

зиологических показателей, таких как объем, устойчивость и распределение внимания. Эти препараты могут быть рекомендованы для коррекции расстройств внимания у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Ацефен предпочтительнее при наличии симптомов астенической депрессии, гидазепам при преобладании в клинике психоастенических расстройств тревожного компонента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бармаков А. Е., Морозова О. В., Мухомов В. М., и др. // Российский гастроэнтерологический журнал. – 2012. – № 4. – С. 97.

2. Брайтузем В., Кристиан П., Род М. Психосоматическая медицина. – М.: ГЭОТАР Медицина. – 2011. – 376 с.

3. Васильев Ю. В., Яшина Н. В. // Актуальные вопросы клинической медицины. (Посвящается 55-летию поликлиники МИД России). – 2010. – С. 82–87.

4. Востриков Г. П. // Российский гастроэнтерологический журнал. – 2009. – № 4. – С. 102.

5. Незнамов Г. Г., Сюняков С. А., Телешова Е. С., и др. // Журн. неврол. и психиатр. – 2001. – Т. 101, № 8. – С. 19–25.

С. Е. Козловская

Кафедра оториноларингологии ВолгГМУ

ТЕРАПИЯ ПОЛИКАТАНОМ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДАННОГО КОНТИНГЕНТА

УДК 615.326:549.456.1:616.322-002.2+616.441

В работе изучена эффективность препарата «Поликатан» при лечении и реабилитации больных хроническим тонзиллитом, сочетанного с заболеваниями щитовидной железы. Получены хорошие ближайшие и отдаленные результаты. Метод внедрен в амбулаторную практику для профилактического лечения в реабилитационном периоде данного контингента.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, заболевания щитовидной железы, поликатан, реабилитация.

S. E. Kozlovskaya

REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS ACCOMPANIED BY THYROID DISEASE

The effectiveness of policatan in the treatment and rehabilitation of patients with chronic tonsillitis associated with thyroid disease has been evaluated. Positive short- and long-term effects have been obtained. Policatan therapy has been introduced as a preventive measure for patients receiving outpatient rehabilitation therapy following chronic tonsillitis associated with thyroid disease.

Key words: chronic tonsillitis, thyroid disease, policatan, rehabilitation.

Актуальность проблемы хронического тонзиллита (ХТ) обусловлена часто встречающейся сопутствующей патологией других органов и систем организма. ХТ может способствовать развитию различных заболеваний, приводящих к частичной или полной утрате трудоспособности, требующих проведения длительных и дорогостоящих реабилитационных мероприятий. Примером могут служить ревматизм с формированием пороков сердца, развитие хронического гломерулонефрита с исходом в почечную недостаточность, а также нарушения эндокринных органов.

ХТ часто встречается у больных с заболеваниями щитовидной железы (ЗЩЖ), что обусловлено топографической близостью этих органов, наличием в них лимфоэпителиальной ткани, общностью лимфокровообращения и иннервации. Частота ХТ у больных с тиреотоксикозом колеблется от 42 до 73 %.

Несмотря на кажущуюся простоту проблемы ХТ каждый оториноларинголог сталкивается

с трудностями при выборе тактики его лечения. Порой нелегко решить, удалять или сохранить небные миндалины, являются ли они органом иммунитета или очагом инфекции. Современные знания не позволяют говорить о каких-то уникальных функциях небных миндалин, присущих только им. Подобными функциями обладают и остальные лимфоидные образования, входящие в состав MALT (MedullaAdeno-LimfaticTissu) системы. Роль небных миндалин в системном иммунитете, по-видимому, не велика, учитывая малую массу небных миндалин по отношению к общему количеству лимфоидной ткани (0,05 %) [1, 2, 4, 6, 7].

