

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

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Киров, Москва - 2025

Работа выполнена в ФГБОУВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, в  
ФГАОУВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России.

#### **Научные руководители:**

**Храбриков Алексей Николаевич** - доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры госпитальной хирургии по курсу «Оториноларингология» ФГБОУВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России.

**Запесоцкая Ирина Владимировна** - доктор психологических наук, доцент, заведующий кафедрой когнитивных наук ИКПСР, директор Департамента сопровождения образовательных программ ФГАОУВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

#### **Официальные оппоненты:**

**Овчинников Андрей Юрьевич** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБОУВО «Российский университет медицины» Минздрава России

**Лукьянов Владимир Викторович** - доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры логопедии, олигофренопедагогики и основ специального образования ФГБОУВО «Курский государственный университет»

**Ведущая организация:** ФГБОУВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202 г. на заседании диссертационного совета 68.1.006.01. ФГБУ НМИЦ оториноларингологии ФМБА России по адресу: 123182 Москва, Волоколамское ш., 30/2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ НМИЦ оториноларингологии ФМБА России по адресу: 123182 Москва, Волоколамское ш., 30/2, и на сайте [www.otolar-centre.ru](http://www.otolar-centre.ru)

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202 г.

Ученый секретарь  
Диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук  
Коробкин Артем Сергеевич

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### **Актуальность темы исследования**

Хронический тонзиллит (ХТ) - одна из актуальных проблем современной оториноларингологии [Крюков А.И., 2009; Абдулкеримов Х.Т., 2020]. Во второй половине 20 века были проведены фундаментальные исследования лимфоэпителиального глоточного кольца Вальдейера-Пирогова академиками Преображенским Б.С., Пальчуном В.Т., Солдатовым И.Б., а также другими исследователями. Были изучены механизмы патогенеза ХТ, выявлена роль бета-гемолитического стрептококка группы А (БГСА), взаимосвязь небных миндалин (НМ) с другими органами [Пальчун В.Т., 2018]. 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 [Пальчун В.Т., 2013].

На рубеже XX-XXI веков взгляды оториноларингологов на проблему ХТ изменились. Возник тренд об уникальной роли НМ в иммунной системе [Гаращенко Т.И., 1999; Быкова В.П., 2003; Крюков А.И., 2009; Пальчун В.Т., 2018; Абдулкеримов Х.Т., 2020]. Поэтому стали развиваться консервативные органосохраняющие методики лечения, тонзиллэктомии (ТЭК) стали проводиться реже [Пальчун В.Т., 2013, 2018; Крюков А.И., 2005, 2013].

В результате этого возник рост числа сопряжённых с ХТ заболеваний, в частности, местных - паратонзиллярных и парафарингеальных абсцессов (ПТА и ПФА). Поэтому, в первой четверти 21 века вновь обострилась проблема хронической патологии НМ [Крюков А.И., 2013; Millington A.J., 2014].

По настоящее время среди оториноларингологов нет единства в отношении взглядов на классификацию и лечение ХТ.

Безусловно, мы наблюдаем недостаточную эффективность работы амбулаторно-поликлинического звена: дефицит оториноларингологов, подчас формально осуществляемое диспансерное наблюдение больных с ХТ [Пальчун В.Т., 2013, 2018; Крюков А.И., 2005, 2013]. Анализ лечебно-диагностической тактики при ХТ в условиях крупного города проведен, предложенные меры дали результативны

[Крюков А.И., 2019]. Но в регионах, удаленных от центра, имеются специфические условия, которые необходимо учитывать: отсутствие НИИ федерального уровня по профилю оториноларингология, трудности в получении специализированной медицинской помощи пациентами из-за удаленности их места жительства от многопрофильных ЛПУ, и низкой укомплектованности их кадрами. Мало изучено влияние ХТ на психологические особенности пациентов, качество жизни, отношение к заболеванию, приверженность к лечению, а это, безусловно, находит отражение в лечебном процессе [Heubi С., 2003; Рязанцев С.В., 2019; Артюшкин С.А., 2020].

При многих других соматических заболеваниях приверженность к лечению, отношение к заболеванию, качество жизни пациентов подробно изучены, учитываются в лечебном процессе, что положительно влияет на его эффективность [Астахова Н.А., 2004; Бочкарева Ю.В., 2004; Боговин Л.В., 2007; Шайбакова Л.Р., 2008; Власова О.Л., 2010; Жук Е.А., 2011; Ким И.А., 2022].

**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.

3. 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.), Этической комиссией ИКПСР ФГАОУВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Протокол

№22 от 20.03.2024) 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.), Учёным советом ИКПСР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Протокол №7 от 19.03.2024). 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 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России от 05.09.2024 г., актом проверки первичной документации ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 05.09.2024 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 и №3 КОГБУЗ «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 ФГБОУВО 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 (С.-Петербург, 23-25 апреля 2019 г.), III Всероссийском конгрессе национальной медицинской ассоциации оториноларингологов (Н. Новгород, 20-22 ноября 2019

г.), IX Петербургском международном форуме оториноларингологов России (С.-Петербург, 5-7 октября 2020 г.), XX съезде оториноларингологов России (Москва, 6-9 сентября 2021 г.), X Петербургском форуме оториноларингологов России (27-29 октября 2021 г., видео-доклад); на научно-практической конференции, посвященной 95-летию ЛОР-службы Кировской области «Актуальные вопросы патологии уха и верхних дыхательных путей» (Киров, 26 октября 2018 г.), на научно-практической конференции, посвященной 100-летию ЛОР-службы Кировской области «Актуальные вопросы оториноларингологии» (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 01.10.2024 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.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материал, объекты и методы исследования**

#### **1. Материал 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 г. Киров в 2009-2023 гг.: 1076 – в КОГБУЗ «Областная клиническая больница», 563 – в КОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», в 2948 - КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9».

#### **2. Объекты (участники) исследования**

300 больных с ХТ (105 мужчин, 195 женщин, от 18 до 63 лет, средний возраст  $30,65 \pm 9,8$  лет. Среди них было 76 человек с КФ ХТ (14 мужчин, 62 женщины), 224 человека с ДФ ХТ (91 мужчина, 133 женщины). Среди пациентов с ДФ ХТ 71

человек поступил экстренно с осложнением - ПТА (36 мужчин, 30 женщин), ПФА (2-е мужчин, 3 женщины), остальные поступили в плановом порядке.

#### **Критерии включения пациентов в исследование:**

Наличие ХТ с длительностью заболевания не менее 1 года (диагноз ставился по классификации И.Б. Солдатова 1978 г.); для планово поступивших пациентов согласие на психологическое тестирование; отсутствие иной соматической патологии, способной влиять на психологическое состояние пациента; отсутствие психической патологии, умственной отсталости, подтвержденной фактом обращения к психотерапевту, психиатру.

#### **Критерии исключения из исследования:**

Психические заболевания (коды F01–F99 по МКБ-10), прием психотропных препаратов.

#### **Условия проведения и продолжительность исследования**

В исследовании приняли участие пациенты с ХТ, госпитализированные экстренно и планово в оториноларингологическое отделение КОГКБУЗ «Кировская городская больница №9» г. Киров в 2018-2023 гг.

#### **Методы исследования**

##### **Клиническое обследование пациентов с ХТ**

Общеклиническое обследование, стандартный осмотр ЛОР-органов.

##### **Лабораторные и инструментальные методы обследования**

Общий анализ крови, мочи, СОЭ, кровь на общий билирубин, креатинин, глюкозу, маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ, сифилис, определение группы крови и резус-фактора, МНО, протромбиновый индекс и протромбиновое время, АЧТВ, уровень АСЛО, РФ, СРБ; ЭКГ, флюорография органов грудной клетки; микробиологическое исследование содержимого из лакун НМ, абсцессов ротоглотки.

#### **Лечение**

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 3-4 полноценных курса консервативного лечения без клинического улучшения и пациенты с ДФ по ПТА, ПФА, сопряженным заболеваниям поступали на плановое хирургическое лечение – двустороннюю ТЭК.

Пациентам с ДФ ХТ, госпитализированным экстренно с ПТА или ПФА, под местной анестезией или общим наркозом проводилось вскрытие абсцесса, или абсцесстонзиллэктомия (АТЭК). Также они получали антибактериальную терапию.

ТЭК и АТЭК проводились по классической технике холодным инструментарием под местной инфильтрационной анестезией 1% новокаином (с седацией промедолом, сибазоном или без нее) или с тотальной внутривенной анестезией с ИВЛ и установкой роторасширителя. Интраоперационный гемостаз осуществлялся прижатием марлевого шарика к раневой поверхности, сшиванием небных дужек с марлевым тампоном или без него, коагуляцией кровоточащих сосудов с помощью аппарата «Сургитрон».

### **Экспериментально-психологическое обследование**

В день планового поступления пациента в оториноларингологическое отделение осуществлялось комплексное экспериментальное исследование, включавшее батарею тестов: краткий опросник ВОЗ для оценки качества, методику ТОБОЛ - для выявления типа отношения к болезни, российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25).

### **Методы статистического анализа**

Статистический анализ данных проводился с помощью программ Microsoft Office Excel 2016 и AtteStat 12.0.5. Количественные показатели, распределение которых отличалось от нормального, описывались при помощи значений медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей ( $Q_1$ - $Q_3$ ), интерквартильного размаха (ИКР). Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости  $p \leq 0,05$ .

Дизайн исследования представлен на Рисунке 1.

