

Особенности ведения пациентов с хроническим тонзиллитом при коморбидных состояниях

Т.Ю. Владимирова[✉], <https://orcid.org/0000-0003-1221-5589>, t.yu.vladimirovalor@samsmu.ru

О.В. Фатенков, <https://orcid.org/0000-0002-4928-5989>, o.v.fatenkov@samsmu.ru

С.Ю. Соколова, <https://orcid.org/0009-0000-4168-9535>, sokolova.s.med@gmail.com

А.Б. Мартынова, <https://orcid.org/0000-0001-5851-5670>, martynova.a.med@yandex.ru

Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89

Резюме

Введение. Проблема хронического тонзиллита (ХТ) остается крайне актуальной в амбулаторной практике не только врачей-оториноларингологов, но и специалистов широкого профиля – терапевтов, врачей общей практики.

Цель. Изучить эффективность препарата Тонзилгон® Н на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения у пациентов с ХТ при наличии коморбидной патологии и без нее.

Материалы и методы. Проведено лечение 62 пациентов (от 30 до 56 лет, средний возраст $43,8 \pm 13,2$ года) с компенсированной формой ХТ. Пациенты были распределены на две группы: 1-я ($n = 30$) – пациенты с компенсированной формой ХТ, 2-я ($n = 32$) – пациенты с компенсированной формой ХТ, имеющие коморбидный фон: у 40,6% обследованных выявлен сахарный диабет, у 43,7% – аутоиммунный тиреоидит, у 15,7% – псориаз.

Результаты и обсуждение. Оценка результатов лечения по 10-балльной визуально-аналоговой шкале показала достоверно значимое ($p < 0,05$) улучшение самочувствия пациентов в обеих группах при назначении препарата Тонзилгон® Н. При осмотре к 7-му дню лечения наблюдалось снижение в 1,8 раза выраженности местного признака ХТ – гиперемии и валикообразного утолщения краев небных дужек у пациентов обеих групп, динамика изменений при этом характеризовалась равномерностью, составив на 14-й день в 1-й группе $0,09 \pm 0,02$ балла и $0,1 \pm 0,02$ балла – во 2-й группе ($p < 0,05$). У пациентов с ХТ без коморбидной патологии обострения в течение 3 мес. были отмечены только в 6,6% случаев, протекали в легкой форме, что позволило отказаться от применения системных антибактериальных препаратов, во 2-й группе с коморбидной патологией они встречались чаще – в 12,5% случаев.

Заключение. Высокая оценка результатов лечения подтверждает безопасность применения препарата в качестве эффективного средства купирования выраженности симптомов ХТ.

Ключевые слова: небные миндалины, коморбидная патология, врач первичного звена, амбулаторно-поликлинический этап, Тонзилгон® Н

Для цитирования: Владимирова ТЮ, Фатенков ОВ, Соколова СЮ, Мартынова АБ. Особенности ведения пациентов с хроническим тонзиллитом при коморбидных состояниях. *Медицинский совет*. 2023;17(19):165–171. <https://doi.org/10.21518/ms2023-343>.

Конфликт интересов: статья подготовлена при поддержке компании «Бионорика СЕ», это никак не повлияло на мнение авторов.

Management peculiarities of patients with chronic tonsillitis in comorbid conditions

Tatyana Yu. Vladimirova[✉], <https://orcid.org/0000-0003-1221-5589>, t.yu.vladimirovalor@samsmu.ru

Oleg V. Fatenkov, <https://orcid.org/0000-0002-4928-5989>, o.v.fatenkov@samsmu.ru

Svetlana Yu. Sokolova, <https://orcid.org/0009-0000-4168-9535>, sokolova.s.med@gmail.com

Anastasia B. Martynova, <https://orcid.org/0000-0001-5851-5670>, martynova.a.med@yandex.ru

Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia

Abstract

Introduction. Chronic tonsillitis (CT) remains an urgent challenge in outpatient practice of not only otorhinolaryngologists, but also multi-discipline specialists – primary care physicians and general practitioners.

Aim. To study the effectiveness of Tonsilgon® N at the outpatient care stage in CT patients with and without comorbidities.

Materials and methods. 62 patients (30 to 56 years of age, average age 43.8 ± 13.2 years) with compensated CT were treated. The patients were divided into two groups: Group 1 ($n = 30$) included patients with compensated CT, Group 2 ($n = 32$) – patients with compensated CT and comorbidities: diabetes mellitus was detected in 40.6%, autoimmune thyroiditis in 43.7%, psoriasis in 15.7% of examined patients.

Results and discussion. Evaluation of treatment outcomes using a 10-point visual analogue scale showed a significant ($p < 0.05$) health improvement in patients of both groups who received Tonsilgon® N. The examination showed a 1.8-fold decrease in the severity of the local symptom of CT – hyperemia and a roll-like thickening of the edges of the pillars of the fauces in patients of both groups by the 7th day of treatment. The trends of changes were characterized by uniformity, amounting to 0.09 ± 0.02 scores in Group 1 and 0.1 ± 0.02 scores in Group 2 ($p < 0.05$) by the 14th day of treatment. In CT patients

without comorbidities, exacerbations that developed within 3 months were only observed in 6.6% of patients, and occurred in a mild form, which made it possible to abandon the use of antibacterials for systemic use; in Group 2 with comorbidities, they were more common and developed in 12.5% of patients.

Conclusion. The high rate of successful treatment outcomes confirms the safety of the drug as an effective agent to relieve the severity of CT symptoms.

Keywords: tonsils, chronic tonsillitis, comorbid pathology, primary care physician, Tonsilgon® N

For citation: Vladimirova TYu, Fatenkov OV, Sokolova SYu, Martynova AB. Management peculiarities of patients with chronic tonsillitis in comorbid conditions. *Meditinskiy Sovet.* 2023;17(19):165–171. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-343>.

Conflict of interest: The article was prepared with the support of Bionorica SE; this did not in any way influence the opinion of the authors.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема хронического тонзиллита (ХТ) остается крайне актуальной в амбулаторной практике не только врачей-оториноларингологов, традиционно занимающихся диагностикой и лечением данного заболевания, а также специалистов широкого профиля – терапевтов, врачей общей практики. Это обусловлено высокой распространенностью ХТ, которая составляет от 5 до 37% у взрослых и от 15 до 63% – у детей [1, 2].

Являясь инфекционно-аллергическим заболеванием всего организма с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, ХТ оказывает негативное влияние на функционирование всех органов и систем, а рецидивы заболевания нередко приводят к отягощению и декомпенсации имеющейся соматической патологии. Наиболее часто при ХТ развивается патология почек, сердечно-сосудистой системы, щитовидной железы, частота ревматических осложнений составляет 3% [3, 4]. Известно, что у пациентов с сахарным диабетом ХТ способствует прогрессированию нарушений углеводного обмена за счет изменения функции поджелудочной железы и гиперсекреции протеолитического фермента [5, 6]. В то же время вследствие воздействия патологических импульсов на гипоталамо-гипофизарную систему возможно развитие гипертиреоза и ряда кожных заболеваний, вегетососудистой и нейро-эндокринной дисфункции [7–10].

Концепция современного лечения и профилактики ХТ на амбулаторном этапе представляет комплексную междисциплинарную проблему с необходимостью проведения мониторинга динамики заболевания и сопряженной коморбидной патологии. Согласно действующим клиническим рекомендациям [11], в лечении ХТ используются как системные, так и топические средства, обладающие комплексным механизмом действия. В качестве одного из предпочтительных рекомендовано применение растительного лекарственного препарата Тонзилгон® Н. В состав препарата входят корень алтея, цветы ромашки, травы хвоща, тысячелистника и одуванчика лекарственного, листья грецкого ореха и кора дуба, что определяет природный антисептический, противовоспалительный, иммуномодулирующий и местный обволакивающий эффекты препарата, подтвержденные множеством исследований [12, 13]. Препарат выпускается в форме капель

для приема внутрь и таблеток, покрытых оболочкой, что делает его применение удобным для пациентов разных возрастных групп. В ряде публикаций обозначено улучшение общего самочувствия при ХТ [14, 15], снижение количества обострений ХТ [16] и даже регресс назофарингеальных симптомов [17] на фоне применения препарата Тонзилгон® Н.

Цель – изучить эффективность препарата Тонзилгон® Н на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения у пациентов с ХТ при наличии коморбидной патологии и без нее.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 198 пациентов, обратившихся на прием к врачу-терапевту в Самарскую областную клиническую больницу №2 в период с июня 2022 по январь 2023 г. с жалобами на боль в горле в покое и при глотании, ощущение инородного тела, першение и дискомфорт в горле, и частые эпизоды тонзиллофарингитов и ОРВИ в анамнезе. На основании данных анамнеза и результата оториноларингологического осмотра у 62 пациентов (31,3%), 30 мужчин и 32 женщин, был подтвержден диагноз «ХТ, компенсированная форма» [18]. Средний возраст пациентов составил $43,8 \pm 13,2$ года, продолжительность заболевания варьировала от 3 до 8 лет и в среднем составила $5,3 \pm 2,7$ года. У всех обследуемых было получено информированное согласие на проведение диагностики, и всем предложено лечение на базе дневного стационара под наблюдением врача-терапевта. В исследование не вошли пациенты с декомпенсированной формой ХТ, аллергической реакцией на компоненты, входящие в состав препарата Тонзилгон® Н.

С учетом коморбидной патологии пациенты были распределены на две группы: в 1-ю (n = 30) вошли пациенты с компенсированной формой ХТ, во 2-ю (n = 32) – с компенсированной формой ХТ, имеющие коморбидный фон: у 40,6% обследованных выявлен сахарный диабет, у 43,7% – аутоиммунный тиреоидит, у 15,7% – псориаз. Средний возраст пациентов 1-й группы составил $42,9 \pm 14,9$ года, 2-й – $39,9 \pm 9,7$ года. Схема лечения включала назначение препарата Тонзилгон® Н для приема внутрь по 2 таблетки 5 раз в день до исчезновения жалоб на боль в горле, и далее по 2 таблетки 3 раза в день до 14 дней.

