

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКЕ НАУКОВЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ЛІКАРІВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ
ДУ «ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ім. проф. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ»

Журнал
**ВУШНИХ,
НОСОВИХ
І ГОРЛОВИХ
ХВОРОБ**

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ДВОМІСЯЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Заснований у січні
1924 року

№ 5-с

травень
2016

Київ – “Просвіта”

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної осінньої конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів «**Сучасні методи консервативного та хірургічного лікування в оториноларингології**» (3-4 жовтня 2016 р.).

Відповідальна за випуск: **Холоденко Т.Ю.**

Адреса редакції: 01680, м. Київ-680, вул. Зоологічна, 3. Телефон: 483-12-82

Підписано до друку 19.09.2016 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 600 прим. Замовлення

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

Виробничо-торговельна фірма “Просвіта”, Київ-32, б-р Т.Шевченка, 46

ни після початку лікування у тих хворих, які раніше не використовували інгаляційні стероїди.

Висновки

1. Максимального покращення стану при лікуванні було досягнуто протягом 4-5 діб від початку лікування флютиказоном. Пацієнти відмічали значне покращення загального стану: зменшення задишки, кашлю, сухості слизових порожнини носа та глотки. При об'єктивному дослідженні: зменшувалась кількість кірок в

порожнині носа та густого в'язкого слизу, відновлювався нюх, зменшувалися в розмірах та ставали більш плоскими інфільтрати як в порожнині носа так і в підскладковому просторі гортані, покращувався тембр голосу та гортанне дихання.

2. Застосування флютиказону пропіонату в комплексному лікуванні хворих на склерому призводить до більш швидкого регресу симптомів, покращення загального стану, якості життя.

© В.В. Кіщук, Я.П. Грицун, І.В. Дмитренко, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, А.І. Барциховський, 2016

*В.В. КИЩУК, І.В. ДМИТРЕНКО, А.І. БАРЦИХОВСЬКИЙ, О.Д. БОНДАРЧУК,
К.А. ЛОБКО, Я.П. ГРИЦУН (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)*

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РЕКУРЕНТНОГО (ХРОНІЧНОГО) ТОНЗИЛІТУ НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Проблема гострих та хронічних захворювань лімфоглоткового апарату є однією з найактуальніших у сучасній клінічній медицині.

Хворі, з патологією лімфоглоткового кільця становлять значну частку амбулаторних пацієнтів, як отоларингологів так і педіатрів та терапевтів. Діагноз захворювання встановлюється у 19-20% випадків серед 20 діагнозів, що найбільш часто встановлюється отоларингологами (за даними Medical Data Management).

Тезис: «Визначити мигдалики як «хворі» або «інфіковані» шляхом клінічного огляду не можна».

Твердження: під тонзилітом (в значенні діагнозу) потрібно розуміти запалення мигдаликів понад їх фізіологічну норму, а отже, з додатково виникаючою симптоматикою.

Коментар: при клінічному огляді можна визначити запальні зміни оточуючих мигдалик тканин і утворень, які характеризують запалення мигдаликів понад їх фізіологічну норму і сприяють рецидивам захворювання.

Рекурентний (хронічний) тонзиліт – запалення піднебінних мигдаликів, яке проявляється пригніченням неспецифічних факторів природної резистентності організму, порушенням гуморальної, клітинної ланок імунітету і супроводжується інфекційно-алергічною інтоксикацією організму з можливим розвитком місцевих і загальних ускладнень.

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10): гострий тонзиліт J 03.0, рекурентний (рецидивуючий) тонзиліт J 35.0.

Рекурентний тонзиліт (J 35.0) МКХ-10:

- як правило, викликається великою кількістю бактеріальних збудників. Атаки гос-

трого тонзиліту повторюються через деякий час після проведення антибактеріальної терапії. Показом до тонзилектомії є частота і важкість таких епізодів;

- слід розрізняти рецидивуючий тонзиліт;
- викликається тим же збудником, що і попередній епізод тонзиліту. Якщо це БГСГА (Str. pyogenes) – це показання до тонзилектомії.

Вірогідні ознаки рекурентного (рецидивуючого) тонзиліту:

- неприємний запах з рота і / або присмак у роті (халітоз);

- казеозно-гнійні пробки і / або рідкий гній в лакунах мигдалин;

- гіперемія передніх піднебінних дужок (симптом Гізе);

- набряк верхнього кута, утвореного передньою і задньою піднебінними дужками (симптоми Зака і Преображенського);

- рубцеві спайки між мигдалинами і піднебінними дужками;

- збільшені регіональні лімфовузли біля кута нижньої щелепи по передньому краю m. sternocleidomastoideus (валик Корицького).

Немає жодної специфічної ознаки або симптомокомплексу, які були б властиві тільки для рекурентного тонзиліту. І тим більше характеризували функцію піднебінних мигдаликів.

Одним із самих складних завдань в тонзиллярній проблемі є вибір ефективного лікування хворих на рекурентний тонзиліт. В цьому плані самим важливим моментом є стратегічне питання: як лікувати хворого – консервативно чи хірургічно?

Вибір стратегії лікування хворих на рецидивуючий тонзиліт завжди був суб'єктивним і

базувався на даних анамнезу, клінічної картини, його класифікації, наявності супутньої патології і включав деякі лабораторні загально-клінічні тести.

Сучасні тенденції в лікуванні рекурентного тонзиліту:

- Максимально ошадливе відношення до мигдаликів, як імунокомпетентного органу.
- Видалення, тільки у випадках доведеної функціональної неспроможності (число епізодів

гострого тонзиліту зафіксованих документально – 5 і більше за останній рік).

Мета консервативної терапії рецидивуючих тонзилітів:

1. контроль над захворюванням:
 - Найближчий – максимальне зменшення кількості загострень.
 - Віддалений – після 2 років лікування відсутність загострень на протязі 5 років.
2. покращення якості життя пацієнтів.



Критерієм ефективності консервативного лікування рекурентного (рецидивуючого) тонзиліту є зменшення кількості епізодів захворювання (гострих тонзилітів).

Тонзилотрен – базисна терапія тонзиліту:

- 80 років світового досвіду та успіху застосування;
- 20 років досвіду та успіху застосування в Україні.

Тонзилотрен – препарат комплексної дії:

- відновлює показники місцевого та системного імунітету;
- протизапальна дія;
- нормалізує дренаж лімфи;
- репаративна дія.

Тонзилотрен має велику доказову базу:

T PMS 01: Becker S. и др. – n = 51

[Острый тонзиллит – успешное лечение комплексным гомеопатическим препаратом.] (1995)

T PMS 02: – n = 1 368

Баранов А.А. и др. [Альтернативное лечение острых тонзиллитов...] (2000)

Friese K.H. [Тонзилотрен при острых тонзиллитах. Результаты мультицентрового наблюдательного исследования.] (1997)

Moshchich P.S. и др. [Влияние препарата Тонзилотрен на клиническую картину и длительность течения тонзиллитов у детей.] (1997)

Moshchich P.S. [Тонзилотрен – комплексный гомеопатический препарат в лечении острого тонзиллита у детей.] (1998)

T 001: Боковой А. – n = 60

[Лечение катаральной ангины у детей с помощью гомеопатического препарата.] (1999)

T 003: Niederle S. – n = 81

[Острый нестрептококковый тонзиллит у детей. Двойное слепое, плацебо-контролируемое...] (2001)

T 004: Friese K.H. и др. – n = 158

[Гомеопатическое лечение тонзиллита не-стрептококковой этиологии у детей...] (2006)
Т 01.2006: Крючко Т.А. и др. – n = 143

[Результаты клинических исследований по применению Тонзилотрена у детей с хроническими тонзиллитами.] (2010).

Год	Авторы	Дизайн	Диагноз	Количество пациентов	Источник
1991 – 1992 гг.	Becker S., Kunstmann K.D.	открытое, проспективное, национальное (Германия), многоцентровое (3 медицинских учреждения/кабинета), наблюдательное исследование	Оценка эффективности и безопасности препарата Тонзилотрен у пациентов с острым тонзиллитом	51 пациент	Becker S., Kunstmann K.D. Острый тонзиллит – успешное лечение комплексным гомеопатическим препаратом. <i>Ärztzeitschrift für Naturheilverfahren</i> 1995; 36 (5): 372-377. (German).
1995 – 1996 гг.	Baranow A.A., Moshchich P.S., Friese K.-H., Heger M.	открытое, проспективное, международное (Германия, Украина, Россия), многоцентровое (193 медицинских учреждений/кабинетов) исследование	Альтернативное лечение острого тонзиллита. Результаты открытого международного наблюдательного исследования, основанного на оценке исходов	1 368 пациентов	Baranow A.A., Moshchich P.S., Friese K.-H., Heger M. [Альтернативное лечение острого тонзиллита. Результаты открытого международного наблюдательного исследования, основанного на оценке исходов.] <i>DerKassenarzt</i> 2000; 11: 40-49. [German].
1997 г.	Боковой А	моноцентровое, рандомизированное, контролируемое, пилотное исследование	Лечение катаральной ангины у детей с помощью гомеопатического препарата.	60 пациентов	Боковой А. [Лечение катаральной ангины у детей с помощью гомеопатического препарата.]. <i>Ліки України</i> №2 – лютий 1999; ст. 53-54
1999 г.	Niederle S	многоцентровое, рандомизированное, плацебо-контролируемое, двойное слепое	Острый нестрептококковый тонзиллит у детей. Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование подтверждает эффективность и переносимость гомеопатического препарата	81 пациент	Niederle S. [Острый нестрептококковый тонзиллит у детей. Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности и переносимости гомеопатической терапии]. <i>Der Kassenarzt</i> 2001; 21: 33-34.

2001 г.	Friese K.H., Zabalotnyi D.I.	многоцентровое, рандомизированное, плацебо-контролируемое, двойное слепое	Гомеопатическое лечение тонзиллита нестрептококковой этиологии у детей	158 пациентов	1. Friese K.H., Zabalotnyi D.I. [Гомеопатическое лечение тонзиллита нестрептококковой этиологии у детей...]. <i>Der Kassenarzt</i> 2006; 6: 40-42. 2. Европейский банк данных клинических исследований https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/viewArt45/39739
2006-2008 гг	Майданник В.Г., Розкладка А.И., и др.	Постмаркетинговое мультицентровое (6 клинических центров в Украине), открытое рандомизированное клиническое исследование с параллельными группами	Эффективность и переносимость препарата Тонзилотрен у пациентов (от 6 до 18 лет) с хроническим тонзиллитом	143 пациента	1. Крючко Т.А., Шпехт Т.В. [Результаты клинических исследований по применению Тонзилотрена у детей с хроническими тонзиллитами.]. <i>Дитячий Лікар</i> 5 (7) (2010). 2. Информационное письмо МЗ Украины №38-2009 3. Метод рекомендации №156.12/200.13 от 16.07.2013
2012-2016	Juergen Palm, Vasyl V. Kishchuk, Thomas Keller, Stephan Weber, Sabine De Jaegere, Petra Klement	Рандомизированное, международное (Украина, Германия, Испания), многоцентровое, контролируемое клиническое исследование	Терапевтическая эффективность, безопасность и переносимость Тонзилотрента у пациентов (от 6 до 60 лет) с хроническим тонзиллитом.	-	- 13 th Congress of the European Society for Pediatric Otorhinolaryngology in Lisbon in June 2016. - 9 th European Congress for Integrative Medicine in Budapest in September 2016.

Базисна терапія рекурентного тонзиліту:

- Дозування – Тонзилотрен по 1 табл. розсмоктувати за 30 хв. після їди 3 рази на день протягом 10 днів у комплексному лікуванні, далі в монотерапії до 2 міс.

- Проведено 2 курсу терапії з інтервалом в 4 міс.

Якщо порівнювати ефективність консервативного чи хірургічного лікування хворих на рекурентний (рецидивуючий) тонзиліт, то слід сказати, що в багатьох випадках тонзилектомія

не вирішує питань подальшого прогресування, покращення перебігу захворювання нирок, суглобів, серця.

Розробка методів індивідуального підбору ефективних способів імунокорекції привела до переваги консервативного лікування хворих на РТ, особливо в дитячому віці. Індивідуально підібране консервативне лікування рекурентного (рецидивуючого) тонзиліту має явні переваги перед тонзилектомією.

© В.В. Кішук, І.В. Дмитренко, А.І. Барціховській, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, Я.П. Грицун, 2016

А.П. КОВАЛИК, П.В. КОВАЛИК, Д.В. БЕРЕГОВИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, ВОЛОЧИСЬК, УКРАЇНА)

БАКТЕРІАЛЬНА МІКРОФЛОРА І ЇЇ ЧУТЛИВІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ, ВИДІЛЕНА ІЗ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГОРТАНІ ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ І ХВОРИХ НА РУБЦЕВИЙ СТЕНОЗ ГОРТАНІ

Для профілактики і лікування ускладнень запального характеру, які можуть виникнути в гортані після хірургічного втручання при її рубцевих стенозах необхідно знати характеристику сучасної резидентної і транзитної мікрофлори гортані і відношення її окремих представників до антибіотиків. В загальному видова характеристика і антибіотикочутливість мікрофлори слизової оболонки окремих відділів дихальних шляхів вивчена детально, особливо горла, носа і приносних пазух. Даних про мікрофлору і її чутливість до антибактеріальних препаратів гортані при її рубцевих стенозах мало.

Мета роботи: вивчити бактеріальну флору слизової оболонки гортані і чутливість її окремих представників до антибіотиків у здорових (40 осіб) і хворих (55 пацієнтів) на рубцевий стеноз гортані. Серед виділених мікроорганізмів у здорових людей в 76,4 % і в 67,5 % у хворих на рубцевий стеноз гортані переважала кокова флора. Враховуючи цей факт, нами проведено визначення чутливості до антибіотиків саме цих видів мікроорганізмів.

Всього виділено і ідентифіковано 208 штамів представників кокової флори. Із них у здорових людей – 24 штами стафілококів, 35 – стрептококів і 17 – нейсерії. У хворих на рубцевий стеноз гортані – 38; 39 і 55 штамів, відповідно. Чутливість мікроорганізмів визначали до пеніциліну, еритроміцину, гентаміцину, цефт-

риаксону, амоксицилаву і левофлоксацину.

Аналіз антибіотикограм показав високу чутливість кокової флори, виділеної у здорових людей. Мікрофлора із слизової оболонки гортані хворих проявила більш високу резистентність. Так, стафілококи до пеніциліну були нечутливими в 57,9% випадків, еритроміцину – в 44,7%, гентаміцину – 18,4%. В той же час, вони проявили високу чутливість до амоксицилаву – 92,1%, цефтриаксону – 84,2%, левофлоксацину – 68,4%. Виділені із слизової оболонки гортані хворих стрептококи, на відміну від стафілококів, проявили до антибіотиків значно вищу чутливість. Особливо вони були чутливі до амоксицилаву, левофлоксацину і амоксицилаву, коли до вказаних антибіотиків були нечутливими лише поодинокі штами. Деяко меншу чутливість проявив стрептокок до пеніциліну. Так, із 39 штамів він проявив резистентність лише в 2 випадках і в 11 – помірно стійкість.

Нейсерії висіяні у всіх хворих. Найстійкішими вони виявилися до пеніциліну – 49,1% резистентні і 25,4 % помірно стійкі, до еритроміцину – 38,2% і 33,6%, відповідно. Високу чутливість нейсерії проявили до амоксицилаву (87,3%) і левофлоксацину (81,8 %). Антибіотиками вибору для профілактики і лікування запальних процесів після проведеного хірургічного втручання на гортані можуть бути амоксицилав і левофлоксацин.

© А.П. Ковалик, П.В. Ковалик, Д.В. Береговий, 2016