В исследовании использованы методы общеклинического, рентгенологического, оториноларингологического, эндоскопического, бактериологического и гистологического обследования больных.

Из 966 (100%) больных туберкулезом легких, находившихся на лечении в Республиканском противотуберкулезном диспансере, у 125 (12,9%) выявили туберкулезное поражение верхних дыхательных путей, у 96 из них (76,8%) был диагностирован открытый туберкулезный процесс. Среди обследованных женщин было 30 (24%), мужчин – 95 (76%). Туберкулезом гортани страдали 117 (93,6%) человек, 3 (2,4%) – туберкулезом уха, 8 (6,4%) – туберкулезным поражением глотки и полости рта, 45 (36%) – туберкулезом гортани с распространением на другие отделы верхних дыхательных путей. Причем у 76 (60,8%) из них туберкулез ЛОРорганов протекал на фоне диссеминированного туберкулеза легких, у 34 (27,2%) – инфильтративного, у 12 (9,6%) – фиброзно-кавернозного, у 3 (2,4%) – цирротического процесса в легких, что свидетельствует о возникновении туберкулеза верхних дыхательных путей чаще в активной фазе воспаления. Кроме того, следует заметить, что для больных с выявленным туберкулезом верхних дыхательных путей было характерно превалирование более тяжелых и распространенных форм туберкулеза, сопровождающихся выраженными симптомами интоксикации, прогрессированием процесса, деструктивными изменениями, обильным бактериовыделением и лекарственной устойчивостью, которая носит характер в основном множественной резистентности к антибактериальным препаратам.

Учитывая разнообразные природные климатогеографические условия Карачаево-Черкесии и обусловленные этим различия в условиях проживания населения, в интенсивности воздействия антропогенных экологических факторов, для изучения распространенности туберкулеза верхних дыхательных путей территорию республики разделили на экологические зоны.

Это позволило выявить территории риска для проведения точечных профилактических мероприятий, которые помогли бы переломить неблагопрятную тенденцию роста заболеваемости туберкулезом верхних дыхательных путей.

Распространение туберкулеза верхних дыхательных путей в разных климатогеографических зонах Карачаево-Черкесии представлено следующим образом:

В равнинно-степной зоне проживали 80 (64,0%) больных туберкулезом верхних дыхательных путей, в предгорной – 29 (23,2%), в горной – 16 (12,8%).

Анализ полученных данных показал различия в заболеваемости туберкулезом верхних дыхательных путей в разных климатогеографических зонах республики. Наиболее неблагополучной в отношении туберкулеза являются равнинно-степная зона и г. Черкесск. Это город с населением 117 тысяч человек, на территории которого работают мощный химический завод, завод резинотехнических изделий, а в пригороде расположен цементный завод, что играет отрицательную роль в распространенности туберкулеза органов дыхания. Кроме соседства с экологически неблагоприятными промышленными производствами, которые выбрасывают загрязняющие вещества в водные объекты, атмосферу и почву, жители контактируют с аэрозолями и другими химическими веществами, бытовыми красителями, органическими и неорганическими удобрениями, что также вызывает распространение как туберкулеза легких, так и туберкулеза верхних дыхательных путей. Значительно меньше зафиксировано случаев туберкулеза органов дыхания в предгорной зоне и минимальное число в горной местности.

В целях повышения диагностики туберкулеза гортани всем больным проводилась видеофиброларингоскопия. На сегодняшний день это самый информативный, безопасный метод диагностики состояния гортани [13]. Он позволяет подробно увидеть прямое изображение гортани, увеличить и записать информацию об изменениях в органах и тканях и взять образцы тканей для биопсии при необходимости.

На основании видеоэндоскопического исследования гортани получены данные о некоторых морфологических особенностях туберкулезного поражения гортани. Инфильтративное поражение было выявлено у 95 (81,2%) больных, язва – у 15 (12,8%), рубец – у 7 (6,0%). При инфильтративном поражении голосовых складок мы наблюдали их гиперемию, утолщение преимущественно в задней трети. На фоне гиперемии с инфильтрацией можно было наблюдать рельефную капиллярную сеть кровеносных сосудов. Инфильтрированная голосовая складка приобретала вид толстого валика, всегда утрачивала свою белую окраску, становясь по цвету такой же, как и окружающие ее отделы. В выраженных формах инфильтрация обычно представлялась в виде бледно-розовой, серой, красной, чаще односторонней. У 2 больных при поражении гортани слизистая оболочка была усыпана многочисленными миллиарными узелочками.

Инфильтративное поражение межчерпаловидного пространства было в виде асимметричного помутнения эпителия, шероховатости слизистой оболочки, вследствие чего нарушалась эластичность задней стенки. Обнаруживаемые складки слизистой оболочки при дыхании не разглаживались в отличие от неспецифического ларингита. Чаще их расположение было несим-