертированного и тревожного типов формирования личности с повышенной эмоциональной возбудимостью, чувствительностью и тревожностью. Охарактеризованы отличительные черты психоэмоционального статуса в зависимости от длительности и течения заболевания. Чувствительный тип чаще наблюдался при субфебрилитете более 6 месяцев [81].

У подростков с ХТ, проживающих в радиационно-загрязненных регионах после аварии на Чернобыльской АЭС, повышены параметры девиаций поведения и диссоциальности. Они более импульсивны даже при незначительных стрессовых факторах. Отмечают определенные трудности в соблюдении общепринятых правил и норм, а также в организации своего поведения. У таких детей и подростков есть склонность к гипоманиакальным состояниям: сочетанию повышенного настроения, речевого и двигательного возбуждения, ускорения мышления и усиленного стремления к деятельности [71, 72].

У подростков с синдромом вегетативной дисфункции с кардиальными проявлениями в сочетании с ХТ, проживающих в радиационно-загрязненных регионах после аварии на Чернобыльской АЭС, существенно повышен показатель сенситивности, а также имеется тенденция к росту показателей эмоциональной нестабильности и истероидности [72].

При других нозологиях психологические особенности изучены детально, что положительно влияет на эффективность лечения. Так, например, имеется ряд работ по исследованию клинико-психологических особенностей многих соматических и инфекционных заболеваний: болезней желудочно-кишечного тракта [7, 16, 73, 132, 160, 152], эндокринной патологии [6, 30, 31, 114, 138, 146], артериальной гипертензии [21, 172], ревматологических заболеваний [129, 142, 169], глаукомы [91], хронического вирусного гепатита С [43, 79], заболеваний легких [14, 95], часто болеющих детей [29], пациентов, перенесших аорто-коронарное шунтирование [4], с хроническим болевым синдромом [80, 162], с нарушением осанки [85], лиц с высоким риском развития хронических неинфекционных заболеваний [113]. В отношении ХТ подобных исследований нет. Это делает актуальным изучение психологических особенностей пациентов с хронической тонзиллярной патологией.

Проблема исследования психологических факторов заболеваемости, течения болезни, а также эффективности лечения входит в сферу интересов как психологии здоровья, так психосоматики. Предложен ряд терминов, характеризующих ключевую роль представлений, переживаний, стремлений и отношения к болезни в саморегуляции при соматическом заболевании: внутренней картины болезни (Соколова, 1995, Тхостов, 2002) [150, 158], репрезентации болезни и лечения (Leventhal et al., 2003) [201], отношения к болезни (Вассерман и соавт., 2011) [28].

Многие авторы описывают низкую приверженность пациентов с ХТ консервативному противорецидивному лечению, даже вне зависимости от клинической формы заболевания [5, 145]. Тем не менее более детально приверженность лечению пациентов с ХТ в литературе не описывается.

1.10. Заключение

Можно констатировать, что имеющийся опыт по исследованию проблемы ХТ, непрекращающееся совершенствование консервативных и хирургических

методик лечения, а также поиск новых, современные фармакологические препараты не вызвали снижения заболеваемости ХТ и связанной с ним патологии.

К современным наиболее остро проявляющимся аспектам проблемы ХТ необходимо отнести: неоднозначные статистические данные о заболеваемости данной нозологией, рост осложнений системного и местного характера, неэффективность диспансеризации, снижение количества проводимых тонзиллэктомий. (ТЭК). Вероятно, внимание исследователей стоит обратить на психологические особенности пациентов с ХТ, во многом от них зависит приверженность рекомендуемому лечению и его эффективность.

При ряде других нозологий психологические особенности изучены детально, что положительно влияет на эффективность лечения. Это делает актуальным изучение психологических особенностей пациентов с хронической тонзиллярной патологией.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ, ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материал исследования

2.1.1. Сборники статистических материалов ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ

Чтобы решить первую задачу мы изучили данные ежегодных сборников статистических материалов ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ за 2009-2022 гг. [44-69].

В этих статистических сборниках нет отдельной рубрики по заболеваемости ХТ, но есть рубрика «хронические болезни миндалин и аденоидов и паратонзиллярный абсцесс», включающая по МКБ-10:

- J35.0 Хронический тонзиллит;
- J35.1 Гипертрофия миндалин;
- J35.2 Гипертрофия аденоидов;
- J35.3 Гипертрофия миндалин с гипертрофией аденоидов;
- J35.8 Другие хронические болезни миндалин и аденоидов;
- J35.9 Хроническая болезнь миндалин и аденоидов неуточненная;
- J36 Перитонзиллярный абсцесс.

Если принять во внимание тот факт, что заболевания глоточной миндалины и другие, кроме ХТ, заболевания НМ у взрослых встречаются достаточно редко, то с некоторой долей погрешности данные по этой рубрике можно принять за данные по ХТ. Среди детей заболевания глоточной миндалины и другие, кроме ХТ, болезни НМ встречаются чаще, чем среди взрослых, поэтому погрешность по данной рубрике у них будет выше.

Нами были построены графики, отражающие общую и первичную заболеваемость хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА, среди всего населения и отдельно взрослого в Российской Федерации, Приволжском

федеральном округе, Кировской области. Рассчитали медианы показателей, ИКР, провели сравнение данных с помощью критерия Краскела-Уоллиса.

2.1.2. Медицинские карты стационарного больного

Мы провели анализ 4587 медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у) с диагнозом ХТ, проходивших хирургическое лечение, оториноларингологических отделений стационаров г. Киров за 2009-2023 гг. Из них: 1076 – из КОГ БУЗ «Кировская областная клиническая больница», 563 – из КОГ БУЗ «Кировская областная детская клиническая больница», 2948 – из КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9». Определили общее количество пациентов с ХТ, госпитализированных для планового хирургического (ТЭК), а также поступивших с ургентной патологией – местным осложнением ХТ – ПТА, ПФА. Выявили общие тенденции. Результаты представили в виде графиков.

2.2. Дизайн исследования

Дизайн исследования представлен на Рисунке 2.

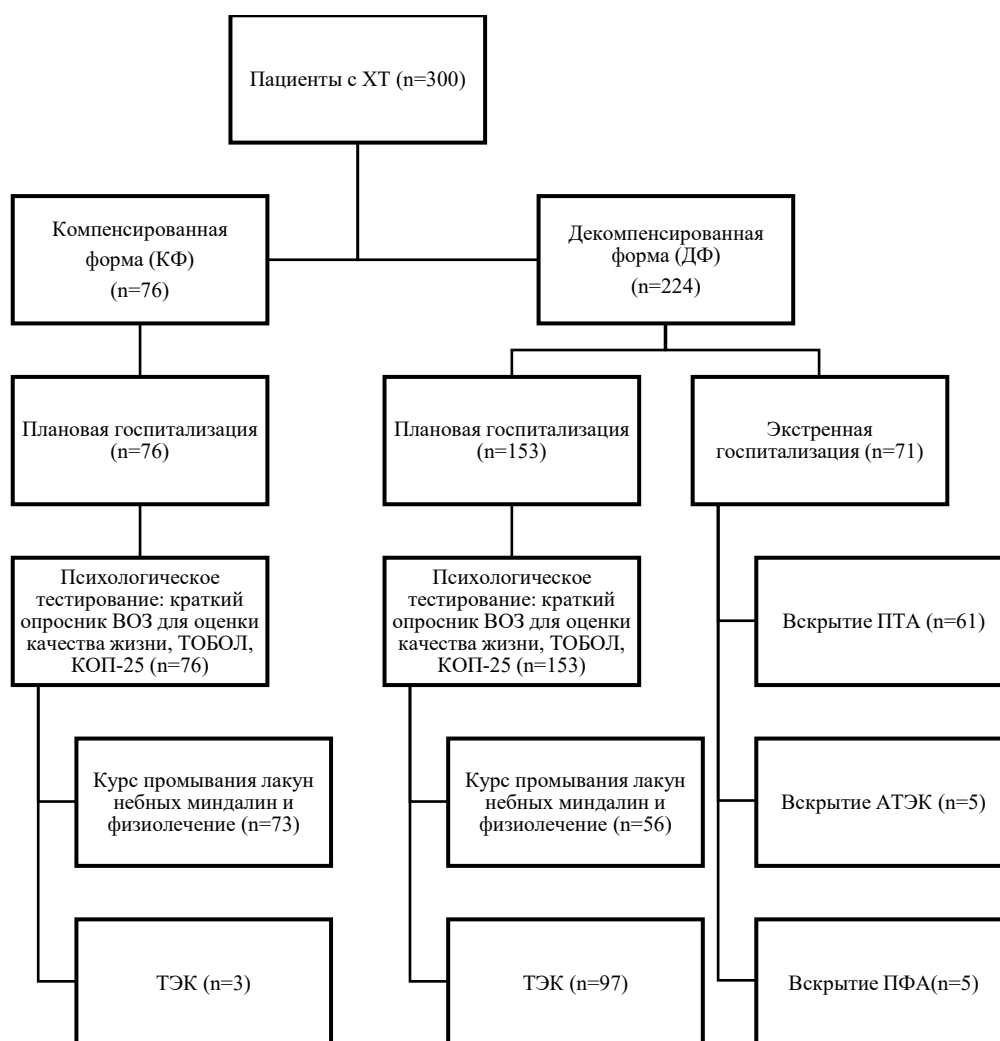


Рисунок 2 – Дизайн исследования

2.3. Объекты (участники) исследования

2.3.1. Пациенты с хроническим тонзиллитом

300 больных с различными формами ХТ приняли участие в исследовании (105 мужчин, 195 женщин, от 18 до 63 лет, средний возраст составил $30,65 \pm 9,8$ лет. Среди респондентов было 76 человек с КФ ХТ (14 мужчин, 62 женщины), 224 человека с ДФ ХТ (91 мужчина, 133 женщины) (Рисунок 3, Таблица 1).

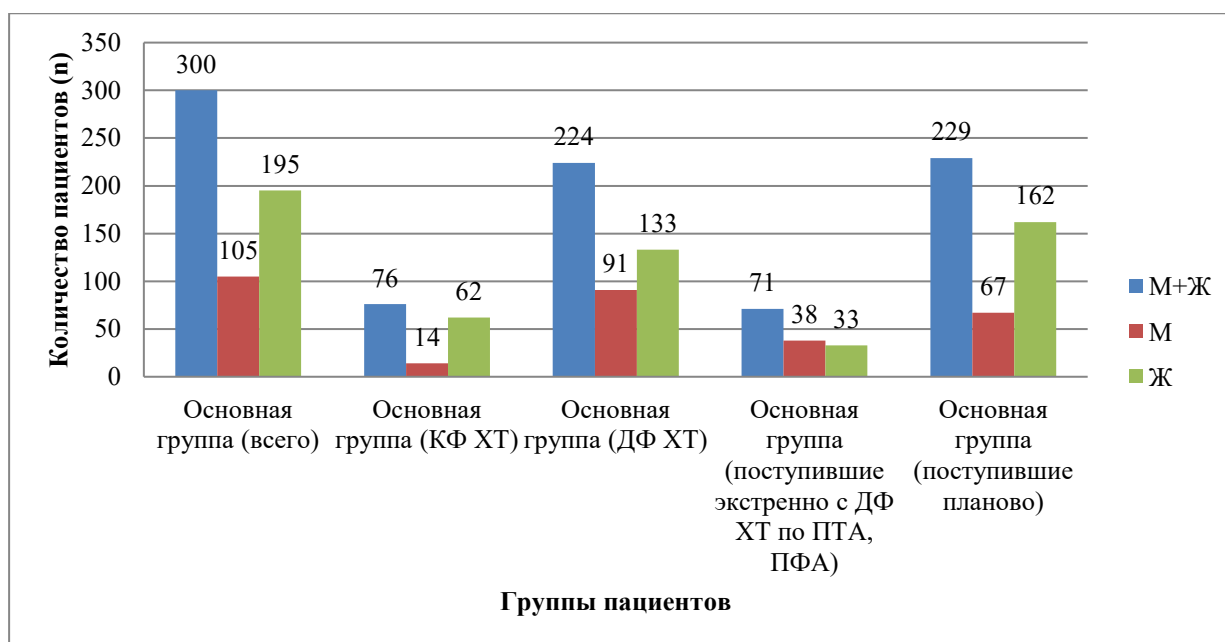


Рисунок 3 - Гендерный состав участников исследования

Таблица 1 - Гендерный состав участников исследования

Исследуемые группы	Распределение пациентов по гендерному признаку в исследуемых группах, n (%)				
	Основная группа (n=300)	КФ (n=76)	ДФ (n=224)	ДФ, поступившие экстренно (n=71)	КФ и ДФ, поступившие планово (n=229)
Мужчины	105 (35%)	14 (18%)	91 (41%)	38 (54%)	67 (29%)
Женщины	195 (65%)	62 (82%)	133 (59%)	33 (46%)	162 (71%)

Среди пациентов с ДФ ХТ – 32% (71 человек) поступили по экстренным показаниям с местным осложнением ХТ – ПТА (36 мужчин, 30 женщины), ПФА (2-е мужчин, 3 женщины), остальные – 68% (153 человека) - поступили в плановом порядке.

Среди пациентов, как в целом, так и в отдельных формах ХТ, преобладали женщины (Рисунок 3). Эти данные отражают общую тенденцию: преобладание женщин среди больных ХТ.

Среди пациентов преобладали безработные – 139 человек (46%) и работающие – 120 человек (40%), т. е. лица трудоспособного возраста, значительно меньше было учащихся и пенсионеров – 34 (11%) и 7 (2%) человек соответственно. Можно предположить, что среди безработных достаточно много лиц с маргинальным образом жизни, весьма халатно относящихся к своему здоровью.

Среди пациентов с ХТ, как в целом, так и среди отдельных форм, возраст оказался сопоставим и у большинства колебался в диапазоне 26-37 лет. Средний возраст составил $30,65 \pm 9,80$ лет (КФ ХТ – $36,95 \pm 12,80$ лет, ДФ ХТ – $28,51 \pm 7,46$ лет). Это, в общем, отражает тенденцию среди заболевших ХТ: преобладают лица молодого трудоспособного возраста.

Следует отметить, что среди участников исследования самыми молодыми по возрасту и довольно многочисленными – 24% (71 человек, 38 мужчин, 33 женщины) - оказались пациенты с ДФ ХТ, поступившие экстренно с местным осложнением ХТ - ПТА, ПФА, их средний возраст – $25,58 \pm 6,78$ лет. Таким образом, можно утверждать, что возраст ДФ ХТ и местных осложнений ХТ молодеет, диспансерное наблюдение пациентов с ХТ проводится неэффективно, подчас формально. Пациенты с ДФ ХТ своевременно не направляются на ТЭК, многие из них отказываются от предложенной им операции.

Наибольшее среднее количество госпитализаций в стационар по поводу ХТ в период с 2015 по 2023 оказалось у пациентов с ДФ ХТ – 1,13, что связано у многих с повторными госпитализациями по поводу рецидивов ПТА. Причем у мужчин этот показатель равен 1,22, т.е. выше, чем у женщин – 1,08. Возможно, данный факт обусловлен меньшей приверженностью мужчин к лечению, они чаще отказываются предлагаемого санирующего вмешательства – ТЭК.

Среднее количество койко-дней у пациентов как проходивших консервативное лечение, так и хирургическое составило 7 дней.

2.3.2. Критерии соответствия, условия проведения, продолжительность исследования

Критерии включения пациентов в исследование:

- 1) Наличие диагноза ХТ с длительностью заболевания более 1 года. Диагноз устанавливался по классификации И. Б. Солдатова [152] на основании клинического обследования, данных амбулаторной карты.
- 2) Для пациентов, поступивших в плановом порядке, согласие на психологическое тестирование.
- 3) Отсутствие другой соматической патологии, способной влиять на психологическое состояние пациента.
- 4) Отсутствие умственной отсталости, психической патологии, подтвержденной фактом обращения к психотерапевту или психиатру.

Критерии исключения из исследования:

- 1) Психические заболевания (коды F01–F99 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра).
- 2) Прием психотропных препаратов.

Условия проведения и продолжительность исследования

В исследовании приняли участие пациенты с ХТ, поступившие в экстренном и в плановом порядке в оториноларингологическое отделение КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9» г. Киров Кировской области в период с 2018 по 2023 гг.

2.4. Методы исследования

2.4.1. Клиническое обследование пациентов с хроническим тонзиллитом

Каждому из пациентов в день поступления перед началом лечения и в последующем при динамическом наблюдении в определенные промежутки времени проводились следующие диагностические мероприятия: сбор жалоб и

анамнеза, стандартный оториноларингологический осмотр, общеклинические лабораторные и инструментальные методы исследования.

2.4.2. Лабораторные и инструментальные методы обследования

Общеклинические лабораторные методы включали в себя: общий анализ крови и мочи, СОЭ, кровь на общий билирубин, креатинин, глюкозу, маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ, сифилис, определение группы крови и резус-фактора, показателей гемостаза – МНО, протромбиновый индекс и протромбиновое время, АЧТВ, а также ревматологические пробы – определение уровня АСЛО, ревматоидного фактора, СРБ. Из инструментальных методов исследования применялись ЭКГ, флюорография органов грудной клетки. Кроме того, бактериологическому исследованию подверглись: отделяемое из лакун НМ, содержимое абсцессов ротоглотки.

2.4.3. Оториноларингологический осмотр

Всем пациентам был проведен стандартный общий оториноларингологический осмотр, состоящий из: передней риноскопии, фарингоскопии, отоскопии, непрямой ларингоскопии.

При фарингоскопии получили оценку основные клинические показатели состояния слизистой оболочки, НМ, а также окружающих тканей: гиперемия и валикообразное утолщение краев небных дужек (признаки Гизе, В. Н. Зака, Б. С. Преображенского); рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками; разрыхленные или рубцово-измененные, уплотненные НМ; казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах НМ; увеличение регионарных лимфатических узлов (позади нижнечелюстных, передних верхних шейных).

Признак Гизе (Guisez) – гиперемия краев передних (небно-язычных) дужек.

Признак В.Н. Зака – отёчность в области угла соединения передних (небно-язычных) и задних (небно-глоточных) дужек.

Признак Б.С. Преображенского – валикообразное утолщение (гиперплазия и инфильтрация) краев верхних отделов передних (небно-язычных) и задних (небно-глоточных) дужек.

2.4.4. Методы интраоперационного обследования больных

Время операции под общим интубационным наркозом определялось от момента установки роторасширителя до момента его удаления. Это время тратилось на удаление НМ и гемостаз. Если ТЭК проводилась под местной инфильтрационной анестезией, то время операции определялось от начала осуществления местной инфильтрационной анестезии до полного гемостаза.

Кровопотеря во время операции рассчитывалась путем взвешивания марлевых шариков и салфеток до и после операции, а также измерения количества крови в емкости электроотсоса.

Кроме этого, во время непосредственного выполнения операции хирург также субъективно оценивал фарингоскопическую картину до операции и во время самого вмешательства, были ли трудности с отсепаровкой НМ, случайные анатомические находки.

2.4.5. Методы послеоперационного обследования больных

Термометрия у пациентов, находившихся на стационарном лечении, осуществлялась дважды в сутки в течение всего периода пребывания в отделении.

Пациенты, перенесшие хирургическое лечение, сообщали количество инъекций обезболивающего препарата в сутки в течение всего периода госпитализации.

При возникновении послеоперационного кровотечения проводилась оценка объема кровопотери (при объеме более 50 мл) при необходимости его остановки (медикаментозно/хирургическим путем).

2.4.6. Методы консервативного лечения

Пациенты с ХТ КФ и ДФ по рецидивам ангин проходили плановое консервативное лечение: промывание лакун НМ фурацилином по Н. В. Белоголову – 5-7 процедур, физиолечение - УФО НМ, УВЧ, магнитотерапию, лекарственный электрофорез с 2% раствором хлорида кальция на область подчелюстных лимфоузлов.

Пациенты с ДФ по рецидивам ангин, прошедшие ранее по 3-4 полноценных курса консервативного лечения без заметного клинического улучшения, а также

пациенты с ДФ по ПТА, ПФА, сопряженным заболеваниям госпитализировались для проведения планового хирургического лечения – двусторонней ТЭК.

Пациентам с ПТА, ПФА назначалась антибактериальная терапия.

2.4.7. Методы хирургического лечения

Пациентам с ДФ ХТ, госпитализированным в экстренном порядке с ПТА, под местной инфильтрационной анестезией осуществлялось вскрытие абсцесса, ежедневное разведение краев раны и промывание растворами антисептиков до санации или абсцесстонзиллэктомия (АТЭК). Также они проходили антибактериальную терапию, после стихания острых воспалительных явлений – физиотерапевтическое лечение - УФО НМ, УВЧ, магнитотерапию, лекарственный электрофорез с 2% раствором хлорида кальция на область подчелюстных лимфоузлов.

Пациентам с ПФА абсцесс вскрывался под общим наркозом наружным доступом.

ТЭК и АТЭК проводились по классической общепринятой технике холодным инструментарием. Применялась местная инфильтрационная анестезия 1% новокаином (дополнительно с седацией препаратами промедол, сибазон или без нее) или использовалось анестезиологическое пособие (тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ) и установка роторасширителя. Интубационная трубка в таком случае укладывалась в желоб шпателя рамочного роторасширителя. В начале операции делался разрез скальпелем в верхней части складки между передней небной дужкой и миндалиной. При оттягивании НМ медиально с помощью зажима складка расправлялась. Далее распатором отсепаровывался верхний полюс миндалины от передней небной дужки на всем протяжении. После наложения зажима на верхний полюс миндалины, отсепаровывалась задняя небная дужка. Жажимом миндалина оттягивалась медиально и книзу. С помощью другого зажима с марлевым шариком оставшаяся часть миндалины вместе с капсулой выделялась тупым путем до нижнего полюса. Далее миндалина у основания отсекалась петлей Бохона.

Интраоперационный гемостаз осуществлялся прижатием марлевого шарика к раневой поверхности, сшиванием небных дужек с марлевым тампоном или без него, коагуляцией кровоточащего сосуда с помощью аппарата «Сургитрон». Также в ряде случаев аппарат «Сургитрон» использовался для отсечения НМ с помощью его петли в области нижнего полюса.

2.4.8. Экспериментально-психологическое обследование

В день планового поступления пациента в оториноларингологическое отделение осуществлялось комплексное экспериментальное исследование, включавшее батарею тестов: краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (Russian WHOQOL-BREF) (ВОЗ КЖ, Абесонова А., Штенгелов В., Полтавец Д., Гришаева И., Дворжак С., 2004 г.) [96], методику ТОБОЛ (Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я., 2005 г.) - для выявления типа отношения к болезни [27, 28, 108], российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25) (Николаев Н. А., Скирденко Ю. П., 2018 г.) [116]. Вопросы тестирования предоставлялись испытуемым в печатном виде. Ответы респонденты отмечали на специальных бланках.

Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) (ВОЗ КЖ)

Краткий опросник WHOQOL-BREF (ВОЗ КЖ) включает 26 пунктов, которые оценивают следующие широкие области: психологическое здоровье, физическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду. ВОЗ КЖ является сокращенной версией исходной методики. Он может быть более удобным для использования в крупных научных исследованиях или клинических испытаниях. Вопросы теста касаются точки зрения респондента на состояние его здоровья, на качество жизни, а также другие сферы его жизни. Предлагается выбрать один наиболее подходящий ответ. Отдельно по каждой сфере жизни (физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие) и общему показателю качества жизни высчитывается

процент. Оценивается он в следующих диапазонах: 0-20% - низкий показатель, 21-40% - пониженный показатель, 41-60% - средний показатель; 61-80% - повышенный показатель; 81-100% - высокий показатель [96].

Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)

ТОБОЛ - клиническая тестовая методика, используемая для диагностики типа отношения к болезни. Респонденту выдается специальный бланк с 12 группами утверждений, в каждой из них от 10 до 16 тезисов. В каждой группе испытуемому нужно выбрать одно или максимально два утверждения, которые максимально точно оценивают его состояние. В случае, если не подходит ни одно из предложенных утверждений, нужно выбрать графу «Ни одно утверждение мне не подходит». Заполнение бланка не ограничено по времени. После подсчитывания баллов диагностируется тип отношения к болезни. При выявлении «чистого» типа отношения к болезни, берется описание соответствующего типа для его полной психологической характеристики. Если диагностируется «смешанный» тип отношения к болезни, его интерпретация комбинируется из характеристик типов, его составляющих. Нужно оценить характер соотношения между компонентами смешанного типа. Он может быть согласованным (например, неврастенический – дисфорический) или наоборот - противоречивым (например, ипохондрический – анозогнозический) [27, 28, 108]. Кратко охарактеризуем каждый тип отношения к болезни.

Гармоничному (Г) (реалистичному, взвешенному) типу свойственна оценка своего состояния без тенденции к преувеличению его тяжести и без недооценки. Эргопатическому (Р) (стеническому) типу характерны «уход от болезни в работу», а также сверхответственное, порой одержимое, стеническое отношение к работе. При анозогнозическом (З) (эйфорическом) типе наблюдаются активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, доходящее порой до отрицания очевидного, а также легкомысленное отношение к заболеванию и его лечению. У больных с тревожным (Т) (тревожно-депрессивным, обсессивно-фобическим) типом есть постоянное беспокойство, мнительность по отношению к

неблагоприятному течению и исходу болезни, возможных ее осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. При ипохондрическом (И) типе у пациента имеется чрезмерно повышенное внимание к субъективным болезненным, а также к другим неприятным ощущениям. Неврастенический (Н) тип характеризуется словосочетанием «раздражительная слабость». У пациентов наблюдаются вспышки раздражения при неудачах в лечении, при болях, а также при неприятных ощущениях. Для меланхолического (М) (витально-тоскливого) типа свойственны подавленность, сверхудрученность болезнью, отсутствие веры в возможное улучшение, в выздоровление, в эффективность лечения. При апатическом (А) типе есть полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Сенситивному (С) типу свойственны ранимость, чрезмерная уязвимость, а также озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые может оказать на окружающих информация о болезни. Эгоцентрический (Э) (истероидный) тип можно охарактеризовать как «принятие» заболевания и поиски выгод для себя в связи с болезнью. При паранойальном (П) типе пациенты уверены, что болезнь – это результат чьего-то злого умысла, заговора, внешних причин. При дисфорический (Д) (агрессивном) типе преобладает озлобленное, мрачно-гневливое настроение, постоянный угрюмый и несколько подавленный вид, есть зависть и ненависть к здоровым, включая своих родных и близких [27, 28, 108].

Типы отношения к болезни группируются в три блока. В первый блок входят гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы. При этих типах весомым образом не нарушается психическая и социальная адаптация. Типы реагирования на болезнь, относящиеся ко второму и третьему блокам, имеют связанную с болезнью психическую дезадаптацию. Основное их отличие в интерпсихической или интрапсихической направленности реагирования на заболевание. Во второй блок входят ипохондрический, тревожный, неврастенический, апатический и меланхолический типы отношения к болезни. Для них характерно личностное реагирование на заболевание с интрапсихической направленностью, поэтому у пациентов с данными типами реагирования есть нарушения социальной

адаптации. У таких пациентов эмоционально-аффективная сфера отношений проявляется в дезадаптивном поведении: тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, в реакциях по типу раздражительной слабости, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляции» перед болезнью и т.д. В третий блок входят эгоцентрический, сенситивный, дисфорический и паранойяльный типы отношения к болезни. Этим типам свойственна интерпсихическая направленность личностного реагирования на заболевание, обуславливающая нарушения социальной адаптации пациентов. У больных с данными типами отношения к болезни имеется сенсibilизированное отношение к заболеванию, которое проявляется в дезадаптивном поведении: они придумывают паранойяльные теории о причинах своего недуга и его хронического течения, стесняются заболевания перед окружающими их людьми, оно их тяготит. Однако, они «пользуются» своей болезнью для достижения некоторых целей. Кроме того, им свойственны гетерогенные агрессивные тенденции, они обвиняют окружающих в своем заболевании [27, 28, 108].

Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)

Это тестовая клинико-психологическая методика, используется в клинической практике для количественной оценки приверженности лечению. Она включается в программу стандартного медицинского обследования пациентов с хроническими заболеваниями. КОП-25 возможно использовать для выявления больных, нуждающихся в дополнительном внимании как приверженных лечению в недостаточной степени. Анкета этого опросника включает 25 вопросов. Респондент на каждый вопрос из шести предложенных вариантов выбирает наиболее подходящий ответ, оцениваемый в баллах. При подготовке результатов вычисляются показатели приверженности: «приверженность к лекарственной терапии», «приверженность к медицинскому сопровождению», «приверженность к модификации образа жизни» и интегральный показатель «приверженность к лечению». Каждый показатель выводится для конкретного пациента и

описывается в процентах от теоретически возможного значения, принятого за 100%. Для всех показателей приверженности значения в диапазоне до 50% характеризуют как «низкие» (рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут), от 51% до 75% – как «средние» (рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться скорее будут, чем не будут) и более 75% – как «высокие» (рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться будут или скорее будут) [116].

2.4.9. Методы статистического анализа

Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов непараметрического анализа. Для накопления, корректировки, систематизации исходной информации и визуализации полученных результатов были задействованы электронные таблицы Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился в программе AtteStat 12.0.5.

Количественные показатели получали оценку на соответствие нормальному распределению, для этого применялся критерий Колмогорова-Смирнова [105].

Количественные показатели, распределение которых было отличным нормального, получали описание при помощи значений медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q_1 - Q_3), интерквартильного размаха (ИКР) [105].

Для сравнения независимых совокупностей в случаях отсутствия признаков нормального распределения данных использовался критерий Манна-Уитни.

Анализа номинальных данных проводился с использованием критерия Фишера (сравнение процентных долей в четырехпольной таблице).

Полученные значения сравнивались с критическими значениями. Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$ [105].

Номинальные данные описывались с выделением абсолютных значений, а также процентных долей.

Критерий Краскела-Уоллиса - непараметрическая альтернатива однофакторного дисперсионного анализа - применялся при сравнении нескольких выборок количественных данных, распределение которых было отлично от нормального [105].

Критерий Уилкоксона использовался для проверки различий между двумя сравниваемыми парными выборками [105].

Осуществление факторного анализа проводилось методом главных факторов. Методом оценки общностей выполнялся анализ главных компонент. За значимую принимали нагрузку переменной, имевшей модуль выше 0,4. Переменные с факторной нагрузкой более 0,4 компоновали фактор [105].

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СТАТИСТИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. Результаты анализа данных сборников статистических материалов ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ

По данным ежегодных сборников статистических материалов ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ [44-69] нами были построены графики, представленные на Рисунках 4-7, и Таблицы 2-5.