Результаты лечения оценивались в динамике врачом-оториноларингологом и терапевтом в день обращения

(1-й визит), на 7-й и 14-й день лечения (2-й и 3-й визиты), а также через 3 мес. после окончания терапии (4-й визит). Оценка носила комплексный характер, учитывались жалобы, данные объективного осмотра (местные признаки ХТ), а также количество рецидивов обострения ХТ за 3-месячный период наблюдения. Использовалась четырехбалльная визуально-аналоговая шкала (ВАШ) и разработанная программа для ЭВМ «Программа для диагностики гнойно-воспалительных заболеваний глотки» [19].

По данным ВАШ 0 баллам соответствовало отсутствие субъективных симптомов и местных признаков ХТ; за 1 балл принимали легкие, периодически возникающие, но легко переносимые симптомы и слабовыраженные воспалительные проявления (незначительная гиперемия и инфильтрация краев небных дужек, отсутствие патологического содержимого в лакунах небных миндалин, размер регионарных лимфатических узлов до 0,5 см); за 2 балла – умеренно выраженные субъективные жалобы и воспалительные проявления (умеренная гиперемия и инфильтрация краев небных дужек, единичные казеозные пробки в лакунах небных миндалин, размер регионарных лимфатических узлов 0,5–1 см); оценке в 3 балла соответствовали выраженные симптомы с существенным нарушением дневной активности пациента и значительная выраженность воспалительных проявлений (выраженная гиперемия и инфильтрация краев небных дужек, наличие казеозных пробок и жидкого гноя в лакунах небных миндалин, увеличение регионарных лимфатических узлов более 1 см с болезненностью при пальпации).

Проводилась дополнительная оценка результата лечения с учетом качества жизни у пациентов с ХТ по 10-балльной шкале ВАШ со стороны пациента, где 0 соответствовало очень хорошему самочувствию, а 10 – очень плохому.

Подготовка к работе первичных данных и расчеты проводились в среде пакета статистических программ Statistica 6.0 for Windows. Верификация нормальности распределения данных в группах проводилась по количественным параметрам с использованием критерия Шапиро – Уилка. Статистический анализ включал расчет t-критерия Стьюдента. Парное межгрупповое сравнение показателей производилось по U-критерию Манна – Уитни. Рассчитывали относительный уровень значимости (p), при этом критический уровень значимости принимался равным 0,05. Для описания исходного состояния использованы методы описательной статистики: для количественных параметров – n, среднее арифметическое (M), стандартное отклонение (SD); для качественных параметров – частота и доля в %.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка результатов лечения по 10-балльной ВАШ показала достоверно значимое ($p < 0,05$) улучшение самочувствия пациентов в обеих группах при назначении препарата Тонзилгон® Н (рис. 1). Уже ко 2-му визиту (7-й день) более выраженное улучшение отмечено у пациентов с ХТ без наличия сопутствующей

соматической патологии, к окончанию курса лечения (14-й день) оценка по ВАШ в обеих группах стала практически равноценной, соответствуя хорошему самочувствию, что позволило оценить результаты лечения как очень хорошие.

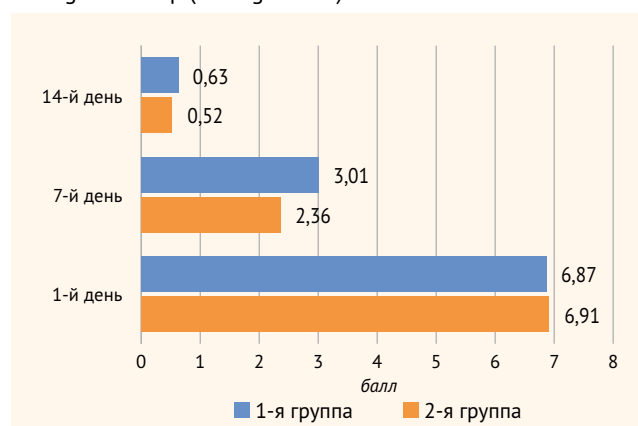
Оценка жалоб пациентов в группах при 1-м визите показала их наиболее частую встречаемость во 2-й группе (рис. 2). Самыми распространенными были жалобы на боль в горле как в спокойном состоянии (92–95% случаев), так и при глотании (87–94% случаев), ощущение инородного тела в области горла (78–92% случаев) и периодический сухой кашель (69–85% случаев). При проведении эндоскопического осмотра в обеих группах со стороны небных миндалин наблюдались выраженные симптомы воспалительного процесса (рис. 3). Изменение структуры небных миндалин регистрировалось в 100% случаев, в то время как гиперемия и валикообразное утолщение краев небных дужек выявлено в 86 и 89% случаев у пациентов 1-й и 2-й группы соответственно, наличие патологического содержимого в лакунах небных миндалин в виде казеозно-гнойных пробок или жидкого гноя отмечено в 75 и 85% случаев.

