

менное осуществление комплекса мероприятий, направленных на организацию лечения (регулярное лечение при помощи небулайзеров в лечебно-реабилитационном центре, посещение астма-школ, приобретение индивидуального небулайзера, формирование приверженности к лекарственному лечению) и правильное его наполнение по содержанию (регулярное применение β_2 -агонистов пролонгированного действия и ингаляционных кортикостероидов, отказ от немедикаментозных и альтернативных методов лечения и др.). С другой стороны, обострение БА чаще развивается при неправильной организации и неадекватном содержании лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Revised

2006 [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://www.ginasthma.com/Guidelineitem>.

2. *Сравнительные данные про распространенность болезней органов дыхания и медицинская помощь больным с болезнями пульмонологического и аллергологического профиля в Украине за 2001–2005 гг.* [Электронный ресурс] / под ред. Ю. И. Феценко. — Режим доступа : <http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/pulm-2001-2005>.

3. *Феценко Ю. И.* Ингаляционные стероиды в современной концепции противовоспалительной терапии бронхиальной астмы / Ю. И. Феценко // *Астма та алергія*. — 2002. — № 2. — С. 65-68.

4. *Яшина Л. А.* Астма-контроль — пути достижения / Л. А. Яшина // *Український пульмонологічний журнал*. — 2003. — № 1. — С. 11-16.

5. *Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»* : наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://www.ifp.kiev.ua>.

6. *Parameters associated with persistent airflow obstruction in chronic severe asthma* / D. Bumbacea, D. Campbell, L. Nguyen [et al.] // *Eur. Resp. J.* — 2004. — Vol. 24. — P. 122-128.

7. *Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study* / M. Partridge, T. van der Molen, S. Myrseth [et al.] // *BMC Pulmonary Medicine*. — 2006. — N 6. — P. 6-13.

8. *Morisky D. E.* Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine // *Medical Care*. — 1986. — Vol. 24 (1). — P. 67-74.

9. *Диагностические и экспертные шкалы в неврологической практике* : метод. рекомендации / Сост. Г. М. Кушнир [и др.]. — Симферополь : Крым. гос. мед. ун-т им. С. И. Георгиевского, 2004. — 34 с.

10. *Огородова Л. М.* Европейские данные в пользу использования теста по контролю над астмой АСТ: исследование AIRE / Л. М. Огородова, О. С. Федорова // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология*. — 2005. — № 4. — С. 46-48.

УДК 616.08:616.322.002

Ф. Д. Евчев

К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕТОДИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Одесский государственный медицинский университет

Многочисленные научные исследования и клинические наблюдения свидетельствуют о целесообразности щадящего отношения к небным миндалинам, рационального подхода при определении показаний к операции — тонзиллэктомии.

К числу актуальных задач научной и практической отоларингологии, имеющих важное значение, относится поиск эффективных методов консервативного лечения хронического тонзиллита (ХТ). Компенсированная и декомпенсированная формы ХТ не стабильны. При

благоприятных условиях компенсация ХТ может перейти в декомпенсацию и, наоборот, декомпенсированная форма в результате консервативного лечения может быть переведена в компенсированную.

Известно, что ХТ дает серьезные осложнения и может привести впоследствии к инвалидности. Особо следует выделить осложнения сердечно-сосудистой и нервной системы, а также системные заболевания соединительной ткани.

Проблема воспалительных процессов ротоглотки грибково-

го и коккового генеза приобрела важное социальное значение, что связано со значительным увеличением их частоты. Основной локализацией кандидозного поражения глотки служат миндалины. В работах ряда авторов показано увеличение в настоящее время грибковой патологии в отоларингологической практике [2; 6].

В последние десятилетия широко используются методики лечения ХТ низкочастотным ультразвуком и фонофорезом, гелий-неоновым лазером, применение КВЧ-терапии и холо-



да в виде криодеструкции небных миндалин [3–5].

