

Эффективность Протефлазида в комплексе иммунореабилитации реконвалесценто́в анги́н бактериальной этиологии

В.А.Терешин

*Луганский государственный медицинский университет, отдел экологической генетики и иммунологии
Украинского научного центра медицинской генетики АМН Украины*

В современных условиях отмечается высокая заболеваемость анги́нами среди лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста [1,4]. При этом в конкретных социально-экологических условиях крупных промышленных регионов с высоким уровнем загрязнения окружающей среды химически вредными веществами, в частности в Донбассе, заболеваемость анги́нами существенно превышает аналогичные показатели для областей со сравнительно благоприятной экологической обстановкой [4,5]. Установлено, что у рабочих машиностроительной и металлургической промышленности заболеваемость анги́нами в 3-4 раза выше, а у шахтеров-угольщиков и коксохимиков – в 5-6 раз выше, чем у лиц аналогичной возрастной и половой группы, не подвергающихся по роду своей трудовой деятельности влиянию экологически вредных факторов производственного характера [7,8].

Патогенетической основой более высокой заболеваемости анги́нами, в том числе повторными, и формирования хронической тонзиллярной патологии у лиц, постоянно проживающих в регионах с высоким уровнем загрязнения окружающей среды ксеннобиотиками, либо находящихся под воздействием комплекса неблагоприятных факторов по роду своей профессиональной деятельности, служит формирование вторичных иммунодефицитных состояний и снижение естественной антиинфекционной резистентности.

В результате проведенных нами исследований установлено, что сохранения в периоде реконвалесценции после перенесенной анги́ны бактериальной этиологии (АБЭ) остаточных явлений заболевания на фоне вторичных иммунодефицитных состояний и снижения естественной антиинфекционной резистентности угрожаемо по развитию хронического тонзиллита (ХТ), возникновению повторных и рецидивирующих анги́н.

Поэтому для такой категории больных АБЭ целесообразно проведение иммунореабилитации, что будет способствовать восстановлению иммунологического гомеостаза, нормализации факторов естественной антиинфекционной резистентности, а в клиническом плане – предотвращению развития повторных и рецидивирующих анги́н и существенному снижению вероятности формирования ХТ.

При разработке рационального метода иммунореабилитации, наше внимание привлекла возможность использования с этой целью отечественного препарата растительного происхождения протефлазида. Протефлазид содержит комплекс биофлавоноидов из дикорастущих злаков, который обладает высокой фармакологической активностью – адаптогенными и противовирусными свойствами, оказывает иммунокорректирующий эффект при иммунодефицитах различного генеза, восстанавливает исходно сниженные показатели естественной антиинфекционной резистентности. Поэтому мы посчитали целесообразным изучить эффективность протефлазида как средства иммунореабилитации реконвалесценто́в АБЭ.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 186 реконвалесценто́в АБЭ в возрасте 20-45 лет, которые были распределены по случайному признаку (№ истории болезни) на 2 равные группы по 93 пациента в каждой, получавшие аналогичный комплекс реабилитационных мероприятий после перенесенной анги́ны - полоскание ротоглотки отварами лекарственных трав, физиотерапевтические процедуры (КУФ или УФО на область небных миндалин, №5, либо УВЧ или СВЧ на область регионарных лимфатических узлов, № 4-5), аскорбиновую кислоту, поливитамины. Кроме того, пациенты первой группы (основной) получали протефлазид по 8-10 капель 3 раза в день на протяжении 20-30 дней подряд, как средство иммунореабилитации. Указанную дозу протефлазида растворяли в 50-60 мл теплой кипяченой воды, причем реконвалесцентам рекомендовали сначала тщательно прополоскать полученным раствором ротоглотку, после чего его проглотить. Таким образом, мы рассчитывали наряду с системным действием препарата обеспечить также его влияние на небные миндалины и частичное местное всасывание в ротоглотке. Пероральный прием протефлазида делает очень удобным применение этого средства в амбулаторно-поликлинической практике и на дому, поскольку не требует каких-либо особых условий для введения препарата. Целесообразно, однако, осуществлять первые приемы протефлазида еще в условиях инфекционного стационара, поскольку часть больных нуждается в обучении полоскания раствором протефлазида ротоглотки (которое должно быть максимально продолжительным). Действительно, чем более продолжительно местное воздействие протефлазида на слизистую оболочку ротоглотки, и чем больше препарата всасывается здесь, тем более вероятность его непосредственного воздействия как на небные миндалины, так и мелкие элементы лимфоидной ткани, рассеянные в подслизистом слое ротоглотки.

В первой (основной) группе было 46 (49,5%) мужчин и 47 (50,5%) женщин, во второй группе (контрольной) – 44 женщины (47,3%) и 49 (52,7%) мужчин. В остром периоде заболевания лакунарная ангина диагностирована у 68 (73,1%) пациентов основной и 66 (71,0%) больных контрольной группы, фолликулярная ангина – соответственно у 25 (26,9%) больных основной группы и 27 (29,0%) пациентов контрольной группы. По тяжести течения: среