



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Вохидов Улугбек Нуридинович,
Шарипов Санжар Саломович,
Мамасанов Фаррух Фуркатович
Ташкентский государственный
стоматологический институт
кандидат медицинских наук

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2021-1-10>

АННОТАЦИЯ

Целью данного исследования явилось сравнительная характеристика комплексного лечения хронического тонзиллита. Материал данного исследования составили 60 больных компенсированной и декомпенсированной формами хронического тонзиллита, которые проходили обследование, также амбулаторное и стационарное лечение за период с 2019 по 2020 гг. в ЛОР-клинике Ташкентской медицинской академии. Исследование показало, что санация небных миндалин мирамистином с пероральным применением имудона способствует быстрому выздоровлению и исчезновению симптомов заболевания.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, имудон, мирамистин, санация небных миндалин.

Вохидов Улугбек Нуридинович,
Шарипов Санжар Саломович,
Мамасанов Фаррух Фуркатович
Ташкентский государственный
стоматологический институт

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИНГ СОЛИШТИРМА ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

АННОТАЦИЯ

Тадқиқотнинг мақсади сурункали тонзиллитни комплекс даволашнинг солиштирма характеристикаси ҳисобланди. Тадқиқотнинг материаллини сурункали тонзиллитнинг компенсацияланган ва декомпенсацияланган шакллари билан 2019-2020 йилларда Тошкент тиббиёт академияси ЛОР-клиникасида даволанган 60 нафар беморлар ташкил қилди. Тадқиқот шуни кўрсатдики, танглай муртақларини мирамистин билан санацияси ва имудоннинг перорал қабул қилиниши тез соғайишга ва касаллик симптомларининг йўқолишига олиб келади.

Калит сўзлар: сурункали тонзиллит, имудон, мирамистин, танглай муртақлари санацияси.

Ulugbek N. Vokhidov
Sanjar S. Sharipov
Farrukh F. Mamasaidov
Tashkent State Dental Institute

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF THE COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC TONZILLITIS

ANNOTATION

The purpose of this study was the comparative characteristics of the complex treatment of chronic tonsillitis. The material of this study consisted of 60 patients with compensated and decompensated forms of chronic tonsillitis, who were examined, as well as outpatient and inpatient treatment for the period from 2019 to 2020 in the ENT clinic of the Tashkent Medical Academy. The study showed that the sanitation of the palatine tonsils with Miramistin with oral use of Imudon promotes a quick recovery and the disappearance of symptoms of the disease.

Key words: chronic tonsillitis, imudon, miramistin, palatine tonsils debridement.

Хронический тонзиллит - полиэтиологическое заболевание с разнообразными клиническими проявлениями. В структуре общей заболеваемости взрослого населения хронический тонзиллит составляет 5-10% [2,5,8]. Но некоторые авторы [3,6,11] отмечают, что доля хронического тонзиллита значительно больше и достигает 40%.

Распространенность хронического тонзиллита у детей также колеблется от 8% до 25% и зависит от возраста, формы заболевания, пола и места проживания [7,17,19].

Небные миндалины в норме принимают непосредственное участие в обеспечении естественной резистентности организма с помощью клеточных и гуморальных систем. Это участие определяется особенностями строения тонзилл и выполняемыми ими физиологическими функциями [4,10,13].

Первым барьером для микробов, их токсинов и продуктов метаболизма при хроническом тонзиллите является выстилающая лакуны слизистая оболочка, которая формирует лимфоэпителиальный барьер и носит название лимфоэпителиального симбиоза [5,8,14]. Имунный ответ организма формируется в морфо-функциональной единице небной миндалины - криптолимфоне, которая включает в себя просвет крипты, лимфоретикулярную ткань между криптой и вторичным узелком, вторичный лимфотический узелок с лимфоцитарной мантией. Лимфоциты посредством трансэпителиального диапедеза поступают в полость крипты [2,6,14]. Имеющаяся в небных миндалинах патогенная микрофлора способствует постоянной активации работы миндалины, вследствие чего, увеличиваются фолликулы небных миндалин. На определенном этапе наступает истощение небных миндалин, а увеличенные фолликулы в свою очередь приводят к уменьшению просвета лакун и крипт, а также к нарушению дренажной функции небных миндалин [7,14,18].

Нарушения защитно-приспособительных механизмов ткани небных миндалин приводят к снижению их устойчивости к инфекции, постоянно находящейся в миндалинах [8,12,16]. Всасывание микробных ферментов и токсинов, а также продуктов нарушения метаболизма воспаленной ткани миндалин может оказывать токсическое воздействие, вызывая интоксикацию организма.