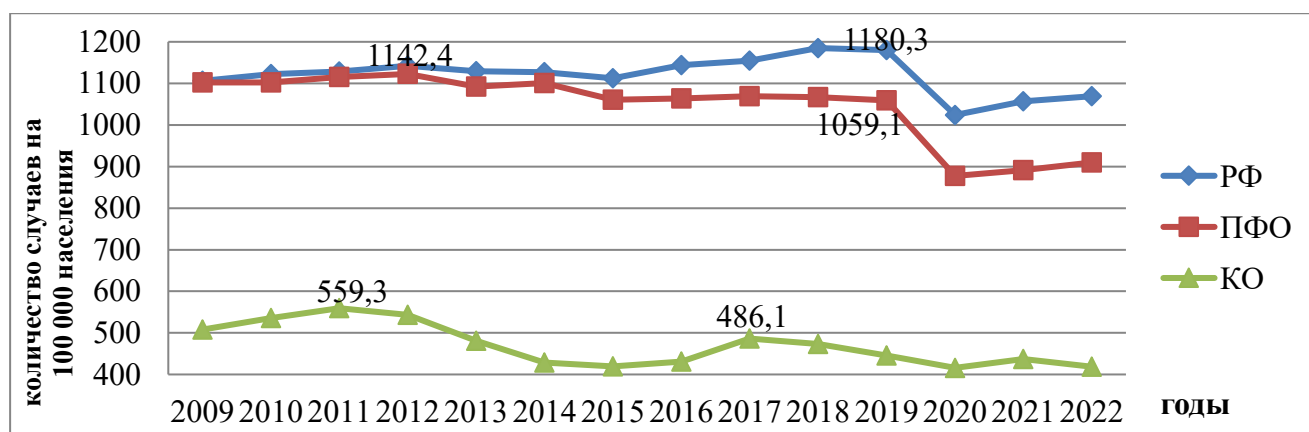


Рисунок 4 - Общая заболеваемость по годам всего населения Российской Федерации, Приволжского федерального округа, Кировской области хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА по данным ЦНИИОИЗ (количество случаев на 100 000 населения)

Таблица 2 - Общая заболеваемость по годам всего населения Российской Федерации, Приволжского федерального округа, Кировской области хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА по данным ЦНИИОИЗ (количество случаев на 100 000 населения)

Год	РФ	ПФО	КО
2009	1106,2	1102,4	507,9
2010	1122	1102,3	536
2011	1128,8	1115,1	559,3
2012	1142,4	1122,7	543,5
2013	1129,1	1092,2	481,1
2014	1127,2	1101	428,5
2015	1112,3	1060,7	419,1
2016	1143,8	1063,6	430,6
2017	1154,4	1069,3	486,1
2018	1185	1067	472,9
2019	1180,3	1059,1	445,7
2020	1024	877,4	415,9
2021	1056,5	891,4	437,4
2022	1069,5	909,5	418,7

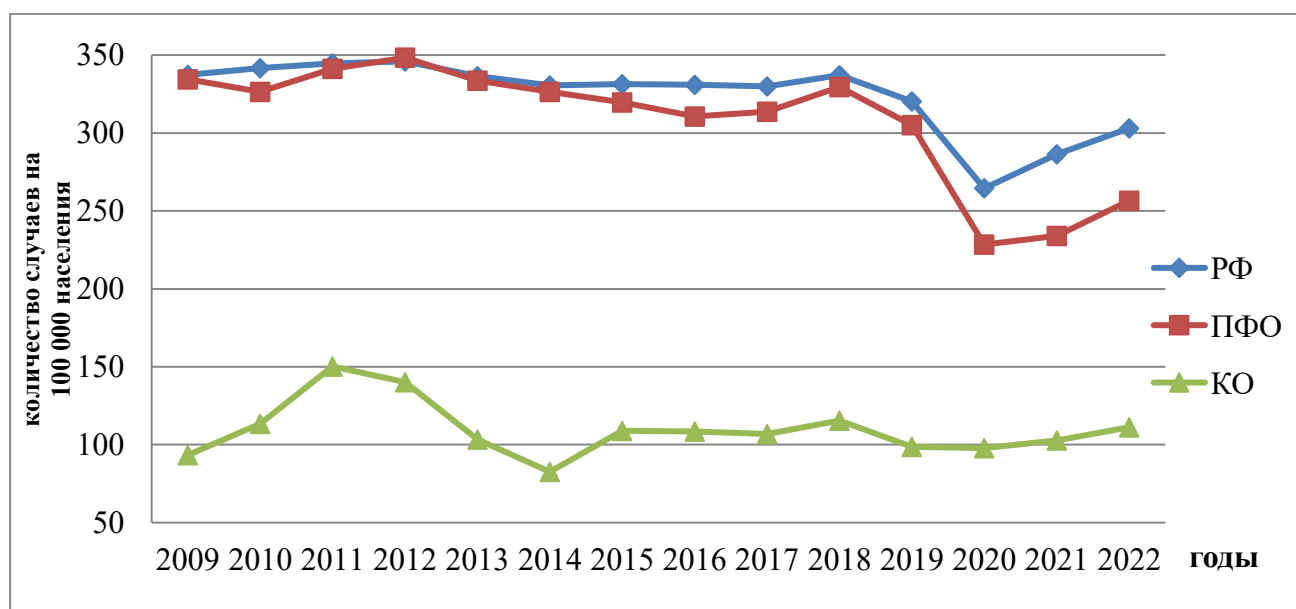


Рисунок 5 - Первичная заболеваемость по годам всего населения Российской Федерации, Приволжского Федерального округа, Кировской области хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА по данным ЦНИИОИЗ (количество случаев на 100 000 населения)

Таблица 3 - Первичная заболеваемость по годам всего населения Российской Федерации, Приволжского федерального округа, Кировской области хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА по данным ЦНИИОИЗ (количество случаев на 100 000 населения)

Год	РФ	ПФО	КО
2009	337,4	334,4	93,3
2010	341,6	326,4	113,4
2011	344,8	341,2	150,2
2012	345,9	348,3	140,1
2013	336,4	333,6	103,4
2014	330,6	326,5	82,6
2015	331,3	319,7	109
2016	331	310,7	108,4
2017	330	313,6	106,9
2018	337	329,6	115,4
2019	320,2	305	98,6
2020	264,5	228,4	97,8
2021	286,3	233,9	102,8
2022	303,1	256,5	111,1

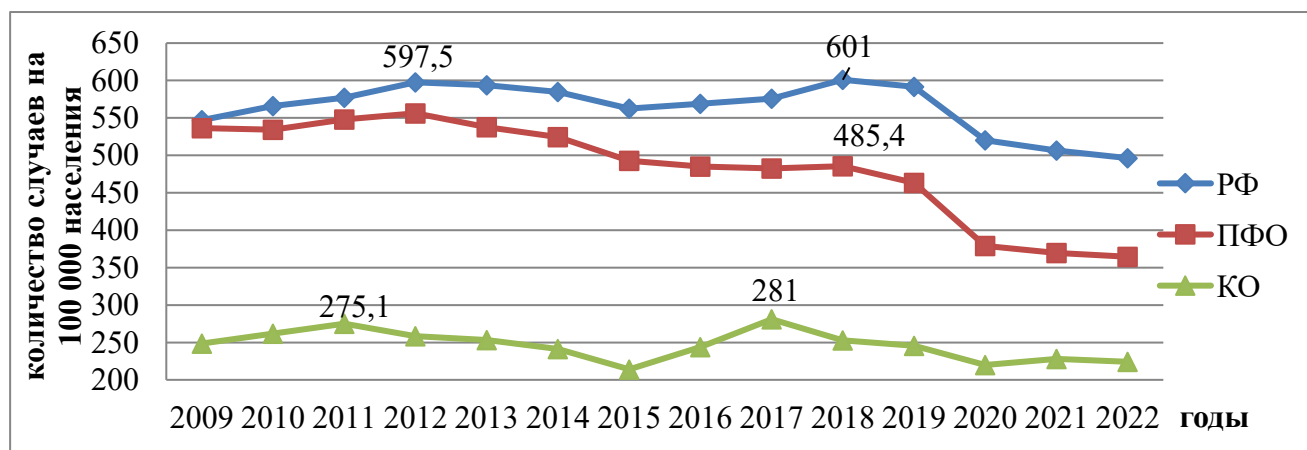


Рисунок 6 - Общая заболеваемость по годам взрослого населения Российской Федерации, Приволжского федерального округа, Кировской области хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА по данным ЦНИИОИЗ (количество случаев на 100 000 населения)

Таблица 4 - Общая заболеваемость по годам взрослого населения Российской Федерации, Приволжского федерального округа, Кировской области хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА по данным ЦНИИОИЗ (количество случаев на 100 000 населения)

Год	РФ	ПФО	КО
2009	546,9	536,3	248,6
2010	565,8	534,2	261,7
2011	576,9	547,9	275,1
2012	597,5	556,2	258,3
2013	593,6	537,5	253,3
2014	584,9	524,3	241,4
2015	562,5	492,8	214
2016	568,9	485,1	243,6
2017	575,8	482,5	281
2018	601	485,4	253
2019	591,7	463,4	245,6
2020	520,1	378,8	219,9
2021	506,6	369,4	228
2022	496,3	364,5	224

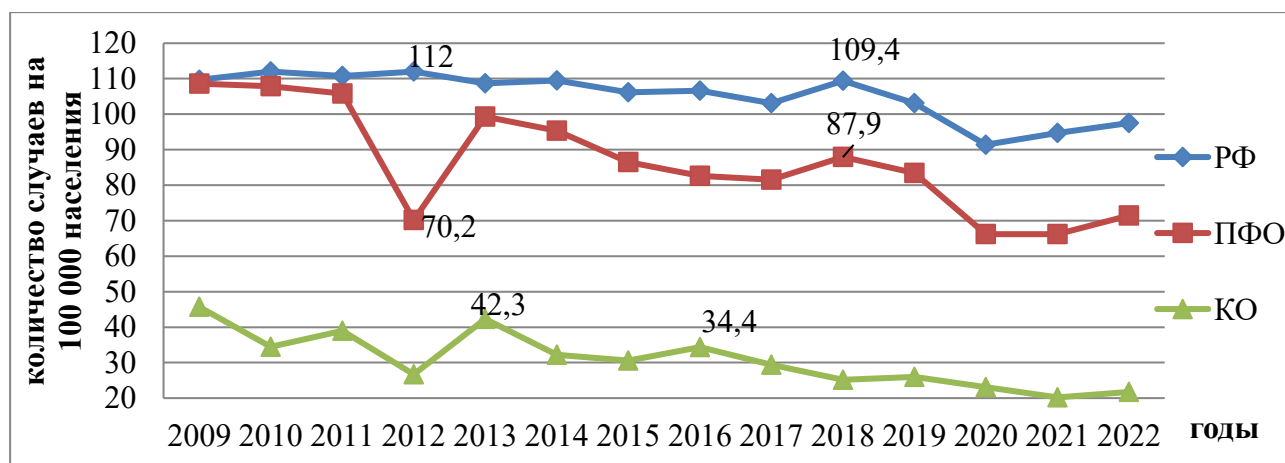


Рисунок 7 - Первичная заболеваемость взрослого населения Российской Федерации, Приволжского федерального округа, Кировской области хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА (количество случаев на 100 000 населения)

Таблица 5 - Первичная заболеваемость взрослого населения Российской Федерации, Приволжского федерального округа, Кировской области хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА по данным ЦНИИОИЗ (количество случаев на 100 000 населения)

Год	РФ	ПФО	КО
2009	109,7	108,6	45,7
2010	112	107,9	34,5
2011	110,8	105,8	39
2012	112	70,2	26,7
2013	108,7	99,3	42,3
2014	109,5	95,3	32,2
2015	106,2	86,5	30,6
2016	106,6	82,6	34,4
2017	103,1	81,5	29,4
2018	109,4	87,9	25,2
2019	103,1	83,4	26
2020	91,4	66,2	23,1
2021	94,7	66,2	20,2
2022	97,5	71,4	21,7

Проведя анализ полученных данных можно установить, что в период с 2009 по 2022 годы общая и первичная заболеваемость хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА всего населения и отдельно взрослого населения в расчете на 100 000 человек в Кировской области (КО) оказалась в 1,5-2 раза ниже, чем в Российской Федерации (РФ), в Приволжском федеральном округе (ПФО) (Рисунки 4-7, Таблицы 2-5). Показатели по Российской Федерации, Приволжскому федеральному округу практически совпадают или в некоторых случаях в Приволжском федеральном округе несколько ниже, чем в Российской Федерации.

В период с 2009 по 2022 гг. медиана общей заболеваемости всего населения хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА в Российской Федерации составила 1128 (ИКР: 1106,2-1143,8), Приволжского федерального округа - 1068,15 (ИКР: 1059,1-1102,3), наименьшей (более чем в 2 раза) была в Кировской области - 459,3 (ИКР: 428,5-507,9) (Рисунок 4, Таблица 2). Наблюдаемые различия

оказались статистически достоверно значимыми (Критерий Краскела-Уоллиса, $p=0,0000002$).

За этот же период времени с 2009 по 2022 гг. медиана первичной заболеваемости всего населения хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА в Российской Федерации (Рисунок 5, Таблица 3) составила 331,15 (ИКР: 320,2-337,4), Приволжского федерального округа - 323,05 (ИКР: 305-333,6), наименьшей (в 3 раза) опять же была в Кировской области - 107,65 (ИКР: 98,6-113,4). Наблюдаемые различия оказались статистически достоверно значимыми (Критерий Краскела-Уоллиса, $p=0,0000001$).

Среди взрослого населения (старше 18 лет) медиана общей заболеваемости хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА за период 2009-2022 гг. в Российской Федерации составила 572,35 (ИКР: 546,9-591,7), Приволжского федерального округа - 489,1 (ИКР: 463,4-536,3), наименьшей (практически в 2 раза) оказалась в Кировской области – 247,1 (ИКР: 228-258,3) (Рисунок 6, Таблица 4). Наблюдаемые различия оказались статистически достоверно значимыми (Критерий Краскела-Уоллиса, $p=0,0000001$).

За период с 2009 по 2022 г. медиана первичной заболеваемости взрослого населения хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА в Российской Федерации составила 107,65 (ИКР: 103,1-109,7), Приволжском федеральном округе - 84,95 (ИКР: 71,4-99,3), наименьшей (более чем в 2 раза) оказалась в Кировской области - 30 (ИКР: 25,2-34,5) (Рисунок 7, Таблица 5). Наблюдаемые различия оказались статистически достоверно значимыми (Критерий Краскела-Уоллиса, $p=0,0000001$).

Таким образом, официальные показатели заболеваемости хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА в Кировской области, по всей видимости, оказываются ниже реально существующих данных.

3.2. Результаты анализа данных медицинских карт стационарного больного.

Анализ медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у) оториноларингологических отделений стационаров г. Киров показал, что за период 2009-2023 гг. основное количество пациентов с диагнозом ХТ, проходивших хирургическое лечение (64,3% - 2948 из 4587), получало его в оториноларингологическом отделении КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9», оказывающем экстренную и неотложную помощь пациентам с оториноларингологической патологией. Это связано с тем, что на лечение поступали в основном пациенты с ХТ, осложненным ПТА, ПФА.

Количество пациентов, которым была выполнена ТЭК в оториноларингологических отделениях стационаров г. Киров за период 2009-2023 гг. составило 1442, это более чем в 2 раза меньше числа пациентов, госпитализированных с ПТА, ПФА – 3145 (Рисунок 8, 9, Таблица 6, 7).

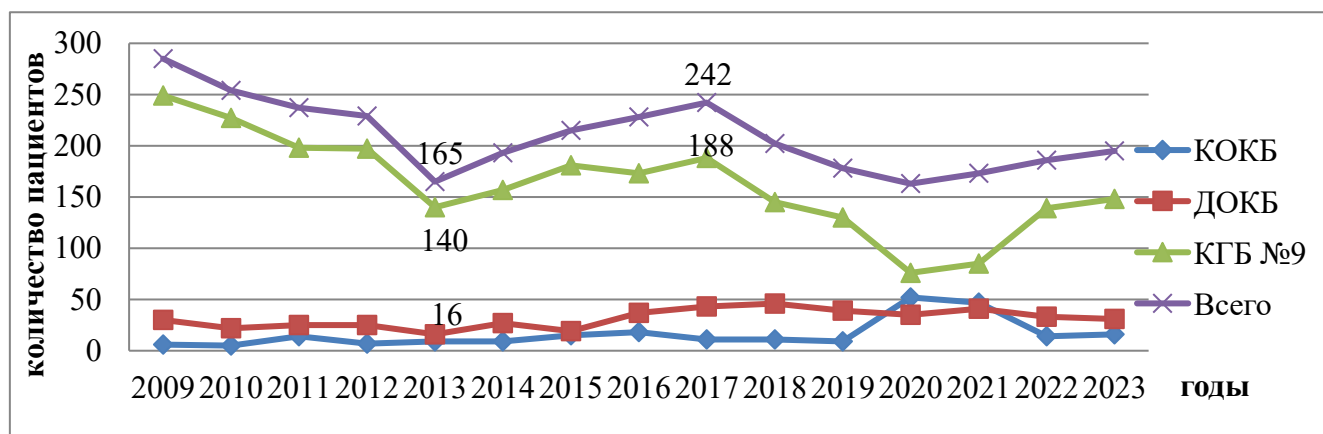


Рисунок 8 - Общее количество пациентов с диагнозом ХТ ДФ, осложненный ПТА, ПФА, поступивших в оториноларингологические отделения стационаров г. Киров за 2009-2023 гг.

Таблица 6 - Общее количество пациентов с диагнозом ХТ ДФ, осложненный ПТА, ПФА, поступивших в оториноларингологические отделения стационаров г. Киров за 2009-2023 гг.

Год	КОКБ	ДОКБ	КГБ №9	Всего
2009	6	30	249	285
2010	5	22	227	254
2011	14	25	198	237
2012	7	25	197	229
2013	9	16	140	165
2014	9	27	157	193
2015	15	19	181	215
2016	18	37	173	228
2017	11	43	188	242
2018	11	46	145	202
2019	9	39	130	178
2020	52	35	76	163
2021	47	41	85	173
2022	14	33	139	186
2023	16	31	148	195

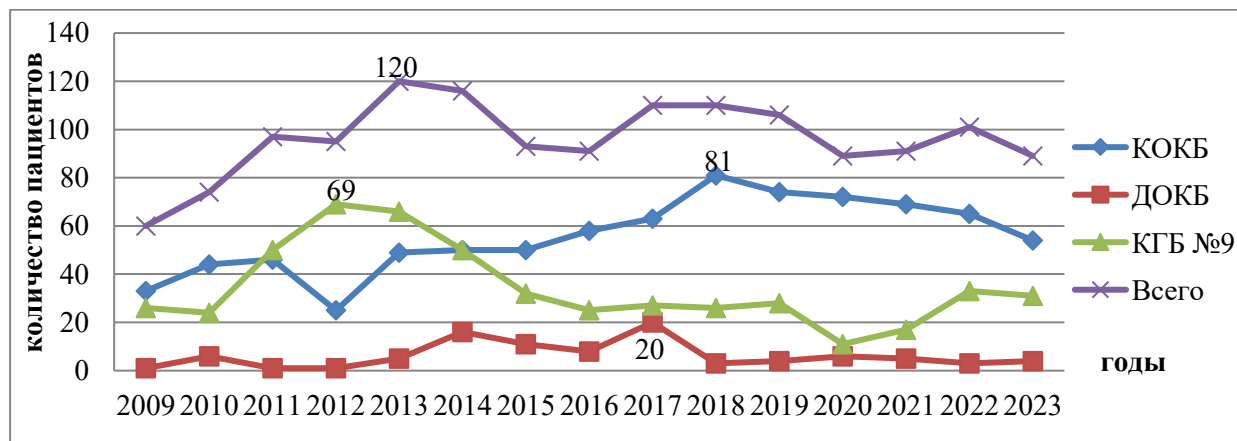


Рисунок 9 - Количество пациентов с диагнозом ХТ, которым была выполнена ТЭК в оториноларингологических отделениях стационаров г. Киров за 2009-2023 гг.

Таблица 7 - Количество пациентов с диагнозом ХТ, которым была выполнена ТЭК в оториноларингологических отделениях стационаров г. Киров за 2009-2023 гг.

Год	КОКБ	ДОКБ	КГБ №9	Всего
2009	33	1	26	60
2010	44	6	24	74
2011	46	1	50	97
2012	25	1	69	95
2013	49	5	66	120
2014	50	16	50	116
2015	50	11	32	93
2016	58	8	25	91
2017	63	20	27	110
2018	81	3	26	110
2019	74	4	28	106
2020	72	6	11	89
2021	69	5	17	91
2022	65	3	33	101
2023	54	4	31	89

Таким образом, в структуре хирургической помощи за 2009-2023, оказываемой пациентам с ХТ в г. Киров, 31% приходится на плановые ТЭК (1442 случая), 69% - на экстренно выполняемые вскрытия ПТА, ПФА (3145 случаев).

Медиана общего количества пациентов с диагнозом ХТ ДФ, осложненный ПТА, ПФА поступивших в оториноларингологические отделения стационаров г. Киров в 2009-2023 гг. (Рисунок 8, Таблица 6) составила: КОГ БУЗ «Кировская областная клиническая больница» - 11 (ИКР: 9-16), КОГ БУЗ «Кировская областная детская клиническая больница» - 31 (ИКР: 25-39), КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9» - 157 (ИКР: 139-197). Выявленные различия оказались статистически достоверно значимыми (Критерий Краскела-Уоллиса, $p=0,00000003$), причем наиболее высокий показатель в КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9», наиболее низкий в КОГ БУЗ «Кировская областная детская клиническая больница».

Медиана количества пациентов с диагнозом ХТ, которым была выполнена ТЭК в оториноларингологических отделениях стационаров г. Киров в 2009-2023 гг.

(Рисунок 9, Таблица 7) составила: КОГ БУЗ «Кировская областная клиническая больница» - 54 (ИКР: 46-69), КОГ БУЗ «Кировская областная детская клиническая больница» - 5 (ИКР: 3-8), КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9» - 28 (ИКР: 25-50). Выявленные различия оказались статистически достоверно значимыми (Критерий Краскела-Уоллиса, $p=0,0000001$), причем наиболее высокий показатель в КОГ БУЗ «Кировская областная клиническая больница», наиболее низкий в КОГ БУЗ «Кировская областная детская клиническая больница».

За период с 2009 по 2023 гг. медиана доли пациентов с ХТ, осложненным ПТА, ПФА от общего количества, госпитализированных в оториноларингологические отделения стационаров г. Киров, составила 4,7 (ИКР: 4,3-5,55) (Таблица 8).

Таблица 8 - Доля пациентов с ХТ, осложненным ПТА, ПФА, в общей структуре госпитализированных в оториноларингологические отделения стационаров г. Киров, % (n).

Год	КОКБ	ДОКБ	КГБ №9	Всего
2009	0,4% (6)	2,1% (30)	17,6% (249)	6,8% (285)
2010	0,4% (5)	1,6% (22)	15,8% (227)	6% (254)
2011	1% (14)	1,8% (25)	13,6% (198)	5,6% (237)
2012	0,5% (7)	1,8% (25)	14% (197)	5,5% (229)
2013	0,7% (9)	1,1% (16)	9,7% (140)	3,9% (165)
2014	0,6% (9)	1,9% (27)	10,1% (157)	4,4% (193)
2015	1% (15)	1,4% (19)	12,1% (181)	5% (215)
2016	1% (18)	2,7% (37)	11,6% (173)	5,2% (228)
2017	0,8% (11)	3,2% (43)	13,5% (188)	5,9% (242)
2018	0,8% (11)	3,4% (46)	9,2% (145)	4,7% (202)
2019	0,6% (9)	2,8% (39)	9,1% (130)	4,2% (178)
2020	3,6% (52)	2,5% (35)	5,5% (76)	3,8% (163)
2021	3,2% (47)	2,9% (41)	6,3% (85)	4,1% (173)
2022	1% (14)	2,4% (33)	10% (139)	4,5% (186)
2023	1,1% (16)	2,2% (31)	10,5% (148)	4,7% (195)

Таким образом, от 3,8 до 6,8% всех госпитализируемых в оториноларингологические отделения стационаров г. Киров имеют ургентную патологию – ПТА или ПФА.

Медиана общего количества пациентов с диагнозом ДФ ХТ, осложненной ПТА, ПФА, поступивших в оториноларингологические отделения стационаров г. Киров за 2009-2023 гг., составила 202 (ИКР: 178-237).

Медиана количества пациентов с диагнозом ХТ, которым была выполнена ТЭК в оториноларингологических отделениях стационаров г. Киров за 2009-2023 гг., составила 95 (ИКР: 89-110). Статистически достоверно медиана количества пациентов, перенесших ТЭК, оказалась ниже медианы количества пациентов с местным сопряженным с ХТ заболеванием – ПТА, ПФА - более чем в 2 раза (критерий Манна-Уитни, $p=0,000003$).

Таким образом, в структуре пациентов с ХТ, госпитализированных в оториноларингологические отделения стационаров г. Киров, преобладают лица с местным осложнением ХТ – ПТА, ПФА. Количество пациентов с ХТ, госпитализированных на плановую ТЭК, значительно меньше пациентов с ХТ, госпитализированных с ургентной патологией – ПТА, ПФА.

3.4. Результаты клинического обследования

3.4.1. Жалобы

Основные жалобы участников исследования, госпитализированных в плановом порядке с КФ и ДФ ХТ, представлены в Таблице 9.

Таблица 9 - Жалобы пациентов, госпитализированных в плановом порядке

Жалобы и частота их предъявления		Частота встречаемости жалоб в зависимости от степени компенсации ХТ, % (n)	
		КФ (n=76)	ДФ (n=153)
Дискомфорт в горле	Никогда	23,7% (18)	5,2% (8)
	Редко	15,8% (12)	60,7% (93)
	Часто	53,9% (41)	15% (23)
	Постоянно	6,6% (5)	19% (29)
Отделяемое из лакун НМ (пробки)	Никогда	42,1% (32)	42,5% (65)
	Редко	15,8% (12)	22,2% (34)
	Часто	30,2% (23)	23,5% (36)
	Постоянно	11,8% (9)	11,8% (18)
Боль в горле	Никогда	21% (16)	24,1% (37)
	Редко	27,6% (21)	29,4% (45)
	Часто	42,1% (32)	27,5% (42)
	Очень часто	9,2% (7)	19% (29)
Длительный субфебрилитет	Никогда	0% (0)	57,5% (88)
	1-2 раза в год	0% (0)	23,5% (36)
	Более 2-3 раз в год	0% (0)	17,6% (27)
	Постоянно	0% (0)	1,3% (2)
Галитоз (запах изо рта)	Никогда	44,7% (34)	84,3% (129)
	1-2 раза в год	19,7% (15)	8,5% (13)
	Более 2-3 раз в год	32,9% (25)	5,2% (8)
	Постоянно	2,6% (2)	2% (3)
Недомогание, слабость	Никогда	50% (38)	43,1% (66)
	1-2 раза в год	31,6% (24)	34% (52)
	Более 2-3 раз в год	17,1% (13)	19% (29)
	Постоянно	1,3% (1)	3,9% (6)
Боли в суставах	Никогда	0% (0)	78,4% (120)
	1-2 раза в год	0% (0)	9,1% (14)
	Более 2-3 раз в год	0% (0)	12,4% (19)
	Постоянно	0% (0)	0% (0)
Ощущение перебоев в работе сердца	Никогда	0% (0)	85,6% (131)
	1-2 раза в год	0% (0)	10,5% (16)
	Более 2-3 раз в год	0% (0)	3,9% (6)
	Постоянно	0% (0)	0% (0)
Увеличение регионарных лимфоузлов	Да	22,4% (17)	30% (46)
	Нет	77,6% (59)	70% (107)
Сухой кашель	Никогда	96% (73)	95,4% (146)
	1-2 раза в год	2,6% (2)	3,3% (5)
	Более 2-3 раз в год	1,3% (1)	1,3% (2)
	Постоянно	0% (0)	0% (0)

Самыми распространенными жалобами у респондентов с КФ ХТ были жалобы на часто возникающий дискомфорт в горле (у 53,9%), на часто появляющуюся боль в горле (у 42,1%), более 2-3 эпизодов за год галитоза (32,9 %) (Таблица 9).

Из пациентов с ДФ ХТ, госпитализированных в плановом порядке, большинство предъявляло жалобы на 1-2 за год эпизода выраженной слабости, недомогания (34% опрошенных), на часто возникающую боль в горле (27,5 % опрошенных), на 1-2 эпизода за год длительного субфебрилитета (у 23,5 % опрошенных) (Таблица 9).

У пациентов с ДФ ХТ, госпитализированных экстренно с ПТА, ПФА, самыми частыми жалобами были боли в горле при глотании (у 93%), затруднение при открывании рта (у 83 %), повышение температуры тела (у 66,2%) (Таблица 10).

Таблица 10 - Жалобы пациентов с ХТ ДФ, госпитализированных экстренно с ПТА, ПФА

Жалобы	Частота встречаемости жалоб пациентов с ПТА, ПФА, % (n).
	ДФ (n=71)
Отделяемое из лакун НМ (пробки)	9,9% (7)
Боли в горле при глотании	93% (66)
Повышение температуры тела	66,2% (47)
Затруднение при открывании рта	83% (59)
Недомогание	59,2% (42)
Затруднение при глотании	56,3% (40)
Боли в суставах	4,2% (3)
Ощущение перебоев в работе сердца	2,8% (2)
Увеличение регионарных лимфоузлов	15,5% (11)
Отек за- и подчелюстной области	2,8% (2)

Жалобы на отек за- и подчелюстной области встречаются только у пациентов с ДФ ХТ, поступивших в экстренном порядке с местным сопряженным с ХТ заболеванием – ПФА (2,8 %) (Таблица 10).

Жалобы на часто возникающий дискомфорт в горле статистически достоверно чаще встречаются среди пациентов с ХТ с КФ (53,9%), чем с ДФ (15%) (критерий хи-квадрат, $p=0,002$) (Таблица 9).

Жалобы на часто возникающую боль в горле статистически достоверно более характерны для пациентов с КФ ХТ (42,1%), чем для пациентов с ДФ ХТ (27,5%) (критерий хи-квадрат, $p=0,003$) (Таблица 9).

Жалоба на редко возникающий дискомфорт в горле более характерна для пациентов с ДФ (60,7%), чем с КФ (15,8%) (критерий хи-квадрат, $p=0,001$). (Таблица 9).

Жалобы на галитоз 1-2 раза в год чаще встречались у пациентов с КФ ХТ (19,7%), чем у пациентов с ДФ ХТ (8,5%) (критерий хи-квадрат, $p=0,002$) (Таблица 9).

То же касается жалоб и на галитоз более 2-3 раз в год: КФ (32,9%), ДФ (5,2%) (критерий хи-квадрат, $p=0,004$) (Таблица 9).

Статистически значимой разницы по частоте жалоб на отделяемое из лакун НМ (пробки), на недомогание, слабость, увеличение регионарных лимфоузлов, сухой кашель между пациентами с КФ и ДФ ХТ не обнаружено (критерий хи-квадрат, $p>0,05$) (Таблица 9).

Жалобы на длительный субфебрилитет, боли в суставах, ощущение перебоев в работе сердца предъявляли лишь пациенты с ДФ ХТ (Таблица 9).

Таким образом, пациенты с КФ в основном предъявляли жалобы касательно локального состояния ротоглотки: дискомфорт, боль в горле, галитоз.

У пациентов с ДФ на первый план выходят жалобы, касающиеся общего состояния организма, тонзиллогенной интоксикации: длительный субфебрилитет, боли в суставах, ощущение перебоев в работе сердца.

Наиболее частые жалобы среди пациентов, госпитализированных экстренно с ДФ ХТ по ПТА, ПФА (Таблица 10), связаны с острым гнойным воспалением: боли в горле при глотании (93 %), затруднение при открывании рта (83 %), повышение температуры тела (66,2 %).

Таким образом, наблюдаем, что жалобы, касающиеся локального состояния глотки (исключая характерные жалобы при ПТА, ПФА), наиболее свойственны для пациентов с КФ ХТ, в меньшей степени для пациентов с ДФ ХТ. Жалобы общего характера, в большей степени характерны для пациентов с ДФ ХТ, и не

характерны для пациентов с КФ. Данная особенность объяснима усилением развития метатонзиллярных процессов в организме при ДФ. Кроме того, анализ жалоб пациентов указывает на то, что преимущественно в поле зрения врачоториноларинголога попадают больные, которых беспокоят локальные процессы в ротоглотке (ургентного и неургентного характера), т. е. «местные» жалобы. По всей видимости, часть пациентов с ХТ, у которых преобладают в клинике системные метатонзиллярные процессы, а локальные фарингоскопические изменения мало выражены, выпадает из поля зрения специалистов-оториноларингологов. Вероятно, в какой-то степени это связано с низкой информированностью врачей первичного звена о метатонзиллярных проявлениях ХТ.

3.4.2. Анамнез жизни

Сопряженные заболевания

Заболеваемость сопряженными заболеваниями респондентов представлена в Таблице 11.

Таблица 11 - Сопряженные с ХТ заболевания пациентов (количество человек)

Заболевания		Частота встречаемости сопряженных заболеваний среди пациентов с ДФ ХТ, % (n).	
		ДФ ХТ (планово поступившие) (n=153)	ДФ ХТ (экстренно поступившие) (n=71)
Ревматологические	ХРБС	0,7% (1)	0% (0)
	ревматоидный артрит	0,7% (1)	0% (0)
	постстрептококковая артропатия	2,6% (4)	0% (0)
Нефрологические	гломерулонефрит	0,7% (1)	1,4% (1)

Сопряженные с ХТ заболевания выявлены у 4,6% пациентов (7 человек) с ДФ ХТ, госпитализированных в плановом порядке, у 1,4% пациентов (1 человека) с ДФ ХТ, среди поступивших экстренно с ПТА, ПФА. Таким образом, только 3,6%

(8 человек) из всей совокупности пациентов с ДФ ХТ имели сопряженные заболевания.

Ревматологические заболевания – хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС), ревматоидный артрит, постстрептококковая артропатия - встречались исключительно у пациентов с ДФ ХТ, поступивших в плановом порядке.

Среди сопряженных заболеваний у пациентов, госпитализированных в плановом порядке с ДФ ХТ, по частоте встречаемости лидирует постстрептококковая артропатия, выявлена у 2,6% пациентов (4 человека) (Таблица 4). ХРБС, ревматоидный артрит, гломерулонефрит – по 0,7% (по 1 пациенту).

У пациентов с ХТ ДФ, госпитализированных экстренно с ПТА, ПФА, из сопряженных заболеваний встречался гломерулонефрит у 1,4% пациентов (1 человек).

Статистически достоверных различий по частоте встречаемости гломерулонефрита между пациентами с ДФ ХТ, госпитализированными в плановом и экстренном порядке, не было обнаружено (критерий хи-квадрат, $p=0,125$).

Таким образом, несмотря на серьезные постоянные жалобы, снижение качества жизни, наличие сопряженных заболеваний, требующих адекватного лечения, постоянного диспансерного наблюдения, пациенты не были мотивированы специалистами на необходимость активной санации очага хронической инфекции в НМ.

Несколько подробнее остановимся на описании анамнеза пациентов с сопряженными заболеваниями.

Пациентка Ц., 31 год, за 1,5 года до поступления в оториноларингологическое отделение перенесла острый тонзиллит. В дальнейшем стала отмечать появление тахикардии, одышки, болей и отечности суставов, очагов эритемы на коже. Наблюдалась у кардиолога, ревматолога. Титр АСЛО в динамике за 6 месяцев повысился с 320 до 430 МЕ\мл. Поставлен диагноз ХРБС, пролапс митрального

клапана. Направлена на консультацию к оториноларингологу, поставлен диагноз ХТ ДФ, принято решение о проведении двусторонней ТЭК.

Больная М., 40 лет, регулярно проходила лечение у ревматолога по поводу ревматоидного артрита в течение 4 лет. Полный диагноз: ревматоидный артрит, серонегативный, развернутая стадия, неэрозивный, 1 стадия, функциональный класс (ФК) 1. Направлена на консультацию к оториноларингологу. Принято решение о проведении двусторонней ТЭК.

