



ЛИТЕРАТУРА

1. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов и местнодействующие глюкокортикостероиды в лечении аллергического риносинусита, сочетанного с бронхиальной астмой. / Ю. М. Овчинников, С. И. Овчаренко, Ю. А. Овчинников и др. // Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. – №3. – С. 93–96.
2. Буйлин В. А. Низкоинтенсивная лазерная терапия в оториноларингологии: Информационно-методический сборник. / В. А. Буйлин. М.: ТОО «Фирма «Техника», 1996.
3. Пальчун В. Т. Параназальные синуситы. – / В. Т. Пальчун, Ю. А. Устьянов, Н. С. Дмитриев – М, 1982
4. Пискунов Г. З. Клиническая ринология. – / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов М.: Изд-во: Миклош, 2002.
5. Чучалин А. Г. Бронхиальная астма. – / А. Г. Чучалин. М.: Агар; 1997. – Т. 2.
6. Чучалин А. Г. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких. / А. Г. Чучалин. М.: Изд-во Грантъ; 1999.
7. Чучалин А. Г. Бронхиальная астма и астмоподобные состояния. / А. Г. Чучалин // Рос. мед. журн. – 2002, №5. – С. 232–235.
8. Чучалин А. Г. Фармакотерапия бронхиальной астмы с точки зрения медицины, основанной на доказательствах. / А. Г. Чучалин, А. Н. Цой, В. В. Архипов. // Тер. архив. – 2003. – №3. – С. 73–77.

УДК: 616. 322–002. 2–085

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОРОБАКТЕРИНА В КОМПЛЕКСНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Р. А. Забиров, Н. В. Султанова

*ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Росздрава
(Зав. каф. оториноларингологии ФППС – Засл. врач РФ, проф. Р. А. Забиров)*

В настоящее время в практическом здравоохранении широко используются различные виды консервативной терапии хронического тонзиллита [2, 5, 6, 8, 13]. Простота, доступность, эффективность и неинвазивность данных методов лечения привлекает внимание врачей и больных. Однако, как показывает клиническая практика традиционная консервативная терапия хронического тонзиллита не всегда успешна: часто возникают рецидивы заболевания и затягиваются сроки лечения [4, 13].

Поэтому разработка и использование в клинике новых эффективных способов консервативной терапии хронического тонзиллита является актуальной задачей современных научных исследований.

В связи с данными обстоятельствами в комплексной терапии больных хроническим тонзиллитом мы стали использовать споробактерин, который находит все большее применение при лечении воспалительных заболеваний различных органов, и в частности ЛОР-органов [1, 7, 9–12].

Цель исследования

Повышение эффективности лечения больных хроническим тонзиллитом использованием в комплексной консервативной терапии споробактерина.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 60 больных хроническим тонзиллитом.

Всем наблюдаемым больным проводилось общее клиническое обследование. Больным осуществлялся осмотр ЛОР-органов, исследование ротоглотки, исследование видового состава и персистентных свойств микроорганизмов, выделенных из лакун и крипт небных миндалин, цитологическое исследование мазков из небных миндалин.

Обследуемые больные были разделены на 2 сопоставимые группы (по 30 человек) в зависимости от проведенного лечения. В каждой группе было по 15 человек с компенсированной и декомпенсированной формами хронического тонзиллита. Больные обеих групп получали идентичное традиционное лечение: промывание лакун небных миндалин раствором фурациллина,



смазывание небных миндалин раствором Люголя, гипосенсибилизирующую терапию, витаминотерапию, физиотерапию.

Больным 1-ой группы (основная группа) кроме традиционного консервативного лечения в лакуны и крипты небных миндалин вводился раствор споробактерина по одной дозе (5 млн. микр./тел) 1 раз в день.

Больные 2-ой группы (контрольная группа) получали только традиционное консервативное лечение.

Курс лечения всех пациентов составлял 10 дней.

Оценка эффективности лечения больных хроническим тонзиллитом осуществлялась в ближайший (непосредственно после окончания курса лечения) и в отдаленный (через 1 год после окончания курса лечения) периоды наблюдения.

Критериями эффективности лечения являлись данные общеклинического обследования, результаты фарингоскопии, микробиологических и цитологических исследований.

Комплексное лечение с использованием споробактерина пациенты первой группы переносили хорошо, осложнений и побочных реакций не наблюдалось.

Что касается больных второй (контрольной) группы, необходимо отметить, что и они переносили традиционную терапию хорошо, без осложнений и побочных реакций.

