

*Ю.А. ДИДИЧЕНКО*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ**

*ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины»  
(дир. – академик НАМН Украины Д.И. Заболотный)*

Заболевания верхних дыхательных путей в настоящее время являются одной из самых распространенных проблем в современной оториноларингологии и в медицине в целом [1]. Причины частоты возникновения данной патологии разные: увеличение числа наблюдений аллергических реакций, развитие антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов в результате употребления большого количества антибиотиков, ослабление иммунитета человека, ухудшение экологической обстановки.

На протяжении многих лет внимание специалистов привлекает такая патология верхних дыхательных путей, как хронический тонзиллит [4].

Хронический тонзиллит [ХТ] относится к общеинфекционно-токсическим заболеваниям организма с преимущественным поражением небных миндалин, которое проявляется частыми ангинами или простудами, быстрой утомляемостью, неприятным запахом изо рта, болью в горле, навязчивым кашлем. Частота встречаемости хронического тонзиллита неуклонно растет. Если в конце 1980-х годов заболевание обнаруживалось у 15% населения, то в начале XXI века некоторые исследователи называют уже 42% [5].

Хронический тонзиллит опасен не только сам по себе. В настоящее время с ним связывают возникновение свыше 100 заболеваний. Среди них абсцессы мягких тканей шеи, ревматизм, ревматические пороки сердца, вегетососудистая дистония, хронический гломерулонефрит и многие другие [6].

Поэтому значительное внимание исследователей привлекают современные взгляды на этиологию и патогенез ХТ, на вопросы лечения и профилактики. Особенную актуальность приобрела разработка и научное обоснование назначения в данном случае современных препаратов растительного происхождения [3].

В последние годы в оториноларингологии имеет место переоценка сложившихся традиционных подходов к лечению пациентов с острыми и хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей в результате их недостаточной эффективности, но, в основном, из-за многочисленных фармакотерапевтических осложнений в каждом конкретном случае [2]. Консервативное лечение проводится, главным образом, при неосложненных формах хронического тонзиллита или наличии противопоказаний для хирургического вмешательства.

На протяжении многих лет ведется дискуссия относительно необходимости выполнения тонзиллэктомии (ТЭ), но и до настоящего времени нет единой точки зрения на решение данной проблемы. Вне сомнения, при явных показаниях к выполнению данной операции её следует выполнять, потому что такая патология, как ХТ, наносит организму человека большой вред. Такой же точки зрения придерживаются и Акgun и соавторы [9], которые провели ретроспективное обследование 100 больных ХТ с целью оценки клинического улучшения их состояния и качества жизни до и после ТЭ. Из общего числа опрошиваемых 95,3% указали на пропущенные рабочие дни

(от 1,3 до 27,6 дней) во время болезни, 95,6% посещали врача до 7,9 раз до операции. Улучшение состояния после ТЭ отметили почти 90% опрошенных, что дало возможность авторам исследования прийти к выводу о целесообразности выполнения тонзиллэктомии [9].

Техника удаления миндалин остается неизменной в течение десятилетий, меняются лишь технические средства, с помощью которых выполняется операция. Основной задачей хирурга при ТЭ является полное удаление ткани миндалины с наименьшей травматичностью и кровопотерей. Известны следующие технические методы ТЭ: традиционные хирургические, шейверные, криогенные, ультразвуковые, электрохирургические [6].

Общепринятое ведение послеоперационного периода, то есть назначение антибиотиков и местных сульфаниламидов, далеко не всегда оправдано и безопасно. Все чаще в анамнезе пациентов, которые пришли на операцию, указываются дисбактериоз, аллергические реакции на антибиотики, грибковые поражения, в первую очередь, СО дыхательных путей. Кроме того, при хирургическом вмешательстве страдает местный иммунитет, зависящий от многих факторов: целостности слизистой оболочки; содержания иммуноглобулинов G и M; состава слюны (содержание лизоцима, лактоферрина, нейтрофилов, секреторного иммуноглобулина A), состояния лимфаденоидной ткани.