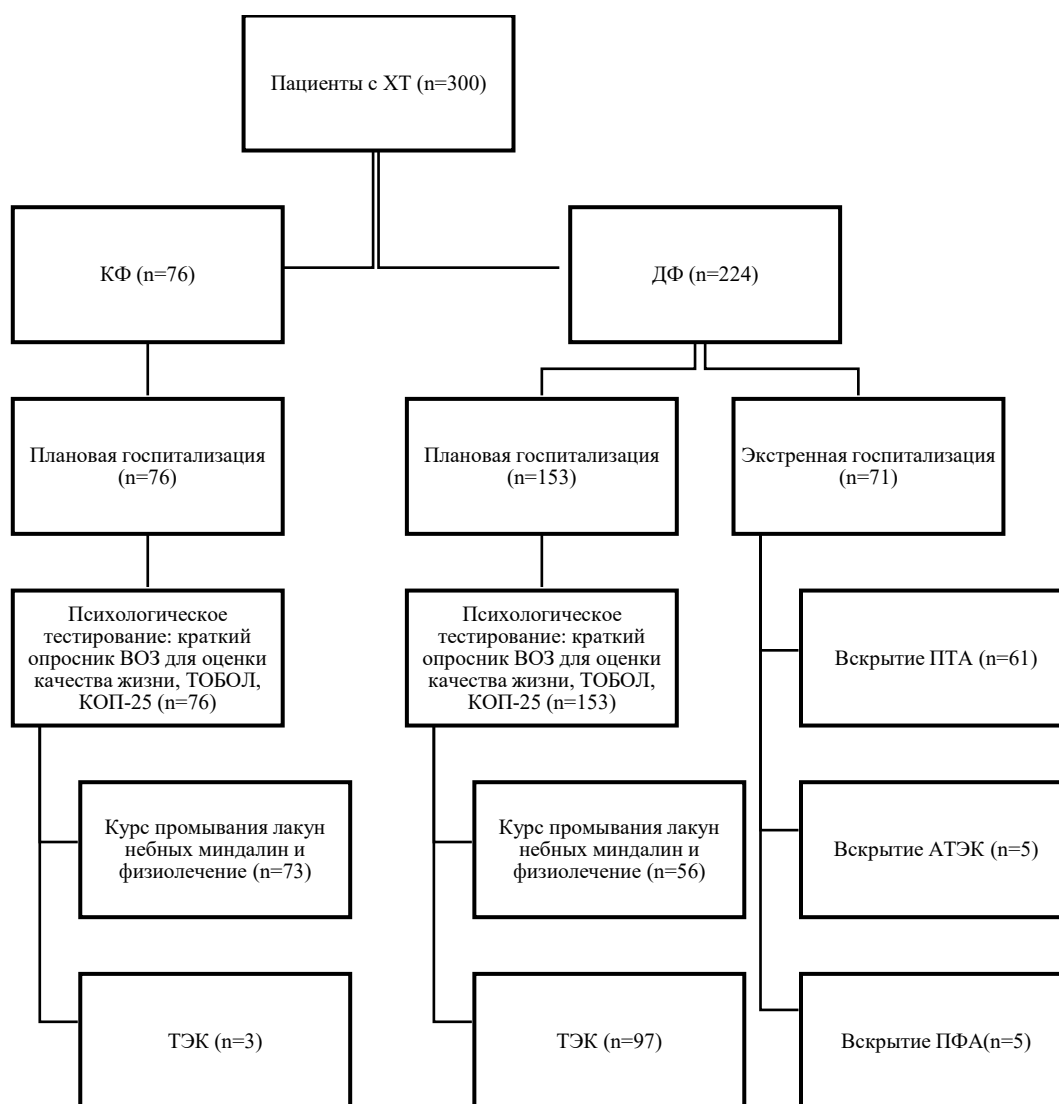
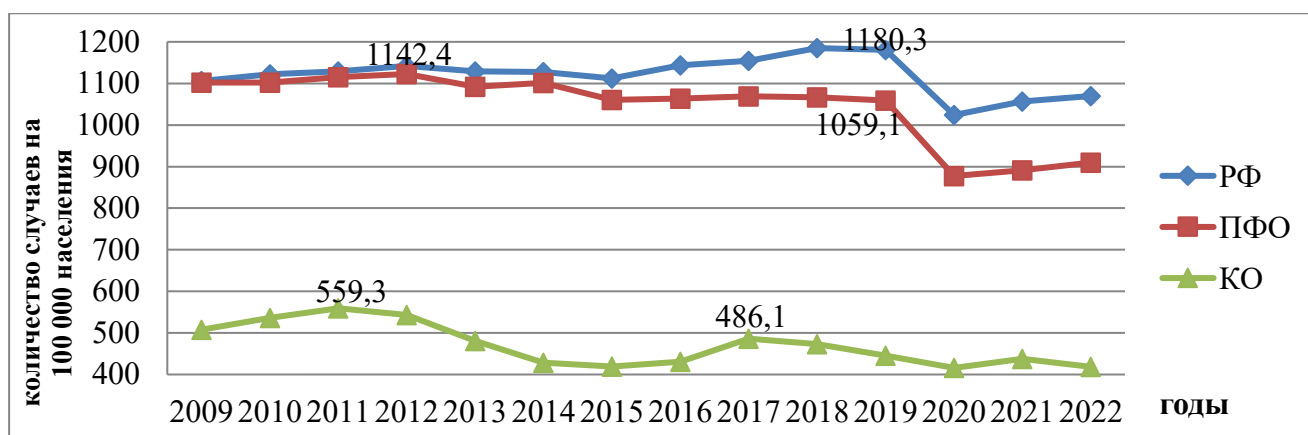