На фоне применения препарата Тонзилгон® Н уже ко 2-му визиту (7-й день) наблюдалось снижение частоты основных жалоб. Так, боль в горле при глотании у пациентов в 1-й группе выявлена в 66,7% случаев, жалоба на ощущение инородного тела в области горла – в 40% наиболее значимые изменения отмечены пациентами во 2-й группе, обозначенные жалобы отмечали 71,8 и 54,4% пациентов. К 3-му визиту (14-й день) у пациентов с компенсированной формой ХТ без коморбидной патологии субъективные симптомы полностью купировались, а у пациентов 2-й группы лишь у 6,25% сохранялись периодически возникающие болевые ощущения при глотании.

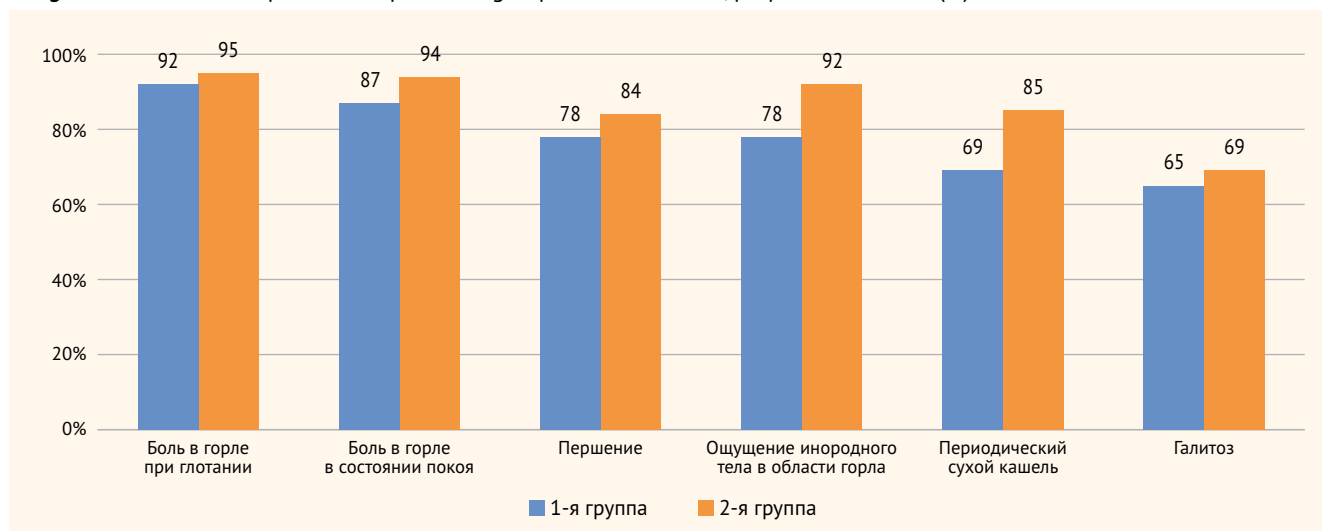
При объективном осмотре на 2-м визите (7-й день) у 87,5% пациентов 1-й группы наблюдалось статистически достоверное ($p < 0,05$) уменьшение гиперемии и валикообразного утолщения краев небных дужек. При объективном осмотре к 14-му дню терапии было

● **Рисунок 1.** Оценка по ВАШ результатов лечения пациентами при динамическом наблюдении (средний балл)

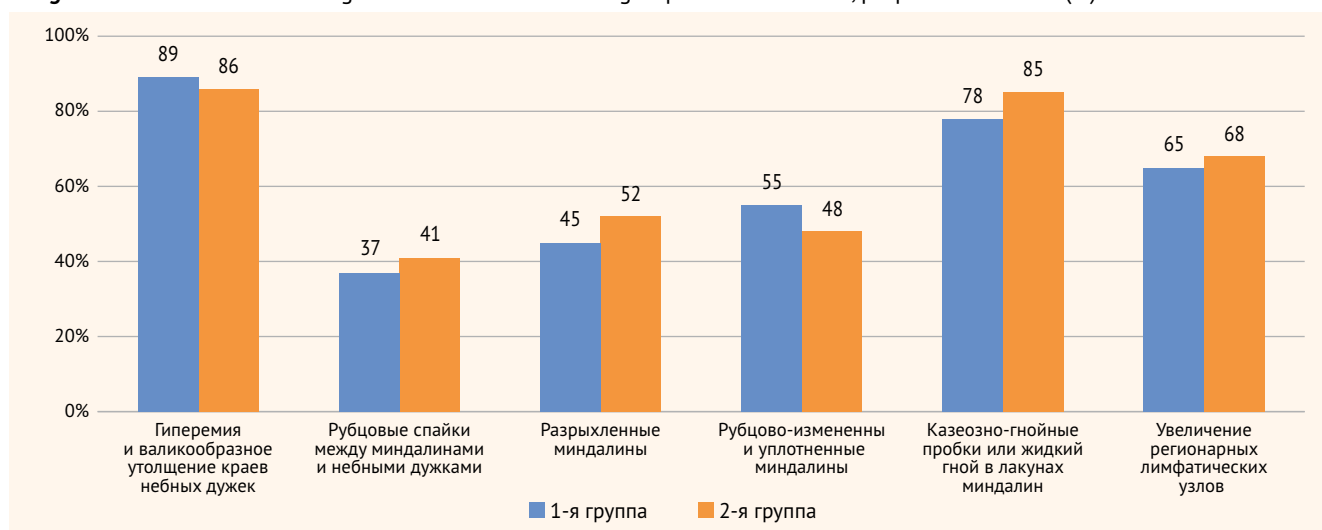
● **Figure 1.** VAS assessment of treatment results by patients during follow-up (average score)



● **Рисунок 2.** Оценка жалоб пациентов в группах при первом визите, доля случаев (%)
 ● **Figure 2.** Evaluation of patient complaints in groups at the first visit, proportion of cases (%)



● **Рисунок 3.** Оценка местных признаков хронического тонзиллита в группах при первом визите, доля случаев (%)
 ● **Figure 3.** Evaluation of local signs of chronic tonsillitis in groups at the first visit, proportion of cases (%)



установлено, что воспалительные явления в глотке перестали наблюдаться у 96,7% пациентов 1-й группы. Только в 3,3% случаев сохранялось патологическое содержимое в лакунах небных миндалин в виде единичных казеозных пробок. Во 2-й группе купирование воспалительного процесса происходило менее выражено: в 28,1% наблюдений у пациентов 2-й группы отмечалось наличие патологического содержимого в лакунах небных миндалин и увеличение шейных лимфатических узлов.

Оценка динамики выраженности субъективных симптомов у пациентов обеих групп в баллах отображена в *табл. 1*. Одинаково выраженная регрессия симптома боли в горле при глотании у пациентов обеих групп регистрировалась уже к 7-му дню лечения, при этом сравнение параметров регрессии этого симптома между группами выявило достоверные различия между 7-м и 14-м днем ($p < 0,05$). Так, у пациентов 1-й группы выраженность болевых ощущений на 7-й день составляла $1,2 \pm 0,84$ балла, во 2-й – $1,35 \pm 0,87$ балла,

к 3-му визиту (14-й день) выраженность симптома соответствовала $0,04 \pm 0,03$ и $0,05 \pm 0,03$ балла.

Динамика симптома боли в горле в состоянии покоя у пациентов с ХТ и коморбидной патологией, напротив, оказалась более выраженной в период между 2-м и 3-м визитом, в то время как у пациентов в 1-й группе регресс был более показательным уже к 7-му дню лечения ($p < 0,05$). Выраженность симптома першения во 2-й группе уже на 7-й день лечения снизилась в 2 раза – с $2,47 \pm 0,71$ до $1,21 \pm 0,64$ балла. Динамика жалоб на периодический сухой кашель и галитоз была равномерна и статистически значима ($p < 0,05$) в обеих группах. Ко 2-му визиту (7-й день) отмечено уменьшение выраженности неприятного запаха изо рта в 1,9 раза в 1-й группе, в 1,7 раза – во 2-й группе, также снизилась выраженность жалобы на периодический сухой кашель.

Данные сравнительной оценки выраженности объективной симптоматики у пациентов обеих групп приведены в *табл. 2*. Так, наблюдалось снижение в 1,8 раза

- **Таблица 1.** Степень выраженности субъективных признаков у пациентов в баллах при динамическом наблюдении, $M \pm SD$
 ● **Table 1.** The severity of subjective signs in patients in points during dynamic observation, $M \pm SD$

Субъективные признаки хронического тонзиллита	1-я группа			2-я группа		
	1-й день	7-й день	14-й день	1-й день	7-й день	14-й день
Боль в горле при глотании	2,55 ± 0,81	1,20 ± 0,84*	0,04 ± 0,03*	2,68 ± 0,72	1,35 ± 0,87*	0,05 ± 0,03*
Боль в горле в состоянии покоя	1,99 ± 0,75	0,99 ± 0,79*	0,01 ± 0,07*	2,10 ± 0,61	1,81 ± 0,95*	0,20 ± 0,61*
Першение	2,22 ± 0,52	1,14 ± 0,52	0,02 ± 0,04	2,47 ± 0,71	1,21 ± 0,64	0,03 ± 0,02
Ощущение инородного тела в области горла	2,10 ± 0,31	1,19 ± 0,84	0,01 ± 0,01	2,21 ± 0,69	1,36 ± 0,31	0,02 ± 0,01
Периодический сухой кашель	2,49 ± 0,99	1,30 ± 0,81*	0,04 ± 0,02*	2,51 ± 0,62	1,47 ± 0,41*	0,05 ± 0,03*
Галитоз	1,31 ± 0,41	0,64 ± 0,71*	0,01 ± 0,03*	1,55 ± 0,79	0,71 ± 0,49*	0,04 ± 0,02*

* $p < 0,05$.