У четырех пациенток в амбулаторной карте задокументированы случаи постстрептококковой артропатии. В среднем через 1-2 недели после перенесенного острого тонзиллита у них возникли явления острого моноартрита коленного сустава. При этом существенно был повышен АСЛО (в 1,5-2 раза), СРБ, СОЭ. Ревматоидный фактор оставался в пределах нормальных значений. Острые явления купировались терапией НПВС. В дальнейшем функциональных и рентгенологических изменений пораженных суставов не наблюдалось.

У двух пациентов в анамнезе фигурировал диагноз гломерулонефрит.

Пациент С., 19 лет за два года, предшествовавших госпитализации перенес 6 эпизодов острого тонзиллита. В течение этого периода показатели АСЛО были в пределах 350-720 МЕ\мл. Наблюдался у нефролога, поставлен диагноз: хроническая болезнь почки (ХБП) С1, А1, хронический гломерулонефрит, нефротический синдром. Направлен на консультацию к оториноларингологу. Принято решение о проведении двусторонней ТЭК.

Пациент А., 29 лет поступил экстренно с диагнозом ХТ ДФ, паратонзиллярный абсцесс слева. Наблюдался у нефролога с диагнозом хронический гломерулонефрит. Однако, в течение последних трех лет по поводу данного заболевания за медицинской помощью не обращался, препараты не принимал.

Сопутствующие хронические заболевания

Распространенность хронических сопутствующих заболеваний у пациентов из основной группы представлена в Таблице 12, они отличаются большим разнообразием.

Таблица 12 - Сопутствующие хронические заболевания у пациентов с ХТ

Сопутствующие хронические заболевания	Частота встречаемости заболеваний среди пациентов с разными формами ХТ, % (n).			
	КФ (n=76)	ДФ		
		Общее количество (n=224)	Планово поступившие (n=153)	Экстренно поступившие (n=71)
Неврологические	11,8% (9)	8,5% (19)	9,1% (14)	7% (5)
Урологические	7,9% (6)	6,3% (14)	7,2% (11)	4,2% (3)
Гипертоническая болезнь	9,2% (7)	3,1% (7)	3,3% (5)	2,8% (2)
Эндокринологические	3,9% (3)	4,9% (11)	4,6% (7)	5,6% (4)
Органов дыхания	3,9% (3)	2,7% (6)	3,3% (5)	1,4% (1)
ЖКТ	10,5% (8)	0,4% (1)	0,7% (1)	0% (0)
Гинекологические	2,6% (2)	1,3% (3)	1,3% (2)	1,4% (1)
Остеоартроз	0% (0)	1,3% (3)	2% (3)	0% (0)
ЛОР-органов	1,3% (1)	0,4% (1)	0% (0)	1,4% (1)
Хронический вирусный гепатит В	0% (0)	0,4% (1)	0% (0)	1,4% (1)
Псориаз	0% (0)	2,2% (5)	0%(0)	7% (5)

Стоит отметить, что частота их встречаемости в исследуемой выборке весьма низка, так как большинство участников исследования – это лица молодого трудоспособного возраста.

Из сопутствующих хронических заболеваний у пациентов с ХТ наиболее часто встречалась неврологическая патология (аденома гипофиза, остеохондроз, нейропатия седалищного нерва, рассеянный склероз, вегетососудистая дистония) – у 9,3% (28 человек).

На втором месте – урологическая патология (цистит, мочекаменная болезнь, пиелонефрит) – у 6,7% (20 человек). На третьем месте – гипертоническая болезнь и эндокринологические заболевания (тиреотоксикоз, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит, диффузный узловой зоб, сахарный диабет 1-го типа, сахарный диабет 2-го типа, гипоталамический синдром) – по 4,7% (по 14 человек). По 3% (по 9 человек) соответственно имели патологию органов дыхания (хронический бронхит, эмфизема легких, бронхиальная астма) и ЖКТ (гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки). У 1,7% (5 женщин) были гинекологические заболевания (миома матки,

эндометриоз, кольпит, синдром поликистозных яичников). Остеоартроз имелся у 1,3% (3 человек). По 0,3% (по 1 человеку) было с хроническим катаральным ларингитом, хроническим гнойным мезотимпанитом, хроническим вирусным гепатитом В.

У всех пациентов, госпитализированных в плановом порядке, сопутствующие заболевания во время госпитализации в стационар находились в стадии ремиссии и компенсации, достигнутых не менее чем за 6 месяца до поступления.

У пациентов с КФ ХТ статистически достоверно чаще, чем у пациентов с ДФ ХТ встречались гипертоническая болезнь (9,2% против 3,1%), заболевания ЖКТ (10,5% против 0,4%) (критерий хи-квадрат, $p < 0,05$). По другим группам заболеваний статистически достоверных различий не выявлено.

Перенесенные ранее операции

Из перенесенных полостных операций в анамнезе у пациентов с ХТ лидирует аппендэктомия (7% - 21 человек), кесарево сечение (3% - 9 человек), холецистэктомия (1% - 3 человека). 2% (6 пациенток) ранее перенесли хирургическое вмешательство на молочной железе. Диагностическая лапароскопия и флебэктомия у 0,3% (1 человека) в анамнезе. Операции на ЛОР-органах: у 1,3% (4 человек) в детстве была выполнена аденотомия. Из значимых травм в анамнезе жизни у 1,7% (5 человек) фигурирует закрытая черепно-мозговая травма, у 0,3% (1 человек) – компрессионный перелом позвонка.

3.4.3. Анамнез заболевания

Данные анамнеза заболевания представлены в Таблице 13, характеристика ранее проведенного лечения в Таблице 14.

Таблица 13 – Данные анамнеза заболевания

Показатели и их параметр		Частота встречаемости показателей среди пациентов с разными формами ХТ, % (n)			
		КФ (n=76)	ДФ		
			Общее количество (n=224)	Планово поступившие (n=153)	Экстренно поступившие (n=71)
Частота ангин	Никогда	18% (14)	13% (28)	5% (7)	30% (21)
	В детстве или менее 1 раза в год	57% (43)	36% (81)	38% (58)	32% (23)
	1-2 раза в год	25% (19)	27% (61)	28% (43)	25% (18)
	Более 2 раз в год	0% (0)	24% (54)	29% (45)	13% (9)
Увеличение регионарных лимфоузлов	Не возникало	71% (54%)	59% (133)	61% (94)	55% (39)
	Возникало	29% (22)	41% (91)	39% (59)	45% (32)
Боли в суставах	Не возникали	100% (76)	73% (163)	73% (111)	73% (52)
	Возникали	0% (0)	27% (61)	27% (42)	27% (19)
Перенесенные ПТА	Нет	100% (76)	83% (187)	82% (126)	86% (61)
	Да	0% (0)	12% (26)	12% (18)	11% (8)
	- 2 и более эпизода ПТА в анамнезе	0% (0)	5% (11)	6% (9)	3% (2)

Таблица 14– Характеристика ранее проведенного лечения

Характер ранее проведенного лечения и его параметр		Частота встречаемости показателей среди пациентов с разными формами ХТ, % (n)			
		КФ (n=76)	ДФ		
			Общее количество (n=224)	Планово поступившие (n=153)	Экстренно поступившие (n=71)
Проводилось ранее консервативное лечение ХТ	Не проводилось	43% (33)	44% (98)	48% (74)	34% (24)
	Проводилось	57% (43)	56% (126)	52% (79)	66% (47)
Предшествующее хирургическое лечение	Не проводилось	100% (76)	99,6% (223)	99% (152)	100% (71)
	АТЭК	0% (0)	0,4% (1)	1% (1)	0% (0)

Продолжительность заболевания ХТ составила 5 (ИКР: 3-9,5) лет. Наибольшая продолжительность заболевания была у пациентов с КФ ХТ – 7,5 (ИКР: 3,5-19) лет, далее в порядке убывания у пациентов с ДФ ХТ, госпитализированных

планово, – 5 (ИКР: 3-8) лет, наименьшая у пациентов с ДФ ХТ, госпитализированных экстренно, – 5 (ИКР: 3-7) лет (критерий Краскела-Уоллиса, $p=0,0005$). Вероятно, имеется как необоснованный отказ со стороны оториноларингологов от хирургического лечения при отсутствии эффекта от нескольких полноценных курсов консервативного лечения, неэффективное диспансерное наблюдение, так и халатное отношение пациентов к своему заболеванию, низкая приверженность к регулярному противорецидивному лечению.

Важно отметить, что из всех принявших участие в исследовании пациентов с ХТ у 14% (42 человека) не было перенесенных ангин в анамнезе. Это может свидетельствовать о гиподиагностике безангинной формы ХТ.

Из всех пациентов с ДФ ХТ, госпитализированных в плановом порядке, ранее перенесли по 1 эпизоду ПТА 12% (18 человек), 2 и более эпизода - 6% (9 человек).

Из всех пациентов с ДФ ХТ, госпитализированных в экстренном порядке, ранее перенесли по 1 эпизоду ПТА 11% (8 человек), 2 и более эпизода - 3% (2 человека).

Таким образом, среди больных с ДФ ХТ 16,5% (37 пациентов) ранее перенесли минимум по 1 эпизоду ПТА.

Анамнестические данные о перенесенных в прошлом ПТА у пациентов с ДФ ХТ, госпитализированных в экстренном порядке вновь с ПТА, свидетельствуют о не проведенной своевременно ТЭК.

3.4.4. Местный статус.

Данные по локальному статусу пациентов с ХТ, поступивших планово, представлены в Таблице 15.

Таблица 15 – Фарингоскопические данные пациентов с ХТ, поступивших в плановом порядке

Местные признаки	Частота встречаемости признака в группах исследований, % (n)		
	КФ и ДФ суммарно (n=229)	КФ (n=76)	ДФ (планово поступившие) (n=153)
Казеозные пробки в лакунах НМ	65,9% (151)	72,4% (55)	62,7% (96)
Признак Гизе	61,6% (141)	46,1% (35)	69,3% (106)
Бугристая поверхность НМ	54,1% (124)	31,6% (24)	65,4% (100)
Гипертрофия НМ	49,3% (113)	43,4% (33)	52,3% (80)
Рубцовые изменения НМ	48% (110)	13,2% (10)	65,4% (100)
Признак Зака	47,2% (108)	36,8% (28)	52,3% (80)
Признак Преображенского	28,8% (66)	26,3% (20)	30,1% (46)
Сращение передних небных дужек с НМ	24,9% (57)	23,7% (18)	25,5% (39)
Увеличение регионарных лимфоузлов	2,6% (6)	0% (0)	3,9% (6)
Жидкий гной в лакунах НМ	5,7% (13)	15,8% (12)	0,7% (1)

Наиболее распространенными фарингоскопическими изменениями у планово поступивших пациентов с ХТ были казеозные пробки в лакунах НМ (у 65,9% - 151 человек), признак Гизе (у 61,6% - 141 человек), бугристая поверхность НМ (у 54,1% - 124 человека).

Статистически достоверно такие локальные фарингоскопические признаки ХТ как признак Гизе, бугристая поверхность НМ, гипертрофия НМ, рубцовые изменения НМ, признак Зака, жидкий гной в лакунах НМ встречаются чаще у пациентов с ДФ, чем с КФ (критерий хи-квадрат, $p < 0,05$) (Таблица 15). Более выраженный характер хронического воспаления НМ при ДФ ХТ существеннее отражается на ротоглотке.

Увеличение регионарных лимфоузлов зафиксировано было только у 3,9% пациентов с ДФ ХТ.

По частоте встречаемости таких признаков как казеозные пробки в лакунах НМ, гипертрофия НМ, признак Преображенского, сращение передних небных дужек с НМ статистически достоверных различий между пациентами с КФ и ДФ не получено.

Таким образом, как и общеизвестно, не представляется возможным выделить локальный патогномичный признак ХТ.

Среди фарингоскопических изменений у пациентов с ДФ ХТ, госпитализированных в экстренном порядке с ПТА, ПФА, чаще всего наблюдались гиперемия, воспалительная инфильтрация паратонзиллярной области (97%), тризм жевательной мускулатуры (46,5%), увеличение регионарных лимфоузлов (35,2%) (Таблица 16).

Таблица 16 - Фарингоскопические данные пациентов с ХТ, поступивших экстренно с ПТА, ПФА

Местные признаки	Частота встречаемости признака, n (%)
	ДФ (n=71)
Казеозные пробки в лакунах НМ	12,7% (9)
Гипертрофия НМ	2,8% (2)
Гиперемия, воспалительная инфильтрация паратонзиллярной области	97,1% (69)
Признак Преображенского	1,4% (1)
Сращение передних небных дужек с НМ	2,8% (2)
Тризм жевательной мускулатуры	46,5% (33)
Увеличение регионарных лимфоузлов	35,2% (25)
Отек, инфильтрация подчелюстной области	7% (5)

Наиболее часто встречающимися местными фарингоскопическими изменениями при ХТ были казеозные пробки в лакунах НМ (у 53,7% - 160 человек), признак Гизе (у 47% - 141 человек), бугристая поверхность НМ (у 41% - 124 человека).

Гиперемия и воспалительная инфильтрация паратонзиллярной клетчатки, тризм жевательной мускулатуры и увеличение регионарных лимфоузлов (подчелюстных, ретромандибулярных) встречались практически исключительно у пациентов с ДФ ХТ, поступивших в экстренном порядке с местным осложнением ХТ – ПТА или ПФА. У 5 пациентов с ПФА имелся отек и воспалительная инфильтрация подчелюстной области справа или слева.

3.4.5. Лабораторное и инструментальное обследование

Результаты лабораторного обследования пациентов представлены в Таблице 17.

Таблица 17 - Результаты лабораторного обследования

Показатель	Величины показателей в группах исследования (Me [Q ₁ ; Q ₃])			
	ХТ (n=300)	КФ ХТ (n=76)	ДФ ХТ (n=153)	ДФ ХТ (экстренно поступившие) (n=71)
Лейкоциты в ОАК (*10 ⁹)	6,6 [6,3;6,7]	6,2 [5,5;6,6]	6,4 [5,9;6,6]	7,9 [7;8,8]
СОЭ	9 [8;10]	8 [7;9]	8 [8;9]	29 [26;34]
АСЛО	55 [50;70]	70 [45;100]	70 [55;90]	43 [34;55]
СРБ	4 [4;5]	3 [2;3]	4 [3;4]	45 [38;52]

В общем анализе крови лейкоцитоз (норма 4-9*10⁹/л) от 9,8*10⁹/л до 12,2*10⁹/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево имелся у 32,4% пациентов с ДФ ХТ, поступивших по экстренным показаниям с местным осложнением ХТ - ПТА, ПФА (23 пациента).

Повышение СОЭ (норма до 20 мм/ч) от 22 до 46 мм/ч обнаружено у 70,4% пациентов с ДФ ХТ, также госпитализированных в экстренном порядке с местным осложнением ХТ - ПТА, ПФА (50 человек). У 23,5% пациентов с ДФ ХТ, госпитализированных в плановом порядке, имелось повышение СОЭ от 23 до 37 мм/ч (36 человек).

Повышенный уровень СРБ от 6,1 до 91 мг/мл выявлен у 41,3% пациентов (124 человека), из них: 3,3% с КФ ХТ (10 человек), 38% с ДФ ХТ (114 человек). Причем среди пациентов с ДФ ХТ 31 % приходится на поступивших в экстренном порядке с местным осложнением ХТ - ПТА, ПФА (71 человек).

Статистически достоверно показатели лейкоцитоза, СОЭ и СРБ имеют более высокие значения у пациентов с ДФ ХТ, осложненной ПТА, ПФА, в сравнении с госпитализированными в плановом порядке пациентами с КФ и ДФ ХТ (критерий Краскела-Уоллиса, $p < 0,05$).

Статистически достоверно среди госпитализированных в плановом порядке пациентов показатели СОЭ выше у больных с ДФ ХТ, чем у больных с КФ ХТ (критерий Манна-Уитни, $p=0,012$). Статистически достоверных различий по уровню лейкоцитоза между госпитализированными в плановом порядке пациентами с КФ и ДФ ХТ не обнаружено (критерий Манна-Уитни, $p>0,05$). Статистически достоверно среди госпитализированных в плановом порядке пациентов показатели СРБ выше у больных с ДФ ХТ, чем у больных с КФ ХТ (критерий Манна-Уитни, $p=0,001$). Таким образом, маркеры воспаления - лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, СРБ - у пациентов с ХТ чаще встречаются при имеющихся у них urgentных местных осложнениях ХТ - ПТА и ПФА.

Повышенный уровень АСЛО от 202 до 800 Ед/мл обнаружен у 20% пациентов (30 человек) с ДФ ХТ, поступивших в плановом порядке. Статистически достоверно титр АСЛО у пациентов с ПТА и ПФА оказался ниже, чем у госпитализированных в плановом порядке пациентов с ДФ ХТ (критерий Краскела-Уоллиса, $p < 0,05$), т. к. еще не успел повыситься. Низкие значения АСЛО у пациентов, поступивших экстренно с местным осложнением ХТ - ПТА, ПФА, по всей видимости связаны с тем, что титр АСЛО нарастает через 1-5 месяцев после инфицирования БГСА. Таким образом, высокие значения АСЛО встречаются у пациентов с ДФ. Однако, доля лиц с высокими значениями АСЛО составляет всего 10% от общей выборки пациентов с ХТ (300 человек). Поэтому высокий титр АСЛО нельзя рассматривать как один из показательных признаков ХТ и как патогномоничный симптом. Кроме того, данный показатель косвенно может свидетельствовать о низкой доле БГСА в этиологии ХТ, но это утверждение может быть также оспорено.

Повышенный показатель ревматоидного фактора 69,79 МЕд/мл был у одной пациентки с ДФ ХТ, госпитализированной в плановом порядке для проведения ТЭК. Ревматологических заболеваний в анамнезе у нее не имелось. Таким образом, пациентов с активной стадией ревматологического заболевания, принявших участие в исследовании, не было.

Изменения по ЭКГ - синусовая тахикардия, нарушения ритма - выявлены у 13% больных с ДФ ХТ (30 человек), у пациентов с КФ ХТ изменений не выявлено.

При микробиологическом исследовании отделяемого из лакун НМ у пациентов с различными формами ХТ, содержимого ПТА, ПФА диагностирован широкий спектр микроорганизмов в концентрации от 10^2 до 10^9 (Таблица 18).

Таблица 18 - Результаты микробиологического исследования (количество человек с выявленными микроорганизмами)

Микроорганизм	Частота выделения штаммов видов микроорганизмов в группах исследований, % (n)			
	ХТ (КФ и ДФ, планово поступившие) (n=229)	КФ (n=76)	ДФ (планово поступившие) (n=153)	ДФ с ПТА, ПФА (n=71)
<i>Staphylococcus aureus</i>	47,6% (109)	55,3% (42)	43,8% (67)	29,6% (21)
<i>Streptococcus oralis</i>	18,3% (42)	26,3% (20)	14,4% (22)	11,3% (8)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	10,9% (25)	15,8% (12)	8,5% (13)	7% (5)
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	10% (23)	10,5% (8)	9,8% (15)	8,5% (6)
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	7,4% (17)	6,6% (5)	7,8% (12)	4,2% (3)
<i>Neisseria flava</i>	7,4% (17)	14,5% (11)	3,9% (6)	4,2% (3)
<i>Streptococcus bovis</i>	7% (16)	6,6% (5)	7,2% (11)	2,8% (2)
<i>Streptococcus intermedius</i>	6,6% (15)	7,9% (6)	5,9% (9)	0% (0)
<i>Enterococcus faecalis</i>	6,1% (14)	5,3% (4)	6,5% (10)	2,8% (2)
<i>Streptococcus mutans</i>	5,7% (13)	5,3% (4)	5,8% (9)	2,8% (2)
<i>Streptococcus salivarius</i>	4,8% (11)	6,6% (5)	3,9% (6)	2,8% (2)
<i>Streptococcus mitis</i>	4,8% (11)	6,6% (5)	3,9% (6)	2,8% (2)
<i>Streptococcus anginosus</i>	4,8% (11)	5,3% (4)	4,6% (7)	0% (0)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	3,5% (8)	2,6% (2)	3,9% (6)	4,2% (3)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4,4% (10)	2,6% (2)	5,2% (8)	0% (0)
<i>Enterococcus faecium</i>	3,5% (8)	3,9% (3)	3,3% (5)	2,8% (2)
<i>Streptococcus agalactiae</i>	3,5% (8)	2,6% (2)	3,9% (6)	2,8% (2)
<i>Streptococcus constellatus</i>	3% (7)	2,6% (2)	3,3% (5)	2,8% (2)
<i>Enterococcus columbae</i>	3,5% (8)	3,9% (3)	3,3% (5)	0% (0)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3% (7)	2,6% (2)	3,3% (5)	2,8% (2)
<i>Streptococcus sanguinis</i>	2,6% (6)	2,6% (2)	2,6% (4)	2,8% (2)
<i>Streptococcus vestibularis</i>	2,6% (6)	2,6% (2)	2,6% (4)	0% (0)
<i>Streptococcus uberis</i>	1,7% (4)	1,3% (1)	2% (3)	0% (0)
<i>Micrococcus luteus</i>	1,7% (4)	2,6% (2)	1,3% (2)	0% (0)
<i>Enterobacter aerogenes</i>	1,3% (3)	2,6% (2)	0,7% (1)	0% (0)
<i>Escherichia coli</i>	0,9% (2)	1,3% (1)	0,7% (1)	2,8% (2)
<i>Serratia plymuthica</i>	1,3% (3)	1,3% (1)	1,3% (2)	0% (0)
<i>Globicatella sanguinis</i>	0,9% (2)	1,3% (1)	0,7% (1)	0% (0)

Был получен 481 штамм 28 видов микроорганизмов. Грамотрицательные виды (*Neisseria flava*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes*, *Escherichia coli*, *Serratia plymuthica*) представлены 10,2% (49 штаммов) от всех выделенных штаммов. 22 грамположительных вида представлены 89,8% (432 штамма) от всех выделенных штаммов. Представители микробиоты относятся как к условно-патогенным, так и к патогенным: стафилококки, стрептококки, микрококки, энтерококки, энтеробактеры, клебсиеллы, синегнойная палочка, серрации, глобикателлы и др.

Из всех выделенных штаммов грамположительных микроорганизмов наибольшее количество относилось к роду *Staphylococcus* - 43,5% (209 штаммов), далее в порядке убывания штаммы, относящиеся к роду *Streptococcus* – 35,3% (170 штаммов), к роду *Enterococcus* - 9,1% (44 штамма), остальные роды в существенно меньшем количестве.

Рассмотрим микробиологический пейзаж содержимого НМ пациентов с КФ ХТ и ДФ ХТ, поступивших в плановом порядке.

Выявлено 410 штаммов 28 видов микроорганизмов. Грамотрицательные виды (*Neisseria flava*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes*, *Escherichia coli*, *Serratia plymuthica*) представлены 10,2% от всех выделенных штаммов (42 штамма). 22 грамположительных вида представлены 89,8% от всех выделенных штаммов (368 штаммов).

У пациентов с КФ ХТ и ДФ ХТ, поступивших в плановом порядке, из всех выделенных штаммов грамположительных микроорганизмов наибольшее количество относилось к роду *Staphylococcus* - 42,4% (174 штамма), далее в порядке убывания штаммы, относящиеся к роду *Streptococcus* – 35,8% (147 штаммов), к роду *Enterococcus* - 7,3% (30 штаммов), остальные роды в значительно меньшем количестве.

У 64,2% пациентов (147 человек) выявлены ассоциации микроорганизмов. У 35,8% пациентов (82 человека) выявлены монокультуры микроорганизмов: у 11,8% (27 человек) - *Staphylococcus aureus*, у 7,4% (17 человек) - *Streptococcus*

oralis, у 3,9% (9 человек) - *Staphylococcus epidermidis*, у 3% (7 человек) - *Streptococcus intermedius*, у 2,2% (5 человек) - *Streptococcus mitis*, у 2,2% (5 человек) - *Enterococcus faecalis*, у 1,7% (4 человека) - *Streptococcus salivarius*, у 1,3% (3 человека) - *Enterococcus columbae*, у 1,3 % (3 человека) - *Serratia plymuthica*, у 0,9% (2 человека) - *Escherichia coli*.

Чаще всего в образцах из лакун НМ выявлялся *Staphylococcus aureus*: у 47,6% пациентов (109 человек), из них - у 55,3% пациентов с КФ ХТ (42 человека), у 43,8% пациентов с ДФ ХТ (67 человек).

На втором месте по частоте встречаемости в микробиоте лакун НМ оказался *Streptococcus oralis*: у 18,3% пациентов (42 человека), из них - у 26,3% пациентов с КФ ХТ (20 человек), у 14,3% пациентов с ДФ ХТ (22 человека).

На третьем месте по частоте встречаемости в микробиоте лакун НМ у пациентов с КФ ХТ оказался *Staphylococcus epidermidis* – у 15,8 % пациентов (12 человек), у пациентов с ДФ ХТ - *Staphylococcus saprophyticus* – у 9,8 % пациентов (15 человек).

Таким образом, в микробиоте лакун НМ чаще всего выявлялись условно-патогенные стафилококки и стрептококки.

БГСА в результате микробиологического исследования лакун НМ не выявлен ни у одного пациента. Этому могут быть следующие объяснения.

Во-первых, при посевах микробиоты по классической методике используются питательные среды, содержащие эритроциты барана. В настоящее же время практически всегда используются среды с эритроцитами донора. Велика вероятность того, у донора в крови могут быть антитела к БГСА, соответственно микроорганизм погибнет в такой питательной среде.

Во-вторых, БГСА может существовать внутриклеточно, и не попасть в отделяемое лакун НМ.

В-третьих, могут быть погрешности при проведении самого микробиологического исследования.

Наиболее часто выявляемые микроорганизмы в большинстве случаев оказались чувствительны к основным группам антибиотиков (Рисунок 10-13).

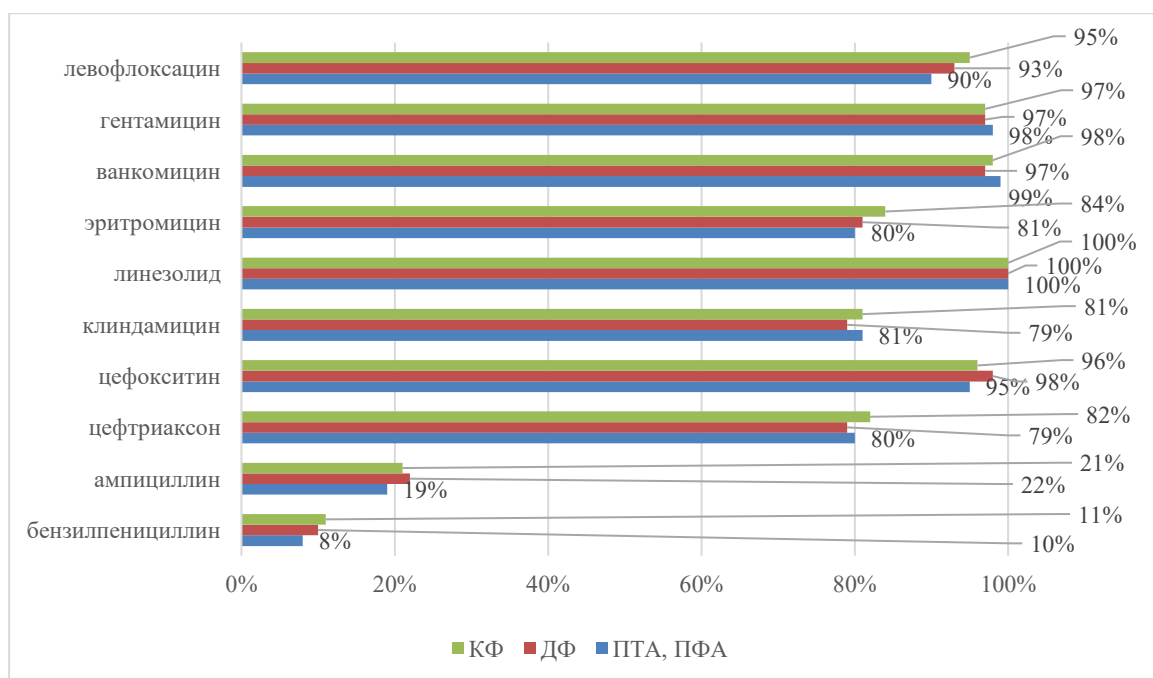


Рисунок 10 - Показатели антибиотикочувствительности *Staphylococcus aureus* у пациентов с разными формами ХТ

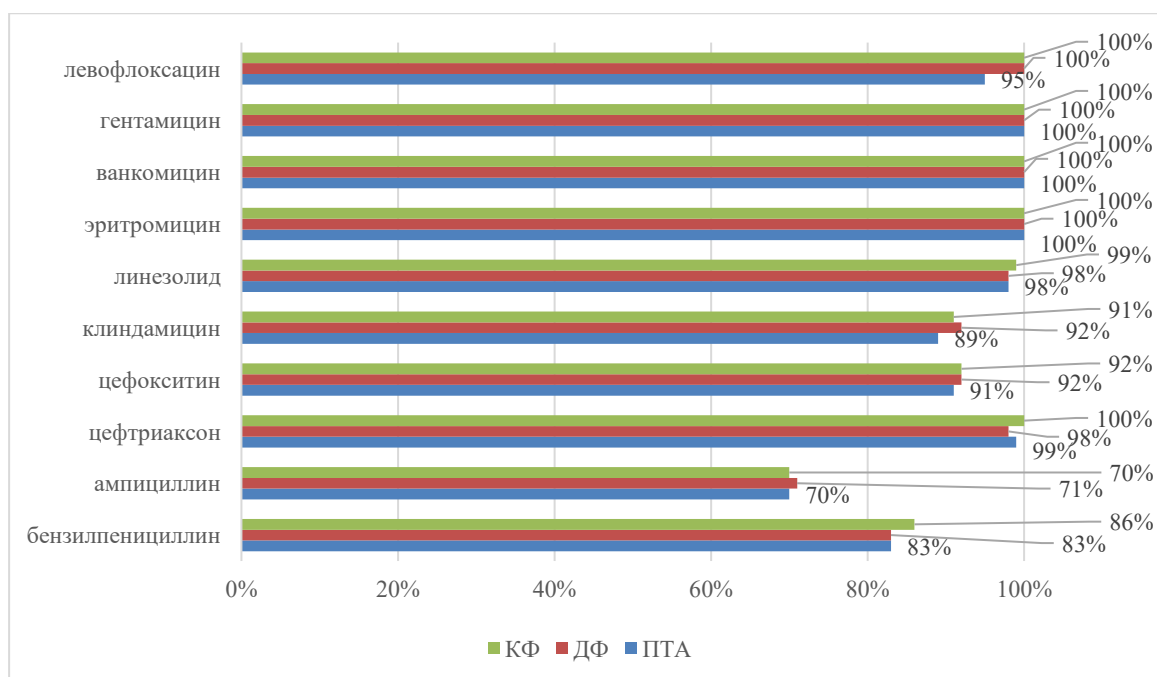


Рисунок 11 - Показатели антибиотикочувствительности *Streptococcus oralis* у пациентов с разными формами ХТ

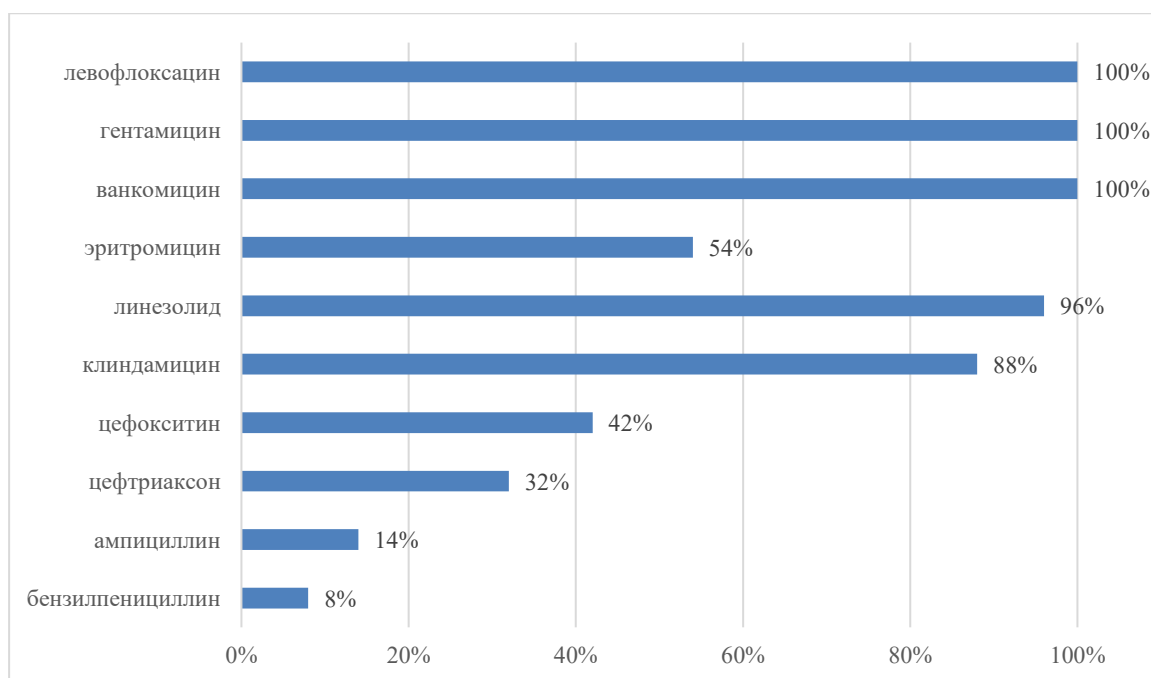


Рисунок 12 - Показатели антибиотикочувствительности *Staphylococcus epidermidis* у пациентов с КФ ХТ

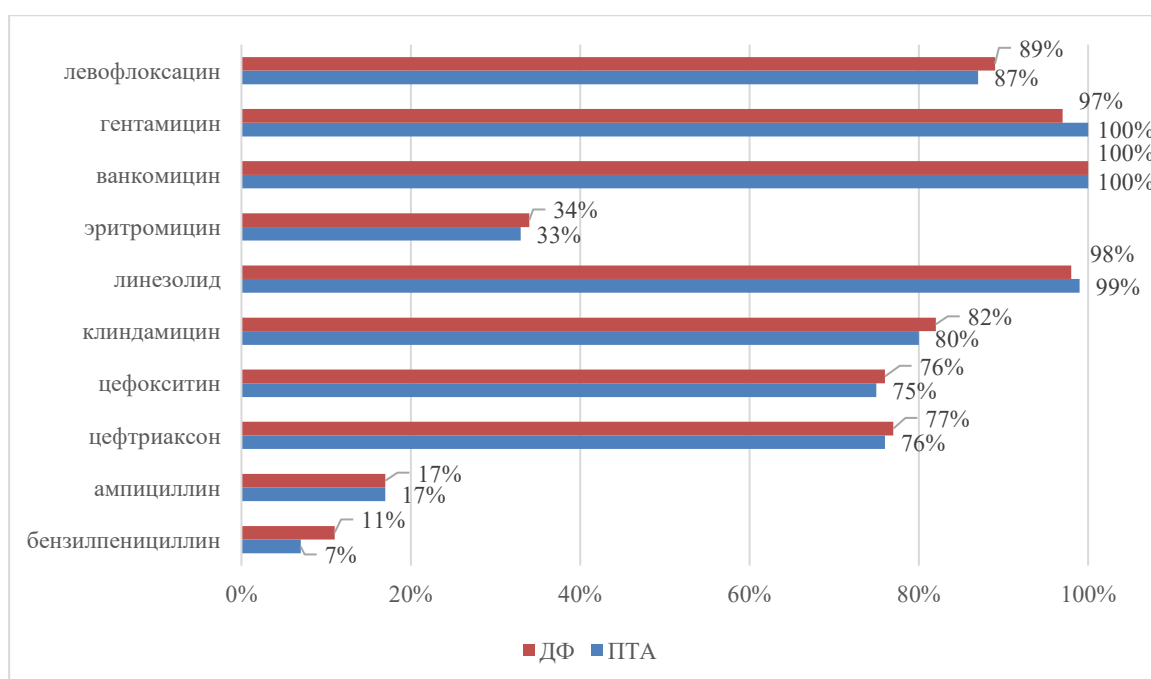


Рисунок 13 - Показатели антибиотикочувствительности *Staphylococcus saprophyticus* у пациентов с ДФ ХТ, ПТА

Наиболее высокие показатели антибиотикочувствительности *Streptococcus oralis*, выделенных из лакун НМ у госпитализированных в плановом порядке

пациентов с КФ и ДФ, – 100% - были к левофлоксацину, гентамицину, ванкомицину, эритромицину. К одному из самых часто назначаемых парентеральных антибиотиков цефтриаксону – 100 и 98% соответственно.

