

А.Л. Косаковський, д.м.н., професор, завідувач кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, та співавтори*

Хронічний тонзиліт. Підсумки впровадження першого етапу Всеукраїнської програми «Здорове дитинство»

Хронічний тонзиліт та хронічний аденоїдит (аденоїдні вегетації) є найпоширенішими захворюваннями в дитячому віці. Хронічний неспецифічний тонзиліт спостерігається у 12-15% дітей, з них 6-7% – пацієнти дошкільного віку, 8-9% – школярі [1]. За даними статистики, поширеність хронічного тонзиліту та аденоїдів (J 35) у 2012 році в Україні становила 47,28 (абсолютне число – 382 106), а захворюваність – 15,86 (абсолютне число – 128 137).

Клінічна картина хронічного тонзиліту різноманітна. Захворювання розвивається поступово, непомітно, часто без клінічних проявів. Пацієнти скаржаться на періодичний біль у горлі, інколи сухий горловий кашель, субфебрильну температуру тіла, відкашлювання гнійних пробок, дискомфорт у горлі, неприємний запах із рота у зв'язку з наявністю в криптах мигдаликів гною або так званих пробок, що містять бактерії, епітелій та лейкоцити; періодичні ангіни і часті ГРВЗ. Під час фарингоскопії майже завжди виявляють стійку гіперемію передніх дужок м'якого піднебіння – симптом Гізе, набряклість верхнього кута, утвореного передньою і задньою дужками, – симптом Зака та валикоподібне стовщення країв верхньої частини передніх і задніх дужок у вигляді інфільтрації або гіперплазії – симптом Преображенського. Ці симптоми є наслідком порушення крово- і лімфообігу поблизу запального процесу та подразнення слизової оболонки країв піднебінних дужок патологічним вмістом із крипт. Стінки крипт мигдаликів набряклі і закривають вихід з них, що призводить до хронічного запалення крипт. У криптах спостерігається наявність гнійного ексудату або патологічного вмісту твердої консистенції, який часто називають пробками. Між дужками і піднебінним мигдаликом за допомогою гудзикового зонда виявляють спайки. Вони наявні і на власне мигдаликах. Збільшені та ущільнені мигдалики, підепітеліально розміщені гнійні фолікули, кісти є ознакою хронічного тонзиліту. Під час пальпації ший виявляють ланцюжок поодиноких збільшених, щільних, малоболісних лімфовузлів під кутом нижньої щелепи і далі по передньому краю m. sternocleidomastoideus. У разі загострення хронічного тонзиліту регіонарні лімфовузли стають болісними під час пальпації (валик Корицького).

Лікування хронічного тонзиліту може бути як консервативним, так і хірургічним. Лікування дітей слід розпочинати після санації верхніх дихальних шляхів, особливо після відновлення носового дихання, на тлі раціонального харчування, правильного режиму навчання та відпочинку, занять фізичною культурою та загартовування організму, включаючи перебування на санаторно-курортному лікуванні [1].

Консервативне лікування хворих на хронічний компенсований тонзиліт у період ремісії має бути комплексним і складатися з декількох курсів. Курс лікування передбачає промивання лакун мигдаликів антисептичними розчинами чи антибіотиками та одночасне змашування крипт мигдаликів розчином Люголя, 5% розчином протарголу тощо і застосування УФ-опромінення. На ділянку регіонарних лімфатичних вузлів впливають електричним полем УВЧ або НВЧ чи ультразвуком (ультрафонофорез лікарських препаратів), рідше використовують електрофонофорез. На курс фізіотерапевтичних процедур – 10-12 сеансів.

Одночасно призначають препарати кальцію, вітаміни, антигістамінні, системні протизапальні та імуномодуючі препарати. Курс триває не менше 1 міс, далі лікування припиняють на 5-6 міс, а потім повторюють. Якщо після двох курсів лікування настає значне покращення, то доцільно провести третій курс для закріплення результату. Відсутність загострення протягом 2 років і нормалізація об'єктивних даних дають змогу перевести хворого в контрольну групу. За відсутності ефекту консервативного

лікування показана двобічна тонзилектомія. Декомпенсовані форми хронічного тонзиліту лікують за допомогою консервативних методів тільки за наявності проти-показань до тонзилектомії або в тому разі, коли батьки не дають згоду на хірургічне лікування.