Рисунок 1 – Дизайн исследования

## РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

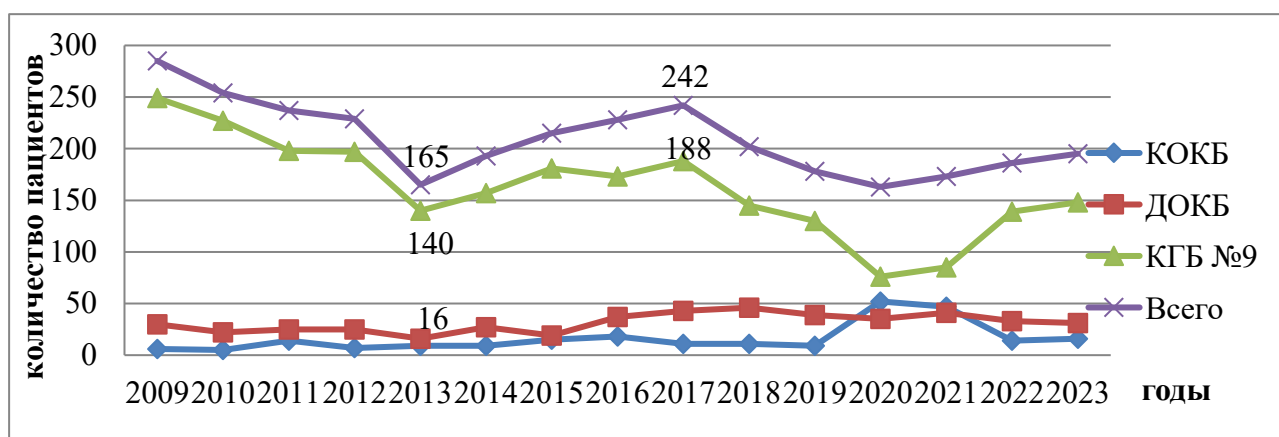
Анализ данных ежегодных сборников статистических материалов ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ выявил следующее. Показатели общей заболеваемости хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА в Кировской области с 2009 по 2022 гг. оказались в 1,5-2 раза ниже, чем в целом по Российской Федерации и по Приволжскому федеральному округу (Рисунок - 2). Аналогичное соотношение получено среди взрослых, а также по показателям первичной заболеваемости всего населения и отдельно взрослых (Критерий Краскела-Уоллиса,  $p < 0,05$ ).



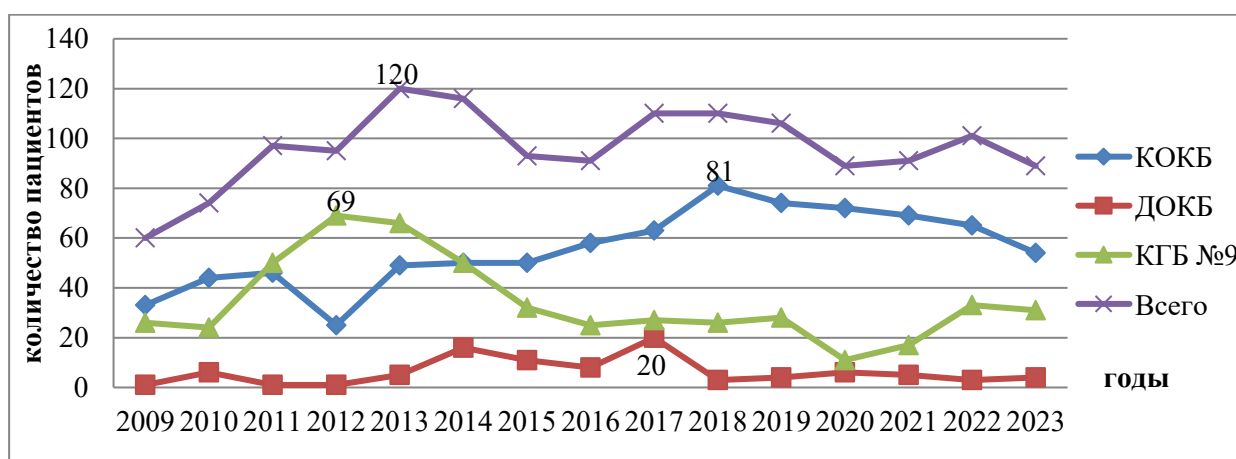
**Рисунок 2 - Общая заболеваемость по годам всего населения Российской Федерации, Приволжского федерального округа, Кировской области хроническими болезнями миндалин и аденоидов, ПТА по данным ЦНИИОИЗ (количество случаев на 100000 населения)**

Анализ медицинских карт стационарного больного (форма №003/у) оториноларингологических стационаров г. Киров показал, что за период 2009-2023 гг. основное количество пациентов с диагнозом ХТ (64,3% - 2948 из 4587) проходило лечение в оториноларингологическом отделении КОГКБУЗ «КГБ №9», оказывающем экстренную и неотложную помощь пациентам с оториноларингологической патологией, т.к. на лечение поступали в основном пациенты с ХТ, осложненным 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 (Рисунки 3, 4).



**Рисунок 3 - Общее количество пациентов с диагнозом ХТ ДФ, осложненный ПТА, ПФА, поступивших в оториноларингологические отделения стационаров г. Киров за 2009-2023 гг.**



**Рисунок 4 - Количество пациентов с диагнозом ХТ, которым была выполнена ТЭК в оториноларингологических отделениях стационаров г. Киров за 2009-2023 гг.**

### 3.4. Результаты клинического обследования

#### Сопряженные заболевания

3,6% из всей совокупности принявших участие в исследовании пациентов с ДФ ХТ имели сопряженные заболевания (8 человек), среди них лидирует постстрептококковая артропатия, обнаружена у 1,8% пациентов (4 человека).

#### Сопутствующие заболевания

Из сопутствующих хронических заболеваний у пациентов с ХТ наиболее часто встречалась неврологическая патология – у 9,3% (28 человек).

