Ю. В. Чарышкина, А. Л. Чарышкин

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Аннотация. Санация небных миндалин 0,5 % раствором диоксидина в сочетании с деринатом увеличивает эффективность лечения хронического тонзиллита, о чем свидетельствуют положительная субъективная и объективная клиническая картина. Побочные реакции на введение препаратов не наблюдались ни у одного пациента. В диагностике миокардиодистрофии у больных хроническим тонзиллитом наряду с клинико-инструментальными данными важно учитывать определение биохимических показателей.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, диоксидин, деринат, эпителиальный покров миндалин, местный иммунитет.

Abstract. Sanitation palatal tonsil 0,5 % a solution Dioxydini in a combination with Derinat increases efficiency of treatment of a chronic tonsillitis to what testify a positive subjective and objective clinical picture. Collateral reaction on introduction of preparations not supervision at one patient. In diagnostics myocardial dystrophy at sick of a chronic tonsillitis along with the kliniko-tool data it is important to consider definition of biochemical indicators.

Keywords: a chronic tonsillitis, Dioxydinum, Derinat, epithelial a cover tonsil, local immunity.

Методам профилактики, диагностики и лечения хронического тонзиллита посвящены многочисленные исследования, несмотря на это, удельный вес хронического тонзиллита и его осложнений в общей патологии не снижается и составляет около 15 % [1–3].

Хронический тонзиллит – многофакторный иммунопатологический процесс, сопровождающийся угнетением неспецифической естественной резистентности организма, нарушением гуморального и клеточного звеньев общего и местного иммунитета [1, 3, 4].

Среди иммунорегуляторов наиболее перспективным является, деринат, влияющий на клеточный и гуморальный иммунитет. Деринат стимулирует репаративные процессы, обладает противовоспалительным действием, нормализует состояние тканей при дистрофических изменениях сосудистого генеза, активизирует противовирусный, противогрибковый и противомикробный иммунитет [5–7].

Антибактериальные препараты, используемые для консервативного лечения, сами обладают цитостатическим и иммуносупрессивными свойствами. Поэтому возникает необходимость подбора препарата, осуществляющего санацию небных миндалин и восстанавливающего их защитную функцию [6, 8, 9].

Препаратом выбора для санации небных миндалин, способным оказывать антибактериальное, противовирусное, противогрибковое действие, является диоксидин.

При неблагоприятном течении инфекционных заболеваний небных миндалин с формированием хронической очаговой инфекции могут обнаруживаться различные изменения сердечно-сосудистой системы.

Влияние инфекционных заболеваний небных миндалин на состояние сердечно-сосудистой системы остается малоизученным у пациентов с частыми обострениями хронического тонзиллита.

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности лечения хронического неспецифического компенсированного тонзиллита (ХНКТ) промыванием лакун небных миндалин раствором диоксида в различных концентрациях и в сочетании с интраназальным применением дерината. Изучалось также состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов с частыми обострениями хронического тонзиллита.

Материал и методы исследования

В период 2004–2009 гг. под наблюдением авторов находилось 90 больных хроническим неспецифическим компенсированным тонзиллитом. В исследование были включены три однородные по клинической картине группы больных, страдающих ХНКТ – по 30 человек в каждой группе. В первой группе для лечения использовали 0,5 % раствор диоксида в сочетании с интраназальным введением дерината (заявка на изобретение № 2010114889 от 13.04.10; приоритет от 13.04.10). Во второй группе – 1 % раствор диоксида, в третьей группе – раствор фурацилина. Количество процедур – семь, режим проведения – ежедневно. Побочные реакции на введение препаратов не наблюдались ни у одного пациента.

Комплексное клиничко-лабораторное исследование проводилось до лечения и через две недели после окончания курса лечения. Клиническое обследование включало сбор жалоб, анамнеза, оториноларингологический осмотр. Всем больным проводилось исследование клинического анализа крови. Производили смыв из глубины лакун небных миндалин, полученный материал высевали на кровяной агар и через 24 ч подсчитывали число и тип выросших бактериальных колоний.

На втором этапе проводилось углубленное изучение сердечной деятельности у 66 больных хроническим тонзиллитом с использованием клинических, биохимических и инструментальных данных в динамике через 5–7 дней, 3–4 недели, 1,5–2 месяца, затем через 3–4 месяца после перенесенной инфекции.

Выделены две группы, в первую вошли 32 пациента с хроническим тонзиллитом без нарушений сердечной деятельности, во вторую – 34 пациента с хроническим тонзиллитом с нарушением сердечной деятельности, миокардиодистрофией. Группу сравнения составили 29 условно здоровых пациентов без частых респираторных заболеваний. Возраст больных в группах в среднем составил 51,2 года. Сердечная деятельность оценивалась клинически с учетом совокупности анамнестических данных, результатов ЭКГ и лабораторных данных.

Клиничко-биохимические методы включали определение КФК, ЛДГ, ЛДГ-1 в сыворотке крови.

Результаты исследований подвергались индивидуальному анализу, обобщались, группировались и подвергались статистической обработке с помощью пакета программ Statistica 6.