Тонзилектомія та аденотонзилектомія належать до найбільш частих хірургічних операцій у дітей. Так, в Україні у 2010 р. виконано 38 258, у 2011 р. – 46 557, у 2012 р. – 41 967 тонзилектомій та адено-тонзилектомій у дітей віком до 17 років. Тому надзвичайно актуальним є підвищення ефективності консервативної терапії хронічного тонзиліту.

Для підвищення ефективності консервативної терапії хронічного тонзиліту була розроблена та впроваджена Всеукраїнська програма «Здорове дитинство», метою якої є розвиток здорової дитини в результаті об'єктивізації захворюваності дітей на хронічні запальні захворювання лімфаденоїдного глоткового кільця та оптимізація лікувально-профілактичної роботи.

Всеукраїнська програма «Здорове дитинство» здійснювалася у 2 етапи: у 2011 році було розпочато дослідження з лікування хронічного тонзиліту (I етап програми), а у 2012 – дослідження з лікування хронічного аденоїдиту та аденоїдних вегетацій (II етап програми).

Завдання дослідження (I етап програми):

1. Підвищити якість профілактичних оглядів з метою виявлення та диспансерного нагляду за дітьми з хронічними запальними захворюваннями лімфаденоїдного глоткового кільця.

2. Оптимізувати комплекс лікувально-профілактичних заходів у диспансерній групі дітей з хронічними запальними захворюваннями лімфаденоїдного глоткового кільця для профілактики загострень та ускладнень захворювання.

3. Підвищити інформованість населення про хронічні запальні захворювання лімфаденоїдного глоткового кільця.

На початку дослідження була проведена інформаційно-методична робота з лікарями суміжних спеціальностей – прочитано 102 внутрішньополіклінічні лекції «Діагностика, лікування та профілактика запальних захворювань лімфаденоїдного глоткового кільця», якими були охоплені 1018 суміжних спеціалістів (педіатри, сімейні лікарі); інформаційно-просвітницька робота з батьками дітей та пацієнтами із хронічними запальними захворюваннями лімфаденоїдного глоткового кільця.

У дослідження включили 4800 амбулаторних хворих дитячого віку з хронічним тонзилітом віком від 2 до 17 років, які перебували на амбулаторному лікуванні в ЛОР-відділеннях. У дослідженні взяли участь 75 дитячих оториноларингологів.

Метою дослідження було підвищення ефективності консервативного лікування дітей із хронічним тонзилітом.

Матеріал та методи

Об'єктом клінічного дослідження був препарат Тонзилотрен виробництва фірми DNU (Німецький Гомеопатичний Союз, Німеччина) [2-4].

Комплексний препарат Тонзилотрен показаний для лікування гострого та хронічного тонзиліту. Лікарський засіб містить такі компоненти: Atropinum sulfuricum D5 12,5 мг, Hepar sulfuris D3 10,0 мг, Kalium bichromicum D4 50,0 мг, Silicea D2

5,0 мг, Mercurius bijodatus D8 25,0 мг. Кожна із складових в описі гомеопатичної Materia Medica має показання і симптоми, які відповідають різним стадіям і формам запального процесу, при цьому дія будь-якого з компонентів має не локальний, а системний характер.

Atropinum sulfuricum, який входить до складу препарату, діє на початковій стадії захворювання при високій температурі тіла, що супроводжується значним почерво-нінням глотки і набряком мигдаликів, а також вираженим утрудненням під час ковтання. Mercurius bijodatus сприяє насамперед зменшенню гіпертрофованих носоглоткових мигдаликів та піднебінних мигдаликів, а також зменшенню набряк-лості лімфатичних вузлів ший. Hepar sulfuris діє при хронічно-рецидивуючих запаленнях, що перебігають із нагноєннями та нарывами і супроводжуються колючим різким боєм, який поширюється на вуха. За-тяжні процеси з утрудненням ковтанням, у т.ч. з глибокими виразками на невеликих обмежених ділянках, а також зі збільшен-ням мигдаликів і поліпів піддаються впли-ву Kalium bichromicum. Silicea прискорює грануляції, що, у свою чергу, форсує процес загоєння абсцесів, а також завдяки стиму-ляції імунної системи сприяє більш актив-ній протидії бактеріальній інфекції і зміц-ненню захисних властивостей організму.