Результаты

Среди обследуемого контингента больных было 30 (50%) мужчин и 30 (50%) женщин в возрасте от 18 до 50 лет.

Обследуемые больные жаловались на дискомфорт в горле (55 человек), снижение аппетита (45), слабость (48), снижение работоспособности (51).

Наряду с этими жалобами обследуемых больных беспокоили неприятный запах изо рта (30 человек), отхождение казеозных пробок (24), кашель (14), боль в горле (2).

Пациенты с декомпенсированной формой хронического тонзиллита (30 человек) жаловались на часто повторяющиеся ангины, боли в сердце, суставах, сердцебиение и субфебрилитет (9 человек).

У наблюдаемых больных при фарингоскопии выявлялись типичные местные признаки хронического тонзиллита. Наиболее частым местным признаком являлось содержание в лакунах и криптах небных миндалин гнойно-казеозного детрита, который был получен при тонзиллоротации у всех 60 больных хроническим тонзиллитом. Одновременно с этим симптомом Гизе был положительным у 54 человек, симптом Зака – у 55, симптом Преображенского – у 43. Между небными дужками и небными миндалинами рубцовые спайки наблюдались у 49 больных, симптом Корицкого был положительным у 33 человек. Небные миндалины имели плотную консистенцию с гладкой поверхностью.

При исследовании микрофлоры в материале из лакун и крипт небных миндалин у 39% пациентов отмечался умеренный рост флоры, у 61% – обильный рост, причем у больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита наблюдалась полиморфная флора. При компенсированной форме хронического тонзиллита число выросших колоний составляло $39 \pm 1,0$ КОЕ при декомпенсированной – $61 \pm 1,8$ КОЕ. Наиболее часто у больных хроническим тонзиллитом высевался золотистый стафилококк и гемолитический стрептококк, реже эпидермальный стафилококк, энтерококки, кишечная палочка, палочка инфлюэнции и грибы рода *Candida*.

У пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита в 47% наблюдений в посевах из лакун и крипт небных миндалин идентифицирован золотистый стафилококк, в 29% – гемолитический стрептококк, 21% – энтерококки, 10% – кишечная палочка, 7% – грибы рода *Candida*. Наряду с данной флорой были высеяны сапрофитные микроорганизмы, а именно *S. epidermidis*, *S. viridans*, *N. subflavia*.

Что касается больных декомпенсированной формой хронического тонзиллита, то у этих пациентов преимущественно высевалась патогенная микрофлора: гемолитический стрептококк – у 86% наблюдаемых лиц, золотистый стафилококк – у 72%, энтерококки – у 26%, кишечная палочка – у 17%, грибы рода *Candida* – у 20%. У данных больных высевалась чаще полиморфная флора в различных ассоциациях.



Показатели персистентных свойств микроорганизмов, полученных в результате посевов материала из лакун и крипт небных миндалин, обследуемых больных до лечения были высокими: АКА – $2,8 \pm 0,1$ 10⁶ анти/лек, АЛА – $1,2 \pm 0,08$ мкг/мл, АкрА – $1,8 \pm 0,1$ мг/мл.

Анализ показателей персистентных свойств микроорганизмов, высеянных от больных с компенсированной и декомпенсированной формой хронического тонзиллита, выявил определенные различия. При компенсированной форме хронического тонзиллита уровень АКА составлял $1,6 \pm 0,07$, 10⁶ анти /лек, АЛА – $0,7 \pm 0,04$ мкг /мл, АкрА – $0,9 \pm 0,13$ мг/мл. У больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита данные показатели были следующими: АКА – $4,0 \pm 0,14$ 10⁶ анти/лек, АЛА – $1,6 \pm 0,11$ мкг/ мл, АкрА – $2,7 \pm 0,08$ мг/ мл.

До лечения у наблюдаемых больных функциональная активность небных миндалин была снижена. Так, количество лимфоцитов равнялось $20 \pm 1,5$. При исследовании мазка, наряду с лимфоцитами, выявлялись эпителиальные клетки, эозинофилы, нейтрофилы.

Содержание лимфоцитов различалось в зависимости от формы хронического тонзиллита. Так, у больных с компенсированной формой хронического тонзиллита число лимфоцитов в материале из лакун и крипт небных миндалин составляло $31 \pm 1,9$. При декомпенсированной форме хронического тонзиллита число лимфоцитов достоверно снижено и равнялось $8 \pm 1,0$. В то же время количество десквамированных эпителиальных клеток и дегенеративно измененных нейтрофильных лейкоцитов значительно увеличено.

