

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ  
ім. проф. О.С.КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ»

**ЛОБКО КАТЕРИНА АНАТОЛІЇВНА**

УДК 616.327.3 - 002: 618.2

**ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ  
У ВАГІТНИХ**

14.01.19 – оториноларингологія

**Автореферат**

дисертації на здобуття наукового  
ступеня кандидата медичних наук

**Київ – 2010**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана на базі кафедри оториноларингології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України.

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України **Кіщук Василь Васильович**, завідувач кафедри оториноларингології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України.

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України **Гарюк Григорій Іванович**, завідувач кафедри оториноларингології та дитячої оториноларингології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

доктор медичних наук, професор, Заслужений раціоналізатор України **Косаковський Анатолій Лук'янович**, завідувач кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України.

Захист відбудеться « 17 » грудня 2010 р. о 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.611.01 в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» за адресою: 03057, Україна, м. Київ-57, вул. Зоологічна, 3.

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» (03057, Україна, м. Київ-57, вул. Зоологічна, 3).

Автореферат розісланий « 16 » листопада 2010 р.

**Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради,  
доктор медичних наук, професор**

 **Шидловська**

### ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Тонзиллярна патологія є загально-медичною проблемою, що із суто отоларингологічної перетворилась в проблему клініко-імунологічну, а з появою нових даних про наявність в мигдаликах системи ліпідного метаболізму, перекисного окислення ліпідів та тканинного контролю до антигенів (АГ), кальцієвого гомеостазу в загальнобіологічну (О.Ф. Мельников, 1999; Ю.В. Мітін та ін., 2001, 2002, 2003; Brandzaeg, 2000; M. Ying, 1999). Актуальність і соціальна вага проблеми визначаються високим і все більш зростаючим рівнем захворюваності на хронічний тонзиліт (ХТ), на яке страждає від 3 до 45 % населення (А.Г. Балабанцев, В.В. Богданов, 2002; Э.В. Гюлинг, 1976; Д.І. Заболотний і співавт., 1996; В.В. Кіщук, 1996; А.А. Лайко, 1998, 2002; В.Т. Пальчун, Б.М. Сагалович, 1995). ХТ займає одне з перших місць серед усіх захворювань ЛОР-органів (К.И. Нестерова и соавт., 2005, А.Н. Славский и соавт., 1999).

В сучасній концепції ролі піднебінних мигдаликів (ПМ) в організмі достатньо аргументовано сформульована думка про суттєвий внесок цих лімфоєпітеліальних утворень в становленні та функціонуванні локального та системного імунітету, особливо в період онтогенезу (В.П. Быкова, 1995; Т.И. Гаращенко, 1999; Д.И. Заболотный, О.Ф. Мельников, 1999; Brandtzaeg, 1988, 1996). Але лишається ключове питання тонзиллярної проблеми: відсутність існування чітких критеріїв, на основі яких можливо було б визначити, коли мигдалики з органу, який виконує певні функції в організмі, перетворюється у вогнище інфекції (О.Ф. Мельников, 1998). Відомо, що запальний процес в ПМ призводить до формування стійкого вогнища хронічної інфекції. І тоді мигдалики не тільки не виконують своєї імунологічної ролі, але й можуть бути джерелом інфікування організму (А.Е. Вершигора, 1978; Б.С. Преображенский, Г.Н. Попова, 1970).

Результати досліджень вітчизняних і зарубіжних авторів протягом останніх 20-ти років підтверджують важливу роль ПМ у формуванні різних патофізіологічних станів, однак вплив цього захворювання на репродуктивну функцію жінки до кінця не вивчено, хоча це питання піднімалось у літературі більш ніж 30 років тому назад (Х.Р. Алимова-Рафикова, 1972; Г.А. Казмиренко, 1973; В.С. Красноусова, 1979). Відомо, що ХТ може бути причиною багатьох гінекологічних захворювань, патологічного перебігу вагітності й пологів тощо (А.А. Кузнецов, 1993).

Невиношування вагітності - актуальна проблема сучасного акушерства. Частота цієї патології до загальної кількості пологів складає більше ніж 15 % (И.С. Сидорова, И.Н. Черниенко, А.А. Сидоров, 2003). Причини переривання вагітності є різноманітні, досить часто – це їх поєднання. За класифікацією причин невиношування вагітності (1975) перше місце займають інфекційні захворювання матері, до яких відносять хронічні латентно перебігаючі інфекції: ХТ, хронічний пієлонефрит, захворювання жовчно-вивідних шляхів та ін., які можуть викликати внутрішньоутробне інфікування.

У зв'язку з тим, що в Україні в останнє десятиріччя спостерігаються негативні зміни демографічної ситуації – низький природний приріст за рахунок низької народжуваності, – відтак проблема невиношування вагітності та дитячої смертності є досить актуальною (Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко, 2000). Таким чином, враховуючи, що ХТ є досить поширеним захворюванням, яке може впливати на перебіг вагітності й стан плода, через відсутність чітких даних про перебіг ХТ, тактику лікування цього захворювання під час вагітності, необхідно подальше вивчення та розробка цієї проблеми.

**Зв'язок з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри оториноларингології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова: «Сучасні аспекти ранньої діагностики та лікування неспецифічних запальних захворювань верхніх дихальних шляхів і склероми» (№ державної реєстрації 0105U002824).

**Мета дослідження:** розробити ефективну, безпечну, раціональну схему комплексного

лікування хронічного тонзиліту у вагітних на основі вивчення особливостей перебігу хронічного тонзиліту під час вагітності та лабораторних досліджень.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити особливості клінічного перебігу хронічного тонзиліту у вагітних.
2. Встановити особливості імунного статусу на основі вивчення клітинних та гуморальних ланок імунітету у вагітних з хронічним тонзилітом та в групах контролю.
3. Визначити рівень і вид мікробного обсіменіння ротоглотки у вагітних, хворих на хронічний тонзиліт.
4. Розробити ощадливий метод лікування хронічного тонзиліту, придатний для застосування у жінок, що знаходяться на різних термінах вагітності.
5. Вивчити динаміку імунологічних показників при комплексному лікуванні хронічного тонзиліту в різні триместри вагітності.
6. Визначити клінічну ефективність запропонованого методу лікування.

**Об'єкт дослідження:** хронічний тонзиліт у вагітних жінок різних триместрів вагітності, динаміка об'єктивних і суб'єктивних симптомів.

**Предмет дослідження:** слина, клітини периферійної крові, імунологічні показники, бактеріологічні показники.

**Методи дослідження:** загально-клінічні, біохімічні, імунологічні, бактеріологічні, інструментальні, статистичні.

**Наукова новизна роботи.** Вперше було проведено детальний аналіз показників загального і місцевого імунітету при хронічному тонзиліті у вагітних жінок в різні терміни вагітності. На основі отриманих кількісних та якісних змін в імунному гомеостазі вагітних з хронічним тонзилітом, що полягає: в імунодефіциті Т- та В-систем імунітету, розвитку диспропорції імунорегуляторних клітин з підвищенням хелперної та дефіцитом супресорної дії; патологічних зрушеннях у регуляції систем антиген-антитіло; зниженні функціональної активності Т- та В-систем імунітету, яка поглиблюється відповідно формі важкості перебігу хронічного тонзиліту, рівню обсіменіння слизової оболонки глотки, різкими змінами імунологічних показників місцевого імунітету, було розроблено методику профілактичного лікування хронічного тонзиліту в різні терміни вагітності та впроваджено даний метод у практичну медицину. Автор при виконанні науково-дослідної роботи встановила особливості перебігу хронічного тонзиліту, стану місцевого та загального імунітету у вагітних жінок та оптимізувала методику профілактики загострень хронічного тонзиліту під час вагітності.

**Практичне значення одержаних результатів.** На підставі аналізу отриманих даних щодо особливостей перебігу хронічного тонзиліту під час вагітності, показників загального та місцевого імунітету - виявлено високу ефективність лікування хронічного тонзиліту у вагітних різних гестаційних періодів при застосуванні комплексу лікувальних заходів, спрямованих на елімінацію його симптомів. Визначено рівень і вид мікробного обсіменіння ротоглотки у вагітних, хворих на хронічний тонзиліт. Встановлена виражена імунологічна гіпореактивність організму вагітних жінок з хронічним тонзилітом, що викликає необхідність проведення імуностимулюючої терапії.

Обґрунтовано доцільність консультації та лікування у лікаря-оториноларинголога вагітних при наявності хронічного тонзиліту, незалежно від терміну вагітності.