Таким образом, проанализировав данные литературы о методах лечения пациентов с воспалительными заболеваниями ВДП, в частности, о состоянии после хирургического вмешательства, мы пришли к выводу об их многообразии. В то же время существует необходимость поиска новых методов, одним из которых является назначение комплексных препаратов растительного происхождения.

К преимуществам препаратов растительного происхождения можно отнести мягкое терапевтическое воздействие, низкую токсичность, способность комплексно влиять на различные звенья патологического процесса, а также возможность длительного употребления в разных возрастных

группах [3]. Примером такого высокотехнологичного подхода может служить препарат «Имупрет» («Бионорика АГ», Германия), который обладает высокой безопасностью, гарантированным стандартным составом, высокой эффективностью, подтвержденными результатами клинических исследований, отвечает требованиям GMP [8].

Фитопрепарат «Имупрет» обладает антибактериальной, противовирусной, иммуностимулирующей, антиоксидантной эффективностью. Наиболее выражено у него противовоспалительное действие, которое характеризуется быстрым устранением воспалительного отека тканей, уменьшением болевых ощущений, обратным развитием патологического процесса. Все эти свойства в комбинации с минимальной токсичностью делают данное лекарственное средство уникальным и незаменимым в арсенале препаратов, предназначенных для лечения больных с ЛОР-патологией.

Нами было обследовано 102 человека с хроническим декомпенсированным тонзиллитом в стадии ремиссии, которые поступили в отделение воспалительных заболеваний ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины», для проведения хирургического вмешательства – тонзиллэктомии. Среди них было 26 мужчин и 76 женщин, в возрасте от 16 до 55 лет.

У всех пациентов сбор анамнеза обязательно включал выяснение следующих моментов: длительность заболевания, количество ангин и паратонзиллярных абсцессов, проводимое ранее лечение.

Основными жалобами обследуемых были ощущение дискомфорта – сухости, першения, ощущение наличия инородного тела в глотке, неприятный запах изо рта, наличие содержимого в лакунах миндалин. Нередко заболевание сопровождалось субфебрильной температурой тела, приступами кашля, общей слабостью. Как правило, жалобы больных не были резко выражены. У многих пациентов, кроме ангин в анамнезе, жалобы отсутствуют.

При орофарингоскопии особое внимание уделялось степени гипертрофии миндалин, наличию содержимого в их лакунах, рубцовых и спаечных процессов в минда-

линах с окружающими тканями, состоянию слизистой оболочки глотки и дужек небных миндалин, а также регионарных лимфатических узлов.

После постановки диагноза хронического декомпенсированного тонзиллита и необходимого преоперационного обследования у всех больных была выполнена двусторонняя тонзиллэктомия.

Особенное внимание уделялось течению послеоперационного периода. Обследуемые лица были подразделены на 2 группы: 1-я включала 50 человек, которые получали послеоперационное лечение по стандартной схеме: антибактериальный препарат (цефтриаксон или цефазолин – по 1 мг 2

раза в сутки внутримышечно), гемостатические средства, анальгетики; 2-я группа состояла из 52 пациентов, получавших, кроме стандартного лечения, «Имупрет» по стандартной схеме: по 25 капель 5-6 раз в сутки за 5 дней до операции и в течение 3 дней после хирургического вмешательства.

У всех больных после тонзиллэктомии проводилась орофарингоскопия на 1-й, 3-й, 5-й, 8-й день и через 30 дней. При орофарингоскопии оценивались выраженность отека и кровоизлияний в области маленького язычка и дужек, фибриновый налет на поверхности раны, его толщина и распространенность, наличие и распространенность эпителизации.