Це клінічне дослідження проводилося в рамках Всеукраїнської програми «Здорове дитинство» як відкрите мультицентрове у вигляді спостереження і виконувалося від-повідно до вимог, що висуваються Держав-ним фармакологічним центром МОЗ Ук-раїни до обмежених клінічних випробу-вань. Згідно з протоколом обмежених клі-нічних випробувань досліджуваний лікар-ський засіб використовували в лікуванні хворих на хронічний тонзиліт.

Критерії включення пацієнтів у дослід-ження: стать (хлопчики і дівчатка); вік від 2 до 17 років; діагноз (хронічний тонзиліт); письмова згода батьків хворого брати участь у дослідженні та виконувати його вимоги. Критерії виключення: підвищена чутливість до компонентів препарату, не-бажання пацієнта виконувати вимоги про-токолу, у тому числі дотримуватися графіка візитів, відсутність інформованої згоди.

Критерії передчасного вибування паці-єнтів із дослідження: відмова хворого (батьків) від подальшого прийому тестова-ного препарату, розвиток більш тяжких ін-фекцій, що супроводжуються високою температурою тіла, головним боєм і блю-ванням, бажання батьків.

Під час дослідження у всіх пацієнтів оці-нювали динаміку клінічних проявів хро-нічного тонзиліту за даними об'єктивного



А.Л. Косаковський

обстеження. Ефективність досліджуваного препарату Тонзилотрен оцінювали за зменшенням клінічних проявів захворю-вання. Переносимість препарату Тонзи-лотрен оцінювали на підставі суб'єктивних відчуттів, про які повідомляв пацієнт, і об'єктивних даних, отриманих дослідни-ком у процесі лікування. Враховували ди-наміку лабораторних показників, а також частоту виникнення і характер побічних реакцій.

Дослідження відбувалося у два етапи: скринінг (період набору пацієнтів) і період лікування (14±2, 28±2, 60±2, 180±2, 208±2, 240±2 дні). Для обстежен-ня пацієнтів були використані такі клініч-ні методи: об'єктивне обстеження, що пе-редбачало передню риноскопію, фаринг-оскопію, дослідження вмісту лакун підне-бінних мигдаликів. Усі дані обстеження вносили до індивідуальної реєстраційної форми хворого.

Препарат Тонзилотрен призначали на тлі комплексної терапії хронічного тонзиліту (покращення дренажної функції піднебінних мигдаликів, нормалізація місцевого імунного та загального імунного статусу), яку застосовували відповідно до характеру захворювання і віку дитини. Тонзилотрен призначали по 1 таблетці 3 рази на добу. Тривалість комплексної терапії становила 10 днів, потім у якості монотерапії призначали Тонзилотрен двома курсами по 2 міс з інтервалом 4 міс.

Після включення в дослідження пацієн-ти отримували досліджуваний препарат і відвідували лікаря в 1, 14, 28, 60, 180, 194, 208 та 240-й день лікування. Реєстрацію даних спостережень дослідник здійснював згідно зі схемою, наведеною в таблиці.

Під час об'єктивного огляду глотки та піднебінних мигдаликів враховували стій-ку гіперемію передніх дужок м'якого під-небіння – симптом Гізе, набряклість вер-хнього кута, утвореного передньою і зад-ньою дужками, – симптом Зака та вали-коподібне стовщення країв верхньої час-тини передніх і задніх дужок у вигляді

Таблиця. Схема дослідження

Візити	День лікування							
	1-й	14-й	28-й	60-й	180-й	194-й	208-й	240-й
Збір анамнезу і попередня оцінка відповідності пацієнта критеріям включення/виключення	*							
Отримання письмової інформованої згоди	*							
Об'єктивне обстеження	*	*	*	*	*	*	*	*
Реєстрація суб'єктивних скарг	*	*	*	*	*	*	*	*
Виявлення і реєстрація можливих побічних ефектів		*	*	*	*	*	*	*
Оцінка ефективності і переносимості препарату		*	*	*	*	*	*	*