Описано более 40 методов и средств консервативного лечения ХТ, и число их продолжает увеличиваться. Некоторые из них представляют исторический интерес. Этиопатогенетическим лечением остается антибактериальная терапия. Устойчивость микрофлоры к антибиотикам заставляет искать и формировать новые подходы

к терапии ХТ, основополагающим принципом которых является сохранение небных миндалин как органа иммунитета, особенно у больных с ЗЦЖ [5–7].

Одним из таких путей является возможность применения фонофореза поликратана и промывания им миндалин с помощью аппарата «Тонзиллор-2» как самостоятельных методов лечения ХТ у лиц с ЗЦЖ.

Минерал бишофит и препарат на его основе – поликратан в клинических условиях проявили высокую активность. Основной фармакологический эффект бишофита при местном воздействии на кожу и слизистые связан с его противовоспалительным и стимулирующим действием на процессы регенерации, иммуномодулирующим и противомикробным влиянием. Доказано, что препарат «Поликратан», вырабатываемый из минерала бишофит, способен подавлять рост и размножение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и оказывать противовоспалительное действие. При этом исключаются нежелательные последствия общей антибактериальной терапии и подавление общих иммунологических реакций [8].

Экспериментальным путем на животных доказано, что поликратан попадает в паренхиму небных миндалин при фонофорезе по передней поверхности шеи [3].

В доступной отечественной и зарубежной литературе отсутствуют сведения о применении препарата «Поликратан» при тонзиллярной патологии у больных с ЗЦЖ.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить динамику клинических проявлений ХТ у лиц с ЗЦЖ в процессе лечения поликратаном, лежащим в основе реабилитации данного контингента.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего за период с 2006 по 2011 год в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Волгоградской областной клинической больницы №1 (ГБУЗ ВОКБ №1) по поводу различных ЗЦЖ обследовано 2910 человек, из них 2767 женщин и 143 – мужчин.

С целью диагностики ХТ у лиц с ЗЦЖ углубленное и динамическое наблюдение осуществлено за 567 больными. Согласно классификации ХТ И. Б. Солдатова, утвержденной VII съездом оториноларингологов в 1975 году, ХТ у лиц с ЗЦЖ выявлен у 567 (19,5 %) человек. При различных заболеваниях щитовидной железы встречались как компенсированная, так и декомпенсированная формы ХТ (табл. 1).

Таблица 1

Распределение форм хронического тонзиллита на фоне клинического течения заболеваний щитовидной железы

Заболевания щитовидной железы	Общее количество больных (абс. и %)	Форма ХТ			
		Компенсированная		Декомпенсированная	
		Абс.	На 100 больных	Абс.	На 100 больных
Диффузный токсический зоб	318 (56 %)	246	77,4	72	22,6
Эутиреоидный зоб	152 (27 %)	115	75,7	37	24,3
Подострый тиреоидит	67 (12 %)	56	83,6	11	16,4
Гипотиреоз	9 (1,5 %)	6	66,7	3	33,3
Аутоиммунный тиреоидит	21 (3,5 %)	14	66,7	7	33,3
Всего	567 (100 %)	437	77,1	130	22,9

Компенсированная форма ХТ выявлена у 437 обследованных (77 %), декомпенсированная – у 130 (23 %) пациентов. Наибольшее количество больных компенсированной формой ХТ у лиц с ЗЦЖ 426 (75,1 %) человек приходилось на трудоспособный возраст от 20 до 50 лет. Пациентам с декомпенсированной формой ХТ выполнялась тонзиллэктомия.

При выяснении анамнеза у обследованных больных выявлена различная давность заболевания. Большую часть составили больные с длительностью заболевания от 2 до 6 лет – 298 (52,5 %) пациентов, более 6 лет – 143 (25,3 %) обследованных, до двух лет – 126 (22,2 %).