Таблица 1

Выраженность болевых ощущений у пациентов в послеоперационном периоде

День после операции	Выраженность болевых ощущений	Число больных	
		1-я группа	2-я группа
1-й	резкая	38 (76%)	36 (69,23%)
	умеренная	12 (24%)	16 (30,77%)
	незначительная	0	0
	не отмечает	0	0
3-й	резкая	8 (16%)	3 (5,77%)
	умеренная	29 (58%)	18 (34,62%)
	незначительная	13 (26%)	26 (50%)
	не отмечает	0	5 (9,61%)
5-й	резкая	0	0
	умеренная	32 (64%)	12 (23,08%)
	незначительная	16 (32%)	21 (40,38%)
	не отмечает	2 (4%)	19 (36,54%)
8-й	резкая	0	0
	умеренная	6 (12%)	3 (5,77%)
	незначительная	38 (76%)	15 (28,85%)
	не отмечает	6 (12%)	34 (65,38%)

В результате проведенных исследований выяснилось, что у пациентов, которые, кроме стандартного послеоперационного лечения, получали «Имупрет», болевой синдром был менее выражен. Большинство оперированных беспокоила умеренная или незначительная боль в глотке на 3-и сутки после операции, на 5 и 8-е сутки – они более не отмечали, или определялась незначи-

тельная болезненность, возникающая при глотании, тогда как у многих обследуемых 1 группы болевые ощущения сохранялись и на 8-й день после операции были более интенсивными (табл. 1).

Также следует обратить внимание на то, что у больных, получавших «Имупрет», формирование фибринозного налета, как и обычно, происходило в первые сутки после

операции, но очищение тонзиллярных ниш от него наступало быстрее. К 5-м суткам после операции тонзиллярные ниши у

большинства пациентов были практически свободными от фибрина или содержали незначительное его количество (табл. 2).

Таблица 2

Степень фибриновых наложений у больных в послеоперационном периоде

День после операции	Степень фибриновых наложений	Число больных	
		1-я группа	2-я группа
1-й	обильный	4 (8%)	18(34,62%)
	умеренный	26 (52%)	25 (48,08%)
	незначительный	20 (40%)	9 (17,30%)
	нет	0	0
3-й	обильный	38 (76%)	29 (55,76%)
	умеренный	12 (24%)	18 (34,62%)
	незначительный	0	5 (9,62%)
	нет	0	0
5-й	обильный	5 (10%)	0
	умеренный	18 (36%)	21 (40,38%)
	незначительный	27 (54%)	17 (32,69%)
	нет	0	14 (26,93%)
8-й	обильный	0	0
	умеренный	0	0
	незначительный	32 (64%)	17 (32,69%)
	нет	18 (36%)	35 (67,31%)

Таблица 3

Выраженность реактивного отека слизистой оболочки глотки у больных в послеоперационном периоде

День после операции	Выраженность реактивного отека	Число больных	
		1-я группа	2-я группа
1	резкий	24 (48%)	21 (40,38%)
	умеренный	22 (44%)	23 (44,24%)
	незначительный	4 (8%)	8 (15,38%)
	нет	0	0
3	резкий	0	0
	умеренный	34 (68%)	18 (34,62%)
	незначительный	16 (32%)	23 (44,24%)
	нет	0	11 (21,14%)
5	резкий	0	0
	умеренный	12 (24%)	8 (15,38%)
	незначительный	27 (54%)	16 (30,77%)
	нет	11 (22%)	28 (53,85%)
8	резкий	0	0
	умеренный	0	0
	незначительный	32 (64%)	6 (11,54%)
	нет	18 (36%)	46 (88,46%)

Реактивный отек слизистой оболочки нёбных дужек, нёбного язычка в группе больных, принимавших «Имупрет», также был менее выражен и быстрее уменьшался по сравнению с пациентами, получавшими стандартное лечение.

Таким образом, использование «Имупрета» в послеоперационном периоде по-

зволяет уменьшить интенсивность и продолжительность клинических признаков воспаления в области послеоперационной раны, что ведет к уменьшению длительности и интенсивности болевого синдрома, вследствие чего сокращаются сроки адаптации и улучшается качество жизни больных после операции.