Наиболее высокие показатели антибиотикочувствительности *Staphylococcus epidermidis*, выделенных из лакун НМ у пациентов с КФ, – 100% - были к левофлоксацину, гентамицину, ванкомицину. К одному из цефтриаксону – только 32%, к эритромицину – 54 % соответственно.

Наиболее высокие показатели антибиотикочувствительности *Staphylococcus saprophyticus*, выделенных из лакун НМ у планово госпитализированных пациентов с ДФ, – 100% - были к ванкомицину. К цефтриаксону – 77 %, к эритромицину – 33 %.

При сравнении результатов исследования с данными, полученными при изучении микробного состава микрофлоры ротоглотки у больных с тонзиллярной патологией в ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» (г. Москва) [110] и данными других исследователей выявлено следующее.

При исследовании флоры НМ у пациентов из Кировской области чаще, чем у пациентов из Москвы выявлялись ассоциации микроорганизмов (64,2% и 55,7%).

По данным Мальцевой Г. С. ассоциации микроорганизмов в лакунах НМ у пациентов с ХТ в отличие от монокультур встречаются еще чаще в – 94,4% случаев [102]. По данным Гофман В. В. и Дворянчикова В. В. полимикробный спектр содержимого лакун НМ встречается в 41,3% случаев [38].

В микробиоме лакун НМ пациентов из Кировской области значительно чаще, чем у пациентов из г. Москвы встречаются штаммы грамотрицательных микроорганизмов: 10,2% против 1,3% [110].

Среди грамположительных микроорганизмов в лакунах НМ у пациентов из Кировской области чаще других встречаются роды *Staphylococcus* (42,4%), *Streptococcus* (35,8%), *Enterococcus* (7,3%), а у пациентов из г. Москва – роды *Streptococcus* (41,4%), *Corynebacterium* (36,9%), *Staphylococcus* (19,7%) [110].

Мальцева Г. С. отмечает, что самым частым патогеном, высеваемым из лакун НМ является *Staphylococcus aureus* – в 53,9% случаев. Данные по Кировской области этому соответствуют – в 47,6% выявляется *Staphylococcus aureus*. Гофман В. В. и Дворянчиков В. В. на втором месте по этиологии ХТ (после микробных ассоциаций) выделяют *Staphylococcus aureus* (24,4%), на третьем *Streptococcus* группы А (18%) [38].

Рассмотрим микробиологический пейзаж содержимого ПТА и ПФА пациентов ДФ ХТ, поступивших в экстренном порядке.

При микробиологическом исследовании содержимого ПТА и ПФА у пациентов с ДФ ХТ, экстренно поступивших, спектр микроорганизмов оказался менее разнообразен, но в нем также преобладали стрептококки и стафилококки, БГСА не был высеян. Ассоциации микроорганизмов не выявлены, были обнаружены только монокультуры. Чаще всего выявлялся *Staphylococcus aureus* - у 29,6% пациентов (21 человек), далее по частоте идет - *Streptococcus oralis* - у 11,3% пациентов (8 человек), и на третьем месте – *Staphylococcus saprophyticus* – у 8,5% пациентов (6 человек).

Наиболее высокие показатели антибиотикочувствительности *Staphylococcus aureus*, выделенных из ПТА и ПФА у экстренно госпитализированных пациентов с ДФ ХТ, – 100% - были к линезолиду. К цефтриаксону – 80%, к эритромицину – 80%, к левофлоксацину – 90%.

Наиболее высокие показатели антибиотикочувствительности *Streptococcus oralis*, выделенных из ПТА и ПФА у пациентов с ДФ ХТ, поступивших экстренно, – 100% - были к гентамицину, ванкомицину, эритромицину. К цефтриаксону – 99%.

Наиболее высокие показатели антибиотикочувствительности *Staphylococcus saprophyticus*, выделенных из ПТА и ПФА у экстренно поступивших пациентов с ДФ ХТ, – 100% - были к гентамицину и ванкомицину. К цефтриаксону – 76 %, к эритромицину – 33 %.

В исследовании содержимого ПТА, ПФА, проведенном на базе оториноларингологического отделения ГKB №1 им. Н.И. Пирогова (г. Москва)

Гуровым А. В. и др. [130], были зарегистрированы только микробные ассоциации. Часть спектра выявленных в нашем исследовании микроорганизмов совпадала с данными, полученными Гуровым А. В. и др. [130]: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus mitis*. По другим видам микроорганизмов совпадений не было.

По данным Новосельцевой Т. Д. и соавт. (г. Воронеж) самым часто встречаемым возбудителем, вызывающим ПТА в 2021 г., был *Staphylococcus aureus* (в 58,1% случаев) [117]. По нашим данным *Staphylococcus aureus* был выявлен в меньшем количестве случаев у пациентов с ПТА – 29,6%.

Таким образом, на данный момент нет определенного лабораторного показателя, являющегося маркером ХТ.

В этиологии ХТ нет патогномичного возбудителя, к возникновению заболевания могут приводить самые разнообразные микроорганизмы, как патогенные, так и условно-патогенные. Наиболее часто у пациентов с ХТ, как с КФ, так и с ДФ, и в ПТА, ПФА выявлялся *Staphylococcus aureus*. Причем его чувствительность к наиболее часто назначаемому парентеральному антибиотику цефтриаксону оказалась весьма низкой – порядка 79-82%. Данный факт поднимает вопрос пересмотра схем эмпирической антибактериальной терапии воспалительных заболеваний глотки в Кировской области. Сложным оказывается верифицировать при микробиологическом исследовании наиболее опасный возбудитель при ХТ – БГСА.

3.5. Результаты проведенного лечения

Промывание лакун НМ по Белоголову Н. В. с использованием фурацилина в условиях дневного стационара проводилось у 96% пациентов с КФ (73 человека) и у 37% планово поступивших пациентов с ДФ ХТ (56 человек). В среднем каждому пациенту за время лечения проведено от 5 до 7 промываний лакун НМ.

Характеристика проведенного хирургического лечения среди пациентов представлена в Таблице 19.

Таблица 19 – Характеристика проведенного хирургического лечения

Параметр		Частота встречаемости параметров среди пациентов с разными видами хирургического лечения, % (n)			
		ТЭК (n=100)	АТЭК (n=5)	Вскрытие ПТА (n=61)	Вскрытие ПФА (n=5)
Вид анестезии	Местная инфильтрационная	14% (14)	-	100% (61)	-
	Местная инфильтрационная + премедикация	36% (36)	60% (3)	-	-
	Интубационный наркоз	50% (50)	40% (2)	-	100% (5)
Применение аппарата «Сургитрон» в ходе хирургического вмешательства		45% (45)	100% (5)	-	100% (5)
Гемостаз в нише НМ	Вшивание марлевых тампонов на 1 сутки	39% (39)	-	-	-
	Сшивание небных дужек на 1 сутки	45% (45)	-	-	-
Послеоперационное кровотечение	в 1-е сутки	9% (9)	-	-	-
	рецидивирующее на 5-10 сутки	1% (1)	-	-	-

ТЭК выполнена у 3,9% пациентов с КФ ХТ (3 человека), у 63,4% планово поступивших пациентов с ДФ ХТ (97 человек). Пациенты с ДФ ХТ по рецидивам ангин, которым была проведена ТЭК, ранее прошли по 4-6 полноценных курса консервативного лечения, не приведших к значительному клиническому улучшению.

У 14% пациентов ТЭК выполнена под местной инфильтрационной анестезией 1% новокаином (14 человек), у 36 % – под местной инфильтрационной анестезией 1% новокаином с предварительной премедикацией промедолом или сибазоном (36 человек), у 50% - под интубационным наркозом (50 человек).

АТЭК выполнена у 7% экстренно госпитализированных пациентов с ДФ ХТ (5 человек). У 1,4% пациентов был боковой ПТА (1 человек), у 5,6% – рецидивы ПТА с интервалом менее 1 месяца (4 человека). В 60% случаев АТЭК выполнена под местной инфильтрационной анестезией 1% новокаином с премедикацией

промедолом, сибазоном (3 пациента), в 40% случаев под интубационным наркозом (2 пациента).

У 86% экстренно госпитализированных пациентов с ДФ ХТ под местной инфильтрационной анестезией 2% лидокаином выполнено вскрытие ПТА (61 человек).

7% экстренно госпитализированным пациентам с ДФ ХТ было выполнено вскрытие ПФА наружным доступом под общим наркозом (5 человек).

У 50% пациентов (55 человек) ТЭК, АТЭК, вскрытие ПФА наружным доступом выполнены с применением в ходе операции аппарата «Сургитрон». Использовалась насадка «петля» для отсечения НМ в области нижнего полюса, насадка «шарик» и биполярный пинцет для коагуляции кровоточащих сосудов.

В 39% случаев (у 39 пациентов) при проведении ТЭК не удалось добиться устойчивого гемостаза путем коагуляции кровоточащих сосудов, поэтому у них в ниши НМ вшивались марлевые тампоны, пропитанные транексамовой кислотой, на 1 сутки. Через сутки после операции тампоны удалялись.

В 45% случаев (у 45 пациентов) в конце проведения операции ТЭК с целью гемостаза проведено сшивание дужек НМ. Через сутки после операции швы снимались.

Послеоперационное кровотечение в 1-е сутки после ТЭК было в 9% случаев (у 9 человек) (остановлено у 4-х пациентов наложением зажима на кровоточащий сосуд на 10-15 мин, у 2-х – вшиванием марлевого тампона в нишу НМ на 2 суток, у 3-х электрокоагуляцией кровоточащего сосуда аппаратом «Сургитрон»). В 1% случаев (у 1 пациента) были рецидивирующие кровотечения из ниши НМ на 5-10 сутки после ТЭК на фоне неконтролируемого приема нестероидных противовоспалительных препаратов по поводу болевого синдрома. С целью остановки отсроченного послеоперационного кровотечения применялся аппарат «Сургитрон».

У 41% пациентов (41 человек) в периоперационном периоде с гемостатической целью применялась транексамовая кислота, у 18 % пациентов (18 человек) – 1% аминокaproновая кислота и этамзилат.

Динамика температурной реакции в течение 5 суток после операции у пациентов, перенесших ТЭК, АТЭК, вскрытие ПТА, ПФА представлена в Таблице 20.

Таблица 20 - Динамика температурной реакции в течение 5 суток после операции у пациентов, перенесших ТЭК, АТЭК, вскрытие ПТА, ПФА

Вид хирургического вмешательства	Динамика температурных показателей $^{\circ}\text{C}$ пациентов в сроки исследования (Ме [Q1; Q3])				
	1 сутки	2 сутки	3 сутки	4 сутки	5 сутки
ТЭК	37,2 [37,2;37,3]	37,1 [37;37,1]	37 [36,8;37]	36,7 [36,7;36,7]	36,6 [36,6;36,6]
АТЭК	37,8 [37,7;37,9]	37,2 [37,1;37,3]	36,9 [36,6;37]	36,6 [36,6;36,6]	36,6 [36,6;36,6]
Вскрытие ПТА	37,4 [37,4;37,6]	37,1 [37;37,2]	36,8 [36,7;36,9]	36,6 [36,6;36,7]	36,6 [36,6;36,6]
Вскрытие ПФА	37,6 [37,5;37,8]	37,3 [37,3;37,4]	37,1 [37;37,2]	37 [36,8;37]	36,6 [36,6;36,8]

Таким образом, у пациентов после планового хирургического лечения (ТЭК) динамика температурной реакции характеризуется меньшими показателями в отличие от пациентов после экстренно проведенных вмешательств (АТЭК, вскрытие ПТА, ПФА).

Медиана длительности проведения ТЭК под местной анестезией составила 60 мин (ИКР: 55-63), медиана длительности проведения ТЭК под общим наркозом составила 49 мин (ИКР: 47-52). Важно отметить, что статистически достоверно длительность ТЭК под общим наркозом оказалась меньше, чем под местной анестезией ($p=0,000002$, критерий Манна-Уитни).

Под общим наркозом у одного пациента выполнена АТЭК слева, ТЭК справа, продолжительность операции составила 56 мин.

У трех пациентов была выполнена АТЭК в комбинации с ТЭК с противоположной стороны, средняя длительность операции составила $64 \pm 3,6$ мин.

Медиана интраоперационной кровопотери у пациентов, перенесших ТЭК под местной анестезией, составила 51 мл (ИКР: 49-53).

Медиана интраоперационной кровопотери у пациентов, перенесших ТЭК под общим наркозом, составила 45 мл (ИКР: 43-48).

Статистически достоверно интраоперационная кровопотеря у пациентов, перенесших ТЭК под общим наркозом, оказалась меньше, чем у пациентов, перенесших ее под местной анестезией (критерий Манна-Уитни, $p = 0,00001$).

У трех пациентов, перенесших АТЭК в комбинации с ТЭК с противоположной стороны, средняя величина интраоперационной кровопотери составила $53,7 \pm 3,2$ мин.

Антибактериальную терапию получали 44% пациентов (132 человека из 300): 20% пациентов - с ДФ ХТ после плановой ТЭК (61 человек), 24% пациентов – с ДФ ХТ, поступившие экстренно с местным осложнением ХТ - ПТА, ПФА (71 пациент). Большинство пациентов получали цефтриаксон – 68% (90 человек), метронидазол – 7,6% (10 человек), амоксицилина клавулат – 6,8% (9 человек), цефотаксим и азитромицин по 5,3% (по 7 человек), левофлоксацин – 2,3% (3 человека), цефоперазон и джозамицин по 1,5% (по 2 человека), цефепим и ципрофлоксацин по 0,8% (по 1 человеку).

Таким образом, из антибактериальных препаратов в процессе лечения наиболее часто – в 68% случаев - использовался антибиотик широкого спектра действия из третьего поколения цефалоспоринов - цефтриаксон.

Инфузионная терапия, включавшая 0,9 % раствор натрия хлорида и 5 % раствор глюкозы, с дезинтоксикационной целью проводилась у 18 пациентов, поступивших экстренно с местным осложнением ХТ – ПТА, ПФА.

Физиолечение. Пациенты с КФ и ДФ, проходившие консервативное лечение, получали УФО НМ, УВЧ, магнитотерапию, лекарственный электрофорез с 2% раствором хлорида кальция на область подчелюстных лимфоузлов. Пациенты с ДФ, поступившие экстренно с местным осложнением ХТ - ПТА, ПФА, получали магнитотерапию и УВЧ на область подчелюстных лимфоузлов после стихания острых воспалительных явлений в ротоглотке.

Таким образом, за период 2009-2022 гг. общая заболеваемость всего населения хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА (на 100 000 человек) в Кировской области (Me=459,3, ИКР: 428,5-507,9) была значительно ниже, чем в Российской Федерации (Me=1128, ИКР: 1106,2-1143,8) и в Приволжском федеральном округе (Me=1068,15, ИКР: 1059,1-1102,3). Наблюдаемые различия оказались статистически достоверно значимыми (Критерий Краскела-Уоллиса, $p=0,0000002$). Аналогичные данные получены и по первичной заболеваемости всего населения, а также по общей и первичной заболеваемости взрослого населения.

За период 2009-2023 гг. в г. Киров стационарное лечение основное количество пациентов с диагнозом ХТ (64,3%) проходило в оториноларингологическом отделении, оказывающем экстренную и неотложную помощь. Связано это с тем, что на лечение поступали в основном пациенты с ХТ, осложненным ПТА. Количество пациентов, которым выполнена ТЭК в оториноларингологических отделениях стационаров г. Киров (Me=95, ИКР: 89-110) в 2 раза меньше числа пациентов, госпитализированных с ПТА, ПФА (Me=202, ИКР: 178-237) (критерий Манна-Уитни, $p=0,000003$).

В то же время из сопряженных заболеваний у пациентов, принявших участие в исследовании, с ДФ ХТ наиболее часто встречались ревматологические (ХРБС, ревматоидный артрит, постстрептококковая артропатия).

БГСА в результате микробиологического исследования лакун НМ не выявлен ни у одного пациента, что связано с техническими возможностями проведения исследования и особенностями вегетирования микроорганизма. У 47,6% планово поступивших пациентов при микробиологическом исследовании отделяемого из лакун небных миндалин выявлен *Staphylococcus aureus*, у 29,6% пациентов с абсцессами ротоглотки также выявлен данный возбудитель.

Послеоперационное кровотечение было у 9 пациентов (9%) после ТЭК.

Таким образом, в структуре пациентов с ХТ, госпитализированных в оториноларингологические отделения стационаров г. Киров, преобладают urgentные пациенты с ХТ, осложненным ПТА. Это говорит о том, что врачи

первичного звена, в том числе и оториноларингологи, недостаточно информированы о патогенетических связях хронического воспаления в НМ с рядом общих соматических заболеваний и необходимости выполнения ТЭК в лечении ДФ ХТ в случае их выявления.

3.6. Клинические примеры

Пример 1. Пациент М., 36 лет, 10.02.2017 бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приемный покой КОГКБУЗ “Кировская городская больница №9”. Осмотрен оториноларингологом, поставлен диагноз диагнозом ХТ ДФ, паратонзиллярный абсцесс слева, острый подчелюстной лимфаденит слева, госпитализирован в оториноларингологическое отделение экстренно.

Со слов пациента болен около 3-4 дней. Заболел остро после переохлаждения. Лечился самостоятельно, без улучшения. Постепенно боли в горле усиливались, появилась отечность и болезненность мягких тканей в подчелюстной области слева. Со слов пациента ангины возникают 1-2 раза в год. Около 10 лет назад ему был поставлен оториноларингологом поликлиники диагноз хронический тонзиллит. Тем не менее, консервативное противорецидивное лечение по данной патологии не проходил. 10.02.2017 вызвал бригаду скорой медицинской помощи, был госпитализирован в оториноларингологическое отделение экстренно.

10.02.2017 под местной аэрозольной анестезией лидокаином 10% и инфильтрационной анестезией лидокаином 2% в месте наибольшего выбухания по передней небной дужке выполнен разрез, тупым путем щипцами вскрыта капсула абсцесса, получен гной. Гной из полости абсцесса взят на микробиологическое исследование на флору и чувствительность к антибиотикам. Полость абсцесса промыта диоксидином.

Назначена антибактериальная терапия – цефтриаксон 1,0 в/м 2 р/д.

При дальнейшем лечении проводилось ежедневное разведение краев раны, промывание растворами антисептиков. Существенной положительной динамики не наблюдалось: сохранялось подтекание гнойного отделяемого при разведении краев раны, воспалительные изменения в ротоглотке в динамике без

существенного уменьшения. Отечность подчелюстной области слева сохранялась и имела тенденцию к уплотнению, появилась сглаженность угла нижней челюсти слева. К лечению добавлены метрогил по 100 мл в\в капельно 3 раза в сутки и левофлоксацин 100 мл внутривенно капельно 2 раза в сутки, дозировка цефтриаксона увеличена до 2 грамм 2 раза в сутки.

В лабораторных показателях: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ и СРБ.

Было принято решение о проведении абсцесстонзиллэктомии.

14.02.2017 после премедикации промедолом под местной инфильтрационной анестезией новокаином 1% классическим способом удалена левая небная миндалина с пиогенной мембраной. После проведения абсцесстонзиллэктомии в центре миндалинковой ниши обнаружен свищевой ход с гнойным отделяемым, уходящий в парафарингеальное пространство. Выполнена ревизия свищевого хода, промывание парафарингеального пространства растворами антисептиков, аспирация электроотсосом. Диагноз был изменен на парафарингеальный абсцесс слева.

Далее проводились ежедневные перевязки: промывание парафарингеального пространства антисептиками через раневой канал в миндалинковой нише, аспирация электроотсосом.

В ходе проводимого лечения воспалительные явления в ротоглотке, подчелюстной области слева стихли, лабораторные показатели достигли нормальных показателей.

27.02.2017 пациент М. был выписан из стационара.

Данный клинический пример показателен тем, что отсутствие диспансерного наблюдения, консервативного противорецидивного лечения у пациента с ХТ может привести к формированию осложнения – парафарингеального абсцесса.

Также данный случай интересен тем, что парафарингеальный абсцесс удалось санировать через миндалинковую нишу, не прибегая к наружному доступу на шее, что бывает редко.

Пример 2. Пациентка Б., 48 лет, заболела остро, 31.10.23 утром, когда проснулась и ощутила дискомфорт в горле. Далее в течение дня появилось затруднение глотания, боль в горле стала сильнее, носила односторонний характер - слева. Пациентка обратилась в приемный покой КОГКБУЗ “Кировская городская больница №9”. Осмотрена оториноларингологом кабинета экстренной и неотложной помощи, поставлен диагноз - диагнозом ХТ ДФ, паратонзиллярный абсцесс слева в стадии инфильтрации, острый подчелюстной лимфаденит слева, госпитализирована в оториноларингологическое отделение экстренно.

Со слов пациентки ангины были только в детстве. Около 30 лет назад ей был поставлен оториноларингологом поликлиники диагноз хронический тонзиллит. Периодически проходила консервативное противорецидивное лечение: промывание лакун небных миндалин и физиолечение. Последний курс более 15 лет назад.

Status localis при поступлении. Слизистая оболочка глотки гиперемирована, выраженный отек небного язычка, мягкого неба, небных дужек, слева с подслизистыми микроабсцессами задней дужки, отек и смещение левой небной миндалины медиально и книзу. Поднижнечелюстные и передние шейные лимфатические узлы слева увеличены. Голосовая функция в норме. Гортань, надгортанник без изменений. Голосовые складки серые. Слизистая оболочка розовая.

31.10.23 под местной аэрозольной анестезией лидокаином 10% и инфильтрационной анестезией лидокаином 2% в месте наибольшего выбухания по передней небной дужке выполнен разрез с разведением краев раны щипцами - гноя не получено. Проведено промывание раствором диоксидина 1%.

Назначена терапия: цефепим 2 грамма 2 раза в сутки, метронидазол 500 мг 3 раза в сутки, физиологический раствор хлорида натрия 500 мл 2 раза в сутки, хлористый кальций 1% 200 мл капельно 1 раз в сутки, хлоропирамин 1 мл внутримышечно 2 раза в сутки, фуросемид 40 мг 1 раз в сутки.

При дальнейшем лечении проводилось ежедневное разведение краев раны, промывание растворами антисептиков. Выраженной положительной динамики на

фоне проводимого лечения не наблюдалось, воспалительные изменения в ротоглотке в динамике без существенного уменьшения. Отечность подчелюстной области слева сохранялась.

В лабораторных исследованиях крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ и СРБ.

Было принято решение о проведении абсцесстонзиллэктомии слева на 03.11.2023.

Провести интубацию трахеи не удалось: трудные дыхательные пути - Маллампати 4, Кормак - 4, 3 попытки не прямой ларингоскопии, невозможность обеспечить проходимость дыхательных путей с помощью надгортанных воздуховодных устройств, безуспешная масочная вентиляция. Выполнена экстренная трахеотомия. Под общим интубационным наркозом и местной инфильтрационной анестезией новокаином 1% классическим способом удалена левая небная миндалина. После проведения тонзиллэктомии слева миндаликовая ниша обработана раствором бетадина. Переведена в ОРИТ.

В дальнейшем положительная динамика, 05.11.2023 переведена из ОРИТ в оториноларингологическое отделение. В ходе проводимого лечения тризм жевательной мускулатуры, отек небного язычка, мягкого неба, небных дужек слева разрешились, слева в тонзиллярной нише фибрин, гноя нет. 07.11.2023 удалена трахеотомическая трубка, дыхание через естественные дыхательные пути.

Лабораторные показатели достигли нормальных показателей.

13.11.2023 пациентка М. была выписана из стационара.

Данный клинический пример интересен тем, что нерегулярное диспансерное наблюдение, консервативное противорецидивное лечение у пациентки с ХТ привело к формированию осложнения, ургентной патологии - паратонзиллярного абсцесса. Причем лечение данной патологии может быть сопряжено с высоким риском жизнеугрожающих состояний. Так в данном случае консервативное лечение оказалось безрезультативным, было принято решение об оперативном лечении. В силу тризма жевательной мускулатуры, асимметрии рото- и

гортаноглотки вследствие воспалительной инфильтрации не удалось провести интубацию трахеи для введения в наркоз. Операционная бригада была вынуждена срочно проводить трахеотомию.

Данный клинический случай красноречиво свидетельствует о том, что пациентам с ХТ, при наличии показаний, необходимо своевременно проводить ТЭК, чтобы оградить от потенциальных жизнеугрожающих состояний.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения четвертой задачи мы провели эмпирическое исследование среди пациентов с различными формами ХТ с целью изучения взаимосвязи их клинико-психологических показателей: качества жизни, типа отношения к болезни, приверженности к лечению и особенностями течения заболевания. Получили следующие результаты.

4.1 Результаты анкетирования пациентов по Краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни

Результаты анкетирования по Краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни пациентов с разными формами ХТ представлены в Таблице 21 и на Рисунках 14-15.

Таблица 21 – Уровни показателей сфер качества жизни пациентов с разными формами ХТ

Сферы качества жизни и их уровни		Частота встречаемости уровней сфер качества жизни в зависимости от степени компенсации ХТ, % (n)	
		КФ (n=76)	ДФ (n=153)
Физическое и психологическое благополучие	Низкий (0-20%)	21,1% (16)	3,3% (5)
	Пониженный (21-40%)	78,9% (60)	96,7% (148)
	Средний (41-60%)	0	0
	Повышенный (61-80%)	0	0
	Высокий (81-100%)	0	0
Самовосприятие	Низкий (0-20%)	14,5% (11)	20,9% (32)
	Пониженный (21-40%)	73,7% (56)	47,7% (73)
	Средний (41-60%)	11,8% (9)	31,4% (48)
	Повышенный (61-80%)	0	0
	Высокий (81-100%)	0	0
Микросоциальная поддержка	Низкий (0-20%)	39,5% (30)	23,5% (36)
	Пониженный (21-40%)	39,5% (30)	43,8% (67)
	Средний (41-60%)	21,0% (16)	32,7% (50)
	Повышенный (61-80%)	0	0
	Высокий (81-100%)	0	0
Социальное благополучие	Низкий (0-20%)	34,2% (26)	20,3% (31)
	Пониженный (21-40%)	63,2% (48)	47,7% (73)
	Средний (41-60%)	26% (2)	32% (49)
	Повышенный (61-80%)	0	0
	Высокий (81-100%)	0	0
Общий показатель качества жизни	Низкий (0-20%)	14,5% (11)	20,3% (31)
	Пониженный (21-40%)	81,6% (62)	47,7% (73)
	Средний (41-60%)	3,9% (3)	32% (49)
	Повышенный (61-80%)	0	0
	Высокий (81-100%)	0	0

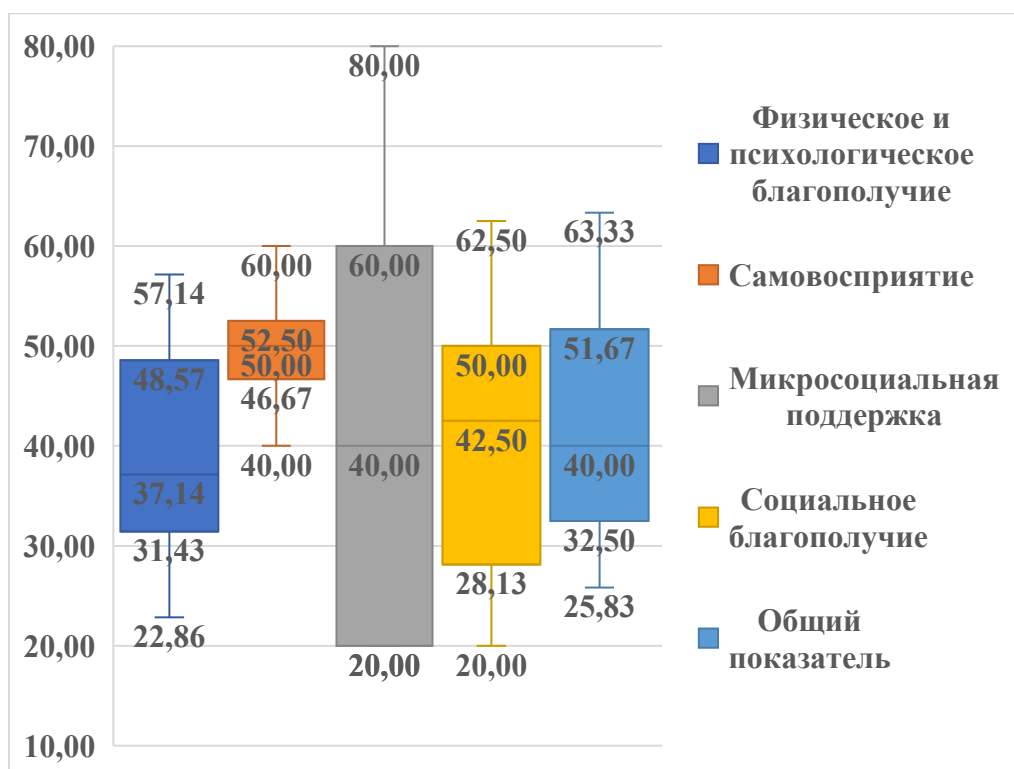


Рисунок 14 - Диаграмма: медианы, нижний и верхний квартили, максимальные и минимальные значения сфер качества жизни пациентов с КФ ХТ

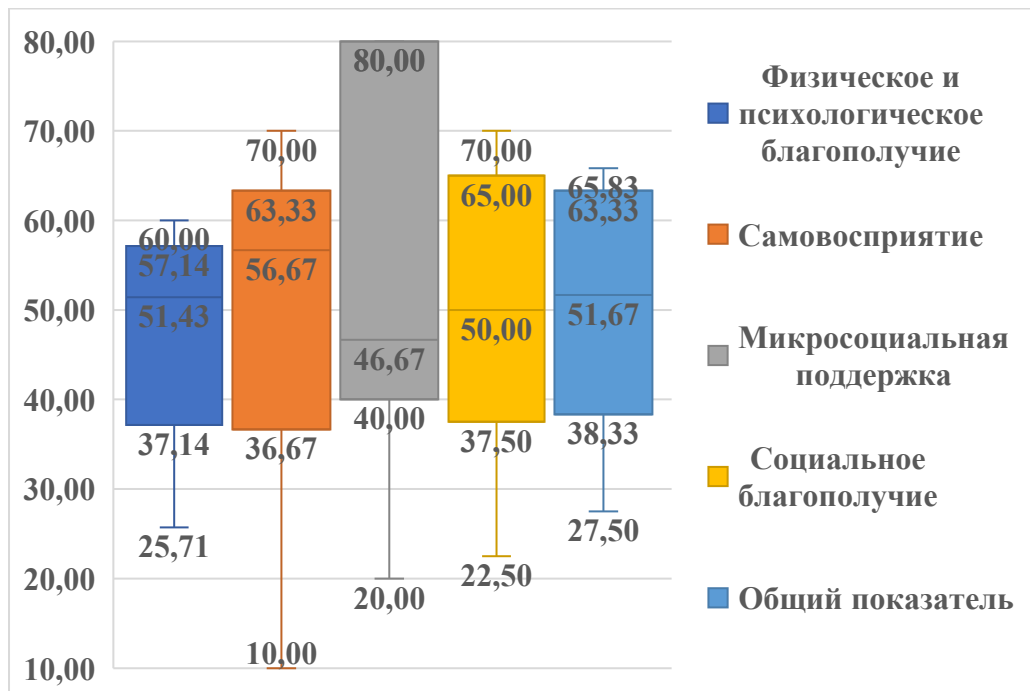


Рисунок 15 - Диаграмма: медианы, нижний и верхний квартили, максимальные и минимальные значения сфер качества жизни пациентов с ДФ ХТ

В Таблице 20 представлены уровни показателей сфер качества жизни и частота их встречаемости у пациентов с разными формами ХТ.

