

ТОНЗИПРЕТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

*Каф. оториноларингологии (зав. – проф. А.С. Журавлев)
Харьков. нац. мед. ун-та (ректор – проф. В.Н. Лесовой)*

Патологические процессы в верхних дыхательных путях занимают одно из лидирующих мест в структуре заболеваемости вообще и ЛОР-органов, в частности, так как эти дыхательные пути являются первым и одним из важнейших форпостов на путях внедрения негативных факторов в организм человека. Предложенные до настоящего времени лекарственные и немедикаментозные методы лечения не в полной мере удовлетворяют практических отоларингологов в связи с тем, что их эффективность недостаточно высока, а вероятность развития рецидивов в ближайшем и отдаленном после лечения периодах остается высокой. Перспективным лекарственным средством, представленным на украинском рынке с 2006 г., является препарат Тонзипрет, немецкой компании «Бионорика АГ».

Тонзипрет представляет собой комбинированный растительный препарат, составляющими которого являются: лаконос американский, гваяковое дерево, перец стручковый. Благодаря такому составу тонзипрет обладает противовоспалительным и анальгетическим действием. Кроме этого, лаконос американский, который входит в его состав, оказывает также иммуностимулирующее влияние. Тонзипрет выпускается в виде капель для перорального применения и таблеток для рассасывания. Учитывая вышеперечисленные свойства, использование препарата «Тонзипрет» является целесообразным при острых и хронических воспалениях глотки (тонзиллит, фарингит).

Нами обследовано 50 человек в возрасте от 15 до 69 лет с воспалительными заболеваниями глотки. Мужчин и женщин было поровну. У 17 (34%) из них, диагно-

стирован острый фарингит, у 24 (48%) – обострение хронического фарингита, у 9 (18%) – хронический тонзиллит. Пациенты предъявляли жалобы на першение в глотке (у 42; (84%), ощущение наличия инородного тела в ней (у 34; (68%), боль при глотании (у 43 (86%). Периодическая субфебрильная температура имела место у 36 (72%) больных. Фарингоскопическая картина характеризовалась следующими данными: у 50 (100%) обследуемых отмечалась застойная гиперемия слизистой оболочки небных дужек, у 43 (86%) – задней стенки глотки, гиперемия и инфильтрация задней стенки глотки – у 14 (28%), гиперемия язычка и небных дужек – у 37 (74%), гипертрофия небных миндалин I степени – у 11 (22%), гипертрофия лимфоидной ткани задней стенки глотки (лимфоидные гранулы) – у 32 (64%).

В зависимости от проводимого лечения все пациенты были подразделены на две равноценные по полу и возрасту клинические группы. 1-ю клиническую группу составили 25 лиц, которым назначался препарат «Тонзипрет» в виде капель перорально – по 5-10 капель через каждые полчаса не более 12 раз в день при остром процессе и при хроническом воспалении – 1-3 раза в день. Курс лечения составил 10 дней. Кроме этого они получали антигистаминные препараты (эриус), аскорбиновую кислоту, при необходимости, полоскание антисептиками, жаропонижающие средства (ацетилсалициловую кислоту, парацетамол). У больно 2-й клинической группы использовалось традиционное лечение: антигистаминные, жаропонижающие средства, витамины, полоскание глотки антисептиками (гивалекс, фурацилин), ингаляции.

Результаты лечения сравнивались до его начала и после окончания. У всех пациентов, кроме клинического обследования, проводилось микробиологическое исследование. После 10-дневного курса терапии у обследуемых 1-й группы большинство клинических симптомов исчезло, лишь у 2 из них оставалась гиперемия задняя стенка глотки. Больные 2-й группы, которые принимали традиционное лечение, отмечали проявления различного рода дискомфорта в глотке: боль при глотании слюны, ощущение комка, першение, периодический сухой кашель. Фарингоскопическая картина при этом характеризовалась сохранением гиперемии слизистой оболочки задней стенки глотки, небных дужек, миндалин, язычка. У 5 лиц этой группы имело место незначительное уменьшение интенсивности окраски слизистой оболочки.

