

А.В. ФРОЛОВА, В.С. КУНИЦКИЙ

**ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ПЕРИОДА ПОСЛЕ
ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ И ВСКРЫТИЯ
ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО
АБСЦЕССА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ
РАСТИТЕЛЬНОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ «ФИТОМП»**

УО «Витебский государственный
медицинский университет»,
Республика Беларусь

Хронический тонзиллит остается одной из ведущих патологий ЛОР-органов, при которой происходит ослабление или утрата естественных защитных функций, а небные миндалины становятся очагом хронической инфекции, интоксикации и аллергии организма. По данным литературы частота возникновения хронического тонзиллита составляет от 4 до 10% среди взрослого населения 12-15% – среди детей. Распространенным осложнением заболевания является паратонзиллярный абсцесс.

Актуальность проблемы заключается и в возникновении и постоянно возрастающей резистентности микроорганизмов в результате не всегда обоснованного назначения антибиотиков. Системная антибактериальная терапия хронического тонзиллита является основополагающей, но в большинстве случаев продолжает носить эмпирический характер, базируясь только на знании наиболее типичных возбудителей. Анализ литературы показывает, что на сегодняшний день отсутствует единое мнение об относительном превалировании отдельных видов микроорганизмов в этиологии заболевания. К тому же, применение ан-

тибиотиков, помимо аллергических реакций, приводит и к нарушению естественного микробиоценоза организма [1, 2]

В арсенал лекарственных препаратов для лечения хронического тонзиллита входят иммуномодуляторы, сульфаниламиды, гемостатические, дезодорирующие средства, синтезированные факторы неспецифической защиты слизистых оболочек, средства растительного происхождения [3, 4].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения лекарственного средства растительного происхождения «ФитоМП» в лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями глотки, в частности, с хроническим декомпенсированным тонзиллитом и после вскрытия паратонзиллярного абсцесса.

В качестве перспективных компонентов лекарственного средства растительного происхождения «ФитоМП» взяты листья маклейи мелкоплодной (*Macleaya microcarpa* (Maxim.) Fedde), сем. Маковых (Paraveraceae) и листьев подорожника большого (*Plantago major* L., сем. Подорожниковых (Plantaginaceae)). Биологическая активность средства обусловлена наличием действующих веществ этих растений, в частности, алкалоидов маклейи и полисахаридов подорожника.

В отделении оториноларингологии Витебской областной клинической больницы под нашим наблюдением находилось 79 пациентов с заболеваниями глотки, из них 41 – хроническим декомпенсированным тонзиллитом, 38 – паратонзиллитом.

Из больных паратонзиллитом было 13 (33%) женщин, 26 (67%) мужчин. Возраст больных варьировал от 18 до 64 лет, средний возраст составил $35,1 \pm 2,7$ года.

При поступлении в стационар больные предъявляли жалобы на сильные боли в горле при глотании, затруднение при открытии рта. Большинство считали себя больными на протяжении 3-7 дней, когда впер-

вые появились болезненные ощущения при приеме пищи. Состояние постепенно ухудшалось, появилась слабость, температура тела повысилась до 38,8-39°C. После неэффективного амбулаторного лечения они обращались за помощью в ЛОР отделение.

В группе больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом было 19 женщин (48%) и 21 мужчина (53%), средний возраст составлял 32,7±2,1 года. Пациенты поступали с жалобами на периодические боли в горле, на охриплость, на частые ангины (не реже 2-3 раз в году). При мезофарингоскопии, как правило, наблюдалось увеличение миндалин, они выходили за пределы небных дужек, были спаяны с ними, в лакунах – гнойные пробки. При поступлении, после операции и в процессе лечения больным проводили бактериологическое и иммунологическое исследование помимо основных методов диагностики. В обеих группах проводился посев со слизистой оболочки глотки на микрофлору и чувствительность ее к антибиотикам и растительному средству «ФитоМП», определение количественной обсемененности по Радоману и фагоцитарной активности нейтрофилов.

Тонзиллэктомия, абсцесстонзиллэктомия проведены по стандартным методикам с экстракапсулярным удалением небных миндалин.

Лечение пациентов контрольной группы было комплексным и включало антибактериальную терапию, применение гипосенсибилизирующих средств, физиотерапевтических методов лечения, общеукрепляющих мероприятий, полоскание глотки раствором фурацилина. Применение препарата растительного происхождения «ФитоМП» в основной группе исключало все вышеуказанные мероприятия, кроме антибиотикотерапии в послеоперационном периоде.

При проведении фарингоскопии у пациентов отмечались гиперемия, инфильтрация, выпячивание паратонзиллярной клет-

чатки. После сбора анамнеза, мезофарингоскопии и при подтверждении диагноза: Паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс в стадии расплавления, пациентам проводилось вскрытие паратонзиллярного абсцесса с последующим дренированием. При вскрытии, как правило, получали гной густой консистенции.