Трудность клинической диагностики хронического тонзиллита состоит в том, что при фарингоскопии невозможно достоверно определить функциональное состояние небных миндалин. Это связано с тем, что используемые при клинической диагностике хронического тонзиллита критерии, такие как гиперемия и отек передних небных дужек, наличие спаек, рубцов, сопутствующие заболевания, не характеризуют иммунологическую функцию миндалин и не могут свидетельствовать о компенсации или декомпенсации этой функции [9,14,18]. Кроме того, важную роль в обострениях хронического тонзиллита имеет не только количественный, но и качественный состав микрофлоры лакун небных миндалин. Ведущая роль в патогенезе хронического тонзиллита признается за *Streptococcus pyogenes*, значительную роль имеет так же *Staphylococcus aureus* [16,19,20]. Для решения проблемы клинической диагностики хронического тонзиллита предложены методы иммунологического,

бактериологического и функционального исследования небных миндалин, которые достоверны лишь в комплексе.

Учитывая многофакторный характер патогенеза хронического тонзиллита, однозначного решения вопроса терапии последнего нет. Новые разработанные комплексы лечения хронического тонзиллита разнообразны, но не охватывают своим воздействием все звенья патогенеза. Кроме того, кратковременность эффекта, в большинстве случаев, вынуждает повторять курсы терапии каждые два - три месяца. Разные методики лечения показывают свою эффективность и неэффективность в определенных условиях, что не отменяет новых путей поиска консервативного лечения хронического тонзиллита, в связи с важностью сохранения данного органа.

Целью данного исследования явилось сравнительная характеристика комплексного лечения хронического тонзиллита.

Материалы и методы исследования. С целью оптимизации методов консервативного лечения хронического тонзиллита за период с 2019 по 2020 гг. в ЛОР-клинике Ташкентской медицинской академии было проведено обследование и лечение 60 больных компенсированной и декомпенсированной формами хронического тонзиллита, в том числе 48 мужчин и 72 женщины в возрасте от 15 до 45 лет, проживавших в городской и сельской местности. Все больные были разделены на две группы.

Первую группу (n=30) составили больные, которым проводилась санация лакунарного аппарата небных миндалин раствором антисептика широкого спектра действия - мирамистина. 0,01% раствор мирамистина относится к классу поверхностных активных веществ, обладает выраженным антимикробным действием в отношении грамположительных, грамотрицательных, аэробных и анаэробных спорообразующих и аспорогенных бактерий, обладает иммуноадьювантным действием, усиливает местные защитные реакции, регенеративные процессы вследствие модулирования клеточного и местного гуморального иммунитета. Санации небных миндалин проводились через день, всего 7 процедур, в течение двух недель.

Вторую группу (n=30) составили больные, которым наряду с санацией небных миндалин мирамистином перорально применялся имудон – лиофилизированный лизат ряда микроорганизмов, являющийся топическим бактериальным иммунокорректором на уровне системы местного иммунитета. Санации небных миндалин проводились через день, всего 7 процедур, в течение двух недель. Препарат имудон применялся по 1 таблетке 6 раз в день, в течение 14 дней.

Результаты исследования и их обсуждения. У больных первой группы для определения степени эффективности санационных мероприятий с использованием антисептика широкого спектра действия - 0,01% раствора мирамистина у больных, страдающих хроническим тонзиллитом, был использован сравнительный анализ показателей клинических и функциональных исследований, полученных до лечения, через 1, 3, 6 и 12 месяцев после проведенного лечения.

Таблица 1

Динамика жалоб больных на фоне лечения мирамистином, в %

Жалобы	До лечения n=30	Через 1 мес. n=30	Через 3 мес. n=30	Через 6 мес. n=28	Через 12 мес. n=25
Боли в горле	15 (50,0)	13 (43,3)	8 (26,7)	13 (46,4)	17 (68,0)
Анги-ны	24 (80,0)	7 (23,3)	2 (6,7)	3 (10,7)	3 (12,0)
«Комок» в горле	18 (60,0)	11 (36,66)	7 (23,3)	9 (32,1)	12 (48,0)
Сла-бость, недо-мога-ние	18 (60,0)	6 (20,0)	11 (36,7)	11 (39,3)	13 (52,0)
Дли-тель-ный суб-феб-рилитет	9 (30,0)	5 (16,7)	4 (13,3)	4 (14,3)	6 (24,0)

Среди всех жалоб, с которыми обращались пациенты, наиболее часто встречались боль и ощущение «комка» в горле - у 15 (50,0%) пациентов, частые ангины у 24 обследованных (80,0%), длительный субфебрилитет - у 9 пациентов (30,0%) (Табл. 1).