Важно отметить, что повышенный или высокий уровень показателей не был выявлен ни по одной из сфер качества жизни, ни у одного из респондентов. Это свидетельствует о значимом снижении качества жизни у пациентов с ХТ.

Показатели сферы физическое и психологическое благополучие у респондентов с обеими формами ХТ имели низкий или пониженный уровни. Пониженный уровень чаще встречался у пациентов с ДФ ХТ (96,7%), чем у пациентов с КФ (78,9%). Низкий уровень чаще наблюдался был у респондентов с КФ ХТ (21,1%), чем у респондентов с ДФ (3,3%). Таким образом, у больных с ДФ ХТ чаще встречались более высокие уровни показателя физическое и психологическое благополучие, чем у больных с КФ.

В сфере самовосприятие средние уровни показателей чаще наблюдались у пациентов с ДФ ХТ (31,4%), чем у пациентов с КФ ХТ (11,8%). Частота встречаемости пониженных уровней показателей была выше у респондентов с КФ ХТ (73,7%), чем у респондентов с ДФ ХТ (47,7%). Низкие значения по сфере самовосприятие выявлялись чаще у пациентов с ДФ ХТ (20,9%), чем у пациентов с КФ ХТ (14,5%).

В сфере микросоциальная поддержка средний и пониженный уровень показателей чаще выявлялись у респондентов с ДФ ХТ (32,7% и 43,8%), чем у респондентов с КФ ХТ (21,0% и 39,5%). Низкий уровень показателей наоборот встречался в большей степени у пациентов с КФ ХТ (39,5%), чем у пациентов с КФ ХТ (23,5%).

В сфере социальное благополучие средний уровень показателей с большей частотой определялся у респондентов с ДФ ХТ (32%) в отличие от респондентов с КФ ХТ (26%). Наоборот, пониженные и низкие уровни показателей по сфере социальное благополучие чаще встречались у пациентов с КФ ХТ (63,2% и 34,2%), чем у пациентов с ДФ ХТ (47,7% и 20,3%).

Результаты по общему показателю качества жизни имели следующие характеристики. Средний уровень показателей у пациентов с ДФ ХТ (32%)

встречался значительно чаще, чем у пациентов с КФ ХТ (3,9%). Пониженный уровень показателей в большей мере диагностировался у респондентов с КФ ХТ (81,6%) в отличие от респондентов с ДФ ХТ (47,7%). Доля низких показателей выше среди пациентов с ДФ ХТ (20,3%), чем с КФ ХТ (14,5%).

Таким образом, у пациентов с ДФ ХТ по сферам качества жизни Краткого опросника ВОЗ чаще фиксировались средние уровни показателей, у пациентов с КФ ХТ – пониженные и низкие.

Результаты исследования по краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни (медианы, нижний и верхний квартили, максимальные и минимальные значения) пациентов с КФ и ДФ ХТ представлены на Рисунках 14-15.

У пациентов с КФ ХТ медианы показателей физическое и психологическое благополучие, микросоциальная поддержка, общий показатель лежат в диапазоне от 21% до 40%, т.е. имеют пониженные значения (Рисунок 14).

Медианы показателей самовосприятие и социальное благополучие находятся в интервале от 41% до 60%, т. е. имеют средние значения (Рисунок 14).

У пациентов с ДФ ХТ медианы показателей всех сфер качества жизни находятся в интервале от 41% до 60%, т. е. имеют средние значения (Рисунок 15).

При сравнении показателей сфер качества жизни, полученных при обследовании по краткому опроснику ВОЗ, между пациентами с КФ ХТ и ДФ ХТ выявлены значимые различия.

У пациентов с КФ ХТ оказались статистически достоверно ниже, чем у пациентов с ДФ ХТ, такие показатели как физическое и психологическое благополучие ($U=8229$, $p=0,0000003$), самовосприятие ($U=7133$, $p=0,005206816$), микросоциальная поддержка ($U=6904,5$, $p=0,020891722$), социальное благополучие ($U=7581,5$, $p=0,000181127$), общий показатель качества жизни ($U=7614,5$, $p=0,0001368$) (Рисунки 13-14) (критерий Манна-Уитни).

4.2 Результаты анкетирования пациентов по опроснику Тип отношения к болезни

Результаты анкетирования по опроснику Тип отношения к болезни среди пациентов с КФ и ДФ ХТ представлены на Рисунке 16 и в Таблице 22.

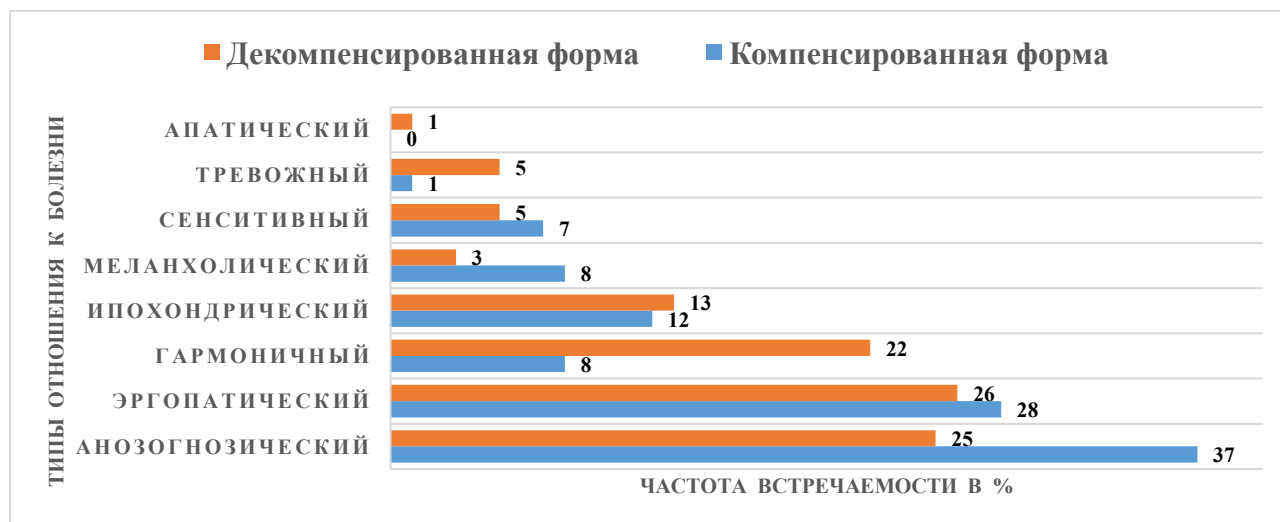


Рисунок 16 - Диаграмма: частота встречаемости типа отношения к болезни в зависимости от степени компенсации ХТ, %

Таблица 22 – Типы отношения к болезни пациентов, госпитализированных в плановом порядке

Тип отношения к болезни	Частота встречаемости типа отношения к болезни в зависимости от степени компенсации ХТ, % (n)	
	КФ (n=76)	ДФ (n=153)
Анозогнозический	37% (28)	25% (39)
Эргопатический	28% (21)	26% (40)
Гармоничный	8% (6)	22% (34)
Ипохондрический	12% (9)	13% (20)
Меланхолический	8% (6)	3% (4)
Сенситивный	7% (5)	5% (7)
Тревожный	1% (1)	5% (7)
Апатический	0% (0)	1% (2)

Большинство пациентов имеют анозогнозический или эргопатический типы отношения к болезни, относящиеся к 1 блоку. При них психическая и социальная адаптация существенным образом не нарушается [27].

Среди пациентов с КФ ХТ наиболее часто обнаруживается в смешанном и чистом виде анозогнозический тип отношения к болезни, он выявлен у 37% обследованных (28 человек).

У пациентов с ДФ ХТ чаще других, как в чистом, так и в смешанном виде, встречается эргопатический тип отношения к болезни, он выявлен у 26% обследованных (40 человек).

Статистически значимые различия по частоте встречаемости разных типов отношения к болезни в подавляющем большинстве случаев между пациентами с КФ и ДФ ХТ не выявлены (точный критерий Фишера, $p > 0,05$).

Единственное отличие относится к гармоничному типу отношения к болезни. Статистически достоверно у пациентов с ДФ ХТ чаще, чем у пациентов с КФ ХТ выявляется гармоничный тип, соответственно 22% и 8% (точный критерий Фишера= 2,688928962, $p = 0,004$).

4.3 Результаты анкетирования пациентов по опроснику КОП-25

Результаты анкетирования пациентов по опроснику КОП-25 представлены на Рисунках 17-18 и в Таблице 23.

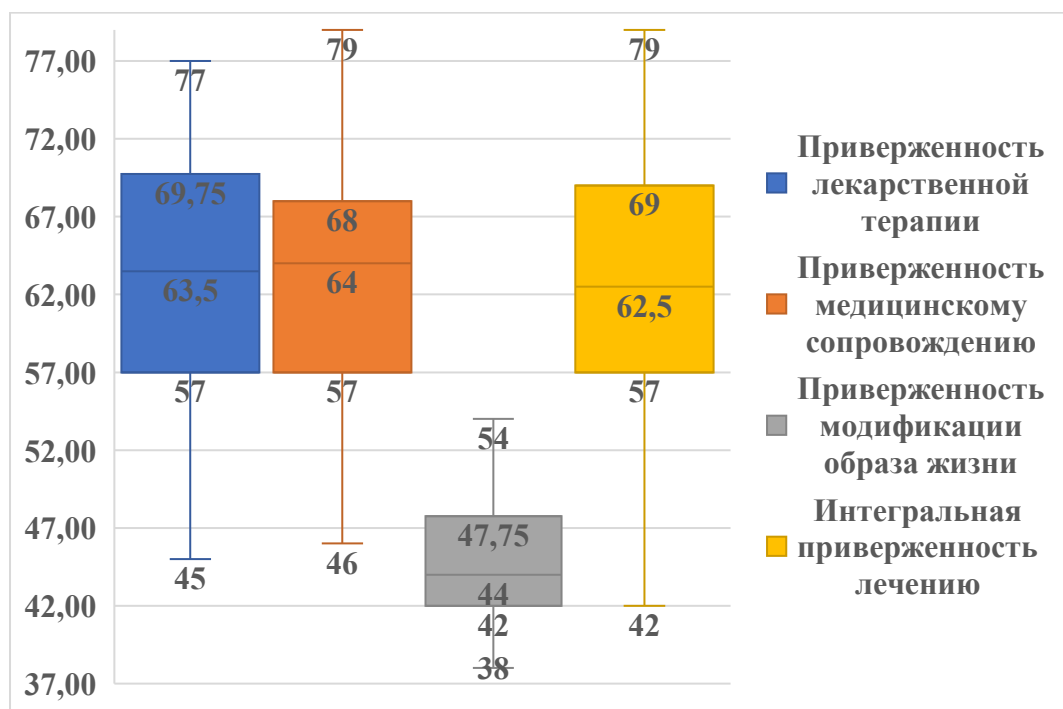


Рисунок 17 - Диаграмма: медианы, верхний и нижний квартили, максимальные и минимальные значения параметров приверженности лечению пациентов с КФ ХТ

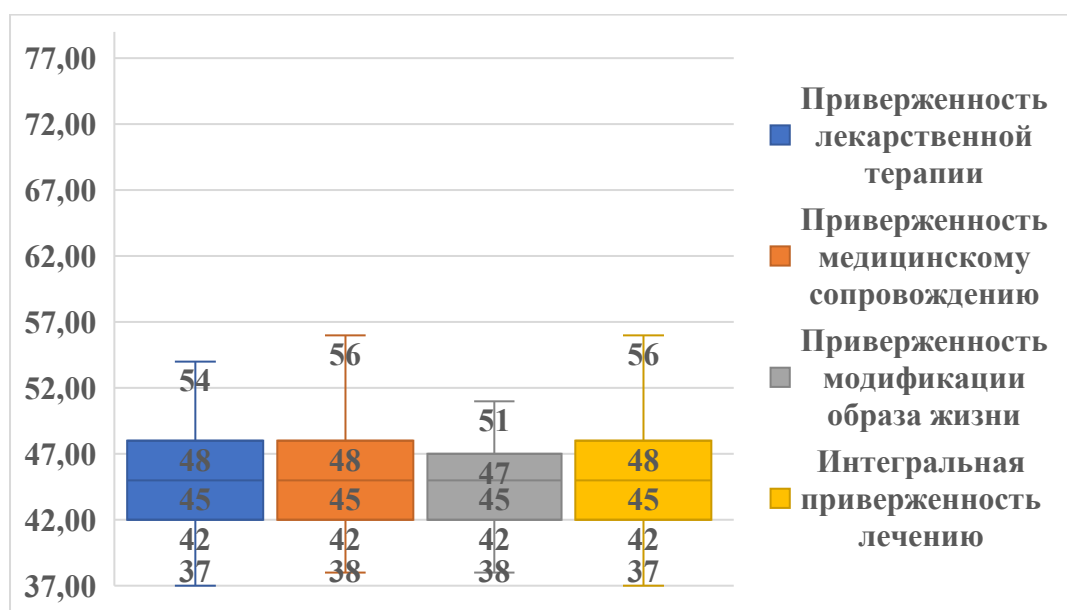


Рисунок 18 - Диаграмма: медианы, верхний и нижний квартили, максимальные и минимальные значения параметров приверженности лечению пациентов с ДФ ХТ

Таблица 23 – Уровни приверженности пациентов с разными формами ХТ

Показатели приверженности и их уровни		Частота встречаемости уровней приверженности в зависимости от степени компенсации ХТ, % (n)	
		КФ (n=76)	ДФ (n=153)
Приверженность лекарственной терапии	Низкий (50% и менее)	2,6% (2)	91,5% (140)
	Средний (51-75%)	96,1% (73)	7,2% (11)
	Высокий (76% и более)	1,3% (1)	1,3% (2)
Приверженность медицинскому сопровождению	Низкий (50% и менее)	2,6% (2)	90,2% (138)
	Средний (51-75%)	96,1% (73)	8,5% (13)
	Высокий (76% и более)	1,3% (1)	1,3% (2)
Приверженность модификации образа жизни	Низкий (50% и менее)	88,2% (67)	96,1% (147)
	Средний (51-75%)	9,2% (7)	3,9% (6)
	Высокий (76% и более)	2,6% (2)	0% (0)
Интегральная приверженность лечению	Низкий (50% и менее)	10,5% (8)	92,2% (141)
	Средний (51-75%)	88,2% (67)	6,5% (10)
	Высокий (76% и более)	1,3% (1)	1,3% (2)

Показатели приверженности лекарственной терапии, имеющие средний уровень, чаще встречается у пациентов с КФ ХТ (96,1%), чем у пациентов с ДФ ХТ (7,2%). Низкий уровень показателей чаще встречается у респондентов с ДФ ХТ (91,5%), чем у респондентов с КФ ХТ (2,6%). Высокие уровни показателей

приверженности лекарственной терапии выявляются с одинаковой частотой у пациентов с обеими формами ХТ (по 1,3%).

Показатели приверженности медицинскому сопровождению низкого уровня чаще выявляются у пациентов с ДФ ХТ (90,2%), в отличие от пациентов с КФ ХТ (2,6%). Средний уровень чаще встречается у пациентов с КФ ХТ (96,1%), чем у пациентов с КФ ХТ (8,5%). Высокий уровень диагностируется с одинаковой частотой у респондентов с обеими формами ХТ (1,3%).

Доля пациентов, имеющих низкие показатели приверженности модификации образа жизни, среди пациентов с ДФ ХТ (96,1%) выше, чем среди пациентов с КФ ХТ (88,2%). Средние показатели приверженности модификации образа жизни чаще встречаются у пациентов с КФ ХТ (9,2%), чем у пациентов с ДФ ХТ (3,9%). Высоких показателей приверженности модификации образа жизни у пациентов с ДФ ХТ не было. У пациентов с КФ их доля составила 2,6%.

Низкие показатели интегральной приверженности лечению выявлялись чаще у респондентов с ДФ ХТ (92,2%), чем у респондентов с КФ ХТ (10,5%). В противоположность этому средние показатели встречались чаще у пациентов с КФ ХТ (88,2%), в отличие от пациентов с ДФ ХТ (6,5%). Высокие показатели интегральной приверженности лечению выявлялись с одинаковой частотой у пациентов обеих групп – по 1,3%.

Таким образом, показатели приверженности низкого уровня чаще выявлялись у пациентов с ДФ ХТ. А у пациентов с КФ чаще встречались показатели приверженности, имеющие средний уровень.

У пациентов, имеющих КФ ХТ, медианы показателей приверженность лекарственной терапии, приверженность медицинскому сопровождению, интегральная приверженность лечению лежат в диапазоне 51-75%, т. е. имеют средние значения. Медиана показателя приверженности модификации образа жизни имеет низкое значение (<50%) [116].

У пациентов, страдающих ДФ ХТ, медианы показателей приверженности (приверженность лекарственной терапии, приверженность медицинскому

сопровождению, приверженность модификации образа жизни, интегральная приверженность лечению) имели низкие значения ($<50\%$) [116].

У пациентов с КФ ХТ оказались статистически достоверно выше, чем у пациентов с ДФ (Рисунки 16, 17), следующие показатели: приверженность лекарственной терапии ($U=11135$, $p=4*10^{-9}$), приверженность медицинскому сопровождению ($U=11075,5$, $p=2*10^{-9}$), интегральная приверженность лечению ($U=10763$, $p=2*10^{-8}$) (критерий Манна-Уитни).

По показателю приверженности модификации образа жизни статистически достоверной разницы между пациентами с КФ и ДФ ХТ не выявлено (критерий Манна-Уитни, $U=5831$, $p=0,97$).

4.4 Факторный анализ психологических характеристик пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита

Обработка осуществлялась с помощью программы Excel, приложения Attestat. Вращение производилось методом главных факторов. Результаты факторного анализа психологических характеристик пациентов с КФ ХТ представлены в Таблице 24.

Таблица 24 - Факторное отображение качества жизни, отношения к заболеванию, приверженности к лечению пациентов с КФ ХТ (выделены переменные с факторной нагрузкой по модулю 0,4 и более)

Название переменных	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Физическое и психологическое благополучие	0,79	-0,12	0,32	0,22	-0,01
Самовосприятие	0,84	0,23	-0,04	-0,21	0,07
Микросоциальная поддержка	0,96	-0,03	0,01	0,11	-0,091
Социальное благополучие	0,96	-0,09	0,03	-0,06	-0,02
Общий показатель качества жизни	0,99	-0,01	0,09	0,01	-0,02
Анозогнозический тип	0,42	-0,32	-0,75	-0,14	-0,23
Эргопатический тип	-0,14	-0,26	0,75	-0,45	0,10
Гармоничный тип	0,24	0,20	0,12	0,29	0,71
Ипохондрический тип	-0,54	-0,21	-0,04	0,59	-0,08
Меланхолический тип	-0,30	0,64	-0,16	-0,33	-0,01
Сенситивный тип	0,27	0,37	0,25	0,34	-0,30
Тревожный тип	-0,11	0,20	-0,05	0,01	-0,19
Приверженность лекарственной терапии	0,18	0,65	-0,24	-0,24	0,21
Приверженность медицинскому сопровождению	0,14	0,36	0,14	0,30	-0,48
Приверженность модификации образа жизни	0,12	-0,38	-0,02	-0,44	-0,18
Интегральная приверженность лечению	0,19	-0,25	-0,36	0,26	0,40
% дисперсии	30,90	10,52	9,67	8,78	7,34
% накопленной дисперсии 67,20%					

В структуре психологических характеристик качества жизни, отношения к заболеванию, приверженности к лечению пациентов с КФ ХТ, выявлено 5 основных факторов, совокупный процент дисперсии которых составил 67,20%.

1 фактор. Значимые веса в нем имеют 7 переменных: с положительной факторной нагрузкой - физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие, общий показатель качества жизни, анозогнозический тип отношения к болезни, с отрицательной факторной нагрузкой - ипохондрический тип отношения к болезни (30,9%). Высокие параметры качества жизни, главным образом показатели

социального взаимодействия, имеют корреляцию с отрицанием болезни. При этом социальная и психическая адаптация существенным образом не страдает. Низкие параметры качества жизни сопряжены с психической дезадаптацией к заболеванию, с интрапсихической направленностью личностного реагирования на заболевание.

2 фактор. Значимые веса в нем имеют 5 переменных: с положительной факторной нагрузкой - меланхолический тип отношения к болезни, сенситивный тип отношения к болезни, приверженность лекарственной терапии, приверженность медицинскому сопровождению, с отрицательной факторной нагрузкой - приверженность модификации образа (10,52%). Меланхолический тип отношения к болезни, имеющий интрапсихическую направленность личностного реагирования на болезнь, и сенситивный тип отношения к болезни, имеющий интерспсихическую направленность личностного реагирования на болезнь, коррелируют с высокой приверженностью лекарственной терапии и медицинскому сопровождению и с низкой приверженностью модификации образа жизни.

3 фактор. Основную долю в него вносят 3 переменные: с отрицательной факторной нагрузкой - анозогнозический тип отношения к болезни, интегральная приверженность лечению, с положительной факторной нагрузкой - эргопатический тип отношения к болезни (9,67%). Анозогнозический тип отношения к болезни коррелирует с интегральной приверженностью лечению, а эргопатический тип имеет с ней обратную корреляционную связь.

4 фактор. Основной вклад в его формирование вносят 3 переменные: имеющие отрицательную факторную нагрузку - эргопатический тип отношения к болезни, приверженность модификации образа жизни, с положительной факторной нагрузкой - ипохондрический тип отношения к болезни, (8,78 %). Эргопатический тип отношения к болезни, при котором значимо не страдает психическая и социальная адаптация пациентов, коррелирует с приверженностью модификации образа жизни. Напротив, ипохондрический тип отношения к болезни, характеризующийся интрапсихической направленностью личностного

реагирования на болезнь, имеет обратную корреляционную связь с приверженностью модификации образа жизни.

5 фактор. Значимые доли в нем занимают 3 переменные: с положительной факторной нагрузкой - гармоничный тип отношения к болезни, интегральная приверженность лечению, с отрицательной факторной нагрузкой - приверженность медицинскому сопровождению (7,34 %). Гармоничный тип отношения к болезни, при котором пациенты адекватно оценивают свое состояние, коррелирует с высокими показателями интегральной приверженности лечению и имеет обратную корреляционную связь с низкими показателями приверженности медицинскому сопровождению.

4.5 Факторный анализ психологических характеристик пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита

Обработка проводилась с применением программы Excel и приложения Attestat. Вращение производилось методом главных факторов. Результаты факторного анализа психологических характеристик пациентов с ДФ ХТ представлены в Таблице 25.

Таблица 25 - Факторное отображение качества жизни, отношения к заболеванию, приверженности к лечению пациентов с ДФ ХТ (выделены переменные с факторной нагрузкой по модулю 0,4 и более)

Название переменных	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Физическое и психологическое благополучие	0,42	0,08	2,59
Самовосприятие	-0,12	-0,02	4,58
Микросоциальная поддержка	0,51	0,15	2,00
Социальное благополучие	0,92	0,02	1,42
Общий показатель качества жизни	0,51	0,05	2,7
Анозогнозический тип	-0,01	-0,94	0,11
Эргопатический тип	-0,04	0,21	-0,10
Гармоничный тип	0,22	0,57	1,07
Ипохондрический тип	-0,16	0,13	-0,95
Меланхолический тип	-0,01	0,04	-0,11
Сенситивный тип	-0,01	0,05	0,12
Тревожный тип	-0,09	0,07	-0,6
Апатический тип	0,03	0,03	-0,08
Приверженность лекарственной терапии	-0,01	0,01	-0,15
Приверженность медицинскому сопровождению	0,002	-0,04	0,11
Приверженность модификации образа жизни	0,004	0,01	0,004
Интегральная приверженность лечению	0,01	-0,04	-0,12
% дисперсии	30,06	8,26	8,07
% накопленной дисперсии 46,38%			

В психологических характеристиках пациентов с ДФ ХТ выявлено 3 фактора, совокупный процент дисперсии которых составил 46,38%.

1 фактор. Значимые веса в нем несут 4 переменных с положительной факторной нагрузкой - физическое и психологическое благополучие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие, общий показатель качества жизни (30,06%). Показатели социального взаимодействия коррелируют с

показателями физического и психологического благополучия и общим показателем качества жизни.

2 фактор. Значимые доли в нем имеют 2 переменные - анозогнозический тип отношения к болезни, имеющий отрицательную факторную нагрузку, и гармоничный тип отношения к болезни, имеющий положительную факторную нагрузку (8,26%). Данные переменные имеют между собой обратную корреляционную связь.

3 фактор. Основные веса в нем имеют 8 переменных: с положительной факторной нагрузкой - физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие, общий показатель качества жизни, гармоничный тип отношения к болезни, с отрицательной факторной нагрузкой - ипохондрический тип отношения к болезни, тревожный тип отношения к болезни (8,07 %). Гармоничный тип отношения к болезни коррелирует с высокими показателями качества жизни. Ипохондрический и тревожный типы отношения к болезни, при которых формируется интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, нарушение социальной адаптации, коррелируют с низкими показателями качества жизни.

4.6. Клинические примеры

Клинический пример 1.

Пациентка С., 28 лет. По профессии экономист. Состоит в браке. Проживает с мужем и ребенком.

Поступила 02.10.2023 в оториноларингологическое отделение КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9» в плановом порядке на дневной стационар с диагнозом хронический компенсированный тонзиллит.

Жалобы на момент поступления: часто возникающий дискомфорт в горле, из лакун небных миндалин часто выходит отделяемое (казеозные пробки), отмечает иногда появление эпизодов боли в горле, 1-2 раза в год эпизоды появления

стойкого неприятного запаха изо рта длительностью по несколько дней, периодически возникает увеличение подчелюстных лимфоузлов.

Анамнез заболевания. Со слов пациентки, в детстве было около 2-х случаев острого тонзиллита (ангины). Вышеперечисленные жалобы отмечает в течение 10 лет. Диагноз «хронический тонзиллит» установлен 8 лет назад. На диспансерном наблюдении у оториноларинголога поликлиники не была, за медицинской помощью по поводу хронического тонзиллита не обращалась. Занималась самолечением в период усиления жалоб, заключавшемся в полоскании ротоглотки растворами антисептиком, использовании противовоспалительных спреев и пастилок.

С 09.03.2023 по 17.03.23 находилась на лечении в оториноларингологическом отделении КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9» с диагнозом хронический компенсированный тонзиллит. Было проведено следующее лечение: 7 промываний лакун небных миндалин по Белоголовову Н. В., 5 сеансов магнитотерапии на подчелюстные лимфоузлы, 5 сеансов ультрафиолетового облучения ротоглотки. После проведенного лечения отмечала улучшение самочувствия, значительное уменьшение жалоб.

Анамнез жизни. Другие хронические заболевания, постоянный прием препаратов, аллергические реакции, непереносимость препаратов, перенесенные травмы и операции, вирусные гепатиты, ВИЧ, сифилис, туберкулез отрицает.

Лабораторные показатели в пределах нормы. АСЛО 65 Ед/мл. СРБ 0 мг/мл. Ревматоидный фактор 2 МЕд/мл. Микробиологическое исследование отделяемого из лакун небных миндалин: *Staphylococcus aureus* 10².

02.10.2023 в день поступления на дневной стационар оториноларингологического отделения КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9» прошла анкетирование по трем тестовым методикам: Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни, ТОБОЛ, КОП-25.

Результаты анкетирования по Краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни представлены на Рисунке 19.

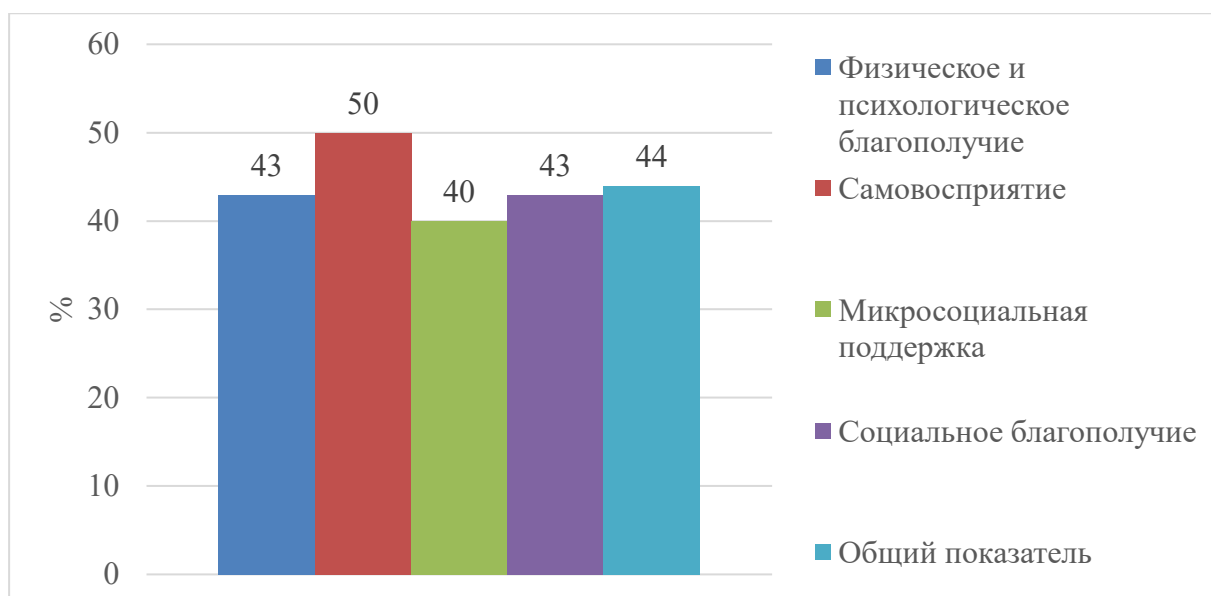


Рисунок 19 - Результаты анкетирования по Краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни пациентки С., 28 лет

Уровни показателей сфер физическое и психологическое благополучие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие, общий показатель качества жизни имеют средние значения. Показатель самовосприятие имеет пониженное значение. Таким образом, показатели качества жизни у пациентки понижены.

Результаты анкетирования по опроснику ТОБОЛ представлены на Рисунках 20 - 23.