- **Таблица 2.** Степень выраженности объективных признаков у пациентов в баллах при динамическом наблюдении, $M \pm SD$
 ● **Table 2.** The severity of objective signs in patients in points during dynamic observation, $M \pm SD$

Местные признаки хронического тонзиллита	1-я группа			2-я группа		
	1-й день	7-й день	14-й день	1-й день	7-й день	14-й день
Гиперемия и валикообразное утолщение краев небных дужек	2,88 ± 0,91	1,56 ± 0,87*	0,09 ± 0,02*	2,98 ± 0,97	1,66 ± 0,91*	0,10 ± 0,02*
Рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками	2,09 ± 0,87	2,08 ± 0,91	2,08 ± 0,83	2,05 ± 0,99	2,03 ± 0,89	2,04 ± 0,99
Разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины	2,61 ± 0,71	2,42 ± 0,81	2,39 ± 0,85	2,71 ± 0,54	2,79 ± 0,94	2,71 ± 0,84
Казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин	2,29 ± 0,71	1,52 ± 0,81*	0,40 ± 0,01	2,92 ± 0,92	1,99 ± 0,46*	0,75 ± 0,92
Увеличение регионарных лимфатических узлов	2,91 ± 0,82	1,49 ± 0,85*	0,03 ± 0,01*	2,89 ± 0,61	1,96 ± 0,99*	1,05 ± 0,04*

* $p < 0,05$.

выраженности местного признака ХТ – гиперемии и валикообразного утолщения краев небных дужек у пациентов обеих групп, динамика изменений при этом характеризовалась равномерностью, составив на 14-й день в 1-й группе $0,09 \pm 0,02$ балла и $0,1 \pm 0,02$ балла – во 2-й ($p < 0,05$). Выраженность казеозно-гнойных пробок или жидкого гноя в лакунах миндалин уменьшилась в 1,5 раза в 1-й группе, составив $1,52 \pm 0,81$ балла, и в 1,46 раза во 2-й группе, составив $1,99 \pm 0,46$ балла ($p < 0,05$). К окончанию курса лечения (14-й день) выраженность этого признака у пациентов с ХТ без коморбидной патологии была меньше. Аналогичные изменения касались динамики состояния регионарных лимфатических узлов, выраженность этого признака по завершении курса лечения в 1-й группе составила $0,03 \pm 0,01$ балла, во 2-й – $1,05 \pm 0,04$ балла ($p < 0,05$). Выраженность таких объективных признаков, как рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками и разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины, в обеих группах при динамическом наблюдении к 14-му дню оставалась практически на исходном уровне, однако значения не были статистически значимыми ($p > 0,05$).

Общий терапевтический эффект от применения препарата Тонзилгон® Н оценивал врач-терапевт через 3 мес. по завершении курса, учитывая число обострений воспалительного процесса со стороны верхних дыхательных путей и необходимости применения антибактериальных препаратов при использовании программы ЭВМ [19]. У пациентов с ХТ без коморбидной патологии обострения в течение 3 мес. были отмечены только в 6,6% случаев (2 пациента), во 2-й группе

(с коморбидной патологией) они встречались чаще – в 12,5% случаев (4 пациента). Следует отметить различия в характере обострений: в 1-й группе они протекали в легкой форме, что позволило отказаться от применения системных антибактериальных препаратов. У пациентов с ХТ и коморбидной патологией в 6,6% была назначена антибактериальная терапия.

По результатам оценки ВАШ общее самочувствие пациентов 1-й группы через 3 мес. после проведенного курса лечения соответствовало $0,91 \pm 0,03$ балла, во 2-й группе – $1,41 \pm 0,04$ балла, что говорит о стабильном соматическом состоянии и хорошей оценке результатов проведенного лечения с применением препарата Тонзилгон® Н. Все пациенты сообщали о хорошей переносимости препарата, побочных эффектов зафиксировано не было.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные нами результаты подтверждают данные проведенных ранее исследований, где была показана эффективность и безопасность препарата Тонзилгон® Н у взрослых и детей с ХТ [12, 13]. Изученные иммуномодуляторные, противовоспалительные и антисептические свойства растительного лекарственного препарата, а также его эффективность в уменьшении симптомов воспаления определяют возможность более широкого использования препарата Тонзилгон® Н в лечении компенсированной формы ХТ на амбулаторно-поликлиническом этапе, особенно в группе пациентов с коморбидной патологией.

Проведенная оценка эффективности терапии показала существенное улучшение самочувствия у пациентов с ХТ без сопутствующей соматической патологии уже ко 2-му визиту (7-й день). В то время как у пациентов с коморбидной патологией основная динамика симптомов наблюдалась с 7-го по 14-й день лечения, только в 6,25% случаев сохранялись периодически возникающие болевые ощущения при глотании.

Результаты эндоскопического осмотра по окончании проведенного лечения показали, что воспалительные явления в глотке купировались у 96,7% пациентов 1-й группы. Во 2-й группе наблюдаемые изменения были менее выраженными: в 28,1% случаев сохранялось патологическое содержимое в лакунах небных миндалин и увеличение шейных лимфатических узлов. Обострения ХТ у пациентов без коморбидной патологии при наблюдении в динамике терапевтом в течение 3 мес. встречались в 6,6% случаев, у пациентов с отягощенным коморбидным фоном – в 12,5%. Таким образом, назначение препарата Тонзилгон® Н в лечении ХТ оказалось эффективным, клинически оправданным и безопасным для пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническая динамика симптомов и объективных признаков ХТ позволяет рекомендовать прием препарата Тонзилгон® Н продолжительностью не менее 14 дней пациентам с коморбидными состояниями с последующей оценкой в динамике самочувствия и случаев рецидива заболеваний в течение 3 мес. Высокая оценка результатов лечения подтверждает безопасность применения препарата в качестве эффективного средства купирования выраженности симптомов ХТ и его включения врачом первичного звена и оториноларингологом в схемы сезонных регулярных курсов лечения в целях профилактики обострений ХТ для повышения эффективности лечения, как это указано в действующих клинических рекомендациях Министерства здравоохранения РФ по ведению пациентов с хроническим тонзиллитом [11].

