

Забиров Р.А., Султанова Н.В.
**СПОРОБАКТЕРИН В ЛЕЧЕНИИ
 ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА**

ГОУ ВПО Оренбургская государственная
 медицинская академия» Росздрава, г. Оренбург

В структуре ЛОР патологии хронический тонзиллит занимает одно из ведущих мест [14, 16].

Хронический тонзиллит среди взрослого населения встречается в 4-10 % случаев, а среди детского – около 12-15 % [9, 10].

По мнению [20] хронический тонзиллит является одним из наиболее распространенных заболеваний человека, и им болеют от 4 до 31 % населения.

Наиболее часто хроническим тонзиллитом страдают лица молодого трудоспособного возраста, что наносит большой ущерб экономике страны. На почве хронического тонзиллита развиваются ряд заболеваний сердца, почек, суставов, которые нередко являются причиной утраты трудоспособности, ухудшения качества жизни и инвалидности больных [1, 11, 15].

В настоящее время клиницистами в лечении больных хроническим тонзиллитом активно используются различные методы консервативной терапии [3,4,5, 12, 13]. Однако, как показывает клиническая практика, традиционной консервативной терапии хронического тонзиллита не всегда сопутствует успех: часто возникают ре-

цидивы заболевания, затягиваются сроки лечения, возникают различные осложнения [7, 8].

Поэтому разработка новых эффективных консервативных методов лечения хронического тонзиллита является актуальной проблемой современной оториноларингологии.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения больных хроническим тонзиллитом на основе использования в комплексной терапии данных пациентов споробактерина.

В последние годы в Оренбургской государственной медицинской академии профессором В.И.Никитенко разработан пробиотик споробактерин, который используется в настоящее время для лечения воспалительных заболеваний различных органов и систем [2,6,17, 18, 19].

Споробактерин представляет собой штамм сенной палочки № 534, который обладает антибактериальным, иммуномодулирующим, умеренно десенсибилизирующим действием.

Вышеизложенное послужило основанием для применения споробактерина в комплексном лечении больных хроническим тонзиллитом.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 60 больных хроническим тонзиллитом, которые были разделены на 2 сопоставимые группы в зависимости от вида лечения. В каждую группу включили 15 больных с компенсированной формой хронического тонзиллита и 15 – с декомпенсированной формой хронического тонзиллита.

Всем наблюдаемым больным проводилось общее клиническое обследование, они консультировались терапевтом и при необходимости другими специалистами. Больным осуществлялся осмотр ЛОР органов, исследование ротоглотки, исследование видового состава и персистентных свойств микроорганизмов.

Все больные получали традиционное консервативное лечение

(промывание лакун небных миндалин раствором фурациллина, смазывание небных миндалин раствором Люголя, гипосенсибилизирующую терапию, витаминотерапию, физиотерапию).

Больные 1-й (основной) группы наряду с традиционной консервативной терапией получали внутрь споробактерин по одной дозе х 2 раза в день и в лакуну и крипты небных миндалин вводился пробиотик по одной дозе один раз в день (через 4 часа после смазывания небных миндалин раствором Люголя).

Больным 2-й (контрольной) группы проводили только традиционную консервативную терапию.

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, тонзиллоротации, микробиологических и цитологических исследований.

Комплексное лечение с использованием споробактерина пациенты первой (основной)

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: Значимость предложенной нами комплексной консервативной терапии хронического тонзиллита с применением споробактерина для практического здравоохранения убедительно показывает сравнительная характеристика результатов лечения основной (первой) с контрольной (второй) группой больных, которым проводилась только традиционная консервативная терапия (таблица 1).

Таблица 1

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

Сроки	Результат	Обследуемые больные				P1	P2	P3
		1 группа (30 человек)		2 группа (30 человек)				
		Компен- сированная форма ХТ	Декомпен- сированная форма ХТ	Компенсир ованная форма ХТ	Декомпене ированная форма ХТ			
	Удовлетвор ительно		13	20	27			
	Неудовлет ворительны е	7	20	20	40			
	Положите льные ре- зультаты лечения по форме ХТ	93	80	80	60			
	Общие по- ложитель- ные резуль- таты лече- ния	87		70				
	Хорошие	93	60	53	20	<0,05	<0,05	
	Удовлетво рительные		20	20	27			
	Неудовлет воритель- ные	7	20	27	53			
	Положите льные ре- зультаты лечения по форме ХТ	93	80	73	47			
	Общие по- ложитель- ные резуль- таты лече- ния	87		60				

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

Из таблицы видно, что общий положительный результат комплексной консервативной терапии больных хроническим тонзиллитом с использованием споробактерина в первой группе обследуемых больных составлял в ближайшие сроки наблюдения 87% , в отдаленные сроки наблюдения — 87 %. Приведенные результаты лечения основного контингента больных достоверно лучше, чем у второй (контрольной) группы пациентов, у которых общие положительные результаты лечения в ближайшие сроки наблюдения имели место только у 70% пациентов, а в отдаленные сроки наблюдения — у 60% .