На фоне проводимых санаций лакун небных миндалин 0,01% раствором мирамистина достоверного снижения жалоб на боли и ощущение «комка» в горле не отмечалось ($p>0,05$). Однако 11 (36,66%) пациентов из группы отмечали улучшение в самочувствии как сразу после проведения курса санирующих мероприятий, так и в течение 1-2 месяцев после него. В течение первого месяца наблюдения после проведенного лечения 0,01% раствором мирамистина повторные ангины были зарегистрированы у 7 (23,33%) пациентов. Уже через 3-4 месяца у 6 (20,0%) больных жалобы возобновлялись. При этом лишь у 4 (13,33%) больных отмечалась стойкая положительная динамика в течение всего срока наблюдения, повторных ангин не было. Важным является то, что у всех этих больных отмечалась схожая фарингоскопическая картина: миндалины имели свободный верхний полюс с хорошо развитыми лакунами.

У больных этой группы при фарингоскопическом исследовании получены следующие результаты: (Табл. 2).

Таблица 2

Динамика фарингоскопической картины на фоне санации небных миндалин мирамистином, в %

Критерии учета	До лечения n=30	Через 1 мес. n=30	Через 3 мес. n=30	Через 6 мес. n=28	Через 12 мес. n=25
Гиперемия передних небных дужек	24 (80,0)	24 (80,0)	19 (63,33)	18 (64,28)	19 (76,0)
Наличие содержимого лакун	18 (60,0)	12 (40,0)	11 (36,66)	11 (39,28)	14 (56,0)
Увеличенные регионарные лимфо-узлы	15 (50,0)	12 (40,0)	12 (40,0)	11 (39,28)	13 (52,0)

Отмечалось уменьшение гиперемии передних небных дужек - у 5 (16,66%) пациентов в течение 3 месяцев наблюдения после проведенного курса санации небных миндалин мирамистином. Отсутствие содержимого в лакунах небных миндалин в первые 3 месяца наблюдения отмечалось у 7 (23,33%) пациентов. Увеличение регионарных лимфоузлов встречалось у 12 (40,0%) пациентов. Однако уже к 6-му месяцу после лечения

отмечалось ухудшение фарингоскопической картины и через 1 год в большинстве случаев фарингоскопическая картина возвращалась к прежнему патологическому виду.

У больных второй группы оценивая степень эффективности комплексного лечения хронического тонзиллита, включающего санацию лакун небных миндалин 0,01% раствором мирамистина, контактную ультразвуковую обработку миндалин на фоне применения местного иммуномодулятора имудона, мы использовали сравнительный анализ показателей клинических и функциональных исследований, полученных до лечения, через 1, 3, 6 и 12 месяцев после проведенного лечения.

На фоне комплексного лечения хронического тонзиллита жалобы на боли в горле, слабость, недомогание больные не предъявляли в первые 6 месяцев наблюдения (Табл. 3).

Таблица 3

Динамика жалоб больных на фоне проводимого комплексного лечения хронического тонзиллита, в %, n=30

Жалобы	До лечения	Через 1 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Боли в горле	20 (66,7)	-	-	2 (6,7)	4 (13,3)
Ангин	13 (43,3)	-	-	-	1 (3,3)
«Комок» в горле	24 (80,0)	8 (26,7)	-	-	4 (13,3)
Слабость, недомогание	19 (63,33)				4 (13,3)
Длительный субфебрилитет	6 (20,0)				

Но к концу 6 месяца наблюдения у 2 пациентов (6,67%) появились жалобы на боли в горле, а к концу года наблюдения такие жалобы были уже у 4 пациентов (13,34%). Кроме того, к концу года наблюдения 1 пациент перенес ангину, а ощущение комка в горле, слабость и недомогание отмечали 4 пациента (13,34%).

Исследование динамики фарингоскопической картины на фоне комплексного лечения хронического тонзиллита показало, что гиперемия передних небных дужек уменьшилась - на 76,67%, уменьшилось содержимое в лакунах небных миндалин - на 50,0%, увеличенные регионарные лимфоузлы встречались на 50,0% меньше (Табл. 4).

Таблица 4

Динамика фарингоскопической картины на фоне комплексного лечения хронического тонзиллита, в %, n=30

Критерии учета	До лечения	Через 1 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Гиперемия передних небных дужек	24 (80,0)	1 (3,3)	1 (3,3)	2 (6,7)	3 (10,0)
Наличие содержимого в лакунах	22 (73,3)	7 (23,3)	6 (20,0)	7 (23,3)	12 (40,0)
Увеличенные регионарные лимфоузлы	22 (73,3)	7 (23,3)	7 (23,3)	9 (30,0)	9 (30,0)

Такая положительная динамика сохранялась на протяжении 7-8 месяцев наблюдения, но к концу года наблюдения отмечалось ухудшение фарингоскопической картины.