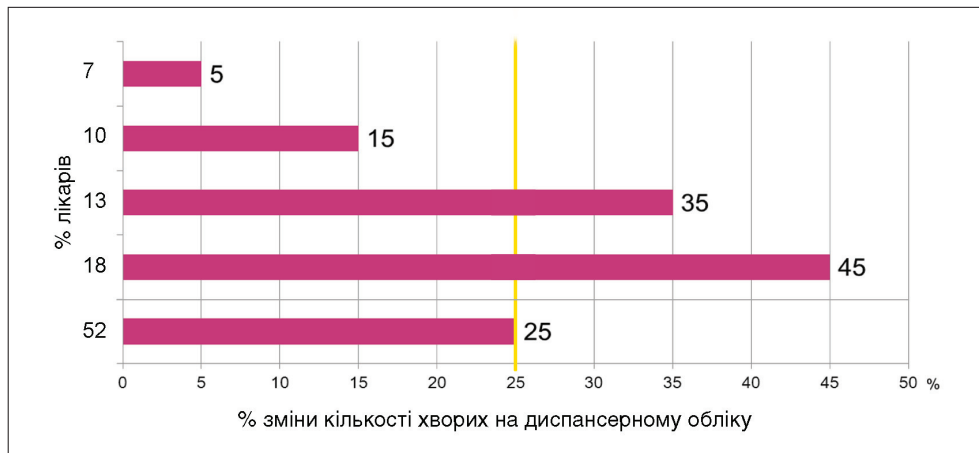


Рис. 1. Динаміка зміни кількості дітей із хронічними запальними захворюваннями лімфаденоїдного глоткового кільця, які перебувають на диспансерному обліку, у результаті покращення якості профілактичних оглядів

інфільтрації або гіперплазії — симптом Преображенського, наявність гнійного ексудату або патологічного вмісту твердої консистенції у криптах, наявність спайок між дужками і піднебінним мигдаликом, величину та щільність мигдаликів. Під час пальпації ший визначали розмір та болючість лімфовузлів під кутом нижньої щелепи і далі по передньому краю m. sternocleidomastoideus (валик Корицького). Вимірювали температуру тіла. При опитуванні хворого враховували частоту ангін та ГРВІ, періодичний біль у ділянці піднебінних мигдаликів, біля кута нижньої щелепи, сухий горловий кашель, субфебрильну температуру тіла, відкашлювання гнійних пробок, дискомфорт у горлі, неприємний запах із рота. Показники, що виражаються в балах, реєстрували за такою шкалою: 0 — відсутність ознаки, 1 — легкий ступінь проявів, 2 — помірний ступінь проявів, 3 — сильний ступінь проявів.

Аналіз ефективності препарату Тонзилотрен під час лікування хворих із хронічним тонзилітом здійснювали на підставі порівняльної оцінки даних, отриманих до і після лікування. Дані клінічних досліджень статистично обробляли за допомогою методу варіаційної статистики з урахуванням критерію Стюдента.

Результати і обговорення

Завдяки покращенню якості профілактичних оглядів та діагностики кількість дітей із хронічними запальними захворюваннями лімфаденоїдного глоткового кільця, які перебувають на диспансерному обліку, збільшилася в середньому на 25% (рис. 1).

Перший курс терапії препаратом Тонзилотрен проведено 4800 пацієнтам,

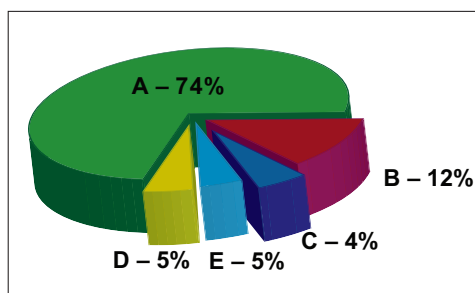


Рис. 2. Розподіл хворих, які отримали або не отримали другий курс терапії

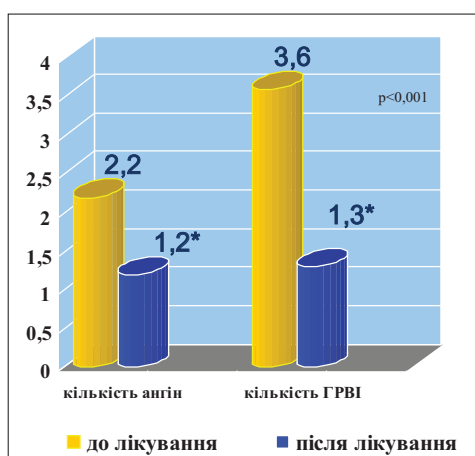


Рис. 3. Частота ангін та ГРВІ після проведення двох курсів терапії препаратом Тонзилотрен

* відмінності показників до та після лікування достовірні.