Результати, отримані під час дослідницької роботи, доповнюють наукові знання в галузі оториноларингології і гінекології, та дозволяють більш ефективно використовувати нові методи для лікування хронічного тонзиліту у вагітних.

Результати дисертаційної роботи впроваджено в лікувальну практику лікарів-оториноларингологів: Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, Вінницької районної лікарні, Вінницької міської клінічної лікарні № 1, у педагогічний процес кафедри оториноларингології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

**Особистий внесок пошукача.** Пошукачем самостійно проаналізовано наукову

літературу та патентну інформацію з проблеми хронічного тонзиліту у вагітних із фондів Державної наукової медичної бібліотеки МОЗ України (м. Київ), Вінницької обласної медичної бібліотеки, бібліотеки Військово-медичної академії ім. С.М. Кірова (м. Санкт-Петербург), бібліотеки Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова та з електронної мережі Internet; проведено аналіз медичної документації, розроблено анкету-протокол обстеження, формування груп хворих та їх клініко-лабораторне, інструментальне обстеження. Спільно з науковим керівником поставлено мету і сформульовано завдання дослідження, визначено обсяг методів дослідження, розроблено схему проведення комплексного методу лікування хронічного тонзиліту в різні терміни вагітності. Автором особисто проведена статистична обробка отриманих даних, написано всі розділи наукової роботи, сформульовано висновки та практичні рекомендації, підготовлено матеріали до публікації. Спеціальні імунологічні дослідження виконані спільно з співробітниками лабораторії патофізіології та імунології Державної установи «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» (завідуючий лабораторією – проф. О.Ф. Мельников).

Дисертантом проведено клінічне та клініко-лабораторне обстеження 149 жінок у різні терміни гестації вагітності. Із них 105 вагітних з хронічним тонзилітом, 24 вагітні жінки, які в анамнезі мали тонзилектомію, 20 практично здорових вагітних жінок. Більша частина лабораторних досліджень виконана безпосередньо автором або за її участі. Самостійно проведено лікування вагітних, хворих на хронічний тонзиліт, із застосуванням комплексного методу лікування.

На основі математико-статистичної обробки, узагальнення та наукового аналізу обґрунтовано висновки і практичні рекомендації, які впроваджено у щоденну медичну практику та педагогічний процес.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційної роботи доповідались та обговорювались на: XI Університетській (XXXXI Вузівська) науково-практичній конференції молодих вчених та фахівців (Вінниця, 2005); обласному товаристві оториноларингологів, присвяченому 70-річчю заснування кафедри ЛОР-хвороб ВНМУ ім. М.І. Пирогова (Вінниця, жовтень 2006); XII Університетській (XXXXII Вузівська) науково-практичній конференції молодих вчених та фахівців (Вінниця, 2006); XIII Університетській (XXXXIII Вузівська) науково-практичній конференції молодих вчених та фахівців (Вінниця, 2007); щорічній традиційній осінній конференції українського наукового медичного товариства оториноларингологів «Гострі та хронічні захворювання вуха. Сучасні технології діагностики та лікування» (Миргород, 2007); обласному товаристві оториноларингологів (Вінниця, березень 2008); V Міжнародній науковій конференції студентів та молодих вчених «Молодь та медицина майбутнього» (Вінниця, 2008); щорічній традиційній весняній конференції українського наукового медичного товариства оториноларингологів «Стандарти діагностики та лікування в оториноларингології», присвяченій 110-річчю з дня народження професора О.С. Коломійченка (Черкаси, 2008); XIV Університетській (XXXXIV Вузівська) науково-практичній конференції молодих вчених та фахівців (Вінниця, 2008); традиційному товаристві оториноларингологів міста Вінниці (Вінниця, 2008); щорічній традиційній осінній конференції українського наукового медичного товариства оториноларингологів «Сучасні методи консервативного та хірургічного лікування в оториноларингології» (Севастополь, 2009); обласному товаристві оториноларингологів (Калинівка, червень 2010).

**Публікації.** За матеріалами дисертаційного дослідження опубліковано 4 статті у фахових виданнях, які рекомендовані ВАК України, 13 тез доповідей. Отримано 2 деклараційні патенти на корисну модель.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація викладена на 191 сторінці друкованого тексту (основний текст на 120 сторінках) і складається із вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, 4 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення

результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку літературних джерел (348, в тому числі 262 викладених кирилицею та 86 викладених латиницею). Робота ілюстрована 54 таблицями та 26 рисунками.

### ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 105 вагітних жінок з різними формами ХТ (62,88 %), 24 вагітних жінки, які мали в анамнезі тонзилектомію (ТЕ) (14,37 %), 20 вагітних жінок без ознак ХТ, що склали групу контролю № 1(11,98%). Усі вони були проконсультовані та знаходились на обліку у Вінницькому обласному центрі планування сім'ї, жіночих консультаціях пологових будинків № 1, 2 міста Вінниці. Окрему групу склали жінки фертильного віку (з 18 до 39 років), які мали ознаки ХТ – 7 жінок (4,19 %) та 11 здорових невагітних жінок група контролю №2 (6,58 %).

Обстежені вагітні жінки з ХТ були у віці від 16 до 39 років: до 18 років – 4 жінки (3,8 %), 18-27 років – 79 жінок (75,2 %), 27-35 років – 19 жінок (18,1 %), старше 35 років – 3 жінки (2,9 %), середній вік склав  $24,3 \pm 0,4$  роки. Серед здорових вагітних середній вік склав  $25,1 \pm 1,1$  роки, вагітних з ТЕ –  $27,3 \pm 1,2$  роки, здорових невагітних жінок –  $25,5 \pm 1,0$  роки, невагітних жінок з ХТ –  $23,3 \pm 1,3$  роки.

Діагноз ХТ був клінічно верифікований – це ангінозний анамнез, що є найбільш вірогідним симптомом ХТ (1-3 рази на рік ангіни). Під час мезофарингоскопії звертали увагу на такі симптоми: стійка гіперемія країв передніх дужок – ознака Гізе; валикоподібне потовщення країв піднебінних дужок – ознака Преображенського; набряк країв верхніх відділів піднебінних дужок, які охоплюють верхній полюс ПМ – ознака Зака; рубцеві спайки між ПМ й піднебінними дужками; рихлі або рубцево-зміннені й ущільнені ПМ; казеозно-гнійні пробки або рідкий гній, пастоподібне відділяєме у лакунах ПМ; регіонарний лімфаденіт (збільшення лімофвузлів (ЛВ) по передньому краю грудино-ключично-соскоподібного м'язу на рівні кута нижньої щелепи) – ознака Корицького, наявність кист ПМ. Діагноз ХТ ставили на основі двох і більше перерахованих місцевих ознак з урахуванням анамнезу й динаміки захворювання. При постановці кінцевого діагнозу використовували не тільки вказані ознаки та дані анамнезу, але й дані лабораторних методів дослідження, особливо загальноімунологічного плану.

При визначенні форми ХТ притримувались класифікації, яка була запропонована І.Б. Солдатовим на VII Всесоюзному з'їзді оториноларингологів (1975), у якій виділяють дві основні форми захворювання:

1. компенсована (ХКТ);
2. декомпенсована (вказується форма декомпенсації) (ХДТ).

При обстеженні вагітних ми детально вивчали скарги, уточнювали час їх появи та зміну характеру цих скарг у зв'язку зі збільшенням строку вагітності, анамнез захворювання і життя, враховували перебіг вагітності та акушерський анамнез. Проводили пальпацію регіонарних ЛВ: визначали їх величину, ступінь щільності, рухомість, болючість. При мезофарингоскопії звертали увагу на загальний вид слизової оболонки глотки, м'якого піднебіння, язичка, передніх та задніх дужок, задньої стінки глотки, визначали стан ПМ, їх розмір, форму, колір, консистенцію, наявність рубців, карманів, а також характер вмісту лакун мигдаликів, якщо такий був. Враховували також загальний стан вагітних: характер температурної реакції, наявність нездужання, головного болю, пітливості, суглобового болю, болю у серці, прискороного серцебиття, в'ялості.

Кожна вагітна жінка була обстежена за схемою: загальний аналіз крові, визначення рівня плазмових імуноглобулінів (Ig), рівня кортизолу, інтерлейкіновий профіль, титр АСЛ-О, імунологічні показники ротоглоткового секрету (РС), мазок із лакун ПМ на визначення мікрофлори (м/ф), мікроскопічне дослідження осаду РС. Аналізи були виконані до та після проведеного лікування, при наявності ХТ. Вагітним було зроблено імунограму. Дані занесено до анкети-протоколу обстеження жінок.