Посевы со слизистой оболочки небных миндалин показали неоднородность микробного пейзажа и преобладание б-гемолитического стрептококка (74% в монокультуре), в равных соотношениях – в ассоциации с *S. epidermidis* и *E. coli*, 7% от всей высеваемой микрофлоры составляет ассоциация *S. aureus* и *E. coli*, в 3% случаев высевалась *Ps. aeruginosa*.

Как показали наши исследования, пациенты обеих групп отмечали некоторое улучшение состояния сразу после вскрытия паратонзиллярного абсцесса. Однако на следующий день при осмотре всем больным проводилось повторное дренирование полости абсцесса для эвакуации гнойного отделяемого. В последующем пациенты контрольной группы нуждались в неоднократном дренировании, из полости получали гнойно-геморрагическое содержимое, при этом сохранялся тризм жевательной мускулатуры в течение 1-2 суток.

Пациенты основной группы после первой инсуффляции отмечали значительное улучшение состояния, выражающееся в уменьшении боли и облегчении при глотании, в появлении возможности приема не только жидкой пищи. При фарингоскопии: инфильтрация паратонзиллярной клетчатки значительно уменьшалась, тризм жевательной мускулатуры был незначительным либо отсутствовал уже на первые сутки после процедуры.

Бактериологические исследования подтверждали антимикробный эффект средства, который выражался не только снижении микробной обсемененности раневой

поверхности, но и в клинической картине. Если в контрольной группе микроорганизмы давали массивный рост, то в основной – микробное число после двух процедур снижалось до 10^4 . О положительной динамике говорили иммунологические исследования.

Для оценки особенностей течения послеоперационного периода после тонзиллэктомии в обеих группах изучали температурную реакцию, выраженность местных реактивных явлений: боль в горле при глотании, тризм жевательной мускулатуры, отечность язычка и передних дужек, слизистой оболочки ротоглотки, пастозность и инфильтрацию тканей в области операционной раны, наличие фибринозного налета, время очищения от него и эпителизации миндалинковых ниш.

С целью раннего противовоспалительного лечения и стимуляции репаративного процесса, начиная со вторых суток после тонзиллэктомии мы применяли инсуффляции присыпкой «ФитоМП». Для однократной инсуффляции используется 0,1-0,2 г средства.

У 92% пациентов основной группы болевой синдром купировался после первой же процедуры, у 8% – после третьей, хотя

глотание становилось свободным в первый же день, но боль при этом уменьшалась частично. Все пациенты отмечали исчезновение боли после сеанса через 10 минут, а длительность анальгезии сохранялась в течение 4-5 часов, отмечалось некоторое уменьшение реактивных явлений в глотке. В контрольной группе болевой синдром купировался только на 5-6 день.

Глубину обезболивающего эффекта средства «ФитоМП» определяли по времени, необходимому для проглатывания 100 мл воды комнатной температуры, так называемая «проба глотка» (табл. 1). В первые сутки после операции пациенты обеих групп отказывались от проведения пробы глотка из-за сильной боли.

В контрольной группе (12 человек) в 1-2 сутки после тонзиллэктомии больные жаловались на боль в горле при глотании, которая усиливалась к ночи. Из-за этого у некоторых пациентов нарушался сон. К утру интенсивность боли несколько уменьшалась, а затем снова нарастала и достигала максимальной выраженности на 2-е сутки. С третьих суток болевая реакция уменьшалась, но продолжала беспокоить на протяжении 6-7 дней. Нами отмечена прямая

Таблица 1

**Глубина обезболивающего эффекта растительного средства «ФитоМП»
в послеоперационном периоде после тонзиллэктомии**

Сутки после тонзиллэктомии	Время в секундах		Достоверность
	контрольная группа	основная группа	
2-е сутки	54,77±2,44 (n=9)*	33±0,849 (n=17)	P < 0,001
3-е сутки	51,83±2,80 (n=12)	24,67±0,93 (n=17)	P < 0,001
6-е сутки	33,75±2,09 (n=12)	10,41±0,59 (n=17)	P < 0,001

* – число пациентов меньше, чем в последующие сутки, так как 3 человека отказались от выполнения пробы

корреляционная зависимость между степенью боли и интенсивностью местных реактивных явлений в глотке в виде гиперемии и отека небно-глоточных и небно-язычных дужек, а иногда – небного язычка с кровоизлиянием в слизистую оболочку. Из-за боли, резко усиливающейся при глотании, некоторые пациенты отказывались от приема пищи, жаловались на плохое самочувствие и подавленное настроение. Для уменьшения интенсивности боли и реактивных явлений в глотке в послеоперационном периоде им предлагались традиционные средства (анальгетики, седативные, спазмолитические и антигистаминные препараты).

Прием внутрь анальгина несколько притуплял болевые ощущения, но не улучшал общего самочувствия. Пустой глоток они выполняли с громадным усилием, с напряжением мышц лица и шеи, поэтому от пробы с глотанием жидкости отказывались.

