Соболева И.А.

*НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД»
Ростов-на-Дону, Россия*

doi: 10.18411/lj-25-12-2016-1-11

idsp 000001:lj-25-12-2016-1-11

Консервативное лечение хронического тонзиллита как профилактика метатонзиллярных заболеваний

Хронический тонзиллит – это комплексная реакция организма на наличие инфекционного очага. По современной классификации выделяют 2 формы хронического тонзиллита: компенсированную и декомпенсированную. Признаками декомпенсации являются присоединение метатонзиллярных заболеваний: полиартрита, ревматизма, миокарда, нефрита, а также стойкого субфебрилитета и других проявлений интоксикации, возникновение паратонзиллярных абсцессов.

В 2005-2007 гг. наметился ежегодный прирост первичной заболеваемости и распространенности ревматических болезней сердца, включая острую ревматическую лихорадку, как в нашей стране [1, 2, 3], так и за рубежом [4, 5] причем количество осложнений остается наибольшим среди подростков и взрослых. Основными причинами роста декомпенсированных форм хронического тонзиллита являются ослабление внимания к диспансеризации этой группы больных и снижение хирургической активности [6, 7, 8], а также рост антропогенного загрязнения окружающей среды [9, 10].

Существенную роль в профилактике осложнений хронического тонзиллита играет его консервативное лечение в условиях поликлиники [11].

Целью нашего исследования было изучение эффективности комплексного лечения детей с хроническим тонзиллитом.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 78 детей в возрасте от 4 до 14 лет с хроническим тонзиллитом, компенсированной формой. 2 раза в год детям проводился курс профилактического лечения хронического тонзиллита. Эффективность лечения оценивали по числу перенесенных в течение года ангин. Сроки наблюдения: от 2,5 до 3,8 лет.

Диагностика хронического тонзиллита основывалась на следующих признаках: 1. тщательный сбор анамнеза (ретроспективный дифференциальный диагноз ангины и острого фарингита) выявил, что средняя частота ангин до лечения составила 3,6 раз за год; 2. выявление местных признаков хронического тонзиллита (гнойное содержимое в лакунах миндалин, регионарный лимфаденит,

спаянность с небными дужками, гиперемия и инфильтрация краев дужек, отек надминдаликового пространства) – эти признаки обнаружены у всех исследуемых детей; 3. выявление симптомов сопряженных с хроническим тонзиллитом заболеваний.

У всех исследуемых детей выявлены симптомы интоксикации: периодически субфебрильная температура – у 6 больных, быстрая утомляемость – у 24 больных, периодически возникающие боли в суставах и в сердце в период обострения без объективных изменений на ЭКГ – у 18 больных, периодическая головная боль – у 4 больных.

Консервативное лечение проводилось 2 раза в год и включало: местное воздействие на миндалины, общее лечение, обеспечивающее иммуномодулирующее, противовоспалительное действие, физиотерапию.

Промывание лакун небных миндалин проводили через день с использованием растворов антисептиков (мирамистин, водный раствор хлоргексидина, фурацилина). На курс было выполнено по 6-7 процедур.

В качестве препарата, обеспечивающего комплексное иммуномодулирующее и противовоспалительное действие мы избрали Тонзилотрен. Тонзилотрен является комплексным гомеопатическим препаратом, предназначенным для лечения острых и хронических воспалительных процессов в миндалинах.

Лечение препаратом Тонзиллотрен проводилось ступенчато. В острой стадии заболевания, то есть, при наличии ангины, лечение назначали по принципам классической гомеопатии, используя принцип подобия. Ангине всегда присущи признаки воспаления – отек, гиперемия, боль при глотании, отек слизистой оболочки глотки, регионарный лимфаденит. Поэтому Тонзиллотрен, содержащий *Atropinum sulfuricum* (D5), *Hepar sulfur* (D3), *Mercurius bijodatus* (D8), *Kalium bichromicum* (D4), *Silicea* (D2) наиболее подобен всем видам ангин – от катаральной до фолликулярной. При ангине назначали по 1 таблетке каждый час в течение 1-2 суток до получения терапевтического эффекта, затем переходили на прием 3 таблеток в сутки (по 1 таблетке 3 раза в день) – в течение 2 месяцев.

При профилактическом курсе назначали Тонзиллотрен по 1 таблетке 3 раза в день в течение 2 месяцев 2-3 раза в год в межсезонье.

Физиотерапия включала воздействие на небные миндалины терапевтического лазера, а также магнитотерапию на область регионарных лимфатических узлов.

В группе контроля применялся метод промывания лакун миндалин. В эту группу включено 18 детей от 7 до 14 лет, поскольку промывание лакун детям более раннего возраста затруднено негативной реакцией пациента.

Критериями эффективности проводимого лечения было уменьшение частоты обострений хронического тонзиллита, исчезновение гнойного содержимого из лакун миндалин, уменьшение гиперемии и инфильтрации небных дужек, уменьшение величины небных миндалин, уменьшение или исчезновение регионарных лимфоузлов.

В результате проведенного лечения средняя частота ангин сократилась до 1,6 раз в год, у всех детей исчезли симптомы интоксикации, отмечено улучшение местного статуса.

Таким образом, проведение профилактических курсов лечения хронического тонзиллита способствует стиханию клинических признаков заболевания и сокращению числа обострений.

Литература

1. Казакова Л.М. Острая ревматическая лихорадка // Мать и дитя в Кузбассе. 2007. № 1. С. 7-9.
2. Мустафин Т.И. Анализ статистических показателей при ревматической болезни сердца на региональном уровне // Мед. вестн. Башкортостана. 2010. № 1(5). С. 12-17.
3. Власова Т.М. Бойко Н.В. Рост числа постстрептококковых осложнений у больных хроническим тонзиллитом // Российская оториноларингология. 2015. № S1. С. 45-47.
4. Rheumatic fever and rheumatic heart disease // WHO technical report series № 923. Geneva. 2004. P.122.
5. Skorek A., Stodulski D., Stankiewicz C. Severe regional and distant complication of tonsillitis. Case report // Otolaryngol Pol. 2004. N. 5 (58). P. 999–1003.
6. Бойко Н.В., Гукасян Е.Л., Быкова В.В. Статистика хирургических вмешательств при хроническом тонзиллите // Вестник оториноларингологии. 2008. № 5. С. 234.
7. Бойко Н.В., Локшина Л.С., Сорока Г.Г., Бриж Ю.В., Сулина Н.Ю. Изменение подходов к лечению хронического тонзиллита в детском возрасте по материалам Ростовской ЛОР клиники // Вестник оторинолар. 2012. № 5. С. 226.
8. Бойко Н.В., Бачурина А.С., Оксенюк О.С., Колмакова Т.С. Лечение послеоперационного воспаления после тонзиллэктомии у детей // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2016. № 1 (95). С. 93-96.
9. Колмакова Т.С., Тупиков В.А., Шпак Л.И. Влияние антропогенного загрязнения на здоровье жителей Ростовской области. Мед. вестник Юга России. 2012. № 3. С. 16-18.
10. Белик С.Н., Колмакова Т.С. Влияние антибиотиков, используемых при производстве свинины, на здоровье потребителей второго порядка. В сб: Актуальные проблемы произв свинины в РФ. Матер XXIII засед межвуз коорд совета по свин и междунар науч-практ конф. 2013. С. 106-111.
11. Бойко Н.В., Калинкина М.И., Горшкова Г.И. Консервативное лечение хронического тонзиллита // Детская оториноларингология. 2012. № 3. С. 22-24.