

ряда, эритромицину, гентамицину, тетрациклину, линкомицину, во всех случаях — к капаммицину, неомичину и полимиксину.

Комплексное консервативное лечение хронического тонзиллита включало промывание лакун, УЗ-терапию непосредственно на небные миндалины и гипосенсибилизирующих и иммунокорригирующих препаратов внутрь (дибазол, метилгурацил, нукленат натрия, продигнозан, элеутерококк, витамины групп В, С, А, Е, антигистаминные препараты, кальция глюконат, активированный уголь).

У 13 детей при обращении имели место длительный (до 2—6 мес) субфебрилитет, увеличенная СОЭ (17—28 мм/ч), жидкий гной в лакунах, отклонения показателей ЭКГ. С учетом чувствительности микрофлоры лакуну промывали растворами антибиотиков в сочетании с 10% раствором димексида 8 раз, затем растворами 0,5% лизоцима, 7,5% димефосфона, 0,1% левомизола также 8 раз. УЗ применяли транзонзиллярно с антибиотиками другого ряда и гидрокортизоном. У всех больных после лечения нормализовались картина крови, температура, показатели ЭКГ.

24 детям, у которых высевалась микрофлора, устойчивая к антибиотикам, первый курс промывания лакун осуществляли бактериофагами (пиофаг, стафилофаг) в количестве 10 процедур и иммуномодуляторами вторым курсом — 6—8 процедур. УЗ назначали с гидрокортизоном и лизоцимом.

У детей 3-й группы лакуну промывали настоями трав (эвкалипт, зверобой и мать-и-мачеха; чистотел, череда и зверобой) первым курсом (8 промываний) и иммуномодуляторами вторым курсом (8). УЗ-терапию проводили с антибиотиками и гидрокортизоном с учетом чувствительности микрофлоры.

Одному ребенку с синегнойной палочкой в микрофлоре далее выполняли пастирование лакун с метранидазолом. У всех детей лакуну обрабатывали 0,5—1% раствором азотнокислого серебра.

Через 7—10 дней после лечения вновь исследовали микрофлору. У 22 детей 1-й группы разведение гемолитического стрептококка снизилось до 10^3 , золотистого стафилококка — до 10^3 , эпидермального — до 10^4 . У 9 детей 2-й группы нормализовалась микрофлора, у 2 — появилась нейссерия (10^6), что свидетельствует о недостаточно эффективной гипосенсибилизирующей терапии, большей аллергизации организма, требующей, по-видимому, более тщательного аллергологического обследования и корригирующего лечения. В 3-й группе количество представителей условно-патогенной микрофлоры также резко уменьшилось, тогда как обычно встречающаяся флора (коагулазонегативный стафилококк, дифтероида, нейссерия) нормализовалась у 8 больных.

Следовательно, целенаправленное консервативное лечение при осложненных формах хронического тонзиллита у большинства больных приводит к замещению патогенной флоры на обычную.

УДК 616.322—002.2—08:577.156.7

Л. Н. Гусева (Казань). Фитотерапия в комплексном лечении больных хроническим тонзиллитом

Проведена клиническая оценка сочетания

ингаляционной терапии фитопрепаратами и средств, влияющих на иммунную систему.

Под наблюдением находились 60 больных хроническим тонзиллитом в возрасте от 15 до 45 лет с давностью заболевания от 2 до 20 лет. Больным, кроме клинического обследования делали посев флоры из глубины лакун на выявление микробов или грибов с последующим определением чувствительности к антибиотикам и ставили кожные аллергологические пробы с микробными аллергенами.

Большинство больных связывали свое заболевание с периодическими переохлаждениями. При поступлении они жаловались на частые ангины в прошлом (от 1—2 раз до 3—4 раз в год), слабость, общее недомогание, неприятный запах изо рта, отхождение казеозных пробок из лакун миндалин, чувство неловкости в глотке, иногда на боли колющего характера в сердце и субфебрильную температуру.

При осмотре миндалин были рыхлые, лакуну заполнены жидким гноем или казеозногнойными пробками, дужки гиперемированы, утолщены, спяны с миндалинами. Регионарный лимфаденит определялся у 52 больных. На диспансерном учете никто из больных ранее не состоял, лечение им проводилось различными методами только в момент обострения заболевания и давало временный эффект.

Положительный аллергологический анамнез выявлен у 12 больных преимущественно к лекарственным препаратам (40%), пищевым продуктам (30%), косметике (20%) и растениям (10%). Кожные пробы с бактериальными аллергенами выполнены у 30 больных, при этом положительные пробы на стрептококк оказались у 23 больных, на стафилококк — у 12, поливалентные на стрептококк и стафилококк — у 10, *Neisseria safarrhals* — у 2, кишечную палочку — у 1, протей — у 1, пневмококк — у 1. При определении показателей иммунной системы обнаружено уменьшение содержания Т-лимфоцитов в основном у больных с большей давностью заболевания и частыми ангинами (40—50% при норме 60—70%). У большинства больных (68%) был выделен бета-гемолитический стрептококк группы А, в сочетании с золотистым стафилококком — у 45% и грибы рода *Candida* — у 3%. Определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам показало, что стрептококковая флора наиболее чувствительна к пенициллину, ристомицину и олеандомицину, в то время как стафилококковая флора устойчива или мало чувствительна к широко применяемым в клинической практике антибиотикам. Всем больным на основании клинического обследования был выставлен диагноз хронического декомпенсированного тонзиллита с рецидивами ангины.

Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от способа лечения. В 1-й группе (30 чел.) назначали курс промывания лакун водным раствором полыни (10 промываний ежедневно), 10 ежедневных ингаляций с 0,05% раствором левамизола и внутрь глюконат кальция с диазолином в течение 10 дней и ежедневным приемом витаминов групп В и С. Во 2-й группе (30 чел.) в курс лечения входили 10 промываний лакун миндалин 0,05% раствором левамизола ежедневно, 10 ежедневных ингаляций пихтового масла, прием внутрь глюконата кальция и диазолина в течение 10 дней и ежедневным витаминами групп

В и С. Общая продолжительность лечения составляла 10 дней.

Сразу после лечения состояние больных обеих групп улучшилось: исчезли слабость, неприятный запах изо рта, отхождение казеозных пробок, прекратились рефлекторный кашель и неприятные ощущения в области сердца, нормализовалась температура. При фарингоскопии дужки миндалин приобретали розовый цвет, а сами миндалины стали плотнее и уменьшились в размерах, лакуны очистились от патологического содержимого. При обследовании больных через 5—8 месяцев после лечения выявлена положительная динамика: ангины не повторялись у большинства из них (58) или протекали легко (2), снизилась интенсивность кожно-аллергологических реакций, миндалины стали плотными, отсутствовали местные признаки хронического тонзиллита. Патогенная флора из лакун исчезла у 58 больных; у 2 больных, у которых ангины повторялись в легкой форме, был выделен золотистый стафилококк.

В 1 и 2-й группах больных с исходно сниженным содержанием Т-лимфоцитов отмечалось восстановление их количества до нормы (60—65%; $P < 0,01$); у больных с исходно нормальным содержанием розеткообразующих клеток их уровень существенно не изменился.

У 2 больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом с рецидивами ангины (из 1 и 2-й групп) через месяц после перенесенной катаральной ангины был повторен курс консервативной терапии.

УДК 616.22—008.5—08

Л. А. Зиатдинова (Казань). Комплексная фонопедическая коррекция при функциональных дисфониях

В настоящей работе представлены результаты лечения больных с функциональными заболеваниями гортани путем фонопедической коррекции голоса различными методами. С 1991 по 1993 г. нами проведено лечение 2421 больного (см. табл.).

Распределение больных в зависимости от нозологической формы дисфонии

Дисфония	Число больных		
	в 1991 г.	в 1992 г.	в 1993 г.
Гипотонусная	379	676	863
Гипертонусная	82	122	299
Всего	461	798	1162

Среди больных преобладали женщины в возрасте от 18 до 60 лет. Длительность заболевания составляла от одной недели до 5 лет и более. Для проведения комплексного лечения отобрана группа больных с гипо- и гипертонусной дисфониями. При сборе анамнеза выяснились причины голосовых нарушений: повышенная голосовая нагрузка и стрессовые ситуации. У некоторых больных дисфония развивалась на фоне воспалительных заболеваний гортани или после перенесенного обострения хронического ларингита. Другими причинами функциональных нарушений голоса были интоксикации и профессиональные вредности.

У всех пациентов с дисфониями отмечены охриплость голоса, изменение его тембра, возникновение спазмов во время речи и пения,

быстрая утомляемость голосового аппарата, укорочение и дискоординация фонационного дыхания, неприятные и болевые ощущения в области глотки и гортани, передней поверхности шеи. У больных с гипертонусной дисфонией наблюдались вялость артикуляционной моторики, повышенная двигательная усталость.

Со всеми больными проводились психотерапевтические беседы. Обязательным для всех больных было соблюдение режима молчания в течение 3—5 дней.

У всех больных был верхнеберберный или среднеберберный тип дыхания, который сопровождался напряжением шейной мускулатуры, что ограничивало подвижность гортани. Поэтому параллельно шла работа над постановкой диафрагмального типа дыхания. Пациенты следили за тем, чтобы вдох осуществлялся через нос для предотвращения излишней сухости в ротовой полости, неприятных субъективных ощущений, навязчивого откашливания, чувства инородного тела в гортани. С этой же целью больные посещали фонопедическую группу, которая занималась дыхательной гимнастикой.

Следующим и основным этапом лечения больных являлась постановка голоса. Основная цель: найти, поставить и закрепить родной, присущий данному пациенту голос, выработать и также закрепить правильные голосоречевые навыки, добиться большей стойкости и выносливости голосового аппарата, восстановления фонационного дыхания, работы резонаторов. Поставленная цель достигается путем вовлечения в процесс голосообразования головного и грудного регистров. Речевые занятия проводились с первого дня знакомства с больными. В зависимости от гипо- или гипертонусной дисфонии больным предлагалось произнести определенные звуки на твердой или мягкой атаке с гласными. Избыточное напряжение и скованность мышц шеи, плечевого пояса снимали ручным массажем или вибромассажем.

Хорошие результаты при лечении таких больных мы получили с помощью аутогенной тренировки (АТ), которая является одним из активных методов психотерапии. С помощью АТ больным удавалось произвольно, сознательно, волевыми усилиями подавить свое нервное напряжение, чувство страха, тревоги.

АТ особенно полезна при гипертонусной дисфонии, так как снимает мышечное напряжение органов артикуляции, глотки, гортани. Особенно сложно поставить голос и, тем более, его закрепить у тех больных, которые уже неоднократно лечились у фонопедов. У этих пациентов мы применяли метод наркоспихотерапии, основанной на восприятии больным словесных внушений врача в состоянии неполного барбитурового наркоза, для которого использовали 5% раствор гексенала, амтал и барбитал натрия. Один из этих препаратов вместе с кофеином вводили больному внутривенно.

Дозу подбирали индивидуально для каждого пациента. Уже при введении первых доз препарата больные расслаблялись, исчезало напряжение mimической мускулатуры лица и шеи, проходило чувство страха, скованности. Пациенты, находясь в легком полусне, осознавали происходящее. В таком состоянии формирование и закрепление правильных голосовых навыков на фоне словесных внушений