Результаты и обсуждение

Анализируя результаты, полученные после проведенного курса консервативного лечения растворами диоксида в различной концентрации и фура-

цилина, можно заключить, что по субъективным ощущениям пациентов положительный эффект был получен при лечении всеми исследуемыми растворами.

После окончания курса лечения самочувствие у больных значительно улучшилось: жалобы на болезненность в горле не предъявляли, увеличилась работоспособность. При фарингоскопии: небные миндалины очистились от патологического содержимого, уменьшилась гиперемия небных дужек.

Однако лучшие результаты получены в первой группе пациентов, где улучшение по субъективным и объективным признакам отмечено у 82,1 % пролеченных пациентов. Во второй группе улучшение отмечено у 76 % пациентов, а в третьей – у 60,3 %. При этом применение 0,5 % раствора диоксида в сочетании с интраназальным введением дерината позволило достичь улучшения в среднем на два дня раньше, чем при лечении 1 % раствором диоксида, и пять дней раньше, чем при лечении раствором фурацилина (1:5000).

Видовой состав микрофлоры, выросшей при посеве содержимого крипт миндалин, представлен патогенной и условно патогенной кокковой флорой: стрептококки, стафилококки и др. Была выделена при посеве и грибковая флора. При исследовании содержимого лакун небных миндалин монокультура определялась в 40,8 % случаев, два вида микроорганизмов – в 34,3 % случаев, три и более микроорганизма – у 7,2 % обследуемых. Обращает на себя внимание достаточно высокий процент выделения золотистого стафилококка (45,6 %) и дрожжеподобных грибов рода *Candida* (25,2 %) наряду с высеваемостью бета-гемолитического стрептококка (46,4 %). Пневмококк выделен у 14,6 % больных.

После проведенного курса лечения частота высеваемости колоний микроорганизмов достоверно снизилась во всех группах наблюдения. Наиболее значимое снижение бактериального обсеменения (более чем в 4,1 раза) наблюдалось у пациентов второй группы, получавшей лечение 1 % раствором диоксида. В первой группе бактериальное обсеменение уменьшилось в среднем в 3,5 раза. В третьей группе уменьшение бактериального обсеменения составило в среднем в 1,9 раза. На фоне уменьшения степени бактериального обсеменения отмечалось достоверное уменьшение количества эпителиальных клеток в первой и третьей группах, которым проводилось лечение 0,5 % раствором диоксида и раствором фурацилина соответственно. Во второй группе, в которой миндалины промывались 1 % раствором диоксида, на фоне более значимого уменьшения бактериального обсеменения наблюдалось увеличение десквамации эпителия.

При увеличении концентрации диоксида в растворе увеличивается его детергентный эффект, что приводит к усилению отторжения клеток и нарушению целостности эпителия – важного барьера на путях внедрения антигенов в вещество небной миндалины с увеличением иммунологической нагрузки. С одной стороны, гибнущие эпителиоциты становятся дополнительным источником усиления антигенной стимуляции миндалины, с другой – гибель эпителиоцитов приводит к ослаблению миграции лимфоцитов в эпителиальный покров миндалины и местного иммунитета. Поэтому оптимальным для консервативного лечения хронического неспецифического компенсированного тонзиллита является 0,5 % раствор диоксида. Он обладает достаточными saniрующими свойствами и не повреждает эпителиальный покров миндалины – первый барьер иммунной защиты.

У 32 больных хроническим тонзиллитом без нарушений сердечной деятельности через 5–7 дней после перенесенной инфекции (и в динамике через 3–4 недели, 1,5–2 месяца от начала наблюдения) уровни активности КФК, ЛДГ, ЛДГ1 существенно не отличались от таковых в группе условно здоровых.

В отличие от предыдущей, в группе из 34 пациентов с хроническим тонзиллитом были нарушения сердечной деятельности, миокардиодистрофией, которые выражались склонностью к тахи- или брадиаритмии у 14 пациентов, приглушенностью тонов сердца у 34, коротким систолическим шумом у 19 пациентов. На ЭКГ определялись нарушения процессов реполяризации у 32 пациентов, снижение и альтерация амплитуды комплекса QRS – у 17 пациентов и блокада правой ножки пучка Гиса – у 12.

Уровни биохимических показателей: активности КФК, ЛДГ, ЛДГ-1 как через неделю, так в динамике – через 3–4 недели после респираторной инфекции, оставались увеличенными, хотя в меньшей степени, чем в первую неделю (табл. 1).

Таблица 1

Динамика уровней биохимических показателей
у больных хроническим тонзиллитом

Группы	<i>n</i>	КФК (Ед/л)	ЛДГ (МЕ/л)	ЛДГ ₁ (%)
Больные с миокардиодистрофией				
через 5–7 дней после заболевания	34	7,0 ± 0,5 <i>p</i> < 0,001	349,2 ± 1,1 <i>p</i> < 0,05	46,7 ± 0,3 <i>p</i> < 0,05
через 3–4 недели	33	6,1 ± 0,2 <i>p</i> < 0,05	303,1 ± 2,3 <i>p</i> < 0,05	39,1 ± 0,2 <i>p</i> < 0,05
через 1,5–2 месяца	32	5,9 ± 0,1 <i>p</i> < 0,05	292,2 ± 3,1 <i>p</i> > 0,05	38,2 ± 0,2 <i>p</i> < 0,05
через 3–4 месяца	32	3,7 ± 0,4 <i>p</i> > 0,05	211,2 ± 2,2 <i>p</i> > 0,05	27,1 ± 0,3 <i>p</i> > 0,05
Условно здоровые	29	3,3 ± 0,4	189,8 ± 2,4	26,7 ± 0,3

Примечание. *p* – достоверность при сравнении данных с таковыми у условно здоровых пациентов.