1. Антонив В.Ф. Некоторые аспекты тонзиллярной проблемы в настоящее время / В.Ф. Антонив, А.И. Перекрест, Т.В. Короткова // Вестн. оториноларингологии. – 1995. - № 6. – С. 43-45.
2. Гаращенко Т.И. Тонзиллярная проблема в педиатрии / И.Т. Гаращенко // Рос. ринология. – 1999. – № 1. – С. 68-70.
3. Гаращенко Т.И. Комплексные гомеопатические препараты в лечении воспалительных заболеваний ЛОР-органов / Т.И. Гаращенко // Рус. мед. журн. – 2002. – Т. 10, № 20. – С. 157-164.
4. Константинова Н. П. Хронический тонзиллит: проблемы и перспективы лечения / Н.П. Константинова, С.В. Морозова // Врач. – 1999. – №12. – С. 4-6.
5. Крюков А.И. Хронический тонзиллит как фактор, вызывающий ревматические заболевания: современный взгляд на проблему / А.И. Крюков, Лучшева Ю.В. [Электронный ресурс] // Consilium Medicum. – 2007. – Т. 5, № 2. – Режим доступа к журналу // [http://www.consilium-medicum.com/media/refer/07\\_03/40.shtml](http://www.consilium-medicum.com/media/refer/07_03/40.shtml).
6. Плужников М.С. Ангина и хронический тонзиллит / М.С. Плужников, Г.В. Лавренова, К.А. Никитин. - Санкт-Петербург, 2002. - С.87-112.
7. Полякова Т.С., Полякова Е.П. Хронический тонзиллит: диагностика, лечение, профилактика [Электронный ресурс] // Рус. мед. журнал. – 2004. – Т. 12, № 2. – Режим доступа: <http://www.nedug.ru/news/Out.aspx?Item=28688>.
8. Яремчук С.Э. Использование фитопрепарата Тонзилгон Н в комплексной терапии воспалительных заболеваний ЛОР-органов / С.Э. Яремчук // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2002. - № 1. – С. 161-162.
9. Akgun D., Seymour F.K., Qayyum A. et al. Assessment of clinical improvement and quality of life before and after Tonsillectomy // J. Laryngol. Otol. - 2008. – Vol. 20. – P. 1-4.

Поступила в редакцию 09.11.10.

© Ю.А. Дидиченко, 2010

#### **ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ**

*Дідиченко Ю.О. (Київ)*

*Резюме*

Наводяться результати клінічного дослідження у 102 хворих, прооперованих з приводу хронічного тонзиліту (двобічна тонзилектомія). Обстежувані були розподілені на 2 групи: 1-а складалась з 50 пацієнтів, котрі приймали післяопераційне лікування за стандартною схемою: антибактеріальні та гемостатичні препарати, анальгетики. До 2-ї групи віднесено 52 особи, які, крім стандартної терапії, застосовували фітопрепарат. Виявлено, що використання фітопрепарату у післяопераційному періоді дає можливість зменшити інтенсивність і тривалість клінічних ознак запалення в ділянці післяопераційної рани. Це веде до скорочення тривалості та інтенсивності болювого синдрому, внаслідок чого зменшуються строки адаптації і покращується якість життя хворих після операції.

#### **THE USAGE OF THE VEGETABLE PREPARATONS IN POST-OPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS**

*Didichenko Yu.O. (Kiev)*

*Summary*

Results of post-operative clinical study of 102 patients with chronic tonsillitis (two-side tonsillectomy) are represented. The tested persons were divided on two groups. The first one consisted 50 patients, which were treated by standard scheme with antibacterial, haemostatic, and analgetic preparations. For the second group in addition to standard therapy the vegetable preparation was administrated. It were noted that usage of vegetable preparation in post-operative period led to decrease of intensivity and duration of clinical signs of inflammation in post-operative wound. This leads to shortening in time and intensivity of pain syndrome that decrease adaptive period and improve the quality of the life after operation.