## **Анамнез заболевания**

Продолжительность заболевания ХТ составила 5 (ИКР: 3-9,5) лет. Из всех принявших участие в исследовании пациентов с ХТ у 42 человек (14%) не было перенесенных ангин в анамнезе. Среди больных с ДФ ХТ 37 пациентов (16,5%) ранее перенесли минимум по 1 эпизоду ПТА.

## **Лабораторные исследования**

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) реже [Борисова О.Ю., 2015]. 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 [Мальцева Г.С., 2008]. Полимикробный спектр содержимого лакун НМ по данным Гофман В.В. и Дворянчикова В.В. встречается в 41,3% случаев [Гофман В.В., Дворянчиков В.В., 2008].

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% [Борисова О.Ю., 2015].

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%) [Борисова О.Ю., 2015].

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* [Мальцева Г.С., 2008]. 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%) [Гофман В.В., Дворянчиков В.В., 2008].

Наиболее высокие показатели антибиотикочувствительности *Staphylococcus aureus*, выделенных из лакун НМ у планово госпитализированных пациентов с КФ и ДФ ХТ, – 100% - были к линезолиду. К цефтриаксону – 82 и 79% соответственно, к - эритромицину – 84 и 81%, к – левофлоксацину – 95 и 93%.

При микробиологическом исследовании содержимого ПТА и ПФА у пациентов с ДФ ХТ, экстренно поступивших, БГСА не был высеян, ассоциаций микроорганизмов не 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. [Гуров А.В., 2024], были зарегистрированы только микробные ассоциации. Часть спектра выявленных в нашем исследовании микроорганизмов совпадала с данными, полученными Гуровым А.В. и др. [Гуров А.В., 2024]: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus mitis*. По другим видам микроорганизмов совпадений не было.

По данным Новосельцевой Т.Д. и др. (г. Воронеж) самым часто встречаемым возбудителем, вызывающим ПТА в 2021 г., был *Staphylococcus aureus* (в 58,1% случаев) [Новосельцева Т.Д., 2022]. 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%.

### **Результаты проведенного лечения**

Промывание лакун НМ фурацилином по Белоголову Н.В. проводилось у 96% пациентов с КФ (73 человека) и у 37% планово поступивших пациентов с ДФ ХТ (56 человек).

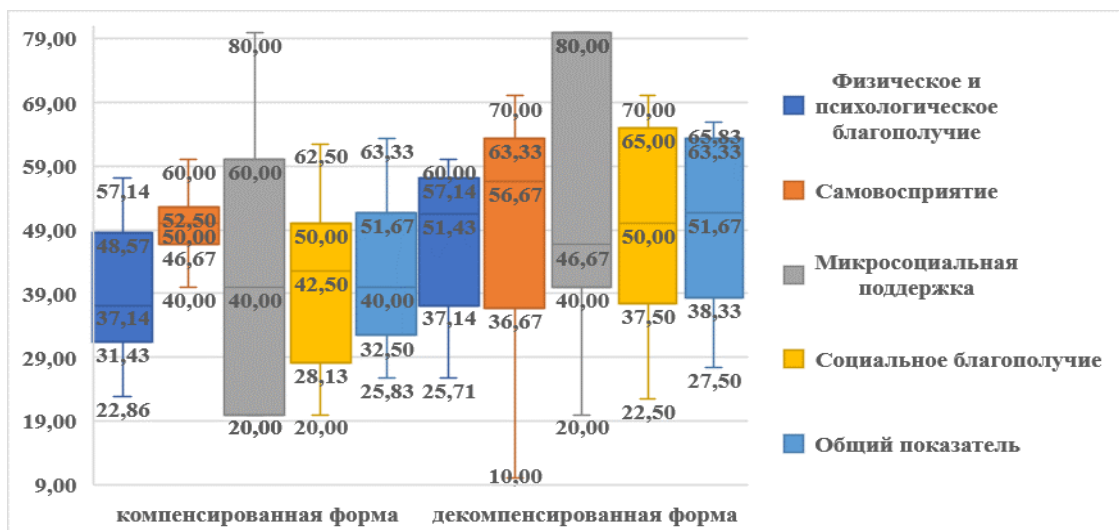
Характеристика проведенного хирургического лечения среди пациентов представлена в Таблице 1.

**Таблица 1 – 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)	-	-	-

### **Результаты исследования по методике краткий опросник ВОЗ для исследования качества жизни**

Результаты исследования по методике краткий опросник ВОЗ для исследования качества жизни представлены на Рисунке 5.

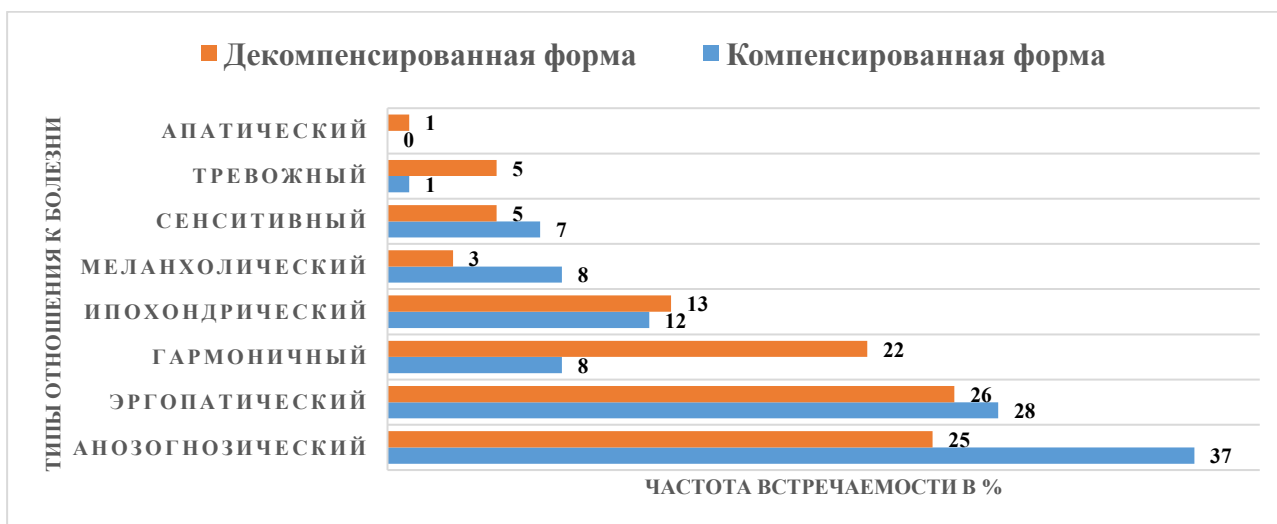


**Рисунок 5 - Диаграмма: медианы, нижний и верхний квартили, максимальные и минимальные значения сфер качества жизни пациентов с КФ и ДФ ХТ**

У пациентов с КФ оказались статистически достоверно ниже, чем у пациентов с ДФ, такие показатели как физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие, общий показатель качества жизни (Рисунок 5) (критерий Манна-Уитни,  $p < 0,05$ ).

### **Результаты исследования типа отношения к болезни по методике ТОБОЛ**

Результаты исследования по методике ТОБОЛ представлены на Рисунке 6.

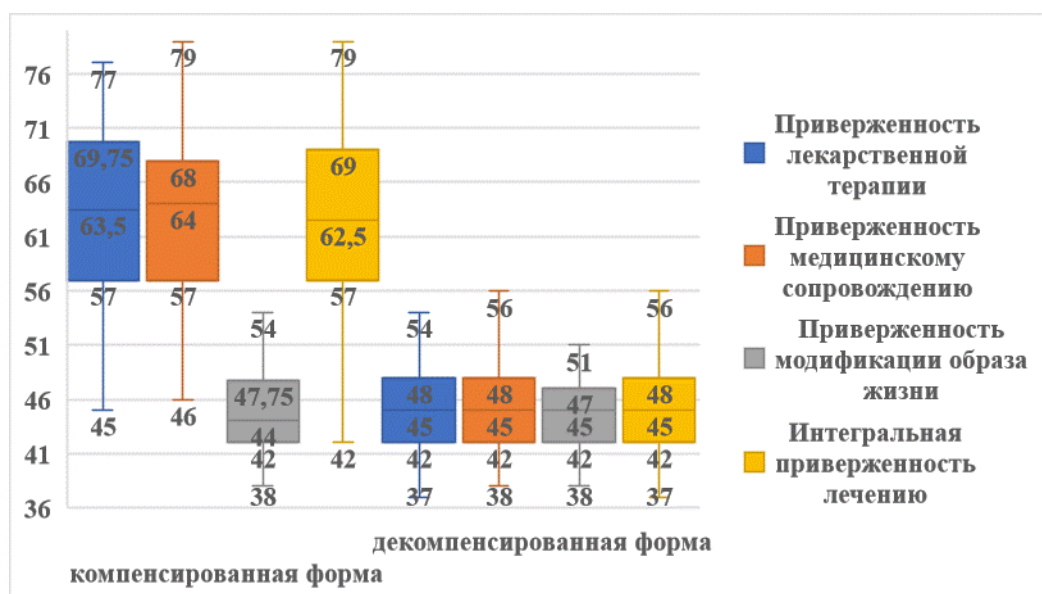


**Рисунок 6 - Диаграмма: частота встречаемости типа отношения к болезни в зависимости от степени компенсации ХТ, %**

Среди пациентов с КФ ХТ наиболее часто обнаруживается в смешанном и чистом виде анозогнозический тип отношения к болезни (у 36,8% обследованных

- 28 человек). Эргопатический тип отношения к болезни у пациентов с ДФ ХТ встречается чаще других как в чистом, так и в смешанном виде (у 26,1% 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 выявляется гармоничный тип, соответственно 22,2% и 7,9% (точный критерий Фишера= 2,689,  $p = 0,004$ ).

Показатели приверженности к лечению пациентов с КФ и ДФ ХТ представлены на Рисунке 7.



**Рисунок 7 - Диаграмма: медианы, верхний и нижний квартили, максимальные и минимальные значения параметров приверженности лечению пациентов с КФ и ДФ ХТ**

У пациентов с КФ ХТ оказались статистически достоверно выше, чем у пациентов с ДФ (Рисунок 7), следующие показатели: приверженность лекарственной терапии, приверженность медицинскому сопровождению, интегральная приверженность лечению (критерий Манна-Уитни,  $p < 0,05$ ).