Углубленному обследованию подвергнуто методом случайного выбора 260 пациентов с компенсированной формой ХТ на фоне ЗЦЖ. Они были разделены на 3 группы:

1-я группа – больным проводилась консервативная общепринятая терапия ХТ (промывание лакун миндалин по Белоголовову раствором фурациллина 1 : 5000), n = 40;

2-я группа – больным проводилась фонофорез поликратана (на переднюю поверхность шеи), n = 110;

3-я группа – больным проводилось промывание миндалин поликратаном (с помощью аппарата «Тонзиллор-2»), n = 110.

Соотношение пола, возраста больных, нозологических форм заболеваний щитовидной железы внутри групп были примерно одинаковыми. Различие заключалось в лечении ХТ, которое проводилось на фоне базисной терапии ЗЦЖ, назначенной эндокринологом.

С целью оценки результатов лечения и реабилитации данного контингента осуществлялось

комплексное обследование, включающее общеклиническое, бактериологическое и гистологическое обследования, осмотр оториноларинголога и эндокринолога.

Морфологические исследования проведены у 44 пациентов. Полученный биопсионный материал обрабатывали общепринятым гистологическим методом с окраской гематоксилином-эозином, с помощью бинокулярного микроскопа Zeiss. На каждом стекле учитывали по 10 случайных полей зрения, при увеличении окуляра $\times 10$, объективов $\times 40$, $\times 100$. Микросъемка осуществлялась цифровым фотоаппаратом «Canon» 5 Мп.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

До лечения у этих больных были обнаружены редкие извилистые лакуны, приводящие к деформации ткани миндалин и нарушению дренажной функции. Просветы лакун были рас-

ширены, заполнены некротическим детритом с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов, с очагами некроза.

Поверхностный эпителий лакун имел нарушения целостности покрова, участки деструкции, признаки гиперкератоза и дискератоз, вакуольной дистрофии (рис. 1 А). Базальный слой эпителия и подлежащая ткань миндалин диффузно инфильтрированы нейтрофильными лейкоцитами, что свидетельствовало о потере миндалинами барьерной функции. Лимфоидная ткань была представлена редкими фолликулами с малым количеством макрофагов. Межфолликулярная лимфоидная ткань занимала большой объем с малым количеством капилляров, имелись очаги воспаления и размягчения (рис. 1 Б). Отсутствие практически лимфоидной инфильтрации подэпителиального слоя позволяет говорить о резком снижении лимфопоэтической активности ткани небных миндалин.

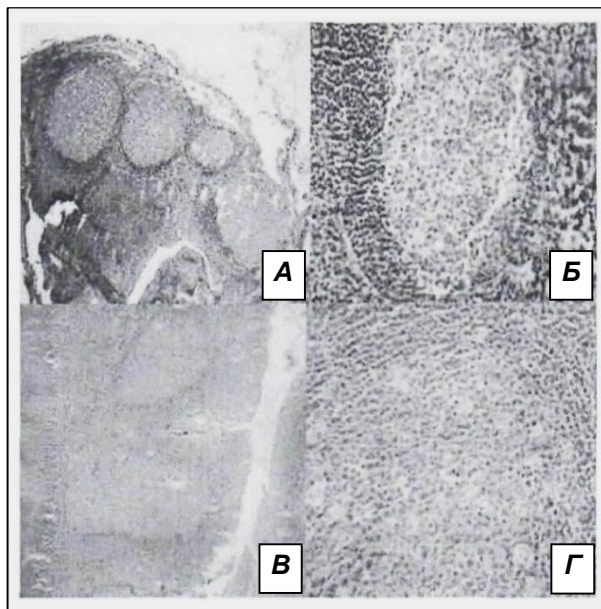


Рис. 1 (А, Б, В, Г). Небные миндалины: окуляр $\times 10$, объектив $\times 40$, $\times 100$

Степень выраженности дистрофических и воспалительных изменений (склероз и некроз ткани) определялась по шкале: 0 – отсутствие признака, + – слабовыраженный признак, ++ – умеренно выраженный признак, +++ – выраженный признак.