Рисунок 20 – Графический профиль по опроснику ТОБОЛ пациентки С., 28 лет

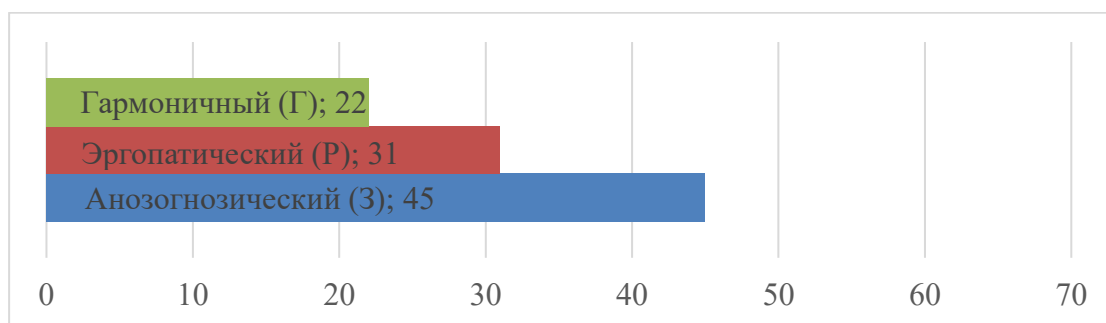


Рисунок 21 – Профиль шкальных оценок (Блок 1) по опроснику ТОБОЛ пациентки С., 28 лет

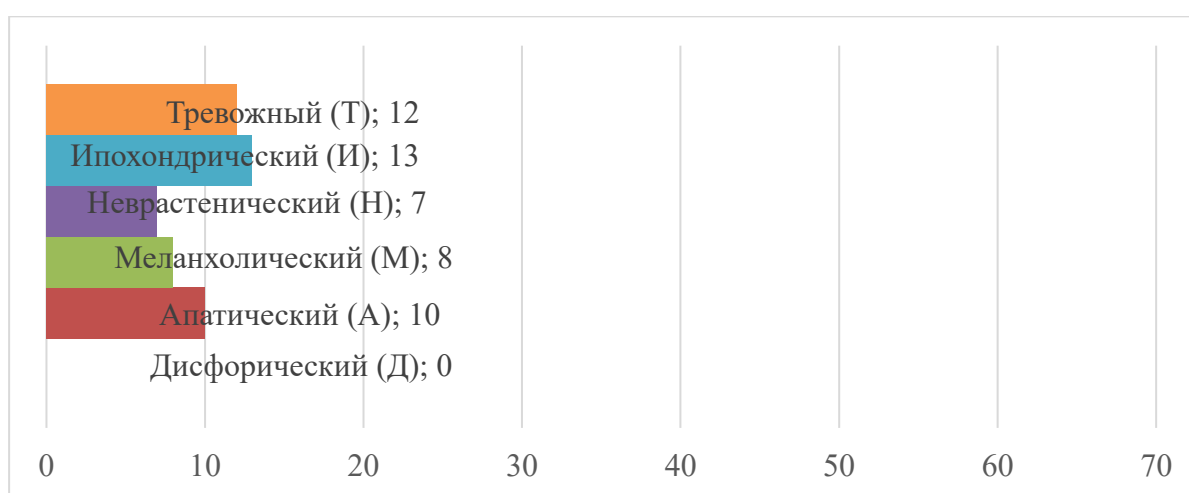


Рисунок 22 – Профиль шкальных оценок (Блок 2) по опроснику ТОБОЛ пациентки С., 28 лет

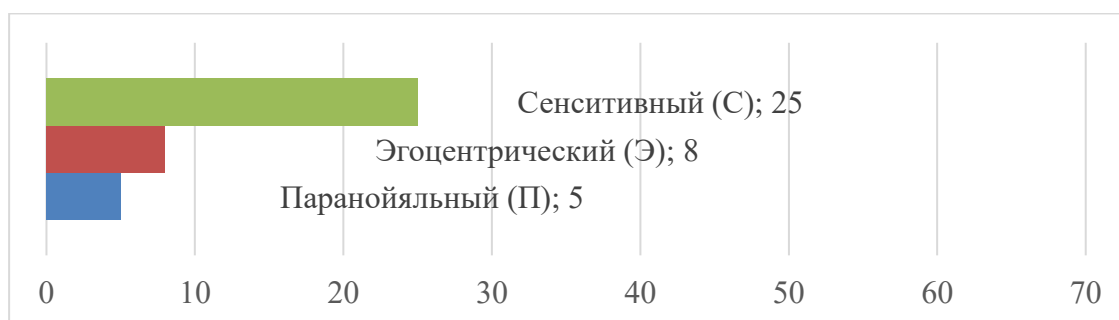


Рисунок 23 – Профиль шкальных оценок (Блок 3) по опроснику ТОБОЛ пациентки С., 28 лет

У пациентки С., 28 лет в чистом виде выявлен анозогнозический тип отношения к болезни.

При анозогнозическом типе отношения к болезни для пациента свойственно отбрасывание мыслей о заболевании и о потенциальных его последствиях, порой до отрицания очевидных вещей. Если пациент признает наличие заболевания, то тем не менее игнорирует его возможные последствия. Больной, имеющий данный тип отношения к болезни, рассматривает симптомы заболевания в качестве признаков «несерьезных», неважных, пустяковых болезней или как случайные колебания своего самочувствия. В силу таких установок возможен отказ от обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», а также надежда на то, что «всё пройдет само собой».

Результаты анкетирования пациентки С., 28 лет по опроснику КОП-25 представлены на Рисунке 24.

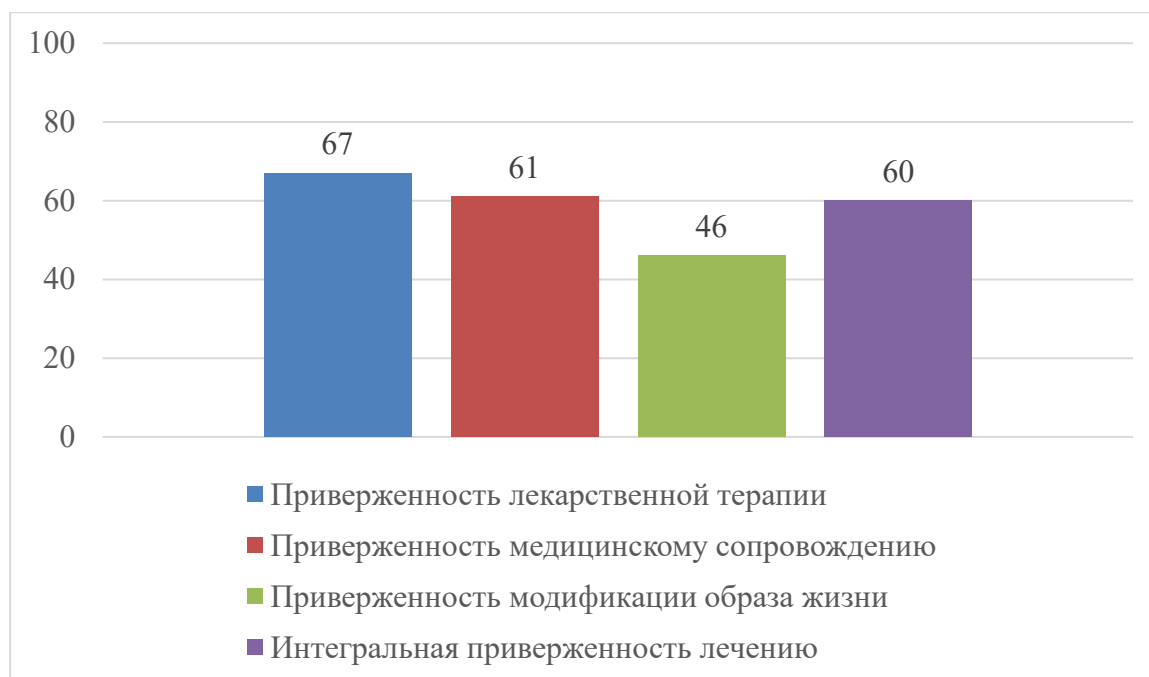


Рисунок 24 - Результаты анкетирования пациентки С., 28 лет по опроснику КОП-25

Показатели приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, интегральная приверженность лечению имеют средние значения. А показатель приверженности модификации образа жизни имеет низкое значение.

Данный случай описывает типичные психологические характеристики пациента с КФ ХТ: сниженные показатели качества жизни, анозогнозический тип отношения к болезни, низкая приверженность модификации образа жизни. Такой пациентке нужна консультация медицинского психолога, чтобы, по возможности, изменить отношение к заболеванию, повысить приверженность лечению и модификации образа жизни.

Клинический пример 2.

Пациент К., 25 лет. По профессии стропальщик. Работает неофициально. Женат. Проживает с женой.

Поступил 11.04.2023 в оториноларингологическое отделение КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9» в плановом порядке с диагнозом хронический декомпенсированный тонзиллит по рецидивам ангин, по паратонзиллярным абсцессам. Цель госпитализации – плановое хирургическое лечение – двусторонняя тонзиллэктомия.

Жалобы на момент поступления: периодически возникающие боли, дискомфорт в горле, из лакун небных миндалин отходит содержимое (казеозные пробки), увеличение подчелюстных лимфоузлов в течение длительного времени, эпизоды слабости, недомогания по несколько дней, 1-2 раза в год.

Анамнез заболевания. Со слов пациента, в течение последних 5 лет ежегодно было по 2-3 эпизода острого тонзиллита (ангины). Лечился самостоятельно или амбулаторно под наблюдением участкового терапевта. На диспансерном наблюдении у оториноларинголога поликлиники не состоял. В 2020 г. Был экстренно госпитализирован в оториноларингологическое отделение КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9» с диагнозом паратонзиллярный абсцесс слева. Абсцесс был вскрыт, получал антибактериальную терапию. После детального сбора анамнеза, а также с учетом данных амбулаторной карты диагноз

был изменен на «хронический декомпенсированный тонзиллит по паратонзиллярному абсцессу». От предложенной записи на плановую госпитализацию с целью проведения тонзиллэктомии отказался. В январе 2023 года повторный эпизод паратонзиллярного абсцесса справа, проходил лечение в оториноларингологическом отделении КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9», где был впоследствии записан на плановую госпитализацию с целью проведения двусторонней тонзиллэктомии.

Анамнез жизни. Другие хронические заболевания, постоянный прием препаратов, аллергические реакции, непереносимость препаратов, перенесенные травмы и операции, вирусные гепатиты, ВИЧ, сифилис, туберкулез отрицает.

Лабораторные показатели в пределах нормы. АСЛО 102 Ед/мл. СРБ 4 мг/мл. Ревматоидный фактор 5 МЕ/мл. Микробиологическое исследование отделяемого из лакун небных миндалин: *Staphylococcus aureus* 10^4 , *Streptococcus oralis* 10^3 .

11.04.2023 в день поступления в оториноларингологическое отделение КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9» прошел анкетирование по трем тестовым методикам: Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни, ТОБОЛ, КОП-25.

Результаты анкетирования по Краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни представлены на Рисунке 25.

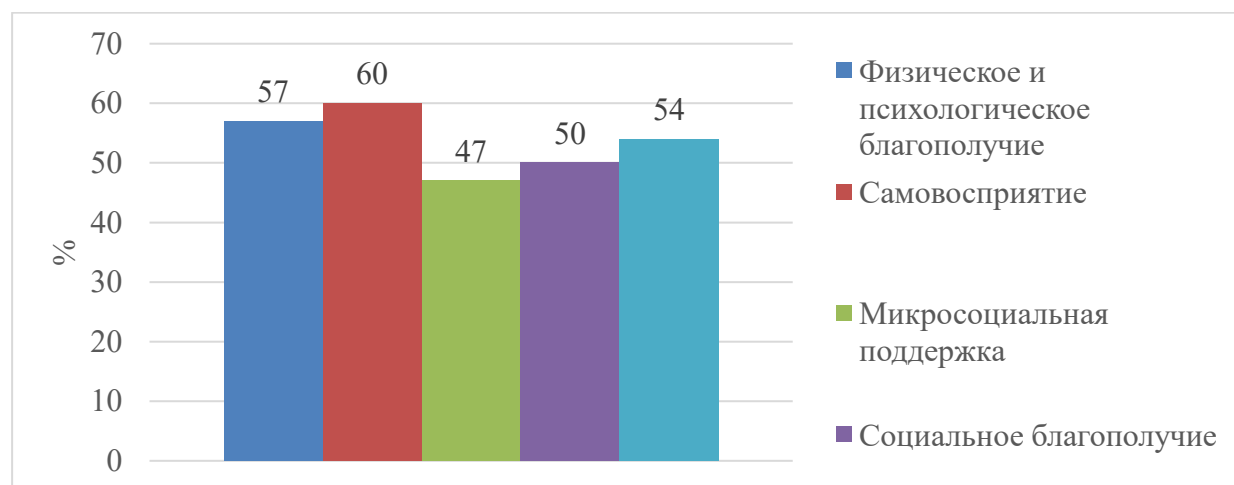


Рисунок 25 - Результаты анкетирования по Краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни пациент К., 25 лет

Уровни показателей всех сфер по Краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни имеют средние значения. Данный факт свидетельствует о снижении параметров качества жизни у респондента.

Результаты анкетирования по опроснику ТОБОЛ представлены на Рисунках 26 – 29.

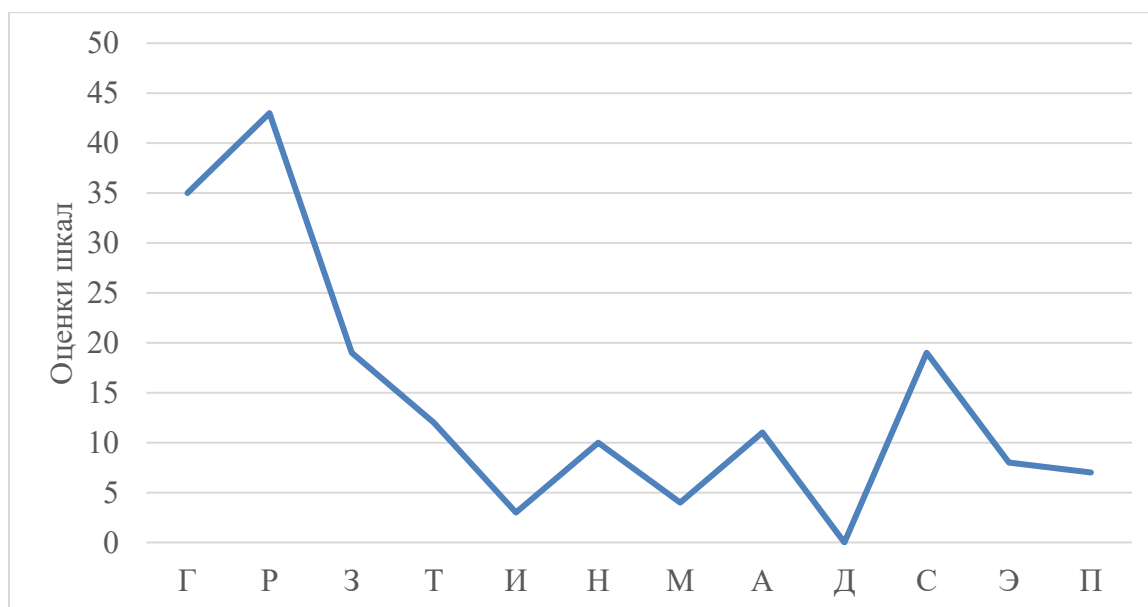


Рисунок 26 – Графический профиль по опроснику ТОБОЛ пациента К., 25 лет

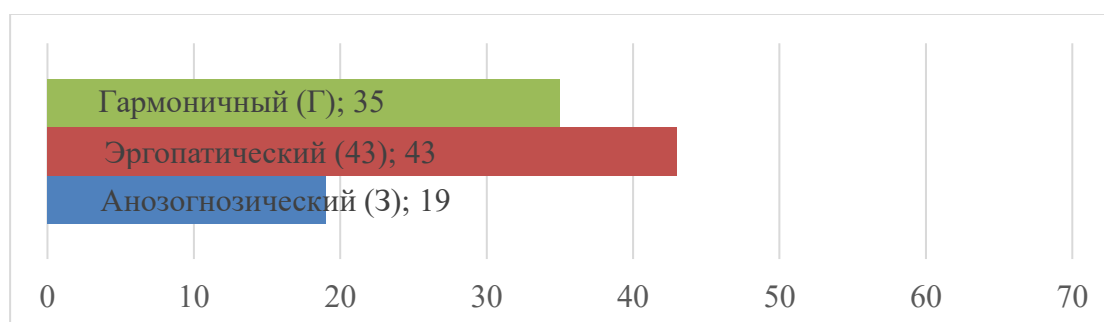


Рисунок 27 – Профиль шкальных оценок (Блок 1) по опроснику ТОБОЛ пациента К., 25 лет

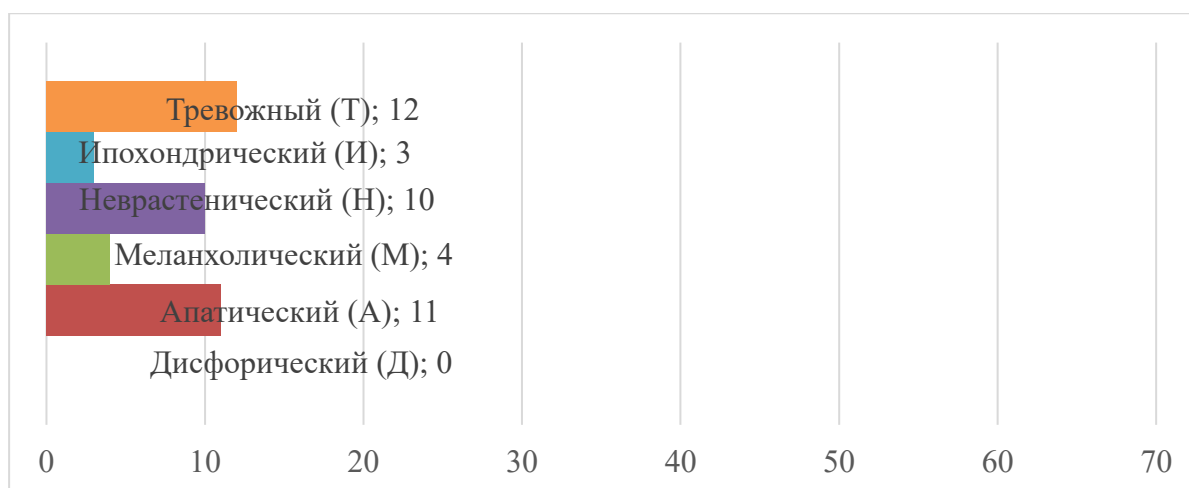


Рисунок 28 – Профиль шкальных оценок (Блок 2) по опроснику ТОБОЛ пациента К., 25 лет

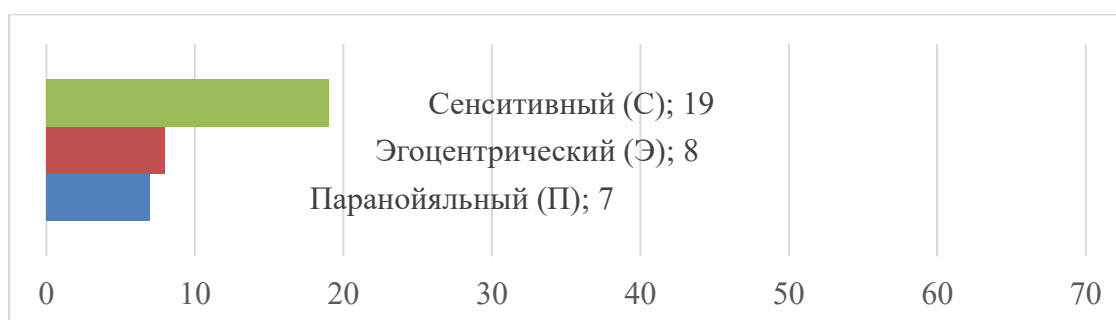


Рисунок 29 – Профиль шкальных оценок (Блок 3) по опроснику ТОБОЛ пациента К., 25 лет

У пациента К., 25 лет в чистом виде выявлен эргопатический тип отношения к болезни.

При эргопатическом типе отношения к болезни пациент очень ответственно относится к своей работе. Иногда ответственное отношение к работе выражается даже в большей степени, чем до начала заболевания. Не взирая на заболевание, и на сопровождающие ее сложности, пациент стремится всеми силами оставить без изменения как свой профессиональный, так и социальный статус. Он старается сохранить возможность продолжать, как и прежде, активную трудовую деятельность. Он пытается забыть о своем заболевании, «уходит» от него в работу (или учебу), связывает свое дальнейшее будущее с успехами и достижениями в работе или учебе.

При этом типе отношения к болезни пациент выборочно подходит к обследованию и лечению. Главным критерием при этом становится тот факт, препятствуют ли они сохранности социальной активности на достаточно высоком уровне или нет. Именно поэтому пациент может и не соблюдать назначения, рекомендации своего лечащего врача.

Пациент настроен на упорное преодоление заболевания. Он пытается облегчить близким людям тяготы и заботы о себе, преуменьшает тяжесть болезни, чтобы сохранить возможность быть активным и принимать участие в социальной жизни.

Результаты анкетирования пациента К., 25 лет по опроснику КОП-25 представлены на Рисунке 30.

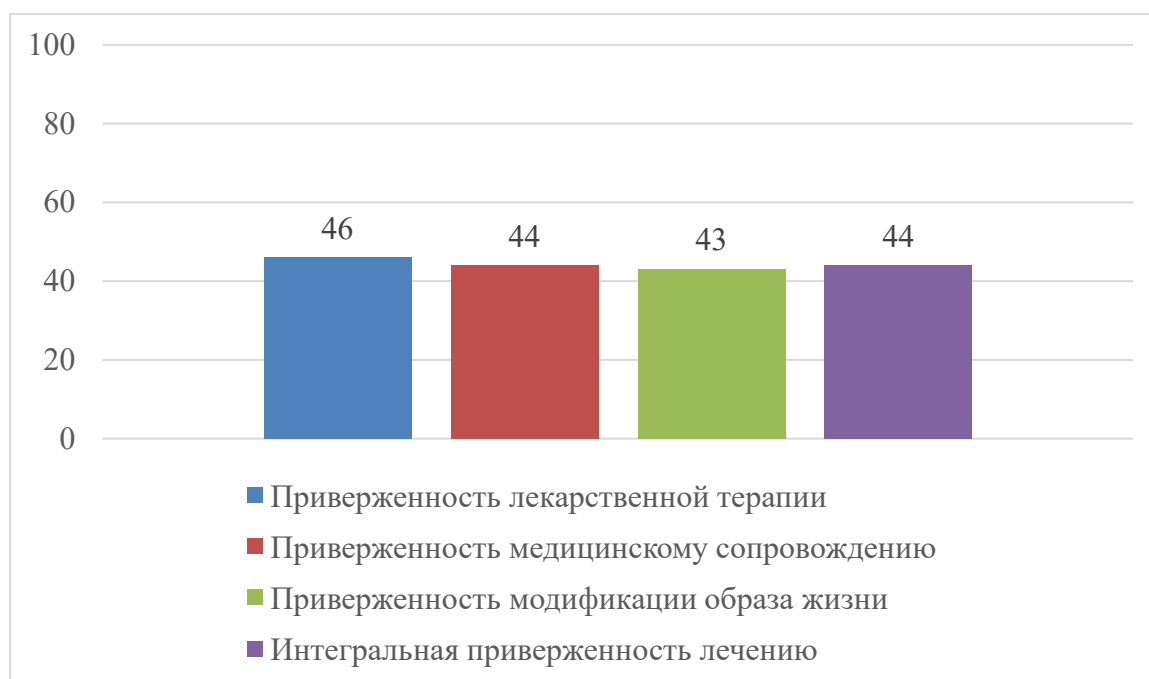


Рисунок 30 - Результаты анкетирования пациента К., 25 лет. по опроснику КОП-25

Показатели приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, приверженность модификации образа жизни, интегральная приверженность лечению имеют низкие значения.

Данный случай описывает типичные психологические характеристики пациента с ДФ ХТ: эргопатический тип отношения к болезни, низкая

приверженность лечению. Такому пациенту требуется консультация медицинского психолога для изменения отношения к заболеванию, для повышения приверженности лечению.

4.7. Алгоритм лечения пациентов с хроническим тонзиллитом с учетом клинико-психологических особенностей.

Тактика лечения пациентов с ХТ, основанная на классификации ХТ Солдатов И. Б. (1978 г.) позволяет добиться соматического благополучия у пациентов. Трудности возникают с претворением алгоритма лечения в жизнь. Наряду с организационными проблемами, обсуждаемыми в литературе, камнем преткновения становятся определенные психологические особенности пациентов с ХТ. Для их выявления в качестве скринингового метода мы предлагаем методику ТОБОЛ и КОП-25. Пациентам, имеющим низкие показатели по шкалам опросника КОП-25 и/или тип отношения к болезни, отличный от гармоничного, требуется консультация медицинского психолога.

Ключевым моментом в лечении ХТ является выбор хирургического или консервативного метода. По нашим наблюдениям и данным литературы многие пациенты отказываются от предложенной им ТЭК. Учитывая, что большинство пациентов с ХТ имеют анозогнозический или эргопатический типы отношения к болезни, целесообразно включение в план лечения работы с медицинским психологом для лиц, имеющих показания к ТЭК, но отказывающимся от нее, при этом не имея противопоказаний к ней.

Мы считаем, что консультирование медицинского психолога способствует формированию адекватной состоянию пациента внутренней картины болезни, мотива, связанного с взаимодействием с врачом и с преодолением заболевания, принятию рекомендаций лечащего врача.

Кроме того, консультирование медицинского психолога поможет преодолеть внутренние страхи пациента и в конечном итоге изменить его отношение к заболеванию и лечению, и тем самым убедить в регулярности его проведения или, если есть показания, в необходимости операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время проблема ХТ - одна из самых актуальных и злободневных в оториноларингологии [97, 139].

До последнего времени среди оториноларингологов нет общего мнения в отношении классификации и лечебных подходов при ХТ [74-77]. На наш взгляд, наиболее полно отражающей патогенез и лечебную тактику при данной нозологии является классификация И. Б. Солдатов [152].

Безусловно, на современном этапе мы наблюдаем низкую эффективность работы амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения: недостаток оториноларингологов, часто формально проводимое диспансерное наблюдение пациентов с ХТ [13, 97, 101, 120, 139].

Анализ лечебно-диагностических подходов при ХТ в ряде регионов был осуществлен, принятые меры дали положительный результат [101,120,163]. Тем не менее в субъектах, достаточно отдаленных от центра, есть специфические факторы, которые нужно иметь ввиду: отсутствие научно-исследовательских организаций федерального уровня по направлению «оториноларингология», ограниченность в получении пациентами специализированной медицинской помощи из-за удаленности места жительства от крупных многопрофильных лечебных учреждений и неполной укомплектованности их специалистами.

В отношении ХТ есть мало изученные аспекты, также влияющие на современное состояние этой проблемы. Практически не исследованы психологические характеристики пациентов с ХТ, их отношение к самому заболеванию, приверженность к лечебному процессу, а это непосредственно отражается на результатах лечения [82-84].

При ряде заболеваний психологические особенности пациентов исследованы, принимаются во внимание в ходе лечебного процесса, что повышает его эффективность. К ним относятся: болезни желудочно-кишечного тракта [7, 16, 73, 132, 160, 174], эндокринная патология [6, 30, 31, 114, 138, 146], артериальная гипертензия [21, 172], ревматологические заболевания [129, 142, 169], глаукома

[91], хронический вирусный гепатит С [43, 79], болезни легких [14, 95], часто болеющие дети [29], состояние после аорто-коронарного шунтирования [4], хронический болевой синдром [80, 162], нарушения осанки [85], высокий риск развития хронических неинфекционных заболеваний [113], полипозный риносинусит [82-84]. У пациентов с ХТ подобного рода исследований не осуществлялось. Таким образом актуально изучение психологических особенностей пациентов с хронической тонзиллярной патологией.

Врач-оториноларинголог не всегда способен убедить пациента с ХТ в необходимости, назначенного ему лечения. Особенно это касается хирургических вмешательств. Кроме того, врачу далеко не всегда удастся услышать и понять точку зрения пациента. В таком случае будет востребована помощь медицинского психолога обоим участникам лечебного процесса: пациенту и врачу.

Среди пациентов перед приемом оториноларинголога нужно проводить анкетирование, это поможет психологическому погружению в болезнь, осознано подойти к интерпретации жалоб, переосмыслить угрозы, осознать необходимость консервативного или хирургического лечения.

Цель настоящего исследования: улучшить результаты в лечении хронического тонзиллита на основании анализа структуры заболеваемости в средней полосе России (на примере Кировской области), клинических данных, современных подходов к лечению этой патологии и внедрения лечебно-диагностического алгоритма, учитывающего показатели качества жизни, типа отношения к заболеванию, приверженности пациентов к лечению.

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие задачи.

1. Сопоставить показатели заболеваемости хроническим тонзиллитом в Российской Федерации, Приволжском федеральном округе, Кировской области за 2009-2022 гг.

2. Выполнить анализ проведенного экстренного и планового хирургического лечения хронического тонзиллита: тонзиллэктомий и операций по поводу его местных осложнений (паратонзиллярного и парафарингеального абсцессов) в оториноларингологических отделениях стационаров г. Киров в 2009-2023 гг.

3. Изучить особенности клинической картины, микробиологические данные пациентов с хроническим тонзиллитом, госпитализированных в плановом и экстренном порядке в городское оториноларингологическое отделение г. Киров.

4. Провести эмпирическое исследование среди пациентов с различными формами хронического тонзиллита с целью изучения взаимосвязи их клинико-психологических показателей: качества жизни, типа отношения к болезни, приверженности к лечению и особенностями течения заболевания.

5. Разработать лечебно-диагностический алгоритм при хроническом тонзиллите с учетом показателей психологического профиля: качества жизни, типа отношения к болезни, приверженности к лечению.

Данное исследование является ретроспективно-проспективным.

Материалы исследования: ежегодные сборники статистических материалов ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ за 2009-2022 гг., 4587 медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у) с диагнозом ХТ, проходивших хирургическое лечение в оториноларингологических отделениях стационаров г. Киров за 2009-2023 гг.

Объектами исследования были 300 пациентов с разными формами ХТ, проходившие лечение в КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9».

Методы исследования: клиническое обследование, лабораторные и инструментальные методы обследования, методы консервативного лечения, методы хирургического лечения, методики экспериментально-психологического обследования (Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни, методика Тип отношения к болезни, опросник КОП-25), методы статистического анализа.

Для решения первой задачи нами были изучены ежегодные сборники статистических материалов ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ за 2009-2022 гг. [44-69]. Проанализировав полученные данные, мы установили, что в период с 2009 по 2022 годы общая и первичная заболеваемость хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА всего населения и отдельно взрослого

населения в расчете на 100 000 человек в Кировской области оказалась в 1,5-2 раза ниже, чем в Российской Федерации и в Приволжском федеральном округе.

Для решения второй задачи нами были изучены данные 4587 медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у) с диагнозом ХТ, перенесших различные виды хирургического лечения по поводу хронической тонзиллярной патологии в оториноларингологических отделениях г. Киров в период с 2009 по 2023 г. Установлено, что за указанный временной интервал большая часть пациентов с диагнозом ХТ, проходивших хирургическое лечение (64,3% - 2948 из 4587), получала его в оториноларингологическом отделении КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9», специализирующемся на оказании экстренной и неотложной помощи пациентам с оториноларингологической патологией. Это объясняется тем, что госпитализировались преимущественно пациенты с осложнением ХТ - ПТА, ПФА. Количество пациентов, которым была проведена плановая ТЭК в оториноларингологических стационарах г. Кирова за период 2009-2023 гг., составило 1442, это более чем в 2 раза меньше числа пациентов, госпитализированных с экстренной патологией - ПТА, ПФА - 3145. Таким образом, среди хирургических вмешательств, выполняемых пациентам с ХТ в г. Киров, 31% приходится на плановые ТЭК, 69% - на экстренно проводимые вскрытия ПТА, ПФА. Нами выявлено, что от 3,8 до 6,8% всех госпитализируемых пациентов в оториноларингологические отделения стационаров г. Киров имеют ургентную патологию, связанную с ХТ, – это ПТА или ПФА.

Для решения третьей задачи нами было проведено исследование среди 300 пациентов с ХТ, госпитализированных в плановом и экстренном порядке в оториноларингологическое отделение КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9».

Основными жалобами, предъявляемыми пациентами с КФ ХТ, были жалобы, касающиеся локального состояния ротоглотки: часто возникающий дискомфорт в горле (у 53,9%), на часто появляющуюся боль в горле (у 42,1%), более 2-3 эпизодов за год галитоза (32,9 %). У пациентов с ДФ ХТ, поступивших в плановом порядке, на первый план выходили жалобы, затрагивающие общее

состояние организма: на 1-2 за год эпизода выраженной слабости, недомогания (34% опрошенных), на часто возникающую боль в горле (27,5 % опрошенных), на 1-2 эпизода за год длительного субфебрилитета (у 23,5 % опрошенных). Наиболее характерные жалобы среди пациентов, госпитализированных экстренно с ДФ ХТ по ПТА, ПФА: боли в горле при глотании (93%), затруднение при открывании рта (83%), повышение температуры тела (66,2%).

Сопряженные с ХТ заболевания выявлены у 4,6% пациентов с ДФ ХТ, госпитализированных в плановом порядке (7 человек), у 1,4% пациентов с ДФ ХТ, поступивших экстренно с ПТА, ПФА (1 человек). Таким образом, 3,6% из всей совокупности принявших участие в исследовании пациентов с ДФ ХТ имели сопряженные заболевания (8 человек). Из сопряженных заболеваний у пациентов, госпитализированных в плановом порядке с ДФ ХТ, лидирует постстрептококковая артропатия, обнаружена у 2,6% пациентов (4 человека).

Из всех пациентов с ДФ ХТ, поступивших в плановом порядке, ранее перенесли по 1 эпизоду ПТА 12% (18 человек), 2 и более эпизода - 6% (9 человек).

Из всех пациентов с ДФ ХТ, госпитализированных в экстренном порядке, ранее перенесли по 1 эпизоду ПТА 11% (8 человек), 2 и более эпизода - 3% (2 человека).

Таким образом, среди больных с ДФ ХТ 16,5% (37 пациентов) ранее перенесли минимум по 1 эпизоду ПТА.

Анамнестические данные о перенесенных в прошлом ПТА у пациентов с ДФ ХТ, госпитализированных в экстренном порядке вновь с ПТА, говорят о не проведенной вовремя ТЭК.

Следует отметить, что из всех пациентов с ХТ, участвовавших в исследовании, у 14% (42 человек) не было перенесенных ангин в анамнезе. Это может свидетельствовать о недостаточной диагностике безангинной формы ХТ.

Среди сопутствующих хронических заболеваний у пациентов с ХТ чаще других наблюдалась неврологическая патология (аденома гипофиза, остеохондроз, нейропатия седалищного нерва, рассеянный склероз, вегетососудистая дистония) – выявлена у 9,3% (28 человек).

Из фарингоскопических изменений у планово поступивших пациентов с ХТ чаще всего наблюдались казеозные пробки в лакунах НМ (у 65,9% - 151 человек), признак Гизе (у 61,6% - 141 человек), бугристая поверхность НМ (у 54,1% - 124 человека).