Анализ состава микрофлоры слизистой оболочки глотки до проводимого лечения характерным является присутствие смешанной флоры, преимущественно грамположительной, что по нашим наблюдениям, имело место у 47 (94%) пациентов. Преваляровала группа стрептококка (58,1%), в ней на долю *Str. pyogenus* приходилось 36,0%, *Str. viridans* – 24,0%, *Str. anhaemolyticus* – 36,0%, *Str. epidermidis* – 4,0%; грибы рода *Candida* выявлены в 11,6% наблюдений. В образовании ассоциаций чаще участвовали *St. aureus*, *Str. pyogenus*, *Str. anhaemolyticus*.

Следует отметить роль микроорганизмов в патологии человека: *Str. viridans* – обуславливает хронические воспалительные поражения небных миндалин и глотки; *Str. pyogenus*, *Str. viridans*, *Str. anhaemolyticus*, *Str. epidermidis* – могут высеваться в ассоциации при остром тонзиллите, так и при хронических процессах.

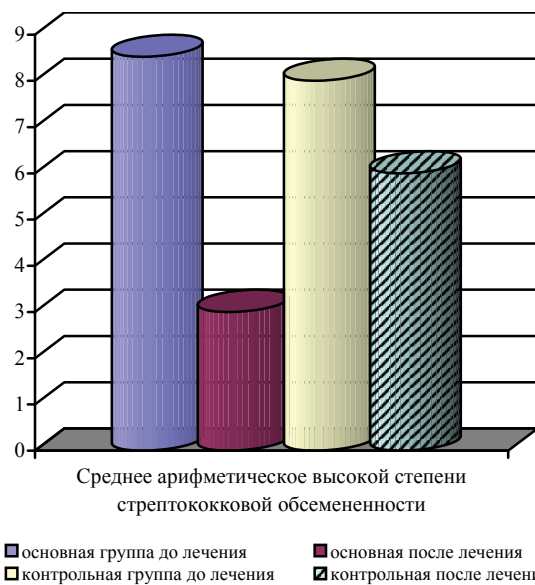
Монокультура определялась у лиц с небольшой длительностью заболевания. С увеличением давности патологического процесса и при его рецидивирующем течении имело место возрастание численности видов микробных ассоциаций.

Количественное определение микроорганизмов в патологическом очаге методом секторных посевов при воспалительном процессе в глотке выявило у 12 (24,0%) па-

циентов высокую степень общей обсемененности, у 27 (54,0%) – среднюю и у 11 (22,0%) – низкую степень. Установлена прямо пропорциональная зависимость степени обсемененности от выраженности клинических симптомов болезни. Применение настоящих критериев уровня бактериальной обсемененности позволяет правильно оценить роль условно-патогенной микрофлоры в возникновении воспалительных заболеваний глотки в каждом конкретном случае. Превышение количества микроорганизмов данной группы более 10^3 КОЕ/мл, наряду с другими признаками – повторность высеваания, серологические сдвиги, клинические симптомы, свидетельствует об их этиологической роли в возникновении заболевания (Ю.М. Фельдман и соавт., 1984).

Определение чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам показало, что большинство из них малочувствительны к наиболее широко используемым антибактериальным препаратам. Выше оказалась чувствительность к антибиотикам цефалоспоринового ряда (цефтазидим, цефазолин).

После проведенного лечения у больных основной и контрольной группы отмечены сдвиги в качественном и количественном составе микрофлоры слизистой оболочки глотки (рис.; табл. 1, 2).



Динамика микрофлоры слизистой оболочки глотки у пациентов основной и контрольной групп.