Результаты комплексной консервативной терапии с применением споробактерина у обследуемых больных 1-й (основной) группы представлены в сравнении с итогами традиционной терапии у пациентов 2-й (контрольной) группы в таблице №1.

Из таблицы видно, что общий положительный результат комплексной консервативной терапии больных хроническим тонзиллитом с использованием споробактерина в первой (основной) группе обследуемых больных имел место в ближайшие сроки наблюдения у 80% пациентов, в отдаленные сроки наблюдения – также у 80% пациентов. Приведенные результаты лечения основного контингента больных достоверно выше, чем у второй (контрольной) группы пациентов, у которых итоговые положительные результаты лечения были в ближайшие сроки наблюдения у 70%, в отдаленные сроки наблюдения – у 60% больных.

При сравнительной характеристике результатов консервативной терапии компенсированной и декомпенсированной форм хронического тонзиллита, данные таблицы 1 наглядно свидетельствуют, что более эффективно лечение компенсированной формы тонзиллита у обеих групп больных. Наряду с этим наилучшие результаты лечения нами достоверно установлены у основной (первой) группы больных лечившихся с использованием споробактерина, по сравнению с результатами лечения контрольной (второй) группы пациентов.

Так, в ближайшие сроки наблюдения положительные результаты лечения компенсированной формы хронического тонзиллита среди больных основной (первой) группы имели место у 93% пациентов, в контрольной (второй) – у 80%. В то же время у больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита процент положительных результатов лечения был достоверно меньше и соответственно составлял 67% и 60%.

В отдаленном периоде наблюдения так же более лучшие результаты лечения наблюдались у больных с компенсированной формой хронического тонзиллита, причем в основной группе больных, где использовался споробактерин, получены наилучшие результаты по сравнению с контрольной группой пациентов. Так, положительные результаты лечения при данной форме заболевания в основной группе обследуемых пациентов нами установлены у 93% пациентов, в контрольной – у 73% пациентов.

Из таблицы видно, что результаты лечения больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита достоверно уступают вышеприведенным данным и положительные результаты в основной группе имели место у 67% пациентов, в контрольной группе – только у 47% пациентов.

Необходимо отметить, что и качественные показатели лечения так же были выше у больных с компенсированной формой хронического тонзиллита по сравнению с результатами лечения лиц с декомпенсированной формой данного заболевания. Наряду с этим эффективность комплексной



консервативной терапии с использованием споробактерина (в основной группе) была выше по сравнению с итогами лечения больных контрольной группы. В ближайшие сроки наблюдения хорошие результаты лечения компенсированной формы хронического тонзиллита среди обследуемых лиц основной группы, нами установлены у 80% пациентов, в контрольной – у 60%.

Таблица 1

Результаты лечения больных хроническим тонзиллитом (ХТ) в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения (в%)

Сроки наблюдения	Результаты лечения %	Обследуемые больные				P1	P2	P3
		1 группа (30 человек)		2 группа (30 человек)				
		Компенсированная форма ХТ	Декомпенсированная форма ХТ	Компенсированная форма ХТ	Декомпенсированная форма ХТ			
Ближайшие	Хорошие	80	54	60	33	<0,05	<0,05	<0,05
	Удовлетворительные	20	20	20	27			
	Неудовлетворительные	7	33	20	40			
	Положительные результаты лечения по форме ХТ	93	67	80	60			
	Общие положительные результаты лечения	80		70				
Отдаленные	Хорошие	73	47	53	20	<0,05	<0,05	<0,05
	Удовлетворительные	20	13	20	27			
	Неудовлетворительные	13	40	27	53			
	Положительные результаты лечения по форме ХТ	93	67	73	47			
	Общие положительные результаты лечения	80		60				

Примечание: P1P2P3 – достоверность различий результатов основной(1-ой) и контрольной(2-ой) групп больных хроническим тонзиллитом; (P1 – компенсированной, P2 – декомпенсированной, P3 – итогового результата).

У данных больных улучшилось общее состояние, жалоб они не предъявляли, восстановилась работоспособность, аппетит. Цвет слизистой оболочки миндалин и небных дужек был бледно-розовым, их отек купировался, величина небных миндалин уменьшилась. В лакунах и криптах миндалин гнойно – казеозный детрит отсутствовал, регионарные лимфатические узлы шеи при пальпации не увеличены.



При посевах материала из лакун небных миндалин преобладала сапрофитная флора (непатогенные стафилококки и стрептококки, энтерококки и лактобактерии).