При исследовании микрофлоры НМ у пациентов из Кировской области чаще, чем у пациентов из г. Москва выявлялись ассоциации микроорганизмов (64,2% и 55,7% соответственно) [110]. По данным Мальцевой Г. С. в отличие от монокультур ассоциации микроорганизмов в лакунах НМ у пациентов с ХТ обнаруживаются еще с большей частотой – в 94,4% случаев [102]. Полимикробный спектр содержимого лакун НМ по данным Гофман В. В. и Дворянчикова В. В. встречается в 41,3% случаев [38].

Частота встречаемости грамотрицательных микроорганизмов в микробиоценозе лакун НМ у пациентов из Кировской области существенно выше, чем у пациентов из г. Москва: 10,2% против 1,3% [110].

Среди грамположительных микроорганизмов в лакунах НМ у пациентов из Кировской области наиболее часто выявляются представители родов *Staphylococcus* (42,4%), *Streptococcus* (35,8%), *Enterococcus* (7,3%), а у пациентов из г. Москва – роды *Streptococcus* (41,4%), *Corynebacterium* (36,9%), *Staphylococcus* (19,7%) [110].

Мальцева Г. С. отмечает, что самым частым микроорганизмом, высеваемым из лакун НМ является *Staphylococcus aureus* – в 53,9% случаев. Данные по Кировской области также с этим соотносятся – в 47,6% случаев выявляется *Staphylococcus aureus*. Гофман В. В. и Дворянчиков В. В. выделяют *Staphylococcus aureus* на втором месте в этиологии ХТ (после микробных ассоциаций) (24,4%), на третьем - *Streptococcus* группы А (18%) [38].

Наиболее высокие показатели антибиотикочувствительности *Staphylococcus aureus*, выделенных из лакун НМ у планово госпитализированных пациентов с КФ и ДФ, – 100% - были к линезолиду. К одному из самых часто назначаемых парентеральных антибиотиков группы цефалоспоринов цефтриаксону – 82 и 79% соответственно, к антибиотику из группы макролидов - эритромицину – 84 и 81%

соответственно, к антибиотику из группы фторхинолонов – левофлоксацину – 95 и 93% соответственно.

При микробиологическом исследовании содержимого ПТА и ПФА у пациентов с ДФ ХТ, экстренно поступивших, спектр микроорганизмов оказался менее разнообразен, но в нем также преобладали стрептококки и стафилококки, БГСА не был высеян. Ассоциации микроорганизмов не выявлены, были обнаружены только монокультуры. Чаще всего выявлялся *Staphylococcus aureus* - у 29,6% пациентов (21 человек), далее по частоте идет - *Streptococcus oralis* - у 11,3% пациентов (8 человек), и на третьем месте – *Staphylococcus saprophyticus* – у 8,5% пациентов (6 человек).

В исследовании содержимого ПТА, ПФА, проведенном на базе оториноларингологического отделения ГKB №1 им. Н.И. Пирогова (г. Москва) Гуровым А. В. и др. [130], были зарегистрированы только микробные ассоциации. Часть спектра выявленных в нашем исследовании микроорганизмов совпадала с данными, полученными Гуровым А. В. и др. [130]: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus mitis*. По другим видам микроорганизмов совпадений не было.

По данным Новосельцевой Т. Д. и соавт. (г. Воронеж) самым часто встречаемым возбудителем, вызывающим ПТА в 2021 г., был *Staphylococcus aureus* (в 58,1% случаев) [117]. По нашим данным *Staphylococcus aureus* был выявлен в меньшем количестве случаев у пациентов с ПТА – 29,6%.

Наиболее высокие показатели антибиотикочувствительности *Staphylococcus aureus*, выделенных из ПТА и ПФА у экстренно госпитализированных пациентов с ДФ ХТ, – 100% - были к линезолиду. К цефтриаксону – 80%, к эритромицину – 80%, к левофлоксацину – 90%.

Таким образом, наиболее часто у пациентов с ХТ, как с КФ, так и с ДФ, и в ПТА, ПФА выявлялся *Staphylococcus aureus*. Причем его чувствительность к наиболее часто назначаемому парентеральному антибиотику – цефтриаксону – была достаточно низкой – порядка 79-82%. Данный факт подводит к пересмотру схем эмпирической антибактериальной терапии воспалительных заболеваний глотки в Кировской области, расширению показаний к ТЭК.

Статистически достоверно интраоперационная кровопотеря у пациентов, перенесших ТЭК под общим наркозом (45 мл (ИКР: 43-48)), оказалась меньше, чем у пациентов, перенесших ее под местной анестезией (51 мл (ИКР: 49-53)) (критерий Манна-Уитни, $p=0,00001$).

Для решения четвертой задачи мы провели анкетирование среди поступивших в плановом порядке 76 пациентов с КФ ХТ и 153 пациентов с ДФ ХТ. Использовалась следующая батарея тестовых методик: Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни, опросник Тип отношения к болезни, опросник КОП-25.

У пациентов с КФ ХТ оказались статистически достоверно ниже, чем у пациентов с ДФ ХТ, такие показатели как физическое и психологическое благополучие ($Me=37,14$ (ИКР: 31,43-48,57), $Me=51,43$ (ИКР: 37,14-57,14), $U=8229$, $p=0,0000003$), самовосприятие ($Me=50,00$ (ИКР: 46,67-52,50), $Me=56,67$ (ИКР: 36,67-63,33), $U=7133$, $p=0,005206816$), микросоциальная поддержка ($Me=40,00$ (ИКР: 20,00-60,00), $Me=46,67$ (ИКР: 40,00-80,00), $U=6904,5$, $p=0,020891722$), социальное благополучие ($Me=42,50$ (ИКР: 28,13-50,00), $Me=50,00$ (ИКР: 37,50-65,00), $U=7581,5$, $p=0,000181127$), общий показатель качества жизни ($Me=40,00$ (ИКР: 32,50-51,67), $Me=51,67$ (ИКР: 38,33-63,33), $U=7614,5$, $p=0,0001368$) (критерий Манна-Уитни).

Среди пациентов с КФ ХТ наиболее часто обнаруживался в смешанном и чистом виде анозогнозический тип отношения к болезни, он выявлен у 37% обследованных (28 человек).

У пациентов с ДФ ХТ чаще других, как в чистом, так и в смешанном виде, встречается эргопатический тип отношения к болезни, он выявлен у 26% обследованных (40 человек).

У пациентов с КФ ХТ оказались статистически достоверно выше, чем у пациентов с ДФ, следующие показатели: приверженность лекарственной терапии ($Me=63,50$ (ИКР: 57,00-69,75), $Me=45,00$ (ИКР: 42,00-48,00), $U=11135$, $p=4*10^{-9}$), приверженность медицинскому сопровождению ($Me=64,00$ (ИКР: 57,00-68,00), $Me=45,00$ (ИКР: 42,00-48,00), $U=11075,5$, $p=2*10^{-9}$), интегральная

приверженность лечению ($Me=62,50$ (ИКР: 57,00-69,00), $Me=45,00$ (ИКР: 42,00-48,00), $U=10763$, $p=2*10^{-8}$) (критерий Манна-Уитни).

По показателю приверженности модификации образа жизни статистически достоверной разницы между пациентами с КФ и ДФ ХТ не выявлено (критерий Манна-Уитни, $U=5831$, $p=0,97$).

Тактика лечения пациентов с ХТ, исходящая из классификации ХТ Солдатов И. Б. (1978 г.), позволяет достигнуть соматического благополучия у пациентов. Сложности появляются с реализацией алгоритма лечения на практике. Кроме организационных проблем, обсуждаемых в литературе, камнем преткновения становятся некоторые психологические особенности пациентов с ХТ. В качестве скринингового метода для уточнения таких особенностей мы предлагаем методику ТОБОЛ и КОП-25. Пациентам с низкими показателями по шкалам опросника КОП-25, а также с типом отношения к болезни, отличным от гармоничного, нужна консультация медицинского психолога.

В связи с этим, мы предлагаем лечебно - диагностический алгоритм при ХТ с учетом клинико-психологических особенностей пациентов (Рисунок 31).

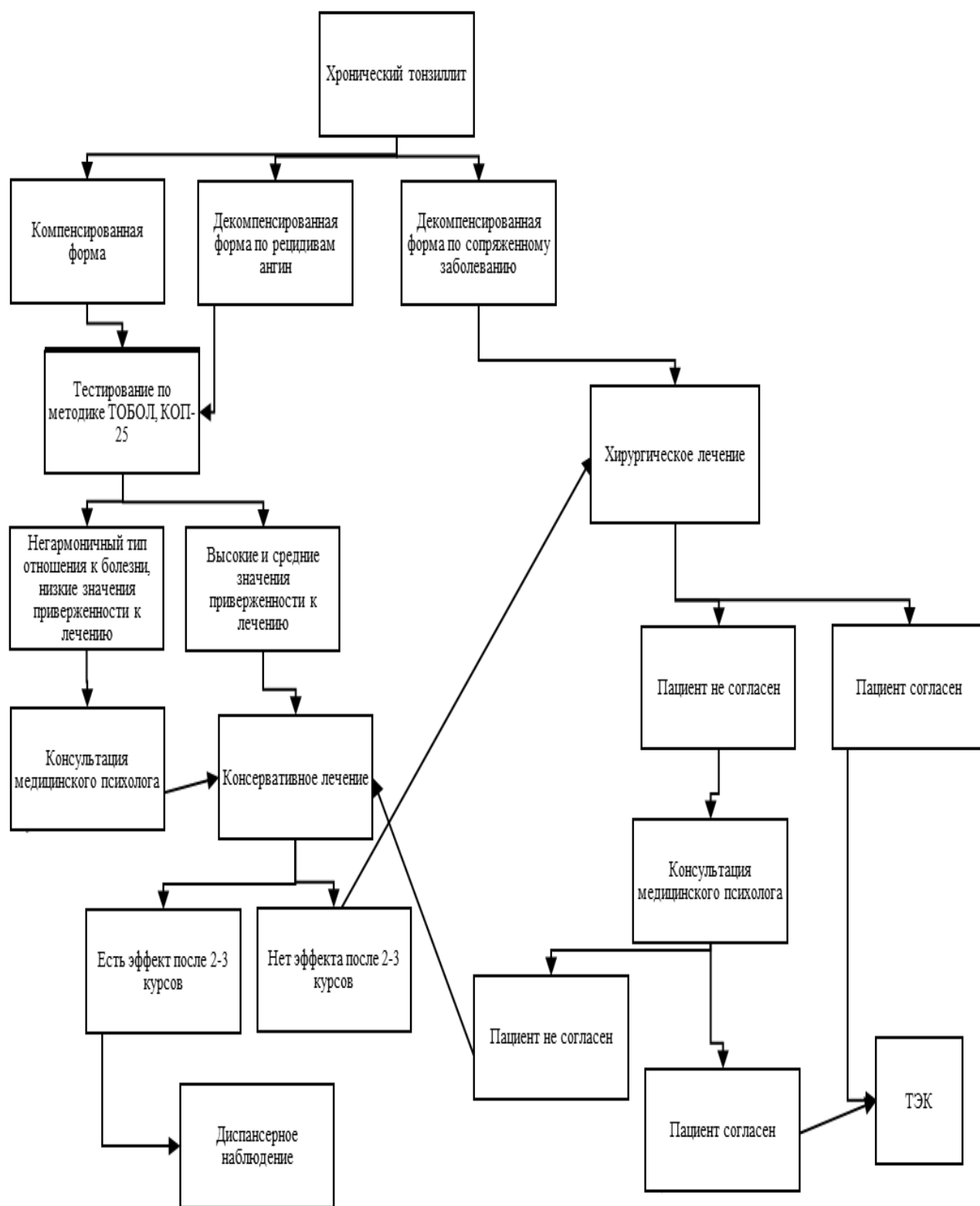


Рисунок 31 - Лечебно - диагностический алгоритм при хроническом тонзиллите с учетом клинико-психологических особенностей пациентов

Проведенное нами исследование показало, что изучение клинико-психологических особенностей пациентов с ХТ является перспективным направлением, позволяющим выявить пациентов с низкой приверженностью лечению, привлечь к работе с ними медицинского психолога.

Результаты проведенной нами работы открывают перспективы для дальнейшего поиска новых методов исследования клинико-психологических особенностей пациентов с ХТ, разработке программ работы с ними медицинского психолога с целью повышения комплаенса, индивидуализации и увеличения комфортности лечебно-диагностического процесса.

Помимо этого, перспективным направлением является изучение взаимосвязи клинических и психологических характеристик пациентов с другой хронической оториноларингологической патологией.

Наше исследование показало перспективу исследования микробиологического пейзажа лакун НМ у пациентов с ХТ в Кировской области, что в дальнейшем может привести к пересмотру рекомендаций по антибактериальной терапии при воспалительной патологии глотки.

ВЫВОДЫ

1. Общая и первичная заболеваемость хроническими болезнями миндалин и аденоидов, паратонзиллярными абсцессами взрослого, а также всего населения за период с 2009 по 2022 гг. в Кировской в среднем в 2 раза ниже, чем в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе. Это свидетельствует о гиподиагностике хронического тонзиллита в Кировской области.

2. В структуре операций, выполняемых при хроническом тонзиллите в оториноларингологических отделениях стационаров г. Киров за 2009-2023 гг., статистически достоверно превалирует вскрытие ПТА, ПФА (Me=202, ИКР: 178-237), тонзиллэктомий проводится значительно меньше (Me=95, ИКР: 89-110) (критерий Манна-Уитни, $p=0,000003$).

3. Среди пациентов с ХТ, госпитализируемых в плановом и экстренном порядке в городское оториноларингологическое отделение г. Киров, наблюдается низкая доля встречаемости сопряженных заболеваний (3,6%), высокая доля встречаемости безангинной формы ХТ (14%), высокий процент пациентов с ДФ, ранее перенесших минимум по 1 эпизоду ПТА (16,5%). В микробиоценозе лакун небных миндалин у пациентов с ХТ из Кировской области преобладает *Staphylococcus aureus* – встречается в 47,6% случаев. В содержимом ПТА и ПФА также чаще всего выявляется *Staphylococcus aureus* – в 29,6% случаев.

4. Больным с компенсированной формой хронического тонзиллита присуще отрицание болезни (у 37% респондентов), показатели сфер качества жизни оказываются ниже (Me: 37,14-50,00). Однако наблюдаются более высокие показатели приверженности лечению (Me: 44,00-64,00). Для пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита характерен уход от болезни в работу (у 26% респондентов), низкие показатели приверженности лечению (Me: 45), высокие показатели сфер качества жизни (Me: 46,67-56,67).

5. Лечебно-диагностический алгоритм при ХТ целесообразно дополнить скринингом по методикам ТОБОЛ и КОП-25 пациентов с КФ и ДФ (по рецидивам ангины) с последующей консультацией медицинским психологом при низких

показателях приверженности к лечению, типах отношения к болезни отличных от гармоничного. Необходимо консультирование медицинским психологом пациентов, имеющих показания к ТЭК, но отказывающихся от нее.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Регулярное полноценное диспансерное наблюдение пациентов с ХТ – основная лечебно - профилактическая мера при данной нозологии.
2. Пациентов с ДФ ХТ по рецидивам ангин, а также с КФ ХТ при отсутствии эффекта от 2-3 полноценных курсов консервативного лечения, необходимо направлять на хирургическое лечение.
3. Врачам-оториноларингологам при работе с пациентами, страдающими ХТ, необходимо активно вести разъяснительную работу для повышения приверженности к лечению, организовывать обучающие семинары.
4. Среди пациентов с ХТ, целесообразно проводить скрининговое психологическое обследование по методике ТОБОЛ, КОП-25. Пациентам, имеющим отличный от гармоничного тип отношения к болезни и низкие показатели приверженности лечению, показана консультация медицинского психолога.
5. Пациентам с ХТ, имеющим показания к ТЭК, но отказывающимся от операции при отсутствии противопоказаний к ней, целесообразно проведение беседы с медицинским психологом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксенова, А. Г. Постстрептококковые заболевания в клинической практике / А. В. Аксенова, Н. А. Шостак, О. А. Гусева // Вестник оториноларингологии. – 2016. – Т. 81. – № 2. – С. 39-43. – DOI 10.17116/otorino201681239-43.
2. Актуальность проблемы хронического тонзиллита / А. И. Крюков, Г. Н. Изотова, А. Ф. Захарова // Вестник оториноларингологии. – 2009. - № 5. – С. 4—6.
3. Анализ эффективности консервативного лечения простой формы хронического тонзиллита / А. И. Крюков, Н. А. Шостак, А. Б. Туровский [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2005. – № 3. – С. 50-51.
4. Антошина, И. Н. Клинико-психологические и социально-трудовые особенности больных, перенесших аортокоронарное шунтирование, в амбулаторном периоде реабилитации: специальность 14.01.05 "Кардиология»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Антошина Ирина Николаевна. – Москва, 2002. – 177 с.
5. Артющкин С.А., Рязанцев С.В., Еремина Н.В. Противорецидивная терапия хронического тонзиллита в рамках реализации Национальной программы "Хронический тонзиллит" // Материалы IX Международного Петербургского форума оториноларингологов России, Санкт-Петербург, 05–07 октября 2020 года / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Комитет здравоохранения Санкт-Петербург, ФГБУ "Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи" Минздрава РФ и др. – Санкт-Петербург: Полифорум групп. 2020. С. 172-173. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44143392> (дата обращения: 20.06.2024).
6. Астахова, Н. А. Клинико-психологические особенности больных с дисгенезией гонад и на фоне применения заместительной гормональной терапии: специальность 14.00.01: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Астахова Наталья Александровна. – Москва, 2004. – 21 с.

7. Белобородова, С. В. Медико-социальные и клинико-психологические особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у военнослужащих Северного Флота : специальность 14.01.04 "Внутренние болезни" : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Белобородова Светлана Владимировна. – Архангельск, 2008. – 126 с.
8. Белов, Б. С. А-стрептококковая инфекция глотки в практике интерниста / Б. С. Белов // Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 39-43.
9. Белов, Б. С. Острая ревматическая лихорадка на рубеже веков / Б. С. Белов // Русский медицинский журнал. – 1999. - № 7 (18). – С. 694-698.
10. Белов, Б. С. Острая ревматическая лихорадка и А-стрептококковый тонзиллит: современное состояние проблемы, вопросы антибиотикотерапии / Б. С. Белов, В. А. Насонова, Т. П. Гришаева [и др.] // Антибиотики и химиотерапия. - 2000. - Т. 45. - № 4. - С. 22-27.
11. Белов, В.А. Возрастные и гендерные особенности распространенности хронического тонзиллита у детей / В.А. Белов, Я.В. Воропаева // Медицинский совет. – 2015. – № 1. – С. 18-21.
12. Беневоленская, Л. И. Эпидемиология ревматических болезней / Л. И. Беневоленская, М. М. Бржезовский. - М.: Медицина, 1988. - 237 с.
13. Бобров, В. М. Паратонзиллит: анализ показателей работы ЛОР-стационара / В. М. Бобров // Российская оториноларингология. – 2007. – № 6(31). – С. 21-24.
14. Боговин, Л. В. Взаимосвязь психологических и клинико-функциональных особенностей холодовой гиперреактивности дыхательных путей у больных бронхиальной астмой: специальность 14.01.25 "Пульмонология»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Боговин Лариса Викторовна. – Благовещенск, 2007. – 188 с.
15. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И. Макролиды в терапии острого тонзиллита и его осложнений у детей: методические рекомендации. М.: РГМУ, 1999. 28 с.

16. Бодрягина, Е. С. Качество жизни и клинико-психологические особенности пациентов с различными вариантами течения воспалительных заболеваний кишечника: специальность 14.01.04 "Внутренние болезни»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Бодрягина Евгения Сергеевна. – Казань, 2014. – 24 с.

17. Бондарева, Г. П. Иммуноморфологические особенности хронического тонзиллита / Г. П. Бондарева, Н. А. Антонова, П. Л. Чумаков // Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 12-16.

18. Боровский, Е. В. Биология полости рта / Е. В. Боровский, В. К Леонтьев. - М.: Медицина, 1991. - 301 с.

19. Бородин Е.А. Персонифицированная медицина и биоинформатика // Амурский медицинский журнал. 2018. № 4(24). С. 77-80. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36728181>. DOI 10.22448/AMJ.2018.4.77-80 (дата обращения: 20.06.2024).

20. Бочаров В.В., Шишкова А.М., Дубинина Е.А. [и др.] Роль медицинского психолога в современной системе здравоохранения // Национальное здравоохранение. 2023. Т. 4, № 1. С. 12-22. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=53758969> (дата обращения: 20.06.2024). DOI: 10.47093/2713-069X.2023.4.1.12-22.

21. Бочкарева, Ю. В. Взаимосвязь эффективности антигипертензивной терапии и клинико-психологического статуса при лечении больных мягкой и умеренной формой артериальной гипертензии : специальность 14.00.06 : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Бочкарева Юлия Валерьевна. – Саратов, 2004. – 165 с.

22. Брико, Н. И. Болезни, вызываемые стрептококками группы А в начале XXI века: проблемы и перспективы профилактики / Н. И. Брико // Вестник РАМН. - 2001. - №2. - С. 3-6. - ISSN 0869-6047.

23. Быкова, В. П. Миндалины лимфаденоидного глоточного кольца в системе мукозального иммунитета верхних дыхательных путей / В. П. Быкова //

Материалы Всероссийской конференции "Проблема реабилитации в оториноларингологии" 2003; 1: С. 347-349.

24. Быкова, В. П. Иммунный барьер слизистых оболочек в современном прочтении / В. П. Быкова, Д. В. Калинин // Российская ринология. 2009. Т. 17, № 1. – С. 40-43.

25. Быкова, В. П. Система МАЛТ в аспекте врождённого и адаптивного иммунитета / В. П. Быкова // Российская ринология. 2009. Т. 17, № 2. С. 134.

26. Быкова, В. П. Эпителиальные структуры слизистых оболочек верхних дыхательных путей - связующее звено врожденного и адаптивного иммунитета / В. П. Быкова, А. А. Бахтин // Российская ринология. 2016. Т. 24, № 1. С. 43-49.

27. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический ин-т им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2005. – 32 с.

28. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. Практическое руководство/Л.И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О.Ю. Щелкова. - СПб.: Речь, 2011. EDN: QMBHKN

29. Владимирова, Е. В. Часто болеющие дети: клинико-психологические особенности, механизмы адаптации, реабилитация: специальность 14.01.08 "Педиатрия»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Владимирова Елена Валерьевна. – Саратов, 2012. – 21 с.

30. Власова, О. Л. Клинико-психологические особенности больных с различными проявлениями метаболического синдрома: специальность 14.01.04 "Внутренние болезни»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Власова Оксана Леонидовна. – Смоленск, 2010. – 129 с.

31. Гандалян, Е. В. Качество жизни и клинико-психологические особенности пожилых больных гипотиреозом и герпесом простым: специальность 14.00.05: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Гандалян Елена Викторовна. – Воронеж, 2006. – 118 с.

32. Гаращенко, Т.И. Использование криоультразвукового метода лечения при заболеваниях ротоглотки у детей / Т. И. Гаращенко, О. В. Карнеева, С. В. Яблонский // II конференция детских оториноларингологов СССР : Материалы II конференции детских оториноларингологов СССР, Звенигород, 29–30 марта 1989 года. – Звенигород: Национальный исследовательский ядерный университет "МИФИ", 1989. – С. 244-245.

33. Гаращенко, Т. И. Новые подходы к лечению обострений хронического тонзиллита у детей / Т. И. Гаращенко, М. Р. Богомильский, Е. В. Шишмарева // Современная педиатрия. – 2009. – № 1(23). – С. 72.

34. Гаращенко Т.И. Тонзиллярная проблема в педиатрии // Российская ринология. - 1999. - №1. – С.68-70.

35. Гаращенко Т.И. Хронический тонзиллит у детей с тромбоцитопенической пурпурой и геморрагическим васкулитом: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: специальности 14.00.04, 14.00.09. М.,1982. 19 с.

36. Горбоносов И.В., Вартанян М.С. Влияние тонзиллэктомии на качество жизни взрослых пациентов // Российская оториноларингология. 2008. № 4(35). С. 80-84. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=mgsvbl> (дата обращения: 20.06.2024).

37. Горбунов А. В., Дубинец И. Д. Структура urgentной и плановой оториноларингологической помощи в Челябинске / А. В. Горбунов, И. Д. Дубинец // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. - № 19(2). – С. 57-58.

38. Гофман, В. В. Бактериологические и иммунологические показатели у больных хроническим тонзиллитом в современных условиях / В. В. Гофман, В. В. Дворянчиков // Российская оториноларингология. – 2013. – № 6(67). – С. 34-38.

39. Гофман В. Р. Изменение общей иммунологической реактивности у больных хроническим тонзиллитом // Тезисы докладов научной конференции «Роль очаговой инфекции в патологии внутренних органов». Л., 1984. С. 29-30.

40. Гофман, В. Р. Хронический тонзиллит / В. Р. Гофман, А. В. Черныш, В. В. Дворянчиков; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. – Москва: Рекламно-издательский центр "ТЕХНОСФЕРА", 2015. – 144 с.
41. Грачев, С. В. Гольмиевый лазер в медицине / С. В. Грачев. - М.: «Триада-Х», 2003. - 240 с.
42. Дифференциальная диагностика хронического тонзиллита по степени выраженности тонзиллогенной интоксикации организма / В. Т. Пальчун, А. В. Гуров, А. В. Аксенова, О. А. Гусева // Вестник оториноларингологии. – 2015. – Т. 80. – № 5. – С. 8-13. – DOI 10.17116/otorino20158058-13.
43. Жук, Е. А. Сравнительная характеристика клинико-психологического профиля и качества жизни у мужчин различных соматотипов с хроническим гепатитом С: специальность 14.01.28 "Гастроэнтерология": диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Жук Екатерина Александровна. – Красноярск, 2011. – 120 с.
44. Заболеваемость населения России в 2010 году. Статистические материалы. Часть I. ФГУ «ЦНИИОИЗ» Росздрава. - Москва 2011. - 124 с.
45. Заболеваемость населения России в 2010 году. Статистические материалы. Часть II. ФГУ «ЦНИИОИЗ» Росздрава. - Москва 2011. - 124 с.
46. Заболеваемость всего населения России в 2011 году. Статистические материалы. Часть I. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава. - Москва 2012. - 138 с.
47. Общая заболеваемость всего населения России в 2011 году. Статистические материалы. Часть II. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава. - Москва 2012. - 140 с.
48. Заболеваемость всего населения России в 2012 году. Статистические материалы. Часть I. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава. - Москва 2013. - 138 с.
49. Общая заболеваемость всего населения России в 2012 году. Статистические материалы. Часть II. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава. - Москва 2013. - 140 с.
50. Заболеваемость всего населения России в 2013 году. Статистические материалы. Часть I. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2014. - 138 с.

51. Общая заболеваемость всего населения России в 2013 году. Статистические материалы. Часть II. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2014. - 142 с.
52. Заболеваемость всего населения России в 2014 году. Статистические материалы. Часть I. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2015. - 138 с.
53. Заболеваемость всего населения России в 2014 году. Статистические материалы. Часть II. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2015. - 142 с.
54. Заболеваемость всего населения России в 2015 году. Статистические материалы. Часть I. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2016. - 139 с.
55. Заболеваемость всего населения России в 2015 году. Статистические материалы. Часть II. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2016. - 141 с.
56. Заболеваемость всего населения России в 2016 году. Статистические материалы. Часть I. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2017 г. - 140 с.
57. Заболеваемость всего населения России в 2016 году. Статистические материалы. Часть II. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2017 г. - 143 с.
58. Заболеваемость всего населения России в 2017 году. Статистические материалы. Часть I. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2018. - 140 с.
59. Заболеваемость всего населения России в 2017 году. Статистические материалы. Часть II. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2018. - 142 с.
60. Заболеваемость всего населения России в 2018 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. Часть I. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2019. - 140 с.

61. Заболеваемость всего населения России в 2018 году. Статистические материалы. Часть II. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2019. - 142 с.

62. Заболеваемость всего населения России в 2019 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. Часть I. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2020. - 140 с.

63. Заболеваемость всего населения России в 2019 году. Статистические материалы. Часть II. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - Москва 2020. - 142 с.

64. Заболеваемость всего населения России в 2020 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. Часть I. ФГУ «ЦНИИОИЗ» Росздрава. - Москва 2021. - 143 с.

65. Заболеваемость всего населения России в 2020 году. Статистические материалы. Часть II. ФГУ «ЦНИИОИЗ» Росздрава. - Москва 2021. - 145 с.

66. Заболеваемость всего населения России в 2021 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. Часть I. ФГУ «ЦНИИОИЗ» Росздрава. - Москва 2022. - 124 с.

67. Заболеваемость всего населения России в 2021 году. Статистические материалы. Часть II. ФГУ «ЦНИИОИЗ» Росздрава. - Москва 2022. - 124 с.

68. Заболеваемость всего населения России в 2022 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. Часть I. ФГУ «ЦНИИОИЗ» Росздрава. - Москва 2023. - 144 с.

69. Заболеваемость всего населения России в 2022 году. Статистические материалы. Часть II. ФГУ «ЦНИИОИЗ» Росздрава. - Москва 2023. - 146 с.

70. Заболотный, Д. И. Иммунологические аспекты хронического тонзиллита / Д. И. Заболотный. – Киев, 1999. - 130-133 с.

71. Зиматкина, О. С. Психологическое состояние подростков с синдромом вегетативной дисфункции и ЛОР-патологией, проживающих в радиационно-

загрязненных регионах / О. С. Зиматкина, А. В. Макарич // Проблемы здоровья и экологии. – 2008. – № 4(18). – С. 107-112.

72. Зиматкина, О. С. Психолого-психометрические особенности детей и подростков с хронической патологией верхних дыхательных путей, проживающих на радиационно загрязненных территориях / О. С. Зиматкина, А. И. Миронов // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2007. – № 4(20). – С. 71-74.

73. Золотухина, В. Н. Хронический бескаменный холецистит и желчнокаменная болезнь у женщин (клинико-психологические особенности, качество жизни и комплаенс): специальность 14.01.04 "Внутренние болезни": диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Золотухина Валентина Николаевна. – Барнаул, 2012. – 159 с.

74. Извин А. И. Еще раз о противоречивых и спорных вопросах хронического тонзиллита // Материалы IX Международного Петербургского форума оториноларингологов России, Санкт-Петербург, 05–07 октября 2020 года / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Комитет здравоохранения Санкт-Петербург, ФГБУ "Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи" Минздрава РФ и др. – Санкт-Петербург: Полифорум групп, 2020. – С. 178-179.

75. Извин А. И. К вопросу о классификации хронического тонзиллита и критерии ее обоснования // Российская оториноларингология. – 2022. – Т. 21, № 5(120). – С. 122-126. – DOI 10.18692/1810-4800-2022-5-122-126.

76. Извин А. И. К вопросу о новой классификации хронического тонзиллита и критерии ее объективизации // XI Петербургский форум оториноларингологов России: материалы научной конференции, Санкт-Петербург, 26–28 апреля 2022 года. – Санкт-Петербург: Полифорум Групп, 2022. – С. 114-115.

77. Извин А. И. Противоречивые и спорные вопросы хронического тонзиллита и его классификация // Материалы XX съезда оториноларингологов России,

Москва, 06–09 сентября 2021 года. – Москва: Полифорум групп, 2021. – С. 253-254.

78. Извин, А. И. Хронический тонзиллит и паратонзиллярный абсцесс / А. И. Извин. – Тюмень: Айвекс, 2015. – 184 с.

79. Каминская, С. Н. Клинико-психологическая характеристика и качество жизни больных хроническим вирусным гепатитом С: специальность 14.00.1014.00.47: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Каминская Светлана Николаевна. – Санкт-Петербург, 2005. – 22 с.

80. Карелина, А. Н. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: клинико-психологические аспекты, диагностика и лечение: специальность 14.01.14 "Стоматология": автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Карелина Анна Николаевна. – Смоленск, 2017. – 22 с.

81. Кизева, А. Г. Клинико-психологические особенности детей с длительным субфебрилитетом: специальность 14.00.09: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Кизева Алла Григорьевна. – Москва, 1997. – 23 с.

82. Ким, И. А. Приверженность лечению пациентов с назальной обструкцией / И.А. Ким, Д.Р. Рагимова, Е.В. Носуля, Е.И. Первичко, А.М. Гришанина // Российская ринология. - 2020.- Т. 28.- № 3.- С. 164-166. EDN: TMOFDP

83. Ким, И. А. Особенности приверженности лечению больных хроническим риносинуситом с полипами носа / Е.В. Носуля, Д.Р. Рагимова // Вестник оториноларингологии. Т. 87. № 1. 2022. С. 81-86. EDN: JGPKVR

84. Ким, И. А. Эффективность послеоперационной терапии у больных полипозным риносинуситом в зависимости от уровня приверженности лечению / И. А. Ким, Е. В. Носуля, Д. Р. Рагимова [и др.] // Российская ринология. – 2022. – Т. 30, № 3. – С. 151-157. – DOI 10.17116/rosrino202230031151. – EDN QJDGUQ.

85. Киселева, М. В. Клинико-психологические аспекты реабилитации детей с нарушениями осанки: специальность 14.03.11 "Восстановительная медицина,

спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Киселева Марина Вячеславовна. – Санкт-Петербург, 2004. – 168 с.