Раствор фурацилина для полоскания глотки снимал реактивные явления у них незначительно. Сохранялся неприятный запах изо рта, миндаликовые ниши медленнее очищались от фибринозного налета, у большинства больных наблюдалось реактивное воспаление в зеве в течение 4-5 дней. В первые три дня после операции у большинства из них температура превышала 37,5°C.

Как показало наше наблюдение, больные, которым проводилось комплексное лечение растительным средством «ФитоМП», выздоравливали быстрее, чем больные получавшие традиционное лечение. Это прослеживалось по всем параметрам, о противовоспалительном действии средства судили по данным фарингоскопической картины, которая отражала уменьшение гиперемии слизистой оболочки мягкого неба и дужек, отсутствие отека язычка.

У пациентов основной группы быстрее нормализовалась температурная реакция (в первые сутки после процедуры). В обеих

группах тонзиллярные ниши покрывались налетом через 4-5 часов после операции. Фибринозный налет становился более нежным и тонким при применении растительного антисептика. На 3-4 день после операции реактивные явления в области слизистой оболочки ротоглотки, окружающей ниши миндалин, исчезали вовсе. Миндаликовые ложы значительно очищались от фибринозного наслоения на 4 день, а полностью – на 5-6, когда появлялись островки эпителизации. Неприятный запах изо рта отсутствовал. На 7-е сутки у пациентов выявлена полная эпителизация миндаликовых ниш. Очищение от фибринозного налета в контрольной группе начиналось на 5-7 день, островки эпителизации возникали к 8 суткам. На момент выписки полного заживления послеоперационной раны не происходило.

Одновременно проводили цитологическое исследование мазков-отпечатков, взятых из ниш миндалин на 3-й и 5-й дни после тонзиллэктомии. Мазки брали непосредственно на предметное стекло, затем высушивали, фиксировали и красили эозиновой смесью по Романовскому-Гимзе аналогично окрашиванию гематологических мазков.

При изучении мазков-отпечатков, взятых из ниш миндалин на 3-й день у больных обеих групп обнаруживалась однородная цитологическая картина – сегментоядерные микроорганизмы, вакуолизация нейтрофилов, единичные плазматические клетки, лимфоциты, большое количество эритроцитов.

На 5 день по клеточному составу мазки существенно не отличались от таковых, взятых на 3-й день у больных контрольной группы, здесь уменьшилось лишь количество эритроцитов и увеличилось число фагоцитированных микроорганизмов.

В основной группе мазки, взятые на 5-е сутки, качественно отличались от пред-

шествовавших. В них отмечалось не только уменьшение количества эритроцитов, увеличение числа фагоцитированных микроорганизмов, но и появились нейтрофильные лейкоциты, эозинофилы, полибласты, фибробласты и эпителиальные клетки.

При определении степени обсемененности слизистой оболочки глотки нами установлено, что в группе пациентов, леченых средством «ФитоМП», число микроорганизмов интенсивно уменьшалось после каждой инсuffляции и на 3-ей процедуре достигало 10^3 , в то время как в контрольной группе были случаи, когда пациенты выписывались с массивным ростом *E. coli* (4%).

Активность фагоцитов коррелирует с микробной обсемененностью и клеточным составом очага, что служит объективным критерием оценки течения раневого процесса. Положительное влияние растительного антисептика на заживление ран сочеталось с активацией фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов.

Выводы

При попадании на слизистую оболочку ротоглотки действующие вещества лекарственного средства «ФитоМП» оказывают стимулирующий эффект на выработку иммунокомпетентных клеток в нишах удаленных миндалин. «ФитоМП» нормализует естественную неспецифическую защиту организма после тонзиллэктомии и вскрытия паратонзиллярного абсцесса.

Оказывая выраженный антимикробный эффект, «ФитоМП» может применяться в виде монотерапии или в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний глотки. Потенцирование действия антибиотиков позволяет снизить их дозы и уменьшить риск побочных явлений.

Применение «ФитоМП» способствует ускорению процесса репарации и сокращает сроки пребывания пациентов в клинике.

Высокая эффективность, хорошая переносимость пациентами, удобство применения средства позволяют рекомендовать его для более широкого применения в оториноларингологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дрынов Г.И., Иванюшина О.К., Дьякова Ф.Н. Профилактика и терапия респираторных инфекций при проведении курса специфической иммунотерапии //Лечащий врач. – 2001. – №3. – С. 45-47.
2. Дрынов Г.И., Иванюшина О.К., Дьякова Ф.Н. Результаты лечения детей с хроническим тонзиллитом препаратом «Тонзилгон» //Детский доктор.–2001.– №1. – С. 67-69.
3. Лучихин Л.А, Мальченко О.В. Эффективность препарата «Имудон» в лечении больных острыми и хроническими воспалительными заболеваниями глотки //Вестн. оторинолар.. – 2001. – №3. – С. 62-64.
4. Французов Б.Л., Французова С.Б. Лекарственная терапия заболеваний уха, носа и горла //Киев: «Здоровья». – 1988. – 279 с.

Поступила 14.03.2006 г.