Проводили визначення показників білої та червоної периферичної крові уніфікованими ручними мікроскопічними методиками, підраховуючи кількість лейкоцитів

( $\cdot 10^9$  в 1 л), еритроцитів ( $\cdot 10^{12}$  в 1 л), концентрацію гемоглобіну (г/л), кольоровий показник та аналізуючи лейкоцитограму. Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) досліджували уніфікованим методом Панченкова.

Для визначення рівня антистрептолізину-О (АСЛ-О) використовували свіжу, вільну від домішок сироватку крові. Зберігали зразки не більше 48 годин при температурі  $+2...+10$  °С. Реакцію вважали позитивною, коли відзначали аглютинацію частин латексу. Нормальні показники до 250 МОд/мл.

Для визначення рівня кортизолу в сироватці крові брали сироватку крові натщесерце у ранкові часи. Норма концентрації кортизола в сироватці крові у віці 20–50 років: ранком 190-690, ввечері 55-250 нмоль/л.

З імунологічних методів, які були проведені на базі лабораторії патофізіології та імунології ДУ «Інститут оториноларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», використовували такі:

1). дослідження системного імунітету:

- визначення рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) проводили спектрофотометрично після обробки сироватки розчином (3,75%) поліетиленгліколя (Serva, Німеччина). Метод виконується у відповідності з інструктивним викладенням Ю.А. Гріневича і А.Н. Алферова (1981). Оцінка проводилась в одиницях оптичної щільності;

- у сироватці крові визначали рівні інтерлейкіну-8 (ІЛ-8),  $\gamma$ -інтерферону ( $\gamma$ -ІФ) за допомогою твердофазового імуноферментного методу та використання набору «Протеїновий контур» (СПб, Росія) та імуноферментного аналізатора ІФА – Stat Fax 303 Plus. Вміст цитокінів вимірювали у пкг/мл;

- визначення вмісту ІgА, М, G у периферичній крові обстежуваних жінок проводили методом радіальної імунодифузії в гелі по Манчіні (1965);

- проводили визначення Т-ланки імунітету, а також субпопуляцій Т-лімфоцитів (аналізи проведені на базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова);

2). дослідження локального імунітету:

- після центрифугування РС (6000 обертів 15 хвилин) визначали концентрацію інтерлейкіну- $1\beta$  (ІЛ- $1\beta$ ),  $\gamma$ -ІФ та лактоферину (ЛФ) за допомогою імуноферментного методу та використання набору реагентів «Протеїновий контур» (СПб, Росія), «Лактоферин-стрип» («Вектор-Бест», Новосибірськ, Росія) та імуноферментного аналізатора ІФА-Stat Fax 303 Plus. Вміст цитокінів вимірювали у пкг/мл, ЛФ – нг/мл.

- у РС визначали кількість ІgА, ІgG та секреторного ІgА (sІgА) методом радіальної імунодифузії в гелі по Манчіні.

Мікроскопічне дослідження осаду РС секрету досліджували за допомогою світлової мікроскопії з імерсійною системою при збільшенні в 900 разів в мазках пофарбованих за Романовським-Гімза з фіксацією по Майн-Грюнвальду.

Проводили бактеріологічне дослідження мікрофлори (м/ф) лакун ПМ.

Статистичну обробку даних проводили на персональному комп'ютері «Pentium 4» з використанням стандартного програмного пакету «STATISTICA» version 5,5a (фірми Statsoft Inc., USA, ліцензійний №AX 908A290603AL) для Windows XP (ліцензійний № RKKFD-W8DDF-6PMC4-KX3WW-CR6TI). За величинами ексцесу та асиметрії визначали характер розподілу отриманих даних (пара- чи непараметричний), застосовували метод варіаційної статистики (M, SD, m, min – max). Для оцінки достовірності різниці між статистичними групами (незалежні вибірки) використовували для параметричних даних критерій Ст'юдента (Student test), для непараметричних даних – U – критерій Мана-Уїтні, а для даних, що представлені у відсотках – точний метод Фішера. Для оцінки достовірності різниці показників в динаміці лікування (двох пов'язаних сукупностей) використовували за нормального розподілу даних t – критерій для пов'язаних сукупностей, а в інших випадках – непараметричний критерій Вілкоксона. Достовірними вважали значення  $P < 0,05$ .

Для проведення консервативного лікування ХТ застосовували:

1. Підвищення реактивності організму: правильний режим, раціональне харчування,

вітамінотерапія (застосовувались як комплексні препарати, які рекомендовані під час вагітності: прегнавіт, вітрум пренатал, елевіт, так і препарати, які містять окремі вітаміни: аскорутин, фолієва кислота, віт. Е, магне В6), імунотерапія (настійка ехінацеї пурпурової *per os*).

2. Гіпосенсибілізуючі засоби: препарати кальцію, антигістамінні препарати в окремих випадках (лоратадин дозволений для прийому під час вагітності).

3. Засоби місцевої дії на мигдалики з метою санування: масаж мигдаликів виконувався за допомогою вібромасажера ВМ-1 з індивідуальними насадками напівмісяцевої форми (Патент України на корисну модель №28503 від 10.12.2007 р.). Вібруюча поверхня встановлюється на передню піднебінну дужку на 30-40 секунд, з такими ж інтервалами для перерви, тривалість маніпуляції 3-5 хв.) чередуючи з шпательним масажем; промивання лакун піднебінних мигдаликів розчинами антисептиків: фурацилін (1:5000), розчин ротокану, рекутану, хлорофіліпту, перманганату калію; змащування та зрошування піднебінних мигдаликів розчинами антисептиків; розсмоктування в порожнині рота льодяників або таблеток з антисептичною дією.

4. Фізіотерапевтичні методи лікування: УФО на піднебінні мигдалики.

Курс лікування тривав десять діб. Проводились маніпуляції один раз на добу у ранкові часи. Вагітна знаходилась під спостереженням весь період вагітності. Методологічно підходили в подальшому до проведення повторних курсів лікування в залежності від терміну вагітності та в якому терміні зверталась жінка первинно.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При проведенні комплексного лікування ХТ під час вагітності спостерігалось покращення клінічного стану хворих. Практично всі жінки відмічали зникнення таких ознак ХТ як відчуття стороннього тіла у горлі, кашель, першіння, неприємний запах з роту, загальну слабкість і т.д. Сумарно узагальнені дані про суб'єктивні відчуття вагітних з ХТ різних форм до лікування та після представлені у таблиці 1. При порівнянні процентного співвідношення різних скарг у жінок з ХКТ та ХДТ в різні терміни вагітності, до та після проведеного лікування, визначили позитивну динаміку відповідно до всіх скарг, а в деяких випадках - навіть їх зникнення. Не дивлячись на наявність у хворих ХДТ - також отримали позитивні результати проведеного курсу лікування.

Таблиця 1

Частота скарг місцевого характеру до та після проведеного лікування у жінок з ХТ різних триместрів вагітності: абсолютна кількість випадків – %

Скарги	До лікування			Після лікування		
	Триместр вагітності			Триместр вагітності		
	1-й	2-й	3-й	1-й	2-й	3-й
Кількість (N)	22	54	29	22	54	29
Періодичний біль у ділянці ПМ, відчуття повноти в одному з мигдаликів, відчуття стороннього тіла	16-80,0*	40-90,1*	19-79,2*	5-25*	5-11,4*	2-9,1*
Біль, що іррадіює у вухо, зубний біль	3-15,0*	12-27,3*	4-16,7*	1-5*	0	0
Першіння у горлі	20-100*	44-100*	23-96,0*	1-5*	8-18,2*	2-9,1*
Неприємний запах з роту	15-75,0*	35-80,0*	21-87,5*	0	0	2-9,1*
Відкашлювання пробок	15-75,0*	37-84,1*	20-83,0*	0	0	0



Таблиця 2

Частота спостережень об'єктивних ознак ХТ до та після проведеного лікування у жінок з ХТ різних триместрів вагітності: абсолютна кількість випадків – %

Ознаки	До лікування			Після лікування		
	Триместр вагітності			Триместр вагітності		
	1-й	2-й	3-й	1-й	2-й	3-й
Кількість (N)	22	54	29	22	54	29
Гізе	20-100*	44-100*	24-100*	5-25,0*	9-20,5*	5-20,8*
Зака	20-100*	43-97,7*	23-95,8*	5-25,0*	9-20,5*	3-12,5*
Преображенського	20-100*	43-97,7*	24-100*	2-10,0*	7-15,9*	5-20,8*
Корицького	13-65,0*	35-79,5*	18-75,0*	4-20,0*	12-27,3*	3-12,5*
Рідкий гній, казеозні маси у лакунах ПМ	20-100*	43-97,7*	24-100*	0	0	0
Кисти ПМ	1-5,0*	3-6,8*	0	0	0	0

Примітка: \* – достовірна відмінність між всіма групами (p<0,05)

Найбільш позитивні зміни виявляли відповідно до таких місцевих ознак, як наявність рідкого гною, казеозних мас у лакунах ПМ. У всіх обстежених групах наступало 100% очищення лакун ПМ від патологічного вмісту на 11-ту добу спостереження, після десятиденного курсу лікування. Досить високий процент ефективності лікування спостерігаємо за всіма ознаками у жінок з ХТ різних термінів вагітності. Дані представлені у таблиці 2.