86. Кислова, Н. М. Структура ургентной патологии и оказание неотложной помощи больным в ЛОР-стационаре: специальность 14.00.04: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Кислова Надия Мазитовна. – Москва, 2002. – 292 с.

87. Китайгородский А.П. О положительном эффекте аденотонзиллэктомии у детей, больных хроническим тонзиллитом, аденоидитом, сахарным диабетом // Вестник оториноларингологии. – 1984. – Т. 46, № 3. – С. 34-38.

88. Китайгородский, А.П. Особенности течения и лечения хронического тонзиллита и аденоидита у детей, больных сахарным диабетом: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: специальность 14.00.04 / 2-й Моск. гос. мед. ин-т им. Н. И. Пирогова. - Москва, 1989. - 28 с.

89. Князьков, В. Б. Лазерная хирургия заболеваний глоточного лимфатического кольца / В. Б. Князьков, В. В. Гофман, В. Р. Гофман. – Москва: Рекламно-издательский центр "ТЕХНОСФЕРА", 2016. – 440 с.

90. Ковальчук, Л. В. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии: учебник / Л. В. Ковальчук, Л. В. Ганковская, Р. Я. Мешкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-2241-0.

91. Козина, Е. В. Клинико-психологические аспекты первичной открытоугольной глаукомы: специальность 14.00.08: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Козина Елена Владимировна. – Красноярск, 2004. – 47 с.

92. Комплексная оценка показателей противострептококкового иммунитета и носительства иммуногенетического маркера Д8/17 при ревматических пороках сердца / А. В. Аксенова, Н. И. Брико, Н. А. Шостак [и др.] // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2010. - №5. С. - 7-10.

93. Кондратьева К.О., Вагайцева М.В., Семиглазова Т.Ю. Роль медицинского психолога в мультидисциплинарной команде реабилитации онкологических // Фарматека. 2019. Т. 26, № 7. С. 79-81. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=38188525> (дата обращения: 20.06.2024). DOI: 10.18565/pharmateca.2019.7.79-81

94. Косяков, С.Я. Противоречивость современных представлений о проблеме хронического тонзиллита / С.Я. Косяков, И.Б. Анготоева, А.А. Мулдашева // Медицинский совет. – 2015. – № 3. – С. 35-39.

95. Кошелева, Г. Я. Клинико-психологические характеристики больных туберкулезом легких и их динамика в процессе комплексного лечения: специальность 14.00.26: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Кошелева Галина Яковлевна. – Ленинград, 1990. – 24 с.

96. Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. Глобальный веб-сайт. URL: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/russian_whoqol.pdf (дата обращения: 15.08.2015).

97. Крюков, А. И. Актуальность проблемы хронического тонзиллита / А. И. Крюков, Г. Н. Изотова, А. Ф. Захарова [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2009. – № 5. – С. 4-6.

98. Крюков, А. И. Биопленки в этиологии и патогенезе хронического тонзиллита / А. И. Крюков, А. С. Товмасян, В. Г. Жуховицкий // Вестник оториноларингологии. – 2008. – № 3. – С. 71-73.

99. Крюков, А. И. Диспансеризация в оториноларингологии / А. И. Крюков, Р. Б. Хамзалиева, А. Ф. Захарова, В. В. Владимирова // Вестник оториноларингологии. – 2005. – № 5. – С. 4-6.

100. Крюков, А. И. Стрептококковые заболевания глотки / А. И. Крюков, Н. Л. Кунельская, А. Б. Туровский // Русский медицинский журнал. - 2006. - Т. 14. - № 27. - С. 1972–1973.

101. Крюков, А. И. Хронический тонзиллит / Крюков А. И., Кунельская Н. Л., Царапкин Г. Ю., Товмасын А. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 112 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4815-1.
102. Мальцева, Г. С. Современные этиологические, патогенетические и клинические основы диагностики и лечения хронического тонзиллита: специальность 14.01.03 "Болезни уха, горла и носа": диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Мальцева Галина Семеновна. – Санкт-Петербург, 2008. – 201 с.
103. Мальцева, Г. С. Стрептококковая инфекция при хроническом тонзиллите / Г. С. Мальцева // Consilium Medicum. – 2009. – Т. 11. – № 3. – С. 71-77.
104. Материалы X Всероссийского конгресса оториноларингологов "Наука и практика в оториноларингологии". М 2011.
105. Медицинская статистика: сайт. – 2013. – URL: <https://medstatistic.ru/> (дата обращения 21.04.2021).
106. Мейл, Д. Иммунология. / Мейл Д., Бростофф Д., Рот Д., Ройтт А. - 7 (оригинальное). Москва: Логосфера, 2007 – 568 с.
107. Метатонзиллярные осложнения в практике оториноларинголога и кардиолога / А. Ю. Овчинников, В. А. Габедава, А. Л. Сыркин, А. В. Свет, А. А. Долецкий // Consilium Medicum. – 2009. – Т. 11. – № 11. – С. 49-52.
108. Методики психологической диагностики больных с эндогенными расстройствами. Усовершенствованная медицинская технология. / авт.-сост. А. П. Коцюбинский и др. - СПб НИПНИ им. Бехтерева. - СПб. - 2007. - 47 с.
109. Микробный пейзаж и пути рациональной антибиотикотерапии при острых гнойных заболеваниях ЛОР-органов / Пальчун В. Т., Кунельская Н. Л., Артемьев М. Е. [и др.] // Вестник оториноларингологии. - 2004. - №5. - С. 4–8.

110. Микробный состав микрофлоры ротоглотки у больных с тонзиллярной патологией / О. Ю. Борисова, В. А. Алешкин, А. С. Пименова [и др.] // Инфекция и иммунитет. – 2015. – Т. 5. – № 3. – С. 225-232.
111. Монаенков, А. М. Патогенетические основы тонзиллогенных поражений сердца / А. М. Монаенков. - М.: Медицина, 1979. – 231 с.
112. Морфологическое радиоавтографическое исследование небных миндалин при хроническом тонзиллите и у здорового человека / Пальчун В. Т., Господарь М. А., Колокольчикова Е. Г. [и др.]. // Вестник оториноларингологии. - 2006. - №2. - С. 4-7.
113. Мурзин, Р. Р. Клинико-психологическая характеристика лиц с высоким риском развития хронических неинфекционных заболеваний и роль образовательной программы в их первичной профилактике среди студенческой молодежи: специальность 14.00.05: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Мурзин Роберт Рамазанович. – Уфа, 2009. – 23 с.
114. Найдюк, Я. В. Качество жизни и клинико-психологические аспекты терапии больных с патологией внутренних органов на примере сахарного диабета 2 типа: специальность 14.00.05: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Найдюк Яна Владимировна. – Воронеж, 2007. – 24 с.
115. Нестеров, А. И. Ревматизм /А. И. Нестеров. - М.: Медицина, 1973. - 392 с.
116. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Балабанова А.А. [и др.] Шкала количественной оценки приверженности лечению "КОП-25": актуализация формулировок, конструктивная и факторная валидность и мера согласия // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2021. Т. 17, № 6. С. 845-852. URL: <https://www.rpcardio.online/jour/article/view/2624> (дата обращения: 23.06.2024). DOI:10.20996/1819-6446-2021-12-12.

117. Новосельцева, Т. Д. Сравнительный анализ микробиоты и антибиотикорезистентности основных возбудителей у пациентов с паратонзиллярными абсцессами в 2013 и 2021 годах / Т. Д. Новосельцева, Л. С. Бакулина, О. М. Короткова // Многопрофильный стационар. – 2022. – Т. 9, № 1. – С. 66-68.
118. Овчинников, А. Ю. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания / А. Ю. Овчинников, А. Н. Славский, И. С. Фетисов // Русский Медицинский Журнал. - 1999 г. - №7. - С. 309-31172.
119. Оптимизация лечения больных при коморбидном течении хронического тонзиллита и кардиоваскулярной патологии / А. Ю. Овчинников, В. А. Габедава, И. А. Овчинников [и др.] // Consilium Medicum. – 2006. – Т. 8. – № 10. – С. 16-19.
120. Особенности эпидемиологии хронического тонзиллита в современных условиях оказания специализированной ЛОР-помощи / А. И. Крюков, А. В. Аксенова, А. Ф. Захарова [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 4-7.
121. Острая ревматическая лихорадка и А-стрептококковый тонзиллит: современное состояние проблемы, вопросы антибиотикотерапии / Белов Б. С., Насонова В. А., Гришаева Т. П., Сидоренко С. В. // Антибиотики и химиотерапия. – 2000. – Т. 45. - № 4. – С. 22-27.
122. Оториноларингология: национальное руководство / Под ред. В.Т. Пальчуна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 960 с. – (Серия «Национальные руководства»). – ISBN 978-5-9704-0616-8
123. Пальчун, В. Т. Воспалительные заболевания глотки: руководство для врачей / В. Т. Пальчун, Л. А. Лучихин, А. И. Крюков. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 287 с. – (Библиотека врача-специалиста. Оториноларингология). – ISBN 9785970421437.

124. Пальчун, В. Т. Классификация и лечебная тактика при хроническом тонзиллите / В. Т. Пальчун // Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 8-11.
125. Пальчун, В. Т. Наблюдения и опыт по диагностике и лечению некоторых оториноларингологических больных / В. Т. Пальчун // Вестник оториноларингологии. – 2006. - № 5. – С. 18-22.
126. Пальчун, В. Т. О клинической классификации хронического тонзиллита / В. Т. Пальчун // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1974. – № 4. – С. 80-84.
127. Пальчун, В. Т. Патогенетические особенности формирования хронической тонзиллярной патологии / В. Т. Пальчун, А. В. Гуров, О. А. Гусева // Вестник оториноларингологии. – 2018. – Т. 83. – № 2. – С. 30-33. – DOI 10.17116/otorino201883230-33.
128. Пальчун, В. Т. Хронический тонзиллит в оперативном лечении ревматических стенозов митрального клапана: автореф. дис. канд. мед. наук/В.Т. Пальчун. М., 1962.
129. Папков, А. Ю. Клинико-психологическая оценка эффективности структурно-резонансной электромагнитной терапии в комплексном лечении больных системной склеродермией: специальность 14.01.22 "Ревматология": автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Папков Александр Юрьевич. – Волгоград, 2010. – 29 с.
130. Паратонзиллярный и парафарингеальный абсцессы: микробиологические и морфологические особенности / А. В. Гуров, А. Г. Ермолаев, М. М. Магомедов, Д. З. Халифаева // Медицинский совет. – 2024. – Т. 18, № 18. – С. 66-72. – DOI 10.21518/ms2024-473.
131. Пивченко, П. Г. Эмбриогенез систем органов человека. Учебно-методическое пособие по нормальной анатомии. / Под. ред. и в соавторстве П. Г. Пивченко. – Минск, БГМУ, 2007. – 40 с.

132. Планида, Я. Ю. Клинико-психологические особенности и качество жизни пациентов молодого возраста с синдромом раздраженного кишечника: специальность 14.00.05: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Планида Яна Юрьевна. – Уфа, 2003. – 22 с.
133. Попова, Г. Н. Роль ангины и хронического тонзиллита в патогенезе и клинике ревматизма: дис. докт. мед. наук: 14.00.04/б.и.; Попова Галина Николаевна; науч. рук. Б.С. Преображенский. - М.,1963. 260 с. -Библиогр. С.242 - 258.
134. Преображенский, Б. С. Ангины, хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания / Б. С. Преображенский, Т. Н. Попова. – Москва: Медицина. 1970. - 384 с.
135. Преображенский, Б. С. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями / Б. С. Преображенский - Москва: Медгиз, 1954. - 208 с.
136. Применение Но: уаг-лазера в хирургическом лечении хронического тонзиллита / А. И. Крюков, Г. Ю. Царапкин, Е. В. Горовая [и др.] // Медицинский совет. – 2013. – № 2-1. – С. 51-53.
137. Пчелякова В.В. Персонифицированный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний // XIII Всероссийское совещание по проблемам управления ВСПУ-2019 : Сборник трудов XIII Всероссийского совещания по проблемам управления ВСПУ-2019, Москва, 17–20 июня 2019 года / Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН. – Москва: Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН, 2019. С. 1491-1494. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41726892> (дата обращения: 20.06.2024). DOI: 10.25728/vspu.2019.1491.
138. Рачко, Т. А. Клинико-психологические особенности больных сахарным диабетом: специальность 14.00.0514.00.03: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Рачко Татьяна Александровна. – Красноярск, 2007. – 24 с.

139. Резолюция Совета экспертов Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов по проблемам патологии лимфоглоточного кольца / Х. Т. Абдулкеримов, С. И. Алексеенко, С. А. Артюшкин [и др.] // Российская оториноларингология. – 2020. – Т. 19. – № 1(104). – С. 127-130.
140. Роль бактериологического исследования в диагностике хронического тонзиллита / А. И. Крюков, А. С. Товмасян, Н. А. Антонова [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2008. – № 3. – С. 35-38. (57)
141. Роль микрофлоры в этиологии хронического тонзиллита / А. И. Крюков, А. С. Товмасян, И. В. Драбкина [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2010. – № 3. – С. 4-6.
142. Рудыкина, О. А. Клинико-психологическая оценка эффективности структурно-резонансной электромагнитной терапии в комплексном лечении больных анкилозирующим спондилитом: специальность 14.01.22 "Ревматология": диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Рудыкина Ольга Анатольевна. – Волгоград, 2011. – 152 с.
143. Рыков М.Ю., Долгополов И.С. Истинная персонализация в медицине: оправданы ли ожидания? // Новообразование. 2022. Т. 14, № 2(37). С. 54-62. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48287039> (дата обращения: 20.06.2024).
144. Рыков М.Ю. Эволюция персонифицированной медицины (обзор литературы) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 6. С. 1211-1219. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49951608> (дата обращения: 20.06.2024). DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1211-1219.
145. Рязанцев С.В., Артюшкин С.А., Еремина Н.В., Еремин С.А. Предварительные результаты Российской национальной программы "Хронический тонзиллит" // Российская оториноларингология. 2019. Т. 18, № 4(101). С. 107-120. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=39239284>. DOI: 10.18692/1810-4800-2019-4-107-117 (дата обращения: 20.06.2024).

146. Сарычева, Ю. В. Программа комплексной психологической реабилитации на основе клинико-психологических особенностей подростков с сахарным диабетом 1-го типа: специальность 14.00.18: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Сарычева Юлия Викторовна. – Новосибирск, 2005. – 138 с.
147. Сказатова, Н.Ю. Распространенность болезней уха, горла и носа у городского населения / Н.Ю. Сказатова, Г.З. Пискунов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2016. – № 1. – С. 5-10.
148. Современные подходы к диагностике заболеваний, сопряженных с хроническим тонзиллитом / В. Т. Пальчун, А. В. Гуров, А. В. Аксенова [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 21-24.
149. Современные представления о токсико-аллергических проявлениях хронической тонзиллярной патологии, его этиологическая и патогенетическая роль в возникновении и течении общих заболеваний / В. Т. Пальчун, А. В. Гуров, А. В. Аксенова, О. А. Гусева // Вестник оториноларингологии. – 2012. – № 2. – С. 5-12.
150. Соколова, Е.Т. Особенности личности при соматических заболеваниях/Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. -М.: SvR-Аргус, 1995. - С. 207-357.
151. Солдатов, И. Б. Диагностическое значение гистохимических особенностей полиморфноядерных лейкоцитов периферической крови при хроническом тонзиллите/ И. Б. Солдатов, М. В. Насибов // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. - № 4. – С. 42-46.
152. Солдатов, И. Б. Ориентация в лечении хронического тонзиллита с позиций его классификации, принятой VII всесоюзным съездом оториноларингологов / И. Б. Солдатов // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1978. - № 4. - С. 6.

153. Тареева, И. Е. Гломерулонефриты: клиника, лечение / И. Е. Тареева // Русский медицинский журнал. - 2000. - № 8(3). – С. 121-124.
154. Тонзиллярная проблема: новое в диагностике и лечении / Г. Д. Тарасова, Т. И. Гаращенко, Е. Б. Молчанова, М. В. Гаращенко // Детская оториноларингология. – 2019. – № 3. – С. 18-23.
155. Тонзиллярная проблема. Т. 1: Сборник / Под ред. проф. Л. А. Луковского и доц. И. М. Гершковича; Клиника ушных, носовых и горловых болезней Днепропетр. ин-та усовершенствования врачей. - Днепропетровск: Днепропетр. ин-т усовершенствования врачей, 1941. - 216 с.
156. Тотолян, А. А. Критический анализ предполагаемых механизмов патогенеза постстрептококкового гломерулонефрита / А. А. Тотолян, Л. А. Бурова // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – 2001. - № 4. – С. 316-323. DOI: 10.1007/BF02433421.
157. Терскова, Н.В. Эпидемиологическая и клиническая характеристика хронических болезней миндалин и аденоидов (на примере г. Красноярск) / Н.В. Терскова, А.И. Николаева, С.Г. Вахрушев [и др.] // Российская оториноларингология. – 2013. – № 3 (64). – С. 139-145.
158. Тхостов, А. Ш. Психология телесности/А.Ш. Тхостов. М.: Смысл, 2002. EDN: QXSLJR
159. Ундриц, В. Ф. Аллергические проблемы в оториноларингологии / В. Ф. Ундриц // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1963. - № 1. – С. 3-6.
160. Фоминых, Ю. А. Клинико-психологические особенности больных целиакией взрослых: специальность 14.00.47: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Фоминых Юлия Александровна. – Санкт-Петербург, 2008. – 25 с.
161. Хамзалиева, Р. Б. Динамические показатели хирургической активности при хроническом тонзиллите / Р. Б. Хамзалиева // Вестник оториноларингологии. – 2007. – № 2. – С. 28-29.

162. Хамцова, Е. И. Клинико-психологические особенности пациентов с хроническим вертеброгенным болевым синдромом: специальность 14.01.11 "Нервные болезни": диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Хамцова Елена Игоревна. – Смоленск, 2014. – 127 с.
163. Хирургические вмешательства на глотке в структуре оториноларингологической помощи населению Москвы / А. И. Крюков, Г. Ю. Царапкин, А. Ю. Ивойлов [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2019. – Т. 84. – № 5. – С. 32-37. – DOI 10.17116/otorino20198405132.
164. Хирургическое лечение хронического тонзиллита и гипертрофии носоглоточной миндалины с применением гольмиевого лазера / А. И. Крюков, Г. Ю. Царапкин, С. Г. Арзамазов, С. А. Панасов // Российская оториноларингология. – 2016. – № 3(82). – С. 192.
165. Хмельницкая Н. М., Власова В. В., Косенко В. А. Оценка функционального состояния небных миндалин у больных хроническим тонзиллитом // Вестник оториноларингологии. 2000. №4. С. 33-39.
166. Хронический тонзиллит: клиника и иммунологические аспекты / М. С. Плужников, Г. В. Лавренова, М. Я. Левин [и др.]. – Санкт-Петербург: Диалог, 2005. – 222 с.
167. Хронический тонзиллит: клинические рекомендации. (2024). Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации; Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/683_2 (дата обращения: 18.03.2025).
168. Цветков Э.А. Адено tonsиллиты и их осложнения у детей. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в норме и патологии: руководство для врачей. СПб.: Элби, 2003. 124 с.
169. Черкесова, Е. Г. Клинико-психологическая оценка эффективности структурно-резонансной электромагнитной терапии в комплексном лечении больных остеоартрозом: специальность 14.00.39: автореферат диссертации на

соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Черкесова Елена Григорьевна. – Волгоград, 2007. – 28 с.

170. Черныш, А. В. Безангинная форма хронического тонзиллита / А. В. Черныш, В. Р. Гофман, В. В. Дворянчиков; ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ имени С.М. Кирова. – Москва: Рекламно-издательский центр "ТЕХНОСФЕРА", 2019. – 100 с.

171. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Врач и медицинский психолог: взаимодополняющие подходы при оказании психологической помощи онкологическому пациенту // Вопросы онкологии. 2014. Т. 60, № 2. С. 94-98. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21532883> (дата обращения: 20.06.2024).

172. Шайбакова, Л. Р. Клинико-психологические особенности детей подросткового возраста с артериальной гипертензией и роль образовательной программы в комплексном лечении: специальность 14.00.09 14.00.06: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Шайбакова Лиля Рашитовна. – Уфа, 2008. – 24 с.

173. Шелудько О.С., Акимова О.В., Севостьянова О.Ю. Коллегиальные отношения врача и медицинского психолога в условиях работы соматического стационара // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы. Материалы V международной научно-практической конференции, Саратов, 28–29 апреля 2023 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского. 2023. С. 350-353. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50780178> (дата обращения: 20.06.2024).

174. Яргина, О. А. Клинико-психологическая характеристика язвенной болезни у детей, оптимизация лечения: специальность 14.00.09: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Яргина Ольга Анатольевна. – Екатеринбург, 2009. – 24 с.

175. Ярилин, А. А. Иммунология / А. А. Ярилин - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-1319-7.

176. A 20-year observational cohort of a 5 million patient population - Tonsillectomy rates in the context of two national policy changes / Douglas CM, Altmyer U, Cottom L [et al.] // *Clinical Otolaryngology*. - 2018. - №44(1). – P. 7 - 13. - doi.org/10.1111/coa.13233.
177. Aremu SK. The Impact of Adenotonsillectomy on Health-Related Quality of Life in Paediatric Patients. *J Adv Pediatr Child Health*. 2018;1:006-011.
178. Ahmed J, Arya A. Lasers in Tonsillectomy: Revisited With Systematic Review. *Ear, Nose & Throat Journal*. 2021;100(1 Suppl):14-18. .
179. Albright, J.T. Intra-capsular complete tonsillectomy, a modification of surgical technique to eliminate delayed post-operative bleeding / J.T. Albright, N.O. Duncan, A.M. Smerica [et al.] // *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. – 2020. – Vol. 128. – P. 109703.
180. Andreou N, Hadjisymeou S, Panesar J. Does tonsillectomy improve quality of life in adults? A systematic literature review. *J Laryngol Otol*. 2013;127(4):332-338.
181. A systematic and functional classification of *Streptococcus pyogenes* that serves as a new tool for molecular typing and vaccine development / M. Sanderson-Smith, D. M. P. De Oliveira, M. Batzloff [et al.] // *Journal of Infectious Diseases*. – 2014. – Vol. 210. – No 8. – P. 1325-1338. – DOI 10.1093/infdis/jiu260.
182. Assessment of clinical improvement and quality of life before and after tonsillectomy / Akgun D, Seymour FK, Qayyum A [et al.] // *J. Laryngol. Otol*. - 2009. - № 123(2). – P. 199–202.
183. Baumann I, Kucheida H, Blumenstock G, Zalaman IM, Maassen MM, Plinkert PK. Benefit from tonsillectomy in adult patients with chronic tonsillitis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2006;263(6):556-559.
184. Bernard, K. The genus *Corynebacterium* and other medically relevant coryneform-like bacteria / Bernard K. // *J. Clin. Microbiol*. - 2012. - vol. 50. - № 10. - P. 3152–3158. doi: 10.1128/JCM.00796-12.
185. Bjarnsholt, T. The role of bacterial biofilms in chronic infections / Bjarnsholt T. // *APMIS Suppl*. – 2013. - № 136. - P. 1-51. <https://doi.org/10.1111/apm.12099>.

186. Brook, I. Failure of penicillin to eradicate group A beta-hemolytic streptococci tonsillitis: causes and management / Brook I. // J. Otolaryngology. – 2001. - vol. 30. - P. 324–329.
187. Byron, J.B. Head and Neck Surgery. Otolaryngology / J.B. Byron, J.T. Johnson, S.D. Newlands. – Lippincott Williams & Wilkins, 2006. – 2826 p.
188. Centor, R.M. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room/ R.M. Centor, J.M. Witherspoon, H.P. Dalton [et al.] // Medical Decision Making. – 1981. – Vol. 1, № 3. – P. 239-246.
189. Chen, M.M. Safety of adult tonsillectomy: a population-level analysis of 5968 patients / M.M. Chen, S.A. Roman, J.A. Sosa, [et al.] // JAMA Otolaryngology –Head & Neck Surgery. – 2014. – Vol. 140, № 3. – P. 197-202.
190. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America / Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW [et al.] // Clinical Infectious Diseases. - 2012. - № 9. - P. 1-17. <https://doi.org/10.1093/cid/cis629>.
191. Corynebacterium tuberculostrictum: a potentially misidentified and multiresistant Corynebacterium species isolated from clinical specimens / Hinic V., Lang C., Weisser M. [et al.] // J. Clin. Microbiol. - 2012. - vol. 50. - №. 8. - P. 2561–2567. doi: 10.1128/JCM.00386-12.
192. D8/17 and CD19 Expression on Lymphocytes of Patients with Acute Rheumatic Fever and Tourette's Disorder / Weisz JL, McMahon WM, Moore JC [et al.] // Clin Diagn Lab Immunol. – 2004. - № 11(2). – P. 330-336. - DOI: 10.1128/CDLI.11.2.330-336.2004.
193. Dale, RC. Post-streptococcal autoimmune disorders of the central nervous system / Dale RC // Dev Med Child Neurol. - 2005. - № 47 (11). – P. 785–91.
194. Evidence of inherited susceptibility of increased streptococcal adherence to pharyngeal cells of children with rheumatic fever / Hafes M., El-Battory M.F., Hawas S. [et al.] // Brit J Rheumatol. – 1989. - № 28. - P. 304-309.

195. Haanes, E.J. Architecture of the vir regulons of group A streptococci parallels opacity factor phenotype and M protein class / Haanes E.J., Heath D.G., Cleary P.P. // J Bacteriol. - 1992. - № 174. – P. 4967-4976.
196. Heubi, C. PANDAS: pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections--an uncommon, but important indication for tonsillectomy / Heubi C, Shott SR // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. - 2003. -№ 67 (8). – P. 837–840.
197. Hoddeson, E.K. Adult tonsillectomy: Current indications and outcomes /E.K. Hoddeson, C. G. Gourin // Otolaryngology-Head and Neck Surgery. – 2009. – Vol.140 – P. 19-22.
198. Houborg HI, Klug TE. Quality of life after tonsillectomy in adult patients with recurrent acute tonsillitis: A systematic review. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2022;279(6):2753-2764. EDN: IJYQQU
199. Influence of tonsillectomy on the progression of mesangioproliferative glomerulonephritis. / Piccoli A., Codognotto M., Tabbi M.G. [et al.] // Nephrol Dial Transplant. - 2010. № 25(8). - P. 2583-2589.
200. Kim, JY. Clinical study on the efficacy of tonsiloadenoidectomy / Kim JY, Lee CH // Acta Otolaryngol Suppl. – 1988. - № 454. – P. 265–72.
201. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness // Cameron L.D., Leventhal H. (Eds.). The self-regulation of health and illness behavior. - Routledge: New York. - 2003. - P. 42-65.
202. Microbiological investigation and clinical significance of *Corynebacterium* spp. In respiratory specimens / Nhan T.X., Parienti J.J., Badiou G. [et al.] // Diagn. Microbiol. and Infect. Disease. - 2012. - vol. 74. - P. 236–241. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2012.07.001.
203. Millington, AJ. Current trends in tonsillitis and Tonsillectomy / Millington AJ, Phillips JS // The Annals of The Royal College of Surgeons of England. – 2014. - № 96(8). - P.586-589. - doi.org/10.1308/003588414x13946184901966.
204. Mitchell R.B., Sanford M.A., Stacey L.I., Rosenfeld R.M., Coles S., Finestone S.A., Friedman N.R., Giordano T., Hildrew D.M., Kim T.W., Lloyd R.M.,

Parikh S.R., Shulman S.T., Walner D.L., Walsh S.A., Nnacheta L.C. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children. (Update) Otolaryngology.- Head and Neck Surgery. 2019; Vol. 160(IS): S1—S42.

205. Molecular mapping to species level of the tonsillar crypt microbiota associated with health and recurrent tonsillitis / Jensen A., Fagö-Olsen H., Sørensen C.H., Kilian M. // PLOS One. - 2013. - vol. 8. - № 2. - P. e56418. doi: 10.1371/journal.pone.0056418.

206. Mui, S. Jr. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in adults /Mui S, Rasgon BM, Hilsinger RL // Laryngoscope. – 1998. - № 108(9). – P. 1325–8.

207. Nephritis-associated plasmin receptor and acute poststreptococcal glomerulonephritis: Characterization of the antigen and associated immune response / Yoshizawa N, Yamakami K, Fujino M [et al.] // J Am Soc Nephrol. - 2004. - № 15. – P. 1785-1793. DOI: 10.1097/01.ASN.0000130624.94920.6B.

208. Nishino, Y. The potentially therapeutic role of tonsillectomy in the alleviation of several renal diseases apart from IgA nephropathy / Y. Nishino, T. Enya, K. Miyazaki [et al.] // Medical Hypotheses. – 2021. – Vol. 146. – P. 110405. – doi: 10.1016/j.mehy.2020.110405.

209. Non-diphtheriae *Corynebacterium* species: an emerging respiratory pathogen / Diez-Aguilar M., Ruiz-Garbajosa P., Fernandez-Olmos A. [et al.] // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Disease. - 2012. - vol. 32. - №. 6. - P. 769–772. doi: 10.1007/s10096-012-1805-5.

210. Norrby-Teglund, A. Varying titers of neutralizing antibodies to streptococcal superantigens in different preparations of normal polyspecific immunoglobulin G: implications for therapeutic efficacy / Norrby-Teglund A., Basma H., Andersson J. // Clin Infect Dis. - 1998. - № 26. – P. 631-638.

211. Paradise J.L., Bluestone C.D., Colborn D.K., et al. Tonsillectomy and adenotonsillectomy for recurrent throat infection in moderately affected children. Pediatrics. 2002; 110:7—15.

212. Park, H.S. Membranous cells in nasal-associated lymphoid tissue: a portal of entry for the respiratory mucosal pathogen group A streptococcus / Park H.S. // *J Immunol.* – 2003. - № 171. – P. 2532-2537.
213. Phylogenetic analysis of the genus *Corynebacterium* based on 16SrRNA gene sequences / Pascual C., Lawson P.A., Farrow J.A. [et al.] // *Int. J. Syst. Bacteriol.* – 1995. - vol. 45. - № 4. - P. 724–728. doi: 10.1099/00207713-45-4-724.
214. Post-streptococcal reactive myalgia: a novel syndrome secondary to infection with group A or G streptococci / Jansen T.L., Jansen M., Macfarlane J. D., De Jong A. J. L. // *Brit J Rheumatol.* - 1998. - № 37. – P. 1343-1348. (102)
215. Proft, T. Superantigenes: just like peptides only different / Proft T., Fraser J. // *J Exp Med.* - 1998. - № 187. – P. 819-821.
216. Quality of life after tonsillectomy in adults with recurrent or chronic tonsillitis / Witsell DL, Orvidas LJ, Stewart MG, [et al]// *Otolaryngol Head Neck Surg.* - 2008. - 138(1 Suppl). - S1–8.
217. Quality-of-life effect of tonsillectomy in a young adult group / Richards AL, Bailey M, Hooper R, Thomson P // *A N Z J Surg.* - 2007. - № 77(11). - 988–90.
218. Randel A. Guidelines for tonsillectomy in children and adolescents. *Am. Fam. Physician.* - 2011; Sept 1, 84 (50), 566-5–73.
219. Rodriguez-Iturbe, B. The current state of poststreptococcal glomerulonephritis / B. Rodriguez-Iturbe, J. M. Musser // *Journal of the American Society of Nephrology : JASN.* – 2008. – Vol. 19. – No 10. – P. 1855-1864. – DOI 10.1681/ASN.2008010092.
220. Rubie I, Haighton C, O'Hara J, Rousseau N, Steen N, Stocken DD, Sullivan F, Vale L, Wilkes S, Wilson J. The NAtional randomised controlled Trial of Tonsillectomy IN Adults (NATTINA): A clinical and cost-effectiveness study: study protocol for a randomised control trial. *Trials.* 2015;16:263.
221. Scott, A. Hot techniques for tonsillectomy / Scott A. // *Issues Emerg Health Technol.* – 2006. - № 93. – P. 1–6.
222. Sinus microbiome diversity depletion and *Corynebacterium tuberculo*stearicum enrichment mediates rhinosinusitis / Abreu N.A., Nagalingam N.A.,

Song Y. [et al.] // Science Transl. Medicine. - 2012. - vol. 4. - № 151. - P. 124 -151. doi: 10.1126/scitranslmed.3003783.

223. Stevens, D. Streptococcal infections. Clinical aspects, microbiology and molecular pathogenesis/ Stevens D., Kaplan E. // New York Oxford University Press. - 2000. – P. - 102-132.

224. Stoolmiller, A.C. The biosynthesis of hyaluronic acid bi Streptococcus / Stoolmiller A.C., Dorfman A. // J Biol Chem. – 1969. - № 244. – P. 236-246.

225. Susaman N, Kaygusuz I, Karlıdag T, Keles E, Yalcın S, Cilibas RE. Risk Factors for Post-Tonsillectomy Hemorrhage. ENT Updates. 2018;8(2):114-119.

226. Wijayasingam, G. Day case adenotonsillectomy for paediatric obstructive sleep apnoea: a review of the evidence / G. Wijayasingam, P. Deutsch, M. Jindal // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 2018. – Vol. 275, № 9. – P. 2203-2208. – doi: 10.1007/s00405-018-5071-8.

227. Windfuhr, J.P. Tonsil surgery in Germany: rates, numbers and trends / J.P. Windfuhr // Laryngo-rhino-otologie. – 2016. – Vol. 95. – P. S88-S109.

228. <https://www.lens.org> (дата обращения: 14.04.2024).