

УДК 616.321-002-085.834

**ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИЛЬВИНИТОТЕРАПИИ
ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ФАРИНГИТА**

Варанкина С.А., Хохрякова В.П.

Научный руководитель: д.м.н., доц. Л.В. Кириченко

Сведения об авторах:

1. Варанкина Светлана Алексеевна, аспирант кафедры коммунальной гигиены и гигиены труда ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава РФ, 614000, г. Пермь, ул. Борцов Революции, д. 195а, тел. 89223080882.
2. Хохрякова Вера Павловна, аспирант кафедры коммунальной гигиены и гигиены труда ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава РФ, 614000, г. Пермь, ул. Газеты «Звезда», д. 44, кв. 29, тел. 89223008189.

Аннотация. Хронический катаральный фарингит - широко распространенное заболевание, клиническими проявлениями которого являются боль, сухость и першение в горле, дискомфорт при глотании. Данной патологией страдают до 70 % лиц молодого возраста. Причинами развития хронического фарингита считаются воспалительные процессы слизистой оболочки полости рта и носа, сопровождающиеся частыми рецидивами, а также неконтролируемое использование фармакологических препаратов. Основным методом лечения фарингита – традиционная терапия, представленная сочетанием фармакотерапевтических препаратов антимикробного, антисептического, противовоспалительного, иммуномодулирующего действий и физиотерапевтических процедур [2,4].

С целью снижения медикаментозной нагрузки на организм пациентов все чаще используются натуротерапевтические методы, одним из которых является сильвинитотерапия (направление солелечения), основанная на применении естественных факторов калийных солей Верхнекамского месторождения Западного Урала. Использование минерала сильвинита в терапевтической практике основано на противовоспалительном, иммуномодулирующем,

гипосенсибилизирующем действиях, улучшении микроциркуляции в тканях, уменьшении отека [1]. Указанные свойства определили выполнение комплексных исследований по изучению возможности применения сальвинитотерапии в ЛОР-практике.

Ключевые слова: сальвинитотерапия, хронический катаральный фарингит.

Цель: обосновать применение сальвинитовых сооружений в профилактике рецидивов хронического катарального фарингита.

Задачи: 1. Оценить гигиенические условия внутренней среды нового сальвинитового физиотерапевтического помещения.

2. Изучить эффективность сальвинитотерапии при хроническом катаральном фарингите

Материалы и методы: Объектами исследования являлись:

- новое сальвинитовое физиотерапевтическое помещение (СФП), оборудованное настенными блочными панелями из сальвинита с общей реакционной поверхностью 9 м²;

- 32 пациента с диагнозом хронический катаральный фарингит в возрасте 20 - 25 лет. Критериями отбора служили: письменное согласие каждого участника исследования, длительность заболевания (не менее 1,5 лет), низкая эффективность традиционной терапии и частые обострения заболевания (до 5 раз в год) с коротким периодом ремиссии. Больные случайным образом были разделены на 2 группы. Группу наблюдения составили 17 пациентов, которые наряду с традиционной терапией (таблетки для рассасывания «Стрепсилс» и полоскание горла раствором ротокана) прошли курс солелечения в СФП с дополнительным однократным распылением в середине сеансов 3% раствора сальвинита на основе дистиллированной воды с помощью распылителя GARDIEN PREMIUM 1 L. Курс сальвинитотерапии - 10 дней. В группе сравнения (15 человек) проводили исключительно традиционную терапию.

Физические параметры СФП исследовали с помощью общепринятых гигиенических методик. Изучали аэроионизационную обстановку, содержание

сильвинитового аэрозоля, микроклимат помещения. Всего было проведено 2438 замеров.

Оценка результатов терапии в обеих группах проводилась с использованием 5-бальной сенсорно-аналоговой (для пациентов) и визуально-аналоговой (для врача) шкал, заполняемых по результатам фарингоскопии. Оценивались: боль в горле, парестезии, наличие гиперемии, влажность слизистой, наличие казеозных пробок в лакунах и гранул лимфоидной ткани глотки [3,5]. Данные регистрировались до начала лечения, а также на 3, 5, 7 и 10 дни курса. Кроме клинического обследования в смешанной слюне определяли содержание SIgA и показатели цитокинового профиля (IL4, IL8).

Эффективность проведенной терапии оценивали по данным субъективных ощущений, клинической картины и динамики концентрации секреторного иммуноглобулина и цитокинов.

Исследование проводили совместно с кафедрой оториноларингологии ПГМУ.

Результаты и обсуждение. Среднее количество легких отрицательных аэроионов до начала сеанса сильвинитотерапии (СТ) в СФП превышало количество положительных аэроионов в 1,6 раза ($802,33 \pm 62,69$ ион/см³ и $509,33 \pm 37,17$ ион/см³ соответственно). В середине процедуры наблюдалось достоверное снижение отрицательных и положительных аэроионов. К концу сеанса СТ концентрация легких отрицательных аэроионов по сравнению с началом процедуры уменьшалась на 62,6 %, в то время как количество легких положительных незначительно увеличивалось.