Поступила / Received 14.03.2023
Поступила после рецензирования / Revised 02.08.2023
Принята в печать / Accepted 07.08.2023

Список литературы / References

- Popovych V, Koshel I, Malofiihuk A, Pyletska L, Semeniuk A, Filippova O, Orlovskaya R. A randomized, open-label, multicenter, comparative study of therapeutic efficacy, safety and tolerability of BNO 1030 extract, containing marshmallow root, chamomile flowers, horsetail herb, walnut leaves, yarrow herb, oak bark, dandelion herb in the treatment of acute non-bacterial tonsillitis in children aged 6 to 18 years. *Am J Otolaryngol*. 2019;40(2):265–273. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2018.10.012>.
- Гарашченко Т, Володарская В. Смесь лизатов бактерий для топического применения в профилактике и лечении хронического тонзиллита у детей. *Вопросы современной педиатрии*. 2009;8(6):109–112. Режим доступа: <https://vsp.spr-journal.ru/jour/article/view/1203/0>.
- Garashchenko T, Volodarskaya V. Bacterial lysates mixture for the topical administration in prophylaxis and treatment of chronic tonsillitis in children. *Current Pediatrics*. 2009;8(6):109–112. (In Russ.) Available at: <https://vsp.spr-journal.ru/jour/article/view/1203/0>.
- Пальчун ВТ, Гуров АВ, Аксенова АВ, Гусева ОА. Современные представления о токсико-аллергических проявлениях хронической тонзиллярной патологии, его этиологическая и патогенетическая роль в возникновении и течении общих заболеваний. *Вестник оториноларингологии*. 2012;77(2):5–12. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2012/2/030042-4668201221>.
- Palchun VT, Gurov AV, Aksenova AV, Guseva OA. The modern view of toxic-allergic manifestations of chronic tonsillar pathology, its etiological and pathological role in the evolution and development of general diseases. *Vestnik Oto-Rino-Laringologii*. 2012;77(2):5–12. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2012/2/030042-4668201221>.
- Карпищенко СА, Лавренова ГВ, Баранская СВ. Тонзиллит и тонзиллогенные заболевания. *Вестник оториноларингологии*. 2016;81(4):69–71. <https://doi.org/10.17116/otorino201681469-71>.
- Karpishchenko SA, Lavrenova GV, Baranskaya SV. Tonsillitis and tonsillogenic conditions. *Vestnik Oto-Rino-Laringologii*. 2016;81(4):69–71. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/otorino201681469-71>.
- Лайко АА, Гавриленко ЮВ, Волгина ИЕ. Функциональное состояние небных миндалин у детей, больных сахарным диабетом 1-го типа. *ScienceRise*. 2016;1(3):71–76. <https://doi.org/10.15587/2313-8416.2016.59330>.
- Laiko AA, Gavrilenko YuV, Volgina IE. Functional state of the palatine tonsils in children with type 1 diabetes mellitus. *ScienceRise*. 2016;1(3):71–76. (In Russ.) <https://doi.org/10.15587/2313-8416.2016.59330>.
- Бирюкова ЕВ, Гуров АВ, Юшкина МА. Сахарный диабет и гнойно-воспалительные заболевания лор-органов. *Сахарный диабет*. 2012;15(2):54–59. <https://doi.org/10.14341/2072-0351-5519>.
- Biryukova EV, Gurov AV, Yushkina MA. Diabetes mellitus and pyoinflammatory diseases of ENT organs. *Diabetes Mellitus*. 2012;15(2):54–59. (In Russ.) <https://doi.org/10.14341/2072-0351-5519>.
- Ikoma R, Arai Y, Yamamoto S, Tsukuda M. A case of thyroid crisis in acute tonsillitis treatment. *Nihon Jibinkoka Gakkai Kaiho*. 2010;113(7):602–606. (In Japanese) <https://doi.org/10.3950/jibinkoka.113.602>.
- Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. *Int J Mol Sci*. 2019;20(6):1475. <https://doi.org/10.3390/ijms20061475>.
- Sigurdardottir SL, Thorleifsdottir RH, Valdimarsson H, Johnston A. The role of the palatine tonsils in the pathogenesis and treatment of psoriasis. *Br J Dermatol*. 2013;168(2):237–242. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.12125.x>.
- Chevretton EB, Davis JP. Tonsillitis: its causes, management and possible complications. *Int J Clin Pract*. 1997;51(8):485–486. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9536597/>.
- Артюшкин СА, Еремина НВ, Рязанцев СВ, Карнеева ОВ, Крюков АИ, Кунельская НЛ. Хронический тонзиллит: клинические рекомендации. М.; 2021. 47 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/683_1.
- Крюков АИ, Кунельская НЛ, Царапкин ГЮ, Изотова ГН, Товмасыан АС, Лучшева ЮВ. Изучение эффективности и безопасности препарата Тонзилгон® Н в лечении хронического фарингита. *Медицинский совет*. 2016;(17):42–44. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-17-42-44>.
- Kryukov AI, Kunelskaya NL, Tsarapkin GYu, Izotova GN, Tovmasyan AS, Luchsheva YuV. The study of the efficacy and safety of Tonsilgon® N in the treatment of chronic pharyngitis. *Meditsinskiy Sovet*. 2016;(17):42–44. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-17-42-44>.
- Преображенская ЮС, Дроздова МВ, Рязанцев СВ. Этиологические аспекты хронической патологии лимфоэпителиального глоточного кольца у детей на современном этапе. *Медицинский совет*. 2021;(18):100–105. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-18-100-105>.
- Preobrazhenskaya YuS, Drozdova MV, Ryzantsev SV. Etiological aspects of chronic pathology of the lymphoepithelial pharyngeal ring in children at the present stage. *Meditsinskiy Sovet*. 2021;(18):100–105. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-18-100-105>.
- Дрынов ГИ, Иванюшина ОК, Дьякова ФН. Препарат Тонзилгон® Н в лечении хронического тонзиллита у детей. *Эффективная фармакотерапия*. 2014;(3):4–6. Режим доступа: <https://umedp.ru/upload/iblock/3b1/3b1766f5eb91a9eef9cec94c1aa9f3c.pdf>.
- Drynov GI, Ivanyushina OK, Dyakova FN. Tonsilgon® N in therapy of chronic tonsillitis in children. *Effective Pharmacotherapy*. 2014;(3):4–6. (In Russ.) Available at: <https://umedp.ru/upload/iblock/3b1/3b1766f5eb91a9eef9cec94c1aa9f3c.pdf>.
- Гуров АВ, Юшкина МА. Возможности применения препарата Тонзилгон® Н в комплексной терапии хронического тонзиллита. *Consilium Medicum*. 2018;20(11):20–24. Режим доступа: <https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/95100>.
- Gurov AV, Yushkina MA. Opportunities of Tonsilgon® N use in complex treatment of chronic tonsillitis. *Consilium Medicum*. 2018;20(11):20–24. (In Russ.) Available at: <https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/95100>.
- Дроздова МВ, Рязанцев СВ. Опыт применения препарата Тонзилгон Н при лечении хронического тонзиллита у часто болеющих детей. *Российская оториноларингология*. 2016;(5):120–125. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2016-5-120-125>.
- Drozdova MV, Ryzantsev SV. The experience of administration of the preparation tonsilgon n in treatment of chronic tonsillitis in sickly children. *Rossiiskaya Otorinolaringologiya*. 2016;(5):120–125. (In Russ.) <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2016-5-120-125>.
- Климова ИИ, Баженов ДВ. Эффективность препарата Тонзилгон Н в лечении детей с хроническим аденоидитом. *Вестник оториноларингологии*.