В настоящее время широко применяется целый ряд традиционных методов консервативного лечения ХТ, таких как промывание лакун миндалин и интратонзиллярное введение различных лекарственных веществ, вакуум-аспирационных устройств [5].

Отмечено положительное влияние на качество лечебно-профилактических мероприятий при ХТ специфической гипосенсибилизации. В литературе много работ посвящено применению иммуномодулирующих лекарственных средств, препаратов, стимулирующих функциональную активность естественных цитотоксических клеток и цитолитическую активность иммунных Т-лимфоцитов [2].

Известно, что лечение больных ХТ, осложненного паратонзиллярным абсцессом, до конца XX в. сводилось к абсцесстонзиллэктомии. Результаты исследования функционального резерва небных миндалин также свидетельствуют о возможном ограничении абсцесстонзиллэктомии при абсцедировании [2].

Разработка и внедрение в клиническую практику доступных консервативных способов лечения хронического тонзиллита — это фактор снижения заболеваемости ангиной и отсутствия системных осложнений. В последние годы значительный интерес исследователей привлекает возможность сочетания влияния различных лекарственных средств с целью усиления их положительного эффекта.

Применяемые нами в течение 5 лет противомикробные средства — 0,01%-й раствор мирамистина и 0,05%-й раствор хлоргексидина — для промывания лакун миндалин показали хорошие результаты лечения больных с субкомпенсированным ХТ. Эффект проявлялся уже на 5–6-й сеанс.

На наш взгляд, комплексное воздействие на хронический патологический процесс (иммуностимулирующая терапия с санацией небных миндалин от микробного загрязнения, микробных токсинов и вирусов), значительно повышает иммуностимулирующий эффект, способствует переходу декомпенсированной формы ХТ в компенсированную.

С целью оптимизации лечения и повышения терапевтических возможностей консервативного лечения хронического тонзиллита мы применили для промывания миндалин и аппликации слизистой оболочки ротоглотки топический противомикробный антисептик — водный раствор октенисепта (октенидина дигидрохлорида).

Цель исследования — изучение эффективности способа санации слизистой оболочки ротоглотки и небных миндалин раствором октенисепта.

Задача исследования заключалась в повышении эффективности консервативного способа лечения ХТ.

Материалы и методы исследования

В группу исследования включены 60 больных с ХТ, из них 40 женщин и 20 мужчин в возрасте от 20 до 45 лет. Больные распределены на две группы в зависимости от формы ХТ. Первая группа — 26 пациентов с субкомпенсированным ХТ, вторая — 34 больных с декомпенсированным ХТ (согласно данным фарингоскопии). У 16 больных второй группы отмечался длительный субфебрилитет (свыше 3 лет). Длительность заболевания — от 5 до 30 лет. Из анамнеза выявлено, что все больные в течение года неоднократно принимали антибиотики широкого спектра действия.

На долечевом этапе у больных изучали бактериальную флору слизистой оболочки ротоглотки и содержимое небных миндалин, чувствитель-

ность флоры к антибиотикам. Проводилось целенаправленное микологическое и общеклиническое исследование крови (лейкоциты, СОЭ, ЭКГ), а также биохимическое исследование сыворотки крови на активность С-реактивного белка (ревмопробы). Все пациенты получили консультации у терапевта и дерматолога. Объективно наблюдалось микотическое воспаление слизистой оболочки зева и языка в виде ороговения плоского эпителия, имеющего вид белых или желтоватых плотных шпиков (рисунк).

Методика применения октенисепта. Проводили промывание небных миндалин раствором октенисепта 1:2 при помощи иглы Гартмана 1 раз в сутки, через день — 6–8 процедур. После этого осуществлялась аппликация слизистой оболочки ротоглотки тем же раствором, но концентрация раствора октенисепта составляла 1 : 4. В домашних условиях больные самостоятельно два раза в день орошали слизистую оболочку ротоглотки этим же раствором (1 : 4). Важно, чтобы после контакта с раствором октенисепта в течение последующего часа отсутствовал прием пищи, то есть контакт слизистой оболочки с раствором должен быть продолжительнее (до часа).