Отримані нами дані про найнижчу динаміку по ознаці Корицького можна пояснити наявністю реакції регіонарних ЛВ глотки на мікробно-вірусні АГ, в результаті чого у ЛВ розвивається в'ялоперебігаючий регіонарний лімфаденіт, проявом якого є збільшення ЛВ та їх болючість під час пальпації. Практично у всіх групах хворих на ХТ відзначили наявність ознаки Корицького і після проведеного курсу консервативного лікування. Регіонарні ЛВ є бар'єрним органом, а тому розвиток регіонарного лімфаденіту визначає не стільки розвиток патологічних процесів у ПМ, скільки стан механізмів антиінфекційної резистентності як місцевого, так і загального плану.

Проведений аналіз бактеріологічного дослідження м/ф глотки показав, що у вагітних з ХТ різних форм м/ф ПМ представлена різними видами мікроорганізмів та грибами. Найбільш часто виявляли: *St.aureus*, *St.epidermalis*, *Candida albicans*, *E.coli*, *Str.faecalis*. Причому кількість виявлених мікроорганізмів перевищувала умовно допустимі норми. У 57 вагітних жінок було виявлено не один, а декілька мікроорганізмів при бактеріологічному дослідженні вмісту лакун ПМ. До проведеного лікування виявлялись такі мікробні асоціації: *St.aureus+Candida albicans*, *Str.faecalis+St.aureus*, *St.epidermalis+Candida albicans*, *St.epidermalis+Str.viridans*, *Candida albicans+ St.aureus+Str.viridans i in*. Після проведеного лікування частота виявлення патогенної та умовно-патогенної м/ф у лакунах ПМ зменшилась на 54,3 % і становила 45,7 %.

При вивченні закономірностей та характеру антитілоутворення інтерес представляє дослідження якісного та кількісного складу імуноглобулінів як носіїв функції специфічних антитіл (АТ). Аналіз отриманих нами даних свідчить, що достовірної різниці показників рівню концентрації IgA, IgM, IgG у вагітних жінок без ознак ХТ протягом вагітності в порівнянні з практично здоровими невагітними жінками не було виявлено. Але рівень IgA має тенденцію до зниження у другому та третьому триместрах (2,20±0,70 проти 1,79±0,14 та

1,83±0,14 г/л), IgM – до підвищення у першому (1,17±0,01 проти 1,48±0,16 г/л) та IgG – в третьому триместрі вагітності (11,81±0,25 проти 12,90 ±0,11 г/л). Враховуючи, що IgG є єдиним класом, що селективно поступає від матері до плоду через плаценту, збільшення його у третьому триместрі вагітності – необхідна умова діяльності гуморального імунітету перед пологамі, так як саме цей клас Ig включає основну масу захисних АТ, антитоксинів та не містить протиорганних АТ. При проведенні курсу лікування ХТ у вагітних жінок різних груп дослідження визначали такі зміни вмісту сироваткових Ig: тенденція до збільшення рівню досліджуваних сироваткових Ig в порівнянні з початковим рівнем до лікування в групах вагітних жінок з ХТ різних триместрів вагітності, причому залежності між формою ХТ та терміном вагітності у збільшенні показників Ig не прослідковуємо. Особливу динаміку відзначили по збільшенню рівнів IgA та IgG у всіх групах вагітних з ХТ: на 13,87, 21,18 та 4,17 % збільшення IgA у групі з ХКТ відповідно в 1-му, 2-му та 3-му триместрі вагітності; на 17,02, 24,24 та 10,74 % відзначали збільшення IgA у групі з ХДТ відповідно в 1-му, 2-му та 3-му триместрі вагітності; на 12,03, 11,67 та 22,97 % відмічали збільшення IgG у групі з ХКТ відповідно в 1-му, 2-му та 3-му триместрі вагітності; на 28,84, 14,03 та 13,86 % відзначили збільшення IgG у групі з ХДТ відповідно в 1-му, 2-му та 3-му триместрі вагітності (достовірність різниці при  $p < 0,05$ ).

Кількість ЦіК у сироватці крові вагітних жінок без ознак ХТ збільшується зі збільшенням строку вагітності. Рівень ЦіК у вагітних без ознак ХТ в другому триместрі збільшений в порівнянні зі здоровими невагітними жінками в два рази (з 51,37±4,51 до 116,32±9,36,  $p < 0,001$ ), а в третьому – більш ніж в три рази ( $p < 0,001$ ). Дані про динаміку показників ЦіК у вагітних з ХТ представлено на рисунку 1.

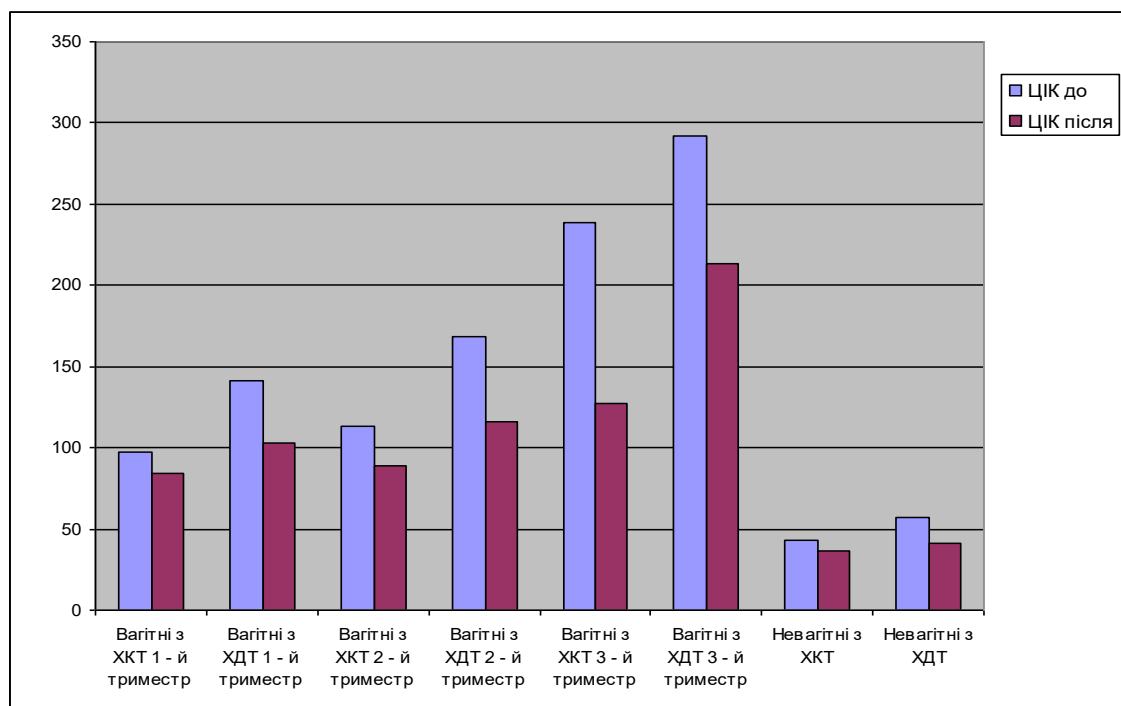


Рис. 1. Порівняльна оцінка показників рівнів ЦіК у жінок з ХТ різних груп в динаміці лікування

Аналізуючи дані рисунка 1, визначили, що у вагітних з ХТ так і з ХДТ відбуваються порушення імунної регуляції в системі АГ-АТ, які супроводжується збільшенням ЦіК, що є результатом підвищення антигенної стимуляції з однієї сторони, та активним зв'язуванням АГ, які поступають в кров з іншої сторони, причому кількість ЦіК збільшується з терміном вагітності. В динаміці лікування відзначили зменшення рівнів ЦіК у всіх групах вагітних з ХТ: на 13,55, 21,42 та 46,68 % у жінок з ХКТ відповідно в першому, другому та третьому триместрах (достовірне зниження показників в динаміці лікування, де  $p < 0,05$ ); на 27,05, 31,08 та 27,10 % у жінок з ХДТ відповідно в першому, другому та третьому триместрах (достовірне

зниження показників в динаміці лікування, де  $p < 0,05$ ). У групі невагітних жінок з ХКТ та ХДТ не було виявлено значного відхилення у кількості ЦІК до початку лікування, хоча у жінок з ХДТ показник на 23,6 % перевищував рівень ЦІК у жінок з ХКТ. В міжприступний період при ХТ не відбувається значного утворення ЦІК, як це підтверджувалось раніше. Деяке збільшення крайніх показників пов'язане з недавнім загостренням процесу у ПМ, на що вказують проведені дослідження по виявленню інфекційного сліду та збільшеної концентрації ЦІК. В динаміці проведеного лікування, відмітили зниження показників ЦІК на 15,40 % у невагітних з ХКТ та на 27,70 % – з ХДТ (достовірність отриманих даних при  $p < 0,05$ ).

У вагітних жінок з різними формами ХТ у Т- та В-системі імунітету в процесі вагітності відбуваються суттєві зміни: при ХТ у вагітних виявлені зміни у складі популяцій Т-лімфоцитів (у 1-му триместрі вагітності з ХКТ рівень становив  $36,52 \pm 0,13$  %, з ХДТ –  $30,24 \pm 0,52$  %; у другому триместрі з ХКТ  $34,84 \pm 0,17$  %, з ХДТ –  $30,81 \pm 0,33$  %; у третьому триместрі з ХКТ –  $34,12 \pm 0,48$  %, з ХДТ –  $28,65 \pm 0,55$  %), які свідчать про більш виражену гипореактивність Т – клітинного імунітету у вагітних з ХТ в порівнянні з такою у здорових вагітних; ступінь розвитку цих змін залежить від терміну вагітності та форми ХТ: у жінок з ХДТ зміни більш виражені в сторону імуносупресії.

Проведені дослідження свідчать про те, що при ХТ у вагітних жінок має місце порушення в системі гуморального імунітету слизових оболонок, які постають у зменшенні секреторної форми IgA (у 1-му триместрі вагітності з ХКТ рівень становить  $0,34 \pm 0,02$  г/л, з ХДТ –  $0,12 \pm 0,01$  г/л; у другому триместрі з ХКТ  $0,29 \pm 0,01$  г/л, з ХДТ –  $0,14 \pm 0,04$  г/л; у третьому триместрі з ХКТ –  $0,27 \pm 0,02$  г/л, з ХДТ –  $0,13 \pm 0,02$  г/л) і збільшенні прозапальних форм – IgG (у 1-му триместрі вагітності з ХКТ рівень становить  $0,29 \pm 0,03$  г/л, з ХДТ –  $0,30 \pm 0,05$  г/л; у другому триместрі з ХКТ  $0,29 \pm 0,02$  г/л, з ХДТ –  $0,39 \pm 0,09$  г/л; у третьому триместрі з ХКТ –  $0,33 \pm 0,04$  г/л, з ХДТ –  $0,43 \pm 0,07$  г/л) та змін цитокинового профілю: ІЛ-1 $\beta$  (у 1-му триместрі вагітності з ХКТ рівень становить  $355,80 \pm 18,99$  пкг/мл, з ХДТ –  $215,00 \pm 5,00$  пкг/мл; у другому триместрі з ХКТ  $337,25 \pm 12,28$  пкг/мл, з ХДТ –  $185,10 \pm 29,56$  пкг/мл; у третьому триместрі з ХКТ –  $328,96 \pm 16,78$  пкг/мл, з ХДТ –  $190,40 \pm 29,90$  пкг/мл),  $\gamma$ -ІФ (у 1-му триместрі вагітності з ХКТ рівень становить  $37,75 \pm 3,43$  пкг/мл, з ХДТ – 0 пкг/мл; у другому триместрі з ХКТ  $37,73 \pm 5,63$  пкг/мл, з ХДТ –  $10,50 \pm 6,85$  пкг/мл; у третьому триместрі з ХКТ –  $48,96 \pm 15,17$  пкг/мл, з ХДТ –  $2,00 \pm 2,00$  пкг/мл) (достовірність даних при  $p < 0,05$ ). Динаміка змін по рівням показників представлена на рисунках 2, 3, 4.

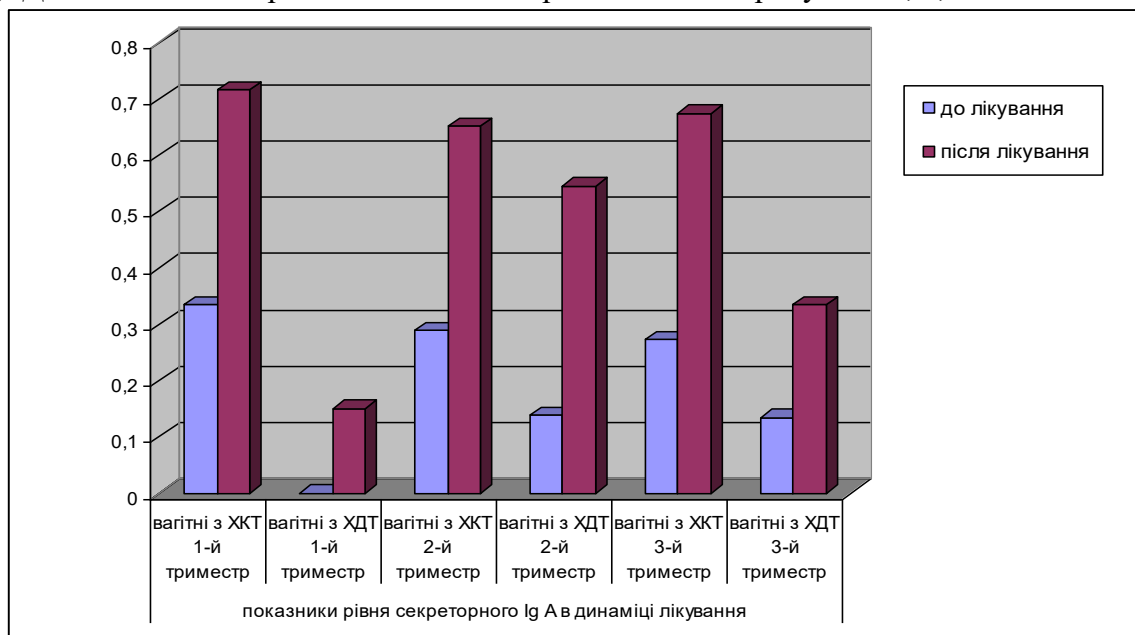


Рис. 2. Порівняльна оцінка показників рівню секреторного Ig A (г/л) РС у вагітних жінок різних груп в динаміці лікування

Виявлена залежність показників від форми ХТ – різкі зміни у групі вагітних різних

триместрів з ХДТ. Але і у здорових вагітних жінок також були виявлені низькі рівні секреторного IgA – це ще раз підкреслює, що навіть при нормальному перебігу вагітності спостерігали імуносупресію, яка є одним з пристосувальних механізмів для виношування вагітності, в якій плід є аlogenним трансплантантом.

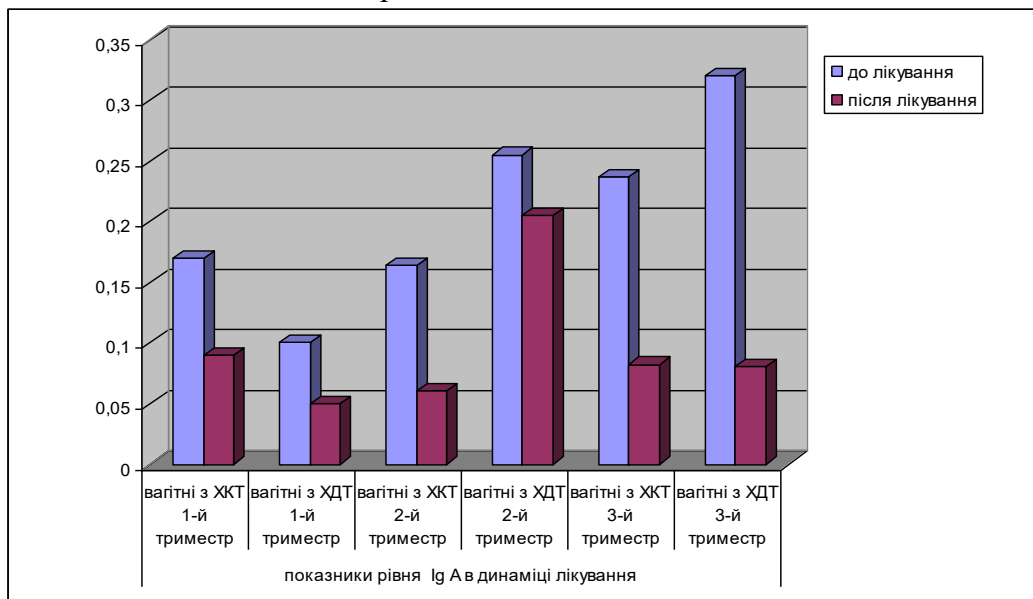


Рис. 3. Порівняльна оцінка показників рівню IgA (г/л) РС у вагітних жінок різних груп в динаміці лікування

При порівняльній оцінці в результаті проведеної локально-системної терапії ХТ відзначали збільшення показників рівню секреторного IgA, але не дивлячись на це, рівень sIgA при обстеженні і аналізі даних отриманих від усіх груп вагітних жінок до показників норми не досягав. При цьому слід зауважити: після проведеного курсу лікування зменшувався рівень мономерної форми IgA, яка є індикатором деградації секреторної молекули цього білку, що може свідчити про посилення захисних властивостей РС. Слід зазначити, що навіть у жінок з ХДТ спостерігаємо збільшення рівню секреторного IgA, що може свідчити про зворотній процес функціональної депресії ПМ у хворих з ХДТ.

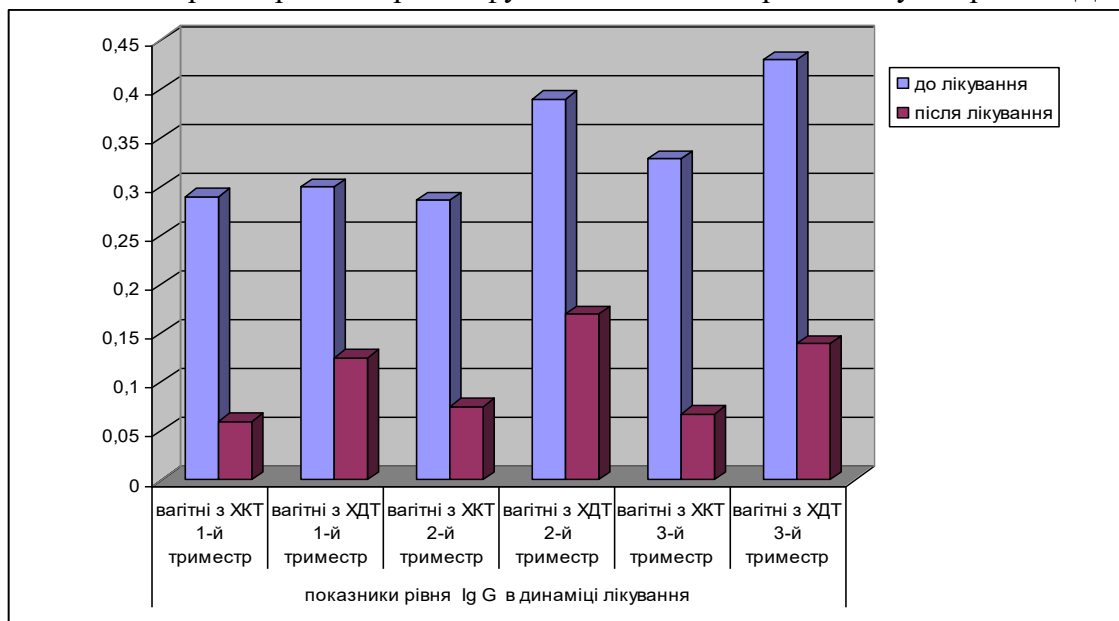


Рис. 4. Порівняльна оцінка показників рівню IgG (г/л) РС у вагітних жінок різних груп в динаміці лікування

Аналіз даних, зображених на рисунку 4, підтверджує результативність курсу

проведеного лікування: зниження показників рівню IgG (підвищений рівень IgG в слині хворих на ХТ є тестом високої діагностичної цінності) в процесі лікування та підвищення рівню sIgA – основного найактивнішого фактору захисту слизових оболонок, що свідчить про посилення захисних властивостей РС. Збільшення рівня IgG у жінок 2-го, а особливо 3-го триместрів вагітності, в порівнянні з 1-м, можна пояснити особливістю функціонування системи гуморального імунітету напередодні пологів.

Наведені дані свідчать про те, що розроблений комплексний метод лікування ХТ під час вагітності з комбінованим застосуванням препаратів місцевої і загальної дії не тільки нормалізує показники порушеного мукозального імунітету та ланок клітинного імунітету, показників мікробного обмінення слизової глотки, але й забезпечує зменшення проявів суб'єктивних та об'єктивних ознак ХТ, покращує стан вагітної, тим самим позитивно впливаючи на перебіг вагітності та стан внутрішньоутробного плоду.

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення наукових даних та нове вирішення науково-практичного завдання, яке виявляється в оптимізації лікувальних заходів у вагітних, хворих на хронічний тонзиліт.

1. При аналізі достовірних ознак хронічного тонзиліту фарингоскопічно у 93 % вагітних відмічали поєднання всіх ознак хронічного тонзиліту між собою, коли у невагітних з хронічним тонзилітом повне поєднання ознак було у 28 %.
2. При хронічному тонзиліті мають місце порушення в системі гуморального імунітету слизових оболонок, які проявляються у зменшенні секреторної форми IgA (у 1-му триместрі вагітності з ХКТ рівень становить  $0,34 \pm 0,02$  г/л, з ХДТ –  $0,12 \pm 0,01$  г/л; у другому триместрі з ХКТ  $0,29 \pm 0,01$  г/л, з ХДТ –  $0,14 \pm 0,04$  г/л; у третьому триместрі з ХКТ –  $0,27 \pm 0,02$  г/л, з ХДТ –  $0,13 \pm 0,02$  г/л) і збільшенні прозапальних форм: IgG, IL-1 $\beta$ ,  $\gamma$ -ІФ (достовірність отриманих даних при  $p < 0,05$ ). Показники залежать від форми хронічного тонзиліту.
3. У вагітних, хворих на хронічний тонзиліт на фоні імунодефіциту Т-лімфоцитів та посилення дефіциту В-лімфоцитів розвивається імунодефіцит Т-активних лімфоцитів, диспропорція субпопуляцій Т-системи з посиленням хелперного та дефіцитом супресорного впливу; має місце достовірне підвищення рівнів ЦІК: у 1-му триместрі вагітності з ХКТ рівень становить  $97,55 \pm 6,35$  од.оп.щ., з ХДТ –  $141,36 \pm 2,38$  од.оп.щ.; у 2-му триместрі з ХКТ  $113,34 \pm 4,34$  од.оп.щ., з ХДТ –  $168,52 \pm 5,84$  од.оп.щ.; у 3-му триместрі з ХКТ –  $238,50 \pm 4,25$  од.оп.щ., з ХДТ –  $292,44 \pm 6,83$  од.оп.щ.).
4. Аналіз даних бактеріологічного дослідження м/ф глотки показав, що у вагітних з ХТ різних форм м/ф ПМ представлена різними видами мікроорганізмів та грибами. Найбільш часто виявляли: *St.aureus*, *St.epidermalis*, *Candida albicans*, *E.coli*, *Str.faecalis*. Після проведеного лікування частота виявлення патогенної та умовно-патогенної м/ф у лакунах ПМ зменшилась на 54,3 %.
5. Після проведення лікування із застосуванням запропонованого нами методу лікування, який включає: місцевий вплив – масаж мигдаликів за допомогою вібротажера з індивідуальними насадками спеціальної форми, шпательний масаж, промивання лакун піднебінних мигдаликів розчинами антисептиків, змащування та зрошування піднебінних мигдаликів розчинами антисептиків та загальне лікування, виявлено як підвищення рівню секреторної форми IgA (у 1-му триместрі вагітності з ХКТ рівень становить  $0,72 \pm 0,02$  г/л, з ХДТ –  $0,15 \pm 0,01$  г/л; у другому триместрі з ХКТ  $0,65 \pm 0,02$  г/л, з ХДТ –  $0,55 \pm 0,22$ ; у третьому триместрі з ХКТ –  $0,67 \pm 0,03$  г/л, з ХДТ –  $0,33 \pm 0,02$  г/л) (достовірність отриманих даних при  $p < 0,05$ ), так і зменшення в ротоглотковому секреті прозапальних форм: IgG, IL-1 $\beta$ ,  $\gamma$ -ІФ.

6. У 3 % вагітних першого триместру вагітності відмічали загострення хронічного тонзиліту, у 17 % – в другому триместрі, у 2 % – в третьому триместрі. Після проходження курсу лікування ХТ загострень не відмічали у жодної жінки з різних груп спостереження не залежно від терміну вагітності. Спостерігається високий процент захворюваності на ГРВІ та застудні захворювання, що на 45 % перевищує захворюваність у групі здорових вагітних жінок.
7. Запропонований комплексний метод лікування хронічного тонзиліту під час вагітності покращує клінічний перебіг: на 86 % зменшує прояв суб'єктивних ознак та на 64 % об'єктивних ознак і сприяє виношуванню вагітності до очікуваної дати пологів.

### **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Всім вагітним, хворим на хронічний тонзиліт в різні триместри вагітності, обов'язковим є проведення лікування для профілактики загострень хронічного тонзиліту і ліквідації негативного впливу хвороби на перебіг вагітності. Лікувальні заходи включають місцевий вплив та загальне лікування, що не має негативної дії на перебіг вагітності та стан плоду:

1. Підвищення реактивності організму: правильний режим, раціональне харчування, вітамінотерапія (можуть застосовуватись як комплексні препарати, які рекомендовані під час вагітності: прегнавіт, вітрум пренатал, елевіт, так і препарати, які містять окремі вітаміни: аскорутин, фолієва кислота, віт. Е, магне В6), імунотерапія (настійка ехінацеї пурпурової *per os*).

2. Гіпосенсибілізуючі засоби.

3. Засоби місцевої дії на ПМ з метою санування: масаж мигдаликів – виконується за допомогою вібромасажера ВМ-1 з індивідуальними насадками напівмісяцевої форми (Патент України на корисну модель №28503 від 10.12.2007 р. Вібруюча поверхня встановлюється на передню піднебінну дужку на 30-40 секунд, з такими ж інтервалами для перерви, тривалість маніпуляції 3-5 хв.); шпательний масаж; промивання лакун піднебінних мигдаликів розчинами антисептиків: фурацилін (1:5000), розчин ротокану, рекутану, хлорофіліпту, перманганату калію; змащування та зрошування піднебінних мигдаликів розчинами антисептиків.

### **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Лобко К. А. Вплив хронічного тонзиліту на перебіг вагітності та стан плода в різні терміни вагітності / К. А. Лобко // Вісник Вінницького національного медичного університету – 2006. – №10(1). – С.42-45.

2. Кіщук В. В. Спосіб лікування вагітних, хворих на хронічний тонзиліт, в залежності від терміну вагітності / В. В. Кіщук, К. А. Лобко // Ринологія. – 2008. – №3. – С.31-35. *Дисертант проводила відбір та клінічне обстеження хворих, збір матеріалу для дослідження, лікування вагітних, написання статті.*

3. Лобко К.А. Видовий склад мікрофлори при хронічному тонзиліті у вагітних жінок / К. А. Лобко // Вісник Вінницького національного медичного університету – 2008. – №12(2). – С.399-401.

4. Кіщук В. В. Сучасні уявлення стосовно імунологічних змін при хронічному тонзиліті у вагітних та при фізіологічному перебігу вагітності / В. В. Кіщук, О. Ф. Мельников, К. А. Лобко, А. Д. Лобко // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2009. – №2. – С.43-48. *Дисертант самостійно проводила набір клінічного матеріалу, забір крові, статистичної обробки матеріалу, написання статті.*

5. Пат. 28503 Україна, МПК А 61 Н 1/00 Насадка до апарату для проведення вібромасажу піднебінних мигдалин / Лобко К. А., Кіщук В. В., Лобко А. Д.; заявник і патентовласник ВНМУ ім. М.І. Пирогова - № u200709230; заявл. 13.08.07 ; опубл. 10.12.07,

Бюл. № 20. *Дисертант особисто проаналізувала літературні джерела, виконала дослідження, здійснила практичну апробацію.*

6. Пат. 28504 Україна, МПК А 61 К 31/00. Спосіб лікування хронічного тонзиліту під час вагітності / Лобко К. А., Кіщук В. В., Лобко А. Д.; заявник і патентовласник ВНМУ ім. М.І. Пирогова - № u200709231; заявл. 13.08.07 ; опубл. 10.12.07, Бюл. № 20. *Дисертант особисто проаналізувала літературні джерела, виконала дослідження, здійснила практичну апробацію.*

7. Кіщук В. В. Вплив хронічного тонзиліту на перебіг вагітності / В. В. Кіщук, К. А. Лобко, В. І. Князева // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. – №5(с). – С.82-83. *Дисертант проводила аналіз авторефератів по темі, підготовка статті до друку.*

8. Лобко К. А. Особливості стану плоду у жінок з хронічним тонзилітом / К. А. Лобко // Матеріали XI Університетської (XXXXI Вузівської) наук.-практ. конф. молодих вчених та фахівців (Матеріали конференції від 18 травня 2005 р). – Вінниця, 2005. – С.44-45.

9. Кіщук В. В. Вплив хронічного тонзиліту на стан плоду / В. В. Кіщук, К. А. Лобко, А. Д. Лобко // Журнал вушних, носових і горлових хвороб (X з'їзд оториноларингологів України 22-25 травня 2005 р. м. Судак). – 2005. – № 3(с). – С.459-460. *Дисертант проводила аналіз авторефератів по темі, підготовка статті до друку.*

10. Бондарчук О. Д. Імуноглобуліновий статус у хворих на хронічний тонзиліт при консервативному лікуванні / О. Д. Бондарчук, К. А. Лобко // Матеріали XII Університетської (XXXXII Вузівської) наук.-практ. конф. молодих вчених та фахівців, (Вінниця, 18 трав. 2006 р.). – Вінниця, 2006. – С.5-7. *Дисертант проводила аналіз авторефератів по темі, підготовка статті до друку.*

11. Лобко К. А. Рівень секреторного IgA у ротоглотковому секреті вагітних жінок з хронічним тонзилітом / К. А. Лобко, О. Д. Бондарчук // Матеріали XII Університетської (XXXXII Вузівської) наук.-практ. конф. молодих вчених та фахівців, (Вінниця, 18 трав. 2006 р.). - Вінниця, 2006. – С.23-24. *Пошукач проводила формулювання діагностичних заключень, написання статті, ідея статті.*

12. Бондарчук О. Д. Зміни імунологічного статусу хворих на хронічний тонзиліт при консервативному лікуванні / О. Д. Бондарчук, К. А. Лобко // Матеріали XIII Університетської (XXXXIII Вузівської) наук.-практ. конф. молодих вчених та фахівців, (Вінниця, 24 трав. 2007 р.). – Вінниця, 2007. – С.11-12. *Дисертант проводила аналіз авторефератів по темі, підготовка статті до друку.*

13. Лобко К. А. Секреторний IgA ротоглоткового секрету вагітних жінок / К. А. Лобко, О. Д. Бондарчук // Матеріали XIII Університетської (XXXXIII Вузівської) наук.-практ. конф. молодих вчених та фахівців, (Вінниця, 24 трав. 2007 р.). – Вінниця, 2007. – С. 36-37. *Дисертант проводила формулювання діагностичних заключень, написання статті, ідея статті.*

14. Кіщук В. В. Рівень секреторного IgA у ротоглотковому секреті у вагітних жінок з хронічним тонзилітом / В. В. Кіщук, К. А. Лобко // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2007. – №3(с). – С.132-133. *Дисертант проводила формулювання діагностичних заключень, ідея статті, написання статті.*

15. Лобко К. А. Стан мікробіоценозу ротоглотки у вагітних при хронічному тонзиліті / К. А. Лобко // Матеріали XIV Університетської (XXXXIV Вузівської) науково-практичної конференції молодих вчених та фахівців (Матеріали конференції від 14 травня 2008 р). – Вінниця, 2008. – С.74-75.