два курси терапії — 3 552 дітям (74%). Причини відмови від проведення другого курсу лікування: значне покращення — 12%, тонзилектомія — 4%, комплаєнс — 5%, причина невідома — 5% (рис. 2).

Таким чином, серед усіх пацієнтів, які не отримали другий курс лікування, у 48% це було пов'язано зі значним покращенням стану.

На рисунку 3 наведено динаміку частоти ангін та ГРВІ до і після лікування препаратом Тонзилотрен. Кількість ангін та ГРВІ достовірно реєстрували упродовж року до терапії і через 1 рік після завершення двох курсів лікування препаратом Тонзилотрен ($p < 0,001$).

Згідно з даними, наведеними на рисунку 3, після двох курсів терапії частота ГРВІ зменшилася у 2,7 раза, ангін — в 1,8 раза.

Під час оцінки місцевих ознак хронічного тонзиліту було виявлено тенденцію до зменшення гіперплазії піднебінних мигдаликів.

Висновки

1. Хронічний тонзиліт — міждисциплінарна проблема у практиці лікаря-оториноларинголога та лікарів суміжних спеціальностей. Зважаючи на значну поширеність хронічного тонзиліту у дітей порівняно з невеликою кількістю дитячих отоларингологів, для забезпечення доступності медичної допомоги до лікування цього контингенту пацієнтів слід залучати лікарів-педіатрів, лікарів загальної практики — сімейної медицини та шкільних лікарів.

2. Сумісна праця лікарів-оториноларингологів та лікарів суміжних спеціальностей щодо покращення якості профілактичних оглядів та діагностики призвела до збільшення кількості дітей, які перебувають на диспансерному обліку з приводу хронічного тонзиліту в середньому на 25%.

3. Оптимізація комплексу лікувально-профілактичної роботи та застосування Тонзилотрену в якості базисної терапії тонзиліту дозволили знизити частоту ангін в 1,8 раза, ГРВІ — у 2,7 раза, а також зменшити місцеві прояви хронічного тонзиліту.

4. Враховуючи тенденцію до зменшення гіперплазії піднебінних мигдаликів при оцінці місцевих ознак хронічного тонзиліту, продовжується впровадження 2-го етапу Всеукраїнської програми «Здорове дитинство» з оптимізації лікувально-профілактичної роботи при аденоїдних вегетаціях та хронічному аденоїдиті.

Література

- Дитяча оториноларингологія: національний підручник / А.А. Лайко, А.Л. Косаковський, Д.Д. Заболотна [та ін.]; за ред. проф. А.А. Лайка. — К.: Логос, 2013. — 576 с.
- Борзенко І.А. «Тонзилотрен» — комплексный гомеопатический препарат в лечении острого тонзиллита у детей / И.А. Борзенко, П.С. Мошнич, А.П. Мошнич // Укр. гомеопатичний щорічник / За ред. О.П. Іваніва. — Одеса: Чорномор'я, 1998. — Т. 1. — С. 173-174.
- Воробьева В.А. Гомеопатическая коррекция иммунодефицитных состояний у детей / В.А. Воробьева, О.Б. Овсянникова, Е.А. Азова и др. // Развитие гомеопатического метода в современной медицине: тез. докл. X Московской междунар. гомеопатической конф. — М., 2000. — С. 81.
- Михайлов И.В. Справочник по гомеопатии. — М.: ИД МСП, 2000. — С. 81-219.



* Висловлюємо подяку усім учасникам дослідження та співавторам

АР Крим

Баньковська Олена Леонардівна
Коновалова Віра Вячеславівна

Біла Церква

Максимова Валентина Володимирівна

Вінниця

Косарук Юрій Петрович
Наливкин Володимир Данилович
Пилипчук Олена Анатоліївна
Скічко Сергій Васильович

Дніпропетровськ

Баштанник Наталія Миколаївна
Бондар Олена Олександрівна
Грибовська Олена Василівна
Земляна Олена Миколаївна
Кавеліна Ірина Володимирівна
Мищенко Тетяна Григорівна
Перебийнос Оксана Миколаївна
Руденко Валентина Іванівна
Сотнікова Наталія Анатоліївна
Танцюра Ніна Михайлівна
Чеботарьов Володимир Іванович
Чернишук Ірина Леонідівна