Таблица 1

Динамика микробной обсемененности слизистой оболочки глотки
у пациентов основной группы (1-й)

Возбудитель	Степень обсемененности					
	10^0-10^2		10^3-10^5		10^6 и выше	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
<i>St. aureus</i>	8	3	7	2	2	-
<i>Str. pyogenes</i>	-	-	1	-	8,52	3
<i>Str. viridans</i>	-	-	-	-	6	4
<i>Str. anhaemolyticus</i>	-	-	1	1	8	4
<i>St. epidermidis</i>	1	4	-	-	-	-
<i>Candida</i>	-	1	4	6	-	-

Таблица 2

Динамика микробной обсемененности слизистой оболочки глотки
у пациентов контрольной группы (2-й)

Возбудитель	Степень обсемененности					
	10^0-10^2		10^3-10^5		10^6 и выше	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
<i>St. aureus</i>	5	3	5	4	2	-
<i>Str. pyogenes</i>	-	-	1	-	11	9
<i>Str. viridans</i>	-	-	3	-	8	6
<i>Str. anhaemolyticus</i>	-	1	-	-	3	4
<i>St. epidermidis</i>	1	3	-	4	-	-
<i>Candida</i>	1	-	12	14	-	-

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в основной группе после лечения прослеживается заметное снижение в посевах численности стрептококка, при этом в большей степени *Str. viridans* и *Str. anhaemolyticus*.

В основной группе увеличилось число больных с низкой степенью обсемененности микроорганизмами (26%), однако, сохранилось превалирование средней степени микробного присутствия в очаге заболевания (64%). Высокая численность КОЕ со слизистой оболочки глотки снизилась по всем выявленным штаммам микроорганизмов или различия остались статистически не значимыми.

В 2-й клинической группе (без применения тонзилпета) после лечения произошло увеличение числа случаев выявления патогенных и условно-патогенных микроорганизмов (*Str. anhaemolyticus*, *Str. epider-*

midis, *Str. pyogenes*), за исключением *Str. viridans*.

В этой группе в 18% случаев сохранились высокие показатели этого теста, среднее – 72%. И лишь у 10% обследованных выявлен низкий уровень микробного персистрирования.

Кроме того, установлено, что в обеих клинических группах произошло заметное увеличение числа пациентов с вегетирующей грибковой микрофлорой в очаге воспаления. Однако, если в основной (1-й) группе это увеличение произошло за счет больных с низкой степенью обсемененности, то во 2-й группе – за счет пациентов со средним или высоким её показателем.

Выводы

1. Результаты качественного и количественного микробиологического анализа у больных с воспалительными процессами в глотке до лечения и после применения пре-

парата «Тонзипрет» показали, что вегетирующая на слизистой оболочке глотки микрофлора носит смешанный характер. Высокая степень обсемененности патологического очага патогенными и условно-патогенными микроорганизмами свидетельствует об их участии в возникновении и течении патологического процесса.

2. Имеющиеся положительные сдвиги в динамике состава микрофлоры, сочетающиеся с положительной динамикой клини-

ческой картины заболевания, после курса терапии с использованием препарата «Тонзипрет» указывает на создание менее благоприятных условий для размножения патогенных микробов на слизистой оболочке глотки и уменьшение влияния бактериальных токсинов на воспалительный процесс.

3. Кроме того, следует думать, что более выраженные положительные результаты могут быть получены после трехнедельного использования в препарата «Тонзипрет».

1. Балабанцев А.Г., Богданов В.В., Крылова Т.А. Хронический тонзиллит – актуальная проблема современной медицины // Журн ушных, носовых і горлових хвороб. – 2002. – № 5-с. – С. 35-36.
2. Гинькут В.Н., Эффективность антибактериальной терапии паратонзиллярных абсцессов // X

з'їзд оториноларингологів України. – 2005. – С. 450.

3. Beule A.G., Hosemann W. Bacterial biofilms // Laryngorhinootologie. – 2007, Dec; 86(12):886-95; quiz 896-9.

Поступила в редакцию 16.02.09.

© А.С. Журавлев, М.И. Ященко, И.А. Одарюк, 2009