16. Кіщук В. В. Методи лікування хронічного тонзиліту та можливість їх застосування у вагітних / В. В. Кіщук, К. А. Лобко // Матеріали V Міжнародної наукової конференції студентів та молодих вчених «Молодь та медицина майбутнього» (Матеріали конференції від 2-3 квітня 2008 р). – Вінниця, 2008. – С.34. *Дисертант проводила формулювання діагностичних заключень, ідея статті, написання статті.*

17. Кіщук В. В. Стандарт лікування хронічного тонзиліту під час вагітності / В. В. Кіщук, К. А. Лобко, А. Д. Лобко // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2008. – №3(с). – С.63-64. *Дисертант проводила відбір та клінічне обстеження хворих, збір матеріалу для дослідження, написання статті.*

18. Кіщук В. В. Лор-органи – особливості стану під час вагітності / В. В. Кіщук, К. А. Лобко, А. Д. Лобко, О. Д. Бондарчук // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2009. – №5(с). – С.105-106. *Дисертант проводила відбір та клінічне обстеження хворих, збір матеріалу для дослідження, написання статті.*

19. Бондарчук О. Д. Імунологічні та біохімічні показники при навантажувальному тесті на піднебінні мигдалики у хворих на хронічний тонзиліт у поєднанні з хронічними захворюваннями нирок / О. Д. Бондарчук, В. В. Кіщук, І. В. Дмитренко, К. А. Лобко // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2009. – № 5(с). – С.29-30. *Дисертант проводила аналіз авторефератів по темі, підготовка статті до друку.*

## АНОТАЦІЯ

***Лобко К.А. Обґрунтування та ефективність лікування хронічного тонзиліту у вагітних – Рукопис.***

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія – Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України». – Київ, 2010.

Дисертаційна робота присвячена вивченню проблеми хронічного тонзиліту у вагітних жінок. В ході дослідження обстежено 105 вагітних жінок з різними формами хронічного тонзиліту, які знаходились на різних термінах вагітності: 22 жінки на першому триместрі вагітності, 54 жінки – на другому, 29 жінок – на третьому. Встановлено особливості клінічного перебігу хронічного тонзиліту у вагітних жінок різних триместрів вагітності. У дисертаційному дослідженні проведено узагальнення даних про порушення, які відбуваються у загальному та місцевому імунітеті при хронічному тонзиліті, в залежності від терміну вагітності. Для вагітних, хворих на хронічний тонзиліт, розроблено методику лікування, враховуючи строки вагітності. В ході проведеного лікування (включало засоби загального впливу на організм та місцевий вплив: масаж піднебінних мигдаликів (використовуючи вібромасажер ВМ-1 з індивідуальними насадками напівмісяцевої форми, шпательний масаж), промивання лакун ПМ, змащування та зрошування ПМ розчинами антисептиків) отримано позитивну динаміку як з клінічного боку, так і по результатам лабораторних методів дослідження, які включали в себе визначення параметрів місцевого та загального імунітету, загально-клінічні, бактеріологічні показники.

*Ключові слова:* вагітність, імунологічні показники, консервативне лікування, піднебінні мигдалики, хронічний тонзиліт.

## АННОТАЦИЯ

***Лобко Е.А. Обоснование и эффективность лечения хронического тонзиллита у беременных. – Рукопись.***

Диссертация на получение научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.19 – оториноларингология. Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины, Киев, 2010.

Диссертационная работа посвящена изучению проблемы хронического тонзиллита у беременных женщин. В ходе проведения исследований было обследовано 149 беременных женщин, 105 женщин при наличии у них хронического тонзиллита (62,88 %), 24 беременные женщины (14,37 %), которые имели в анамнезе операцию по удалению миндалин, 20 беременных женщин (11,98 %) без наличия признаков хронического тонзиллита, – которые составили группу контроля № 1. Обследовано 11 небеременных практически здоровых



женщин (6,58 %) и 7 небеременных женщин при наличии у них хронического тонзиллита (4,19 %), которые составили группу контроля № 2. Средний возраст беременных женщин при наличии у них признаков хронического тонзиллита составил  $24,3 \pm 0,4$  года.

Для определения тактики и методологического подхода в лечении беременных женщин в зависимости от срока беременности проведены клинико-лабораторные и иммунологические обследования, которые включали использование методик разного уровня и назначения, и могут быть условно разделены на несколько групп. Общеклинические лабораторные методы включали: общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, определение уровня кортизола. Иммунологическое тестирование состояло из определения факторов системного иммунитета: циркулирующих иммунных комплексов, антистрептолизина-О, сывороточных Ig: А, М, G, Т-лимфоцитов, цитокинов – интерлейкина-8,  $\gamma$ -интерферона. Локальный иммунитет оценивали по содержанию Ig: G, А (включая секреторный IgА), лактоферрина, интерлейкина-1 $\beta$ ,  $\gamma$ -интерферона. При помощи световой иммерсионной микроскопии исследовали осадок ротоглоточного секрета. Проводили бактериологическое исследование микрофлоры лакун нёбных миндалин.

В ходе проведенного исследования выявлены особенности клинического течения хронического тонзиллита: при фарингоскопии у беременных женщин с хроническим тонзиллитом в 93 % случаях наблюдали все признаки хронического тонзиллита (признак Гизе, Зака, Преображенского, Корицкого, патологическое содержимое в лакунах нёбных миндалин), а у небеременных при хроническом тонзиллите такая фарингоскопическая картина была зарегистрирована лишь в 28 % случаях. Данные клинико-лабораторных и иммунологических исследований анализировали в зависимости от срока беременности. Определены особенности состояния местного и общего иммунитета при наличии хронического тонзиллита у беременных женщин.

Применение комплексного метода лечения хронического тонзиллита у беременных (который включал местное воздействие: массаж нёбных миндалин при помощи вибромассажера с индивидуальными насадками полулунной формы чередуя со шпательным массажем, промывание лакун нёбных миндалин, смазывание и орошение слизистой глотки растворами антисептиков; общее воздействие на организм: нормализация режима дня, приём витаминных препаратов, гипосенсебилизирующих средств; физиотерапевтическое воздействие) позволило уменьшить проявления субъективных признаков хронического тонзиллита на 86 % и на 64 % объективных признаков, что способствует улучшению общего состояния беременных женщин и донашиванию беременности до срока родов.

*Ключевые слова:* беременность, иммунологические показатели, консервативное лечение, нёбные миндалины, хронический тонзиллит.

## ANNOTATION

**Lobko K.A. A ground and efficiency of treatment of chronic tonsillitis for pregnant - Manuscript.**

The dissertation for the academic degree of candidate of medical sciences in speciality 14.01.19 – otorhinolaryngology. The institute of otolaryngology named after Prof. O. S. Kolomiychenko of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, 2010

Dissertation is devoted to the study of the problem of chronic tonsillitis in the pregnant women. During research are inspected 105 expectant mothers with the different forms of chronic tonsillitis, which were in the different duration of gestation: 22 women are in the first trimester of pregnancy, 54 women – in the second, 29 women – in the third. It was performed the analysis of general and local immunity data in pregnant. The features of clinical motion of chronic tonsillitis are set for the expectant mothers of different trimesters of pregnancy. Generalization of information about violation, which take place in general and local immunity at chronic tonsillitis, is conducted in dissertation, depending on the term of pregnancy. For pregnant patients with chronic tonsillitis, the method of treatment is developed, taking into account the terms of pregnancy. During the

conducted treatment (included facilities of general influence on an organism and local influence: massage of palatine tonsils (using concussor of VM-1 with individual attachments of halfmoon form), spatula massage, washing of lacun of palatine tonsils, greasing and irrigation of palatine tonsils, by antiseptics solutions) we got a positive dynamics. It take place in the both side from a clinical and for to the results of laboratory methods of research, which included for itself determinations of parameters of local and general immunity, of clinical and bacteriological laboratory data.

*Key words:* pregnancy, immunological indexes, conservative treatment, palatine tonsils, chronic tonsillitis.

### **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ**

АГ – антигени

АТ – антитіла

Ig – імуноглобуліни різних класів (А, G, М)

IL1-β – інтерлейкін 1-β

γ-ІФ – гама-інтерферон

ЛВ – лімфатичні вузли

м/ф – мікрофлора

ПМ – піднебінні мигдалики

sIg – секреторний імуноглобулін (димерна форма Ig A)

ТЕ – тонзилектомія

ХДТ – хронічний тонзиліт декомпенсована форма

ХКТ – хронічний тонзиліт компенсована форма

ХТ – хронічний тонзиліт

ЦК – циркулюючі імунокомплекси

АСЛ-О – антистрептолізин О

РС – ротоглотковий секрет

---

Підписано до друку 10.11.2010 р. Замовл. № 1026.  
Формат 60x90 1/16 Ум. друк. арк. 0,8 Друк офсетний.  
Наклад 100 примірників.

---