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

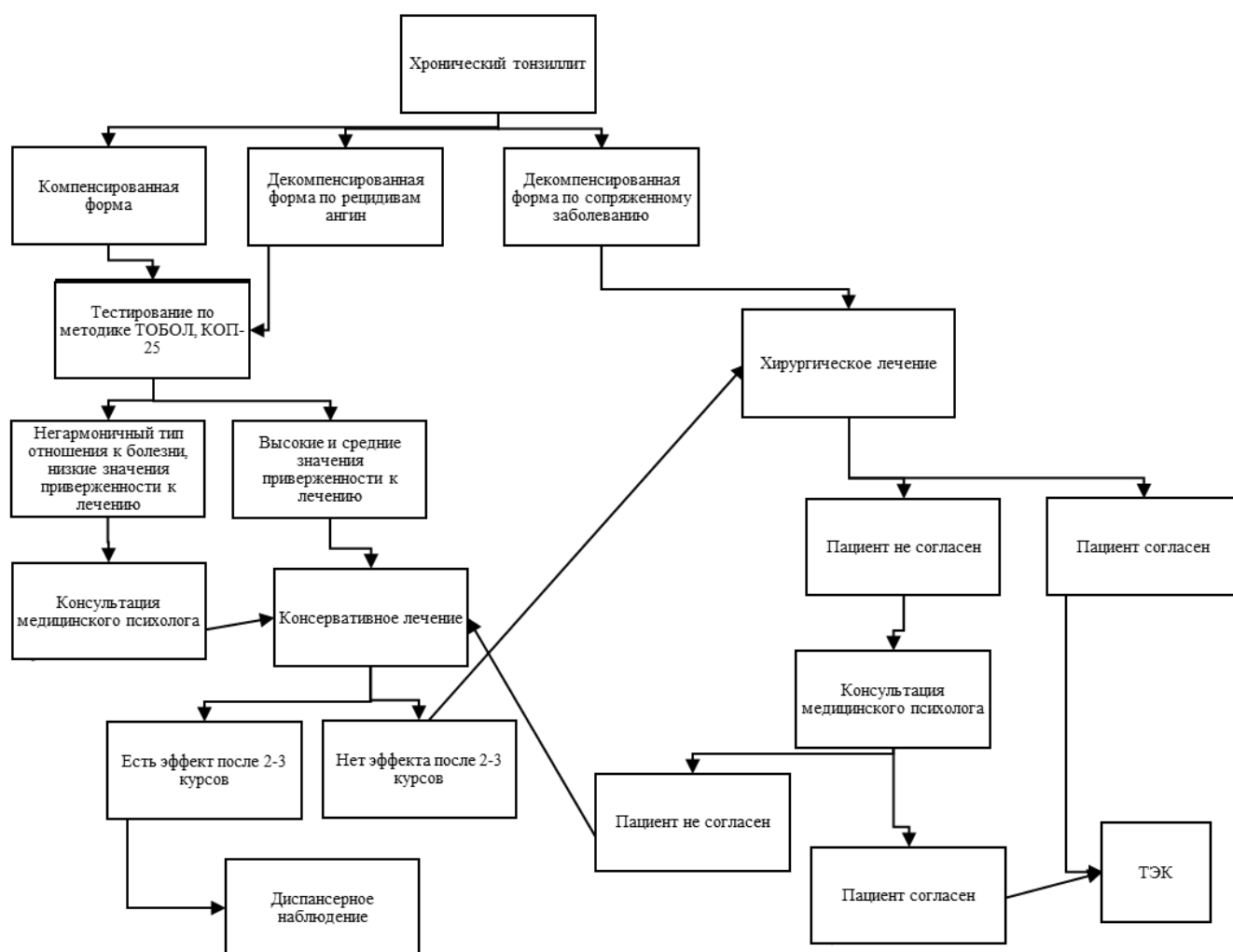
У пациентов с КФ и ДФ ХТ выявлена умеренная обратно пропорциональная взаимосвязь между частотой возникновения жалоб на дискомфорт в горле, боль в горле, галитоз и показателями качества жизни: самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие, общий показатель качества жизни (Коэффициент Спирмена  $0,3-0,5$ ;  $p < 0,05$ ).

### **Алгоритм лечения пациентов с ХТ с учетом клинико-психологических особенностей.**

Тактика лечения пациентов с ХТ согласно классификации ХТ Солдатов И.Б. (1978 г.) позволяет добиться соматического благополучия у пациентов. Трудности возникают с его реализацией. Кроме организационных проблем, препятствием становятся некоторые психологические особенности пациентов с ХТ. Для их выявления мы предлагаем методику ТОБОЛ и КОП-25. Пациентам, имеющим низкие показатели по шкалам опросника КОП-25, тип отношения к болезни, отличный от гармоничного, требуется консультация медицинского психолога.

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. Консультирование медицинским психологом способствует формированию адекватной состоянию пациента внутренней картины болезни, принятию рекомендаций врача, поможет побороть внутренние страхи, изменить его отношение к заболеванию и лечению, убедить в регулярности его проведения или, если есть показания, в необходимости операции.

Мы предлагаем лечебно-диагностический алгоритм при ХТ с учетом клинико-психологических особенностей пациентов (Рисунок 8).



**Рисунок 8 - Лечебно-диагностический алгоритм при хроническом тонзиллите с учетом клинико-психологических особенностей пациентов.**

## 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 ангин) 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 ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**

1. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н.** / Клинико-психологические особенности больных хроническим тонзиллитом // Российская оториноларингология. -2018 г.- №5.- С. 14-20.

2. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н., Новгородцева И.В., Санникова Ю.П.** / Взаимосвязь токсико-аллергических проявлений хронического тонзиллита и личностных особенностей пациентов // Вятский медицинский вестник. -2019 г.-№4 (64)-С. 70-76.

3. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н.** / Личностные особенности пациентов с токсико-аллергической формой 2 хронического тонзиллита // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. -2021 г.-Т.27, №4.-С. 20-28.

4. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н.** / Соматопсихологический компонент патогенеза хронического тонзиллита как предиктор низкой приверженности пациентов к лечению // Оториноларингология. Восточная Европа. -2022 г.-Т.12, №2.-С. 164-171.

5. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н., Сотников В.А., Никишина В.Б.** / Качество жизни, отношение к болезни, приверженность к лечению пациентов с хроническим тонзиллитом // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. -2024 г.- №47(3). -С. 11–32.

6. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н., Сотников В.А., Запесоцкая И.В.** Взаимосвязь качества жизни, отношения к болезни, приверженности лечению у пациентов с различными формами хронического тонзиллита. Вестник психотерапии. -2024 г.- №91.-С. 50-63.

7. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н., Сотников В.А., Запесоцкая И.В., Симоненко И.А.** / Индивидуально-психологические особенности приверженности к лечению у пациентов с компенсированной и декомпенсированной формами хронического тонзиллита // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. -2024 г.-Т. 12, №4(47). -С. 299-314.

8. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н.** / Хронический тонзиллит и местные сопряженные с ним заболевания в Кировской области, региональные аспекты // Актуальные вопросы патологии уха и верхних дыхательных путей: материалы научно-практической конференции, посвященные 95-летию ЛОР-службы Кировской области. Киров. -2018 г.-С. 15-22.

9. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н.** / Влияние токсико-аллергической компоненты хронического тонзиллита на личностные особенности пациентов // VIII Петербургский международный форум оториноларингологов России. Материалы. Санкт-Петербург. -2019 г.-С. 194-195.

10. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н.** /Воздействие токсико-аллергических реакций при хроническом тонзиллите на личностные особенности пациентов // Сборник тезисов VII междисциплинарного конгресса по заболеваниям органов головы и шеи с международным участием. Москва. -2019 г.-С. 31.

11. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н.** / Клинико-психологические особенности пациентов с различными формами хронического тонзиллита. III Всероссийский конгресс национальной медицинской ассоциации оториноларингологов России // Материалы конференции «Актуальные вопросы оториноларингологии». Нижний Новгород. -2019 г.-С.21-22.

12. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н.** / Личностные особенности пациентов с хроническим тонзиллитом до и после хирургического лечения // IX Петербургский международный форум оториноларингологов России. Материалы. Санкт-Петербург. -2020 г.-С. 174-176.

13. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н.** / Практическая значимость клинико-психологических особенностей пациентов с хроническим тонзиллитом при выборе тактики лечения // Материалы XX съезда оториноларингологов России. Москва. - 2021 г.-С. 246-248.

14. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н.** / Лечебно-диагностический алгоритм при хроническом тонзиллите с учетом клинико-психологических особенностей пациентов // X Петербургский форум оториноларингологов России. Материалы. Санкт-Петербург. -2021 г.-С. 79-80.

15. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н.** / Значимость клинико-психологических особенностей пациентов с хроническим тонзиллитом при выборе тактики лечения. XI Петербургский форум оториноларингологов России // Материалы научной конференции «Актуальные вопросы оториноларингологии на современном этапе». Санкт-Петербург: Полифорум Групп. -2022 г.-С. 113-114.

16. **Белоусов А.А., Храбриков А.Н.** / Актуализация лечебно-диагностического алгоритма при хроническом тонзиллите, учитывающего клинико-психологические характеристики пациентов // Материалы научной конференции «Актуальные вопросы оториноларингологии на современном этапе». IV Всероссийский конгресс

Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов России. Казань – Санкт-Петербург: Полифорум Групп. -2022 г.-С 60.

17. Храбриков А.Н., Белоусов А.А. / Современные аспекты проблемы хронического тонзиллита // ФГБОУ ВО "Кировский государственный медицинский университет" Минздрава России. Киров. -2023 г. – 108 с.

18. Белоусов А.А., Храбриков А.Н. / Клинико-психологическая характеристика пациентов с хроническим тонзиллитом в зависимости от формы заболевания // Актуальные вопросы оториноларингологии: Материалы научно-практической конференции, посвященной 100-летию оториноларингологической службы Кировской области. ФГБОУ ВО "Кировский государственный медицинский университет" Минздрава России. Киров. -2023г.-С. 44-54.

### **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

**АТЭК** – абсцесстонзиллэктомия

**ВОЗ КЖ** – краткий опросник ВОЗ для исследования качества жизни

**НМ** – небные миндалины

**ПТА** – паратонзиллярный абсцесс

**ПФА** – парафарингеальный абсцесс

**КФ** – компенсированная форма хронического тонзиллита

**ДФ** – декомпенсированная форма хронического тонзиллита

**ТЭК** – тонзиллэктомия

**ХТ** – хронический тонзиллит

**ЭКГ** – электрокардиография