При сравнительной характеристике результатов консервативной терапии компенсированной и декомпенсированной форм хронического тонзиллита, полученные данные наглядно свидетельствуют, что более эффективно лечение компенсированной формы хронического 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 80% и 60%.

В отдаленном периоде наблюдения обследуемого контингента 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%.

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 80% 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 93% пациентов, в контрольной — у 60%. У больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита данный показатель был достоверно ниже, и в основной группе он имел место у 67% 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 чаще нами установлены у обследованных лиц с компенсированной формой заболевания из основной группы (93%). Отчетливо реже хорошие результаты выявлялись у пациентов из контрольной группы (53 %).

У больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита хорошие результаты лечения среди пациентов основной группы были у 60 % обследованных лиц, в контрольной группе только — у 20%.

При микробиологическом исследовании флоры, высеянной из содержимого лакун и крипт небных миндалин обследуемых пациентов до лечения установлено, что умеренный рост микрофлоры определялся в 30 % наблюдений, обильный рост — в 70% проб. Количество выросших колоний при компенсированной форме хронического тонзиллита составило $34 \pm 1,4$, при декомпенсированной форме — $66 \pm 1,9$.

Видовая идентификация высеянной флоры показала преобладание в посевах стафилококков и стрептококков.

При компенсированной форме хронического тонзиллита у 47 % наблюдаемых больных высевался золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк — у 20 %; энтерококки — у 20 % , кишечная палочка — у 7 %, грибки рода *Candida* — у 7%. Наряду с данной флорой, высевались условно- патогенные микроорганизмы (*S. epidermidis*, *S. viridans*, *S. subflavia*).

У больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита преимущественно высевалась патогенная микрофлора: гемолитический стрептококк высеван у 80 % наблюдаемых

лиц, золотистый стафилококк - у 80%, энтерококки - у 20 %, кишечная палочка - у 27 %, грибки рода *Candida* - у 13 %. Часто выявлялись ассоциации микроорганизмов: *Str. pyogenis* и *S. epidermidis*, *S. aureus* и *Str. pyogenes*, *S. aureus*, *Str. Viridans*.

Данная микрофлора характеризовалась высокими показателями персистентных свойств: антикомплемментарная активность (АКА - 3,0 + 0,2 антилек. 10/сек., АЛА - 1,1 + 0,07 мкг / мл, АКр А - 2,0 + мг/мл.

При цитологическом исследовании количество лимфоцитов в содержимом лакун и крипт составляло 22 + 1,8. Одновременно с лимфоцитами были обнаружены нейтрофилы, эозинофилы и эпителиальные клетки, число которых было значительным.

После лечения у больных 1-й (основной) группы, получавших комплексную консервативную терапию с использованием споробактерина, из лакун высевалась только сапрофитная флора: непатогенные стафилококки, стрептококки, лактобактерии, энтерококки. Показатели персистентных свойств микроорганизмов были вдвое ниже чем до лечения.

Наряду с этим у обследуемых больных с компенсированной формой хронического тонзиллита высевались *B. subtilis* у 53% пациентов, при декомпенсированной форме - у 40 %.

У данных больных повысилась функциональная активность ткани небных миндалин, что выражалось в повышении количества лимфоцитов до 55 + 2,3, число десквамированных эпителиальных клеток значительно уменьшилось.

У пациентов 2-й (контрольной) группы после лечения также наблюдалась положительная динамика: в посевах из лакун высевалась сапрофитная флора (непатогенные стафилококки, лактобактерии, энтерококки). Показатели персистентных свойств микроорганизмов также были ниже чем до лечения. Увеличивалось количество лимфоцитов в содержимом лакун и крипт. Однако в этой группе, в отличие от основной

(1-ой) были пациенты (20% - в ближайшем периоде наблюдения и 27 % - в отдаленном), у которых положительных изменений не установлено.