Коэффициент униполярности в начале сеанса свидетельствовал о благоприятном аэроионизационном состоянии воздушной среды. Начиная с середины сеанса, он возрастал до $0,9 \pm 0,001$, а концу сеанса превышал единицу ($1,3 \pm 0,002$).

Аэроионизация с преобладанием отрицательно заряженных легких ионов способна оказывать анальгезирующий эффект, активизировать местные метаболические процессы, иммуногенез, трофические и репаративные процессы

в тканях, расширять артериолы и усиливать локальный кровоток, снижая тем самым тактильную и болевую чувствительность.

Одним из основных лечебных факторов, формирующих внутреннюю среду сильвинитовых сооружений, является многокомпонентный соляной аэрозоль. Местное воздействие аэрозоля опосредованно улучшает иммунную защиту организма. Распыление 3 % раствора сильвинита в середине сеанса обусловлено значительным снижением количества легких отрицательных аэроионов. В течение всего периода исследований существенных изменений в показателях, характеризующих аэрозольную среду в соляном помещении, не отмечалось. Концентрация соляных частиц с диаметром 0,4-0,5 мкм ($0,1 \pm 0,01$ мг/м³) не превышала допустимых значений.

Сохранению и поддержанию основных лечебных факторов внутренней среды в СФП способствовал оптимальный микроклимат.

По данным исследований, обследуемые группы до начала противорецидивной терапии были сопоставимы по клиническим проявлениям заболевания, выявленным при фарингоскопии. Все больные жаловались на боль, сухость и першение в горле. При объективном осмотре слизистая глотки гиперемирована, утолщена. Небные миндалины не увеличены, налетов нет, казеозные пробки первой степени в лакунах у большинства пациентов.

В результате проведенного лечения хронического катарального фарингита пациенты обеих групп отмечали существенное снижение жалоб (боль в горле и парестезии - 0 баллов). При фарингоскопии в группе наблюдения выявлено: слизистая оболочка глотки розового цвета, влажная ($0,2 \pm 0,12$ балла), гиперемия практически отсутствовала ($0,2 \pm 0,12$ балла), лакуны чистые ($0,5 \pm 0,1$ балла), на задней стенке глотки выявлено наличие гранул лимфоидной ткани до 3 мм, не сопровождавшихся субъективными ощущениями ($0,55 \pm 0,1$ балла). В группе сравнения также отмечалась положительная динамика признаков, но достоверно ниже, чем у больных, проходящих курс сильвинитотерапии.

Установлено, что в обследуемых группах до лечения отмечалось снижение показателей местного иммунитета. В группе наблюдения после

проведенной сильвинитотерапии получено уменьшение содержания цитокинов и увеличение концентрации SIg A в смешанной слюне больных ($p < 0,05$). В группе сравнения достоверно снижался только провоспалительный цитокин IL8, в то время как другие факторы местного иммунитета не имели статистически значимых различий с исходными значениями.

Выводы:

1. На организм пациентов с СФП действует комплекс физиотерапевтических факторов: благоприятная аэроионизационная обстановка воздушной среды, сильвинитовый аэрозоль, оптимальный микроклимат.

2. Включение сильвинитотерапии в противорецидивное лечение хронического катарального фарингита благоприятно влияет на регресс признаков заболевания, повышает местный иммунитет слизистой оболочки глотки.

Библиографический список:

1. Баранников В.Г., Черешнев В.А., Кириченко Л.В., Дементьев С.В. Физиолого-гигиеническая концепция спелео- и солелечения. Екатеринбург: РИО УрО РАН, 2013. – 203 с.

2. Васяева А.А., Арефьева Н.А. Иммуноterapia при хронических фарингитах: показания, результаты. Оториноларингология. 2010; 30(18): 1864-1869.

3. Заболотный Д.И., Пшеничкина В.Д., Вольская О.Г., Мельников О.Ф. Клинико-иммунологическая характеристика больных хроническим фарингитом в фазе обострения при лечении препаратом «септолете плюс». Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 2007; 6: 2-8.

4. Котенко К.В., Корчажкина Н.Б., Щукин А.И., Лаврова О.И., Петрова М.С. Современные немедикаментозные технологии в лечении пациентов с атрофическими токсико-химическими заболеваниями носа и глотки. Курортная медицина. 2013; 2: 26-30.

5. Миглеева Т.М. Сравнительная оценка эффективности комплексного лечения фарингитов инфекционно-воспалительной этиологии. Медицинская наука и образование Урала. 2007; 5: 108-110.