При обследовании в дальнейшем (через 1,5–2 месяца после респираторной инфекции) увеличенными оставались уровни КФК и ЛДГ-1. На фоне проводимой терапии через 3–4 месяца уровни данных биохимических показателей существенно не отличались от нормы.

Следовательно, у больных хроническим тонзиллитом с нарушением сердечной деятельности, миокардиодистрофией на фоне перенесенной инфекции уровни КФК, ЛДГ, ЛДГ-1 характеризуются умеренным повышением по сравнению с нормой и длительным сохранением их в динамике. В случаях наложения последующей респираторной инфекции течение патологического процесса осложняется и способствует изменению уровней биохимических показателей. В диагностике миокардиодистрофии наряду с клинико-инструментальными данными важно учитывать определение уровней КФК, ЛДГ, ЛДГ-1.

Выводы

1. Применение раствора диоксидина в сочетании с интраназальным введением дерината увеличивает эффективность лечения хронического тон-

зиллита, о чем свидетельствуют положительная субъективная и объективная клиническая картина.

2. 0,5 % раствор диоксида оптимально сочетает антибактериальное, противовирусное, противогрибковое и дезинфицирующие свойства, в отличие от 1 % раствора, не вызывает повреждения эпителиального покрова небной миндалины – важного компонента иммунной защиты организма.

3. У больных хроническим тонзиллитом с нарушением сердечной деятельности, миокардиодистрофией на фоне перенесенной инфекции уровни КФК, ЛДГ, ЛДГ-1 характеризуются умеренным повышением по сравнению с нормой и длительным сохранением их в динамике.

Список литературы

1. **Дмитриева, И. А.** Клинико-иммуноморфологическая оценка эффективности лечения хронического тонзиллита антисептическими препаратами : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Дмитриева И. А. – СПб., 2007.
2. **Пацинин, А. Н.** Клинико-иммуноморфологическая оценка эффективности лечения хронического тонзиллита препаратом мирамистин в различных концентрациях / А. Н. Пацинин, В. М. Петренко, И. А. Дмитриева // Российская оториноларингология. – 2007. – № 4. – С. 27–34.
3. **Солдатов, И. Б.** Хронический неспецифический тонзиллит : руководство по оториноларингологии / И. Б. Солдатов. – М., 1997. – С. 348–353.
4. **Chole, R.** Anatomical evidence of microbial biofilms in tonsillar tissues: a possible mechanism to explain chronicity / R. Chole, B. Faddis // Arch. Otolaryngol Head Neck Surg. – 2003. – № 129. – P. 634–636.
5. **Заболотный, Д. И.** Иммуногенетические аспекты хронического тонзиллита / Д. И. Заболотный. – Киев, 1999. – С. 130–133.
6. **Зольникова, Н. Е.** Интралакунарная фотодинамическая терапия хронического тонзиллита : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Зольникова Н. Е. – Оренбург, 2004.
7. **Колокольчикова, Е. Г.** Роль клеток стенки микрососудов в пролиферативных процессах соединительной ткани : автореф. дис. ... д-ра биол. наук / Колокольчикова Е. Г. – М., 1997.
8. **Чумаков, Ф. И.** Удаление небных миндалин / Ф. И. Чумаков // Вестник оториноларингологии. – 1998. – № 2. – С. 57–59.
9. **Brandtzaeg, P.** Tonsils and adenoids: everything the ENT surgeon needs to know / P. Brandtzaeg. – 8th International Congress of Pediatric Otorhinolaryngology : Book of Abstracts. – 2002. – P. 61.

Чарышкина Юлия Викторовна

врач-оториноларинголог, МУЗ Городская больница № 3 (г. Ульяновск)

E-mail: charyshkin@yandex.ru

Charyshkina Yuliya Viktorovna

Otolaryngologist, Municipal Hospital №3 (Ulyanovsk)

Чарышкин Алексей Леонидович

доктор медицинских наук, профессор, кафедра госпитальной хирургии, Институт медицины, экологии и физической культуры, Ульяновский государственный университет

E-mail: charyshkin@yandex.ru

Charyshkin Alexey Leonidovich

Doctor of medical sciences, professor, sub-department of surgery, Institute of medicine, ecology and physical training, Ulyanovsk State University

УДК 616.322-002.2-08

Чарышкина, Ю. В.

Оптимизация комплексного лечения хронического тонзиллита /
Ю. В. Чарышкина, А. Л. Чарышкин // Известия высших учебных заведений.
Поволжский регион. Медицинские науки. – 2010. – № 3 (15). – С. 101–106.