Показатели персистентных свойств микроорганизмов были вдвое ниже чем до лечения.

Цитологическое исследование содержимого лакун и крипт небных миндалин позволило установить повышение числа лимфоцитов, одновременно с их увеличением определялись плазматические клетки и макрофаги.

У больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита число хороших результатов лечения было достоверно ниже, и в основной группе он имел место у 54% пациентов, в контрольной группе – у 33% пациентов.

По данным таблицы такое же соотношение в результатах лечения сохраняется и в отдаленном периоде наблюдения.

Так, хорошие результаты лечения нами установлены у 73% обследованных лиц с компенсированной формой заболевания из основной группы и у 53% пациентов из контрольной группы.

У больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита хорошие результаты лечения среди пациентов основной группы были у 47% обследованных лиц, в контрольной группе только – у 20%.

Заключение

Результаты наших исследований убедительно свидетельствуют о высокой эффективности комплексной консервативной терапии с использованием споробактерина. При сравнительной характеристике результатов комплексной консервативной терапии компенсированной и декомпенсированной форм заболевания установлено, что наиболее эффективно лечение компенсированной формы хронического тонзиллита. Оценка результатов традиционной консервативной терапии у больных хроническим тонзиллитом контрольной группы убедительно показывает, что ее эффективность достоверно уступает эффективности комплексного лечения с использованием споробактерина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Забиров Р. А. Анализ результатов лечения синуситов у детей споробактерином /Р. А. Забиров, В. И. Никитенко, М. В. Фомина//Новости оторинолар. и логопатол. – 2002. – №2. – С. 88–90.
2. Лисовская Т.Л. Местное применение препарата «Циклоферон» в профилактике обострений хронического тонзиллита и синусита/ Т. Л. Лисовская, С. В. Рязанцев, А. В. Полещиков// Там же. – 2001. – №3 (27). – С. 107–108.
3. О целесообразности интралакунарного воздействия лучом хирургического лазера при хроническом тонзиллите (экспериментальное исследование)/ И. А. Овчинников, В. Е. Добротин, Л. А. Климова и др. // Вестн. оторинолар. – 2003. – №2. – С. 20–21.
4. Овчинников И. А. Опыт лечения больных хроническим тонзиллитом с помощью интралакунарного воздействия лучом НИАГ-лазера/ И. А. Овчинников, Л. А. Климова, А. Б. Шехтер// Там же. – 2002. – №6. – С. 37–39.
5. Опыт применения бактериальных иммуномодуляторов местного действия в лечении хронического тонзиллита/ Г. С. Мальцева, Е. В. Тырнова, В. В. Власова и др. // Рос. оторинолар. – 2004. – №3 (10). – С. 63–67.
6. Оценка клинической эффективности некоторых схем терапии хронического тонзиллита/ Г. С. Мальцева, Е. В. Тырнова, В. В. Власова и др. // Там же. – 2003. – №2 (5). С. 170–173.
7. Препарат споробактерин. Новые данные о механизме действия этого и других живых бактериальных препаратов/ В. И. Никитенко, В. С. Полякова, М. В. Никитенко и др. // Научный вестн. Тюменской мед. академии. – 2001. – №2. – С. 70–72.
8. Рязанцев С. В. Опыт применения тонзилгон Н/ С. В. Рязанцев, Г. П. Захаров, М. В. Дроздова// Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. – №3 (27). – С. 116–118.
9. Симоненко Е. В. Некоторые аспекты лечения закрытой травмы грудной клетки: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – /Е. В. Симоненко. Оренбург, 2002. – 26 с.
10. Тарасенко В. С. Острый деструктивный панкреатит. Некоторые аспекты патогенеза и лечения: Автореф. дис.... докт. мед. наук. – /В. С. Тарасенко. Оренбург, 2000. – 49 с.
11. Фомина М. В. Ближайшие и отдаленные результаты лечения острых и хронических синуситов у детей споробактерином/ М. В. Фомина// Рос. ринология. – 2001. – №2. – С. 132.
12. Фомина М. В. Комбинированное лечение синуситов у детей с использованием споробактерина: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – Оренбург, 2003. – 24 с.
13. Фотодинамическая терапия больных с различными формами хронического тонзиллита/ Е. Н. Пыхтеева, В. Г. Зенгер, З. М. Ашуров и др. Мат. XVII съезда оториноларингологов России. – СПб. – РИА-АМИ., 2006. – С. 216.