До лечения ХТ у лиц с ЗЩЖ, включенных в группу больных, у которых проводилось морфологическое исследование ($n = 44$ чел.), склероз небных миндалин встречался у всех обследованных. Преобладали выраженные и умеренно выраженные признаки склероза у 19 [(43,2 \pm 7,4) %] больных, слабо – у 6 [(13,6 \pm 5,2) %]. Признаки некроза ткани миндалин в разной степени были выражены у 7 [(15,9 \pm 5,5) %] обследованных, умеренно – у 12 [(27,3 \pm 6,7) %], слабо – у 21 [(47,7 \pm 7,5) %], отсутствовали – у 4 [(9 \pm 4,3) %] обследованных.

После лечения у большинства больных в покровном эпителии нормализовалась толщина

эпителиального пласта, уменьшилась лимфоидная инфильтрация, отмечена усиленная миграция лейкоцитов в подэпителиальный слой и в просвет лакун.

Анализ клинического течения ХТ в группах наблюдения представлен следующим образом.

В первой группе ($n = 16$ чел.) степень выраженности некротических изменений ткани небных миндалин после традиционного лечения у больных ХТ с ЗЩЖ оставались выраженными у 6 [(37,5 \pm 24,2) %] и только у 2 [(12,5 \pm 16,5) %] отсутствует.

Во второй группе ($n = 17$ чел.) некротические изменения ткани миндалин отсутствовали у 10 [(58,8 \pm 23,9) %] пациентов, а выраженными оставались у 4 [(23,5 \pm 20,6) %] обследованных.

В третьей группе ($n = 11$ чел.) сохранялись выраженные признаки некроза у одного пациента и отсутствовали у 9 [(81,8 \pm 23,3) %] обследованных.

У большинства больных третьей и второй групп крипты очищались от некротического детрита, ликвидировалась вакуольная дистрофия цитоплазмы, происходило сужение устьев лакун, в результате чего они становились свободными, без патологического содержимого (рис. 1 В). Лимфоидные фолликулы четко видны, сосуды полнокровны с участками усиления роста новых, лимфоидная ткань была обогащена макрофагами (рис. 1 Г).

Улучшение морфологической картины небных миндалин в процессе лечения поликатоном, свидетельствовало о целесообразности проводимых реабилитационных мероприятий.

Кроме того, из общей группы больных ХТ сочетавшимся с ЗЦЖ, было проведено иммунологическое исследование 30 пациентам. Этим больным выполнялся фонофорез поликатана на переднюю поверхность шеи. До лечения IgM у 16 [(53,3 ± 18,2) %] пациентов соответствовал норме, у 12 [(40 ± 17,9) %] был больше нормы. IgG у 4 [(13,3 ± 12,4) %] пациентов соответствовал нормальным показателям, а у 24 [(80 ± 14,6) %]

был снижен. Показатели IgA у всех пациентов были больше нормы. Наибольший интерес представили изменения показателей IgA после лечения, он нормализовался у 8 [(26,7 ± 16,1) %] обследованных.

Среди 260 обследованных пациентов во всех трех группах клинические симптомы до лечения поликатоном были приблизительно одинаковыми. При фарингоскопии у всех больных определялись четкие признаки ХТ, причем у каждого больного выявлено не менее двух признаков ХТ. Во всех случаях была изменена консистенция тканей небных миндалин.

Также у всех больных определялась стойкая гиперемия передних небных дужек (признак Гизе), регионарная лимфаденопатия и патологическое содержимое лакун миндалин. При надавливании на переднюю небную дужку из лакун удавалось получить жидкий гной или казеозные массы. Жалобы, предъявляемые пациентами, и признаки ХТ у лиц с ЗЦЖ до и через год после лечения и реабилитационных мероприятий представлены в табл. 2.

Таблица 2

Жалобы, предъявляемые пациентами, в группах обследуемых и признаки ХТ у лиц с ЗЦЖ до и через год после лечения и реабилитационных мероприятий

Жалобы / признак ХТ	До лечения	После лечения	Группы обследуемых пациентов (после лечения)		
			1-я	2-я	3-я
Дискомфорт в глотке	119 (45,8 ± 6,2) %	35 (13,5 ± 4,2) %	4 (10 ± 9,5) %	19 (17,3 ± 7,2) %	12 (10,9 ± 5,9) %
Неприятный запах изо рта	54 (20,8 ± 5) %	29 (11,2 ± 3,9) %	6 (15 ± 11,3) %	13 (11,8 ± 6,2) %	10 (9 ± 5,5) %
Субфебрилитет	161 (61,9 ± 6) %	13 (5 ± 2,7) %	5 (12,5 ± 10,5) %	3 (2,7 ± 3,1) %	5 (4,5 ± 4) %
Боли в области сердца	65 (25 ± 5,4) %	8 (3,1 ± 2) %	2 (5 ± 6,9) %	4 (3,6 ± 3,6) %	2 (1,8 ± 2,5) %
Быстрая утомляемость	96 (36,9 ± 6) %	8 (3 ± 2,1) %	4 (10 ± 9,5) %	2 (1,8 ± 2,5) %	2 (1,8 ± 2,5) %
Повторные ангины	221 (85 ± 4,4) %	12 (4,6 ± 2,6) %	3 (7,5 ± 8,3) %	5 (4,5 ± 4) %	4 (3,6 ± 3,6) %
Признак Гизе	260 (100 %) %	87 (33,5 ± 5,9) %	29 (72,5 ± 14,1) %	32 (29,1 ± 8,7) %	26 (23,6 ± 8,1) %
Признак Преображенского	167 (64,2 ± 5,9) %	59 (22,7 ± 5,2) %	10 (25 ± 13,7) %	24 (21,8 ± 7,9) %	25 (22,7 ± 8) %
Признак Зака	200 (76,9 ± 5,2) %	32 (12,3 ± 4,1) %	9 (22,5 ± 13,2) %	10 (9 ± 5,5) %	13 (11,8 ± 6,2) %
Казеозные массы	128 (49,2 ± 6,2) %	41 (15,8 ± 4,5) %	13 (32,5 ± 14,8) %	16 (14,5 ± 6,7) %	12 (10,9 ± 5,9) %
Лимфаденопатия	260 (100 %) %	24 (9,2 ± 3,6) %	13 (32,5 ± 14,8) %	7 (6,4 ± 4,7) %	4 (3,6 ± 3,6) %
Всего обследовано (n)	260 (100 %) %	260 (100 %) %	40 (100 %) %	110 (100 %) %	110 (100 %) %

Одним из достоверных признаков эффективности лечения ХТ является отсутствие ангин. Нами изучены результаты терапии поликатоном в сроки от 1 года до 3 лет.

В первой группе (при традиционном лечении ХТ) через 6 месяцев 15 [(37,5 ± 15,3) %] па-

циентов нуждались в проведении повторного курса лечения. Эти больные продолжали нуждаться в постоянном наблюдении, проведении повторных курсов лечения и реабилитационных мероприятий. Хирургическое лечение за 3 года наблюдения выполнено 10 [(25 ± 13,7) %] пациентам.

Во второй группе клинический эффект проявлялся после 8 сеансов фонофореза поликатана и выражался в уменьшении болей и неприятных ощущений в глотке. Большинство пациентов в количестве 86 [(78,2 ± 7,9) %] за весь период наблюдения в повторном лечении не нуждались, у 3 [(2,7 ± 3,1) %] пациентов через 6 месяцев был рецидив ангина. Им выполнен повторный курс фонофореза поликатана. Только одному пациенту через год после проведенного курса реабилитации выполнена тонзиллэктомия. Отсутствие эффекта у данного пациента связано с паратонзиллярным абсцессом в анамнезе. Наличие рубцов в паратонзиллярной клетчатке, миндалинах и путях лимфооттока затрудняет микроциркуляцию, что делает транспорт препарата «Поликатан» к очагу инфекции невозможным. В данном случае консервативное лечение оказалось малоэффективным.

В третьей группе клинический эффект после промывания миндалин поликатаном с помощью аппарата «Тонзиллор-2» проявлялся после 3–4 сеанса и выражался в сокращении миндалин, исчезновении патологического содержимого в лакунах, уменьшении гиперемии и инфильтрации небных дужек. Большинство больных 3-й группы за 3 года наблюдения и проведения реабилитационных мероприятий 83 [(75,5 ± 8,2) %] пациентов в повторном лечении не нуждались. У 4 больных [(3,6 ± 3,6) %] возникали рецидивы ангины, трем из них выполнена тонзиллэктомия.

У всех больных 2-й и 3-й групп после курса лечения нормализовались размеры лимфатических узлов, улучшилось общее самочувствие, снизилась утомляемость и неприятные ощущения в области сердца, пропал субфебрилитет. Наряду с этим отмечалась нормализация показателей общего анализа крови: снижалась СОЭ, уменьшалось число лейкоцитов, восстанавливались до нормы показатели лейкоцитарной формулы.

Сравнительный анализ отдаленных результатов предлагаемых реабилитационных мероприятий и лечения поликатаном при фонофорезе и промывании аппаратом «Тонзиллор-2» наглядно демонстрирует их эффективность у больных ХТ, сочетающимся с ЗЦЖ. Выявленные различия не случайны, большинство данных, представленных в табл. 2, достоверны и статистически подтверждены с вероятностью более 95 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение фонофореза поликатана приводит к уменьшению воспалительных реакций в небных миндалинах и регионарных лимфатических узлах на фоне объективно доказанной нормализации микробного пейзажа лакун миндалин при лечении и реабилитации пациентов с ХТ на фоне ЗЦЖ.

При лечении декомпенсированной формы ХТ у лиц с ЗЦЖ при имеющихся противопоказаниях к хирургическому лечению отмечается эффективность терапии поликатаном. Это подтверждается сопоставлением клинической картины заболевания в различные сроки лечения с результатами цитоморфологических и микробиологических исследований. Что позволяет рекомендовать этот метод в период реабилитации данного контингента.

Терапия поликатаном обеспечивает хорошие ближайшие и отдаленные результаты у 96 % больных ХТ, сочетающимся с ЗЦЖ. Внедрение данного метода в амбулаторную практику для профилактического лечения и реабилитации диспансерной группы больных будет иметь достоверный социально-медицинский эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровкова Т. С., Гребенщикова Л. А., Линьков В. И. К вопросу о реабилитации больных хроническим тонзиллитом // В кн.: Проблема реабилитации в оториноларингологии. – Самара, 2003. – С. 344.
2. Еремин М. В., Кошель В. И., Евсеева М. И., и др. Хронический тонзиллит и дисплазия соединительной ткани // В кн.: Проблема реабилитации в оториноларингологии. – Самара, 2003. – С. 363.
3. Козловская С. Е. // Вопросы теоретической и практической медицины: IX науч.-практич. конф. врачей Карачаево-Черкесской республики. – Черкесск, 2011. – С. 121–122.
4. Константинова Н. П., Морозова С. В. // Врач. – 1999. – № 12. – С. 4–6.
5. Мишенькин Н. В., Зиновьев А. С., Лоцилов В. И., и др. // Вестн. оториноларингологии, 1982. – № 6. – С. 68–72.
6. Пальчун В. Т., Полякова Т. С., Романова О. Н. // Вестн. оториноларингологии. – 2001. – № 1. – С. 4–7.
7. Преображенский Б. С., Попова Г. Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ними общие заболевания. – М.: Медицина, 1970. – С. 383.
8. Сласов А. А., Санжаровская Н. К., Островский О. В., и др. // Вестн. оториноларингологии. – 1999. – С. 47–50.