2014;(2):75–78. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2014/2/030042-46682014217>.
 Klimova II, Bazhenov DV. The effectiveness of a herbal preparation Tonsilgon N for the treatment of the children presenting with chronic adenoiditis. *Vestnik Oto-Rino-Laringologii*. 2014;(2):75–78. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2014/2/030042-46682014217>.

18. Солдатов ИБ (ред.). *Руководство по оториноларингологии*. 2-е изд. М.: Медицина; 1997. 608 с.
19. Чечко АН. *Программа для диагностики гнойно-воспалительных заболеваний глотки. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ RU 2021666205, 11.10.2021*. Режим доступа: <https://www.fips.ru/iiss/document.xhtml?faces-redirect=true&id=a18b0f73b024b1d04f82c021f3d7bb63>.

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад в написание статьи.

Contribution of authors:

The authors made equal contributions to the writing of the article.

Информация об авторах:

Владимирова Татьяна Юльевна, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой оториноларингологии имени академика РАН И.Б. Солдатова, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; t.yu.vladimirovalor@samsmu.ru

Фатенков Олег Вениаминович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской терапии, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; o.v.fatenkov@samsmu.ru

Соколова Светлана Юрьевна, к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; sokolova.s.med@gmail.com

Мартынова Анастасия Борисовна, аспирант кафедры оториноларингологии имени академика РАН И.Б. Солдатова, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; martynova.a.med@yandex.ru

Information about the authors:

Tatyana Yu. Vladimirova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Otorhinolaryngology named after Acad. RAS I.B. Soldatov, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; t.yu.vladimirovalor@samsmu.ru

Oleg V. Fatenkov, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Faculty Therapy, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; o.v.fatenkov@samsmu.ru

Svetlana Yu. Sokolova, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Faculty Therapy, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; sokolova.s.med@gmail.com

Anastasia B. Martynova, Postgraduate Student of the Department of Otorhinolaryngology named after Acad. RAS I.B. Soldatov, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; martynova.a.med@yandex.ru