Таким образом, следует вывод, что санация небных миндалин мирамистином с пероральным применением

имудона способствует быстрому выздоровлению и исчезновению симптомов заболевания

Иктибослар / Сноски / References

1. Айзенштадт Л. В. и др. Фитопрепараты в комплексном лечении хронического тонзиллита //современные аспекты здравоохранения: достижения и перспективы. – 2017. – С. 283-284.
2. Блоцкий А. А., Антипенко В. В. Сравнительный анализ отдаленных результатов хирургического лечения хронического неспецифического тонзиллита //Российская оториноларингология. – 2016. – №. 5. – С. 22-25.
3. Власова Т. М., Бойко Н. В. Рост числа постстрептококковых осложнений у больных хроническим тонзиллитом //Российская оториноларингология. – 2015. – №. S1. – С. 45-47.
4. Гофман В. В. Обоснование хирургического лечения хронического тонзиллита //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Т. 7. – №. 3. – С. 258-264.
5. Евсеева М. Е. И др. Сосудистая ригидность и хронический тонзиллит: роль оперативного вмешательства //российские дни сердца. – 2017. – С. 213-213.
6. Извин А. И., Туманов А. А. Лейкоцитарные индексы периферической крови и их значение в оценке тяжести и прогнозе при хроническом тонзиллите //редакционный совет. – 2016. – С. 40.
7. Карпищенко С. А., Колесникова О. М. Хронический тонзиллит: представление о микробном пейзаже небных миндалин //Фарматека. – 2015. – Т. 4. – С. 13-17.
8. Лавренова Г. В. и др. Обоснование консервативного лечения хронического тонзиллита у лиц старших возрастных групп методами «мягкой» терапии //Вестник оториноларингологии. – 2016. – Т. 81. – №. 4. – С. 22-26.
9. Мирзоева Е. З. Способ отбора информационно-значимых симптомов хронического тонзиллита и хронического фарингита //Российская оториноларингология. – 2015. – Т. 75. – №. 2. – С. 60-63.
10. Оразов М. Р. Клинико-anamnestическая характеристика больных с хроническим тазовым болевым синдромом, обусловленным аденомиозом //Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2014. – №. 19, № 1. – С. 63-66.
11. Палтиева Г. А., Рамазанова А. К., Утаганов Б. К. Характеристика микрофлоры ротоглотки при различных острых респираторно-вирусных инфекциях у людей, имеющих хронический тонзиллит //Молодой ученый. – 2019. – №. 22. – С. 239-243.
12. Пирогов Н. Н., Портенко Е. Г., Столяров Д. И. К вопросу о роли микробиоты в этиопатогенезе развития хронического фаринготонзиллита //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2016. – Т. 22. – №. 3. – С. 63-71.
13. Рязанцев С. В. и др. Предварительные результаты Российской национальной программы "Хронический тонзиллит" //Российская оториноларингология. – 2019. – Т. 18. – №. 4. – С. 107-120.
14. Рязанцев С. В., Кривопапов А. А., Еремин С. А. Особенности неспецифической профилактики и лечения пациентов с обострением хронического тонзиллита //РМЖ. – 2017. – Т. 25. – №. 23. – С. 1688-1694.
15. Свистушкин В. М., Старостина С. В., Аветисян Э. Е. Функциональное состояние гортани у пациентов с хроническим тонзиллитом (аналитический обзор) //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2018. – Т. 24. – №. 1. – С. 36-47.
16. Allen H. B. et al. Psoriasis, chronic tonsillitis, and biofilms: Tonsillar pathologic findings supporting a microbial hypothesis //Ear, Nose & Throat Journal. – 2018. – Т. 97. – №. 3. – С. 79-82.
17. Bannister M., Ah-See K. W. Is oropharyngeal cancer being misdiagnosed as acute tonsillitis? //British Journal of General Practice. – 2014. – Т. 64. – №. 628. – С. e742-e744.
18. Chang J. H. et al. The chronicity of tonsillitis is significantly correlated with an increase in an LT α cell portion //Inflammation. – 2014. – Т. 37. – №. 1. – С. 132-141.
19. Duarte V. M. et al. Healthcare costs of acute and chronic tonsillar conditions in the pediatric population in the United States //International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. – 2015. – Т. 79. – №. 6. – С. 921-925.
20. Garca M. F. et al. Assessment of adenosine deaminase (ADA) activity and oxidative stress in patients with chronic tonsillitis //European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 2014. – Т. 271. – №. 6. – С. 1797-1802.