Рисунок. Фарингомикоз глотки (до лечения)



Результаты исследования и их обсуждение

Описанная методика была применена нами при лечении 60 больных с ХТ. Результаты лечения оценивались на основании фарингоскопической картины ротоглотки, данных клинического течения ХТ (наличие обострения в течение года), бактериологического исследования содержимого небных миндалин, бактериального состояния слизистой оболочки ротоглотки и определения общесоматического состояния (ЭКГ, общий анализ крови, ревмопробы).

В результате проведенных культуральных исследований у 43 из 60 больных ХТ в посевах выделены дрожжеподобные грибы рода *Candida krusei* и колонии различной кокковой флоры. При количественном подсчете колоний у 18 больных с декомпенсированным ХТ было определено до 10^5 чисто грибковых колоний в 1 мл смывов с тампона (сплошной рост). У 4 человек с декомпенсированным и 8 больных субкомпенсированным тонзиллитом обнаружена смешанная флора (микробная ассоциация): *Staphylococcus aureus* и грибы рода *Candida albicans*, *Candida krusei* или грамположительный β -гемолитический стрептококк, *St. epidermidis* и грибы рода *Candida albicans*). Микотические колонии у этих больных также достигали 10^5 , а колонии кокковой флоры — 10^4 , 10^5 (значительный или обильный рост). У 18 больных субкомпенсированным тонзиллитом выделена смешанная кокковая флора (*St. aureus*, *St. epidermidis*, *micrococcus* с колонизацией 10^4 — значительный рост). У 23 из 60 пациентов бактериальное исследование посева из ротоглотки показало отсутствие чувствительности к антибиотикам. Таким образом, у 18 больных декомпенсированным тонзиллитом установлена высокая степень грибковой инфицированности,

у остальных — высокая степень инфицированности смешанной кокковой флорой (табл. 1). Проведенный анализ результатов лечения (анамнез и лабораторные исследования) через 3 мес. и 1 год показал, что у 100 % больных исчезли симптомы хронического воспаления, отсутствовали патогенная бактериальная обсемененность слизистой оболочки ротоглотки, а также обострение ХТ (табл. 2). Лечение октенисептом оказалось эффективным и достаточным, применяли его только местно, исключив из комплекса лечения общую антибактериальную терапию.

Из табл. 1 видно, что у больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом отмечались незначительные нарушения общеклинических показателей и высевались колонии смешанной флоры (10^5), у части больных с декомпенсированным тонзиллитом ревмопробы составляли (++++) и (+++), то есть имелись признаки осложнения ХТ.

Анализ данных табл. 2 показывает нормализацию общеклинических показателей и отсутствие патогенной флоры.

В течение года не зарегистрировано обострения ХТ. При фарингоскопии слизистая обо-

Таблица 1

Общеклинические бактериологические показатели больных до лечения

Показатели	Группы		
	Здоровые, n=20	Хронич. субкомпенсир. тонзиллит, n=26	Хронич. декомпенсир. тонзиллит, n=34
СОЭ, мм/ч	2–15	8–18	22
Лейкоциты, г/л	4,0–9,0	6,5–9,2	9,8–14,5
Ревмопробы, г/л		+	+++ ++++
Наличие обострения в год		1–2	3–4
ЭКГ-нарушения	—	—	Нарушение проводимости
Бакпосев		Смешанная флора 10^2 – 10^4	Смешанная флора 10^5

Примечание. 10^2 — умеренный рост; 10^4 — значительный рост; 10^5 — обильный рост колоний.

Таблица 2

Общеклинические бактериологические показатели больных через 1 мес после лечения

Показатели	Группы		
	Здоровые, n=20	Хронич. субкомпенсир. тонзиллит, n=26	Хронич. декомпенсир. тонзиллит, n=34
СОЭ, мм/ч	2–15	8–10	12–14
Лейкоциты, г/л	4,0–9,0	9,2	9,4
Ревмопробы, г/л		—	+
Наличие обострения		Без обострений	Без обострений
ЭКГ-нарушения		Без отклонений от нормы	Без отклонений от нормы
Бакпосев		Отсутствует патогенная флора	Отсутствует патогенная флора



лочка зева и языка была чистой, в лакунах отсутствовало патологическое отделяемое.

Общеклинические результаты исследования показали незначительное ускорение СОЭ у больных с декомпенсированным тонзиллитом и у них же отмечались изменения на ЭКГ по типу нарушения проводимости, очевидно, вследствие интоксикации. Активность биохимических показателей значительно уменьшилась и после проведенного лечения практически пришла в норму.

Выводы

1. В течение года после лечения у 100 % больных не наблюдалось обострений храни-

ческого тонзиллита, отмечались нормализация объективных нарушений и отсутствие патогенной флоры после лечения.

2. Полученные результаты, а также отсутствие каких-либо осложнений при использовании данной методики с раствором октенисепта позволяют рекомендовать препарат для внедрения в практику лечебных учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболотный Д. И. Тонзиллотрен как иммуномодулирующий препарат / Д. И. Заболотный, О. Ф. Мельников // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. — 2006. — № 2. — С. 36-38.

2. Золотарева М. А. Грибковое поражение глотки в детском возрасте / М. А. Золотарева, Л. В. Гуляева,

Н. В. Завадский // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. — 2003-с. — № 3. — С. 28-29.

3. Кузьменко Д. Е. Низкочастотный фонофорез в лечении патологии небных миндалин / Д. Е. Кузьменко, О. Р. Волков, Е. Я. Кузьменко // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. — 2003-с. — № 3. — С. 34-35.

4. Негипа Л. С. Изучение эффективности КВЧ-терапии больных хроническим тонзиллитом / Л. С. Негипа, И. П. Высеканцев // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. — 2003-с. — № 3. — С. 50-51.

5. К вопросу о консервативном лечении хронического тонзиллита / М. И. Никулин, В. И. Троян, И. М. Никулин [и др.] // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. — 2003-с. — № 3. — С. 54-55.

6. Цимар А. В. Мікробіологія хронічного тонзиліту / А. В. Цимар // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. — 2003-с. — № 3. — С. 80-81.

УДК 616.12-005.4-008.331.1-002

І. П. Кудря

ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУС, ХРОНОТРОПНО-ІНОТРОПНА АКТИВНІСТЬ, РЕМОДЕЛЮВАННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ І ШЛУНОЧКІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Вступ

Поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) і гіпертонічної хвороби (ГХ) потенціює їх негативні впливи на серцево-судинну систему [1], ускладнений перебіг, смертність, інвалідизацію [1]. Це пов'язано з дисбалансом прозапальних і проти-запальних цитокінів, прооксидантної й антиоксидантної систем [1; 2], особливо за кризового перебігу гіпертонічної хвороби [3]. Порушення цитокінового статусу сприяють ремоделюванню серця, змінам хроно-

тропно-інотропної активності [3; 4]. Визначення тригерних механізмів поєднаної патології ІХС і ГХ на їх перебіг є актуальною проблемою кардіології як передумови до корекції лікування, зокрема, застосування протизапальних процитокінових препаратів, оптимізаторів ремоделювання серця.

Метою дослідження було визначення зв'язку між дисбалансом цитокінового статусу, хронотропно-інотропними ритмами, ремоделюванням передсердь і шлуночків у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом аналізу впливу прозапальних і проремоделюючих факторів на потенціювання негативних наслідків ІХС і ГХ були 35 хворих (основна група). Клінічна характеристика цих хворих: 26 (74,3 %) хворих мали стабільну стенокардію напруження, у тому числі 12 (34,3 %) — II функціонального класу, 12 (34,3 %) — III функціонального класу, 2 (5,7 %) — III–IV функціонального класу, 10 (28,6 %) — з ІХС у вигляді кар-