Заключение

Результаты наших исследований убедительно свидетельствуют о высокой эффективности комплексной консервативной терапии больных хроническим тонзиллитом 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 применением споробактерина.

Литература

1. Вахрушев С.Г. Аркуспалатиномия в комплексном лечении хронического тонзиллита (С.Г.Вахрушев, И.В. Андриянова, А.В. Полевщиков //Новости оторинолар. и логопатологии.- 1999.-№ 1.- с. 13-16.
2. 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.
3. Лисовская Т.Л. Местное применение препарата «Циклоферон» в профилактике обострений хронического тонзиллита и синусита/ Т.Л.Лисовская, С.В.Рязанцев, А.В.Полевщиков// Новости оторинолар. и логопатол.-2001.-№3(-27).-с.107-108.
4. Мальцева Г.С. Оценка клинической эффективности некоторых схем терапии хронического тонзиллита/ Г.С.Мальцева, Е.В.Тырнова, В.В.Власова и соавт.// Рос. оторинолар.-2003.-№2(5).-с.170-173.
5. Мальцева Г.С. Опыт применения бактериальных иммуномодуляторов местного действия в лечении хронического тонзиллита/ Г.С.Мальцева, Е.В.Тырнова, В.В.Власова и соавт.// Рос. оторинолар.-2004.-№3(10).-с.63-67.
6. Никитенко В.И. Препарат споробактерин. Новые данные о механизме действия этого и других живых бактериальных препаратов/ В.И.Никитенко, В.С.Полякова, М.В.Никитенко и соавт.// Научный вестник Тюменской мед. академии.-2001.- №2.- с.70-72.
7. Овчинников И.А. Опыт лечения больных хроническим тонзиллитом с помощью интралакунарного воздействия лучом НИАГ - лазера/ И.А. Овчинников, Л.А.Климова, А.Б.Шехтер// Вестн. оторинолар.- 2002.- №6.- с.37-39.
8. Овчинников И.А. О целесообразности интралакунарного воздействия лучом хирургического лазера при хроническом тонзиллите (экспериментальное исследование)/ И.А.Овчинников, В.Е.Добротин, Л.А.Климова и соавт.// Вестн. оторинолар.- 2003.- №2.- с.20-21.
9. Пальчун В.Т. Болезни уха, горла, носа (В.Т.Пальчун, Н.А.Преображенский // М.: Медицина, 1978.- 487 с.

10. Пальчун В.Т. Оториноларингология. Учебное издание / В.Т.Пальчун, А.И. Крюков // Курск: КГМУ, Москва: «Литера», 1997.- 512 с.

11. Преображенский Б.С. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ним общие заболевания / Б.С.Преображенский, Г.Н.Попова// М.: Медицина, 1970.- 383 с., ил.

12. Пыхтеева Е.Н. Фотодинамическая терапия больных с различными формами хронического тонзиллита/ Е.Н. Пыхтеева, В.Г.Зенгер, З.М.Ашуров и соавт.// Материалы XVII съезда оториноларингологов России.- Тезисы Санкт-Петербург, 2006.- с. 216.

13. 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.

14. Солдатов И.Б. Хронический тонзиллит и другие очаги инфекции верхних дыхательных путей / И.Б.Солдатов// Всесоюзный съезд оториноларингологов СССР.- М.: Медицина, 1975.- с. 60-66.

15. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии / И.Б.Солдатов.- М.: Медицина, 1997.- 608с.

16. Староха А.В. Морфофункциональное строение клеток небных миндалин у больных хроническим тонзиллитом / А.В.Староха, Б.В. Шилов, Д.А.Долгун// Рос. оториноларингология.- 2007.- № 1.- с.3-8.

17. Тарасенко В.С. Острый деструктивный панкреатит. Некоторые аспекты патогенеза и лечения: Автореф. дис....докт. мед. наук.- Оренбург, 2000.- 49с.

18. Фомина М.В. Ближайшие и отдаленные результаты лечения острых и хронических синуситов у детей спорабактерином/ М.В.Фомина// Рос. ринология.- 2001.- №2.- с 132.

19. Фомина М.В. Комбинированное лечение синуситов у детей с использованием спорабактерина: Автореф. дис....канд. мед. наук.- Оренбург, 2003.- 24с.

20. Шахметова К.С. Возможности проводниковой анестезии при плановой двусторонней тонзиллэктомии /К.С.Шахметова// Рос. оторинолар.- 2004.- № 1 (8).- с.118-120.