Донецьк

Аксьонова Тетяна Володимирівна
Арзуманова Валентина Володимирівна
Бугайов Павло Стефанович
Гармашова Ірина Володимирівна
Духаніна Лоліта Миколаївна
Іванець Вікторія Леонідівна
Киян Юрій Володимирович
Костішина Людмила Іванівна
Кострикіна Ольга Федорівна
Куракіна Вероніка Анатоліївна
Усенко Алла Валеріївна
Черенкова Вікторія Володимирівна

Закарпаття

Дячук Василь Васильович
Тижук Світлана Іванівна
Соловей Наталія Омелянівна
Шипош Марина Андріївна

Запоріжжя

Маханько Світлана Григорівна
Жовнаренко Ганна Іванівна
Шляніна Наталія Володимирівна

Івано-Франківськ

Бюк Марина Василівна
Бучинська-Круць Лілія Михайлівна

Мельничук Василь Васильович
Лохадинова Яніна Олексіївна

Київ

Вікторова Лариса Ленідівна
Косаковський Анатолій Лук'янович
Мазуренко Марія Петрівна
Петрова Олена Анатоліївна
Самборська Олена Іванівна
Самойлова Олена Василівна

Кривий Ріг

Ватсечкіна Алла Олексіївна
Воронкова Людмила Іванівна
Івагло Володимир Миколайович
Лещенко Олександр Михайлович
Логінова Наталя Михайлівна

Львів

Владімірова Олена Сергіївна
Галапач Оксана Северинівна
Данчук Іванна Григорівна
Мартинник Оксана Володимирівна
Місечко Ігор Васильович
Кущенко Софія Ярославівна
Наутольник Дарія Петрівна
Супрун Леся Дмитрівна
Федунець Тетяна Вікторівна

Маріуполь

Вялковська Юлія Андріївна
Філіппенко Андрій Вікторович

Одеса

Богданова Світлана Сергіївна
Вуйчик Неллі Георгіївна
Стоянов Володимир Іванович

Полтава

Константинова Надія Іванівна

Хмельницький

Молокопій Алла Станіславівна

Черкаси

Бершадська Віра Сергіївна
Трухан Степан Степанович

Чернівці

Геруш Оксана Леонідівна
Максимюк Оксана Іванівна
Череватенко Сергій Вікторович
Шипош Марина Андріївна

Чернігів

Онанко Лариса Миколаївна

БАЗИСНА ТЕРАПІЯ ТОНЗИЛІТУ ТОНЗИЛОТРЕН

- Знімає запалення та біль¹
- Відновлює захисну функцію мигдаликів¹
- Попереджує повторні захворювання:²

↓ частоту ангін ~ 2 рази
↓ частоту ГРВІ ~ 3 рази



Інформація про лікарський засіб. Лікарська форма: таблетки для розсмоктування. Склад лікарського засобу: діючі речовини: 1 таблетка містить Acorium sulfuricum D5 12,5 мг, Hepar sulfuris D3 10 мг, Kalium bichromicum D4 50 мг, Silicea D2 5 мг, Mercurius bijodatus D8 25 мг; допоміжні речовини: лактози моногідрат, сахароза, магнію стеарат. Фармакотерапевтична група: комплексний гомеопатичний препарат. Комбінація з діючими гомеопатичними монокомпонентами стимулює власні захисні механізми організму при вірусних і бактеріальних інфекціях глотки на різних стадіях запалення. Побічні дії: після застосування можливе підвищене слиновиділення. У цьому випадку дозу потрібно зменшити або припинити прийом препарату. При виникненні алергічних реакцій з боку шкіри слід припинити прийом препарату. У подібних випадках можливе виникнення болю в епігастрії та нудоти. Інформація для спеціалістів медичної та фармацевтичної сфери для використання у професійній діяльності. Перед застосуванням ознайомтеся з інструкцією. Зберігати у місцях не доступних для дітей. РП № UA/3781/01/01 від 08.11.2010

Виробник
ДНУ (Німеччина)
www.dnu.de

Представительство «Альпен Фарма АГ» (Швейцарія) в Україні,
г. Київ, Пушча-Водиця, ул. Лесная, 30а, 04075,
тел.: +380(044) 401 8 103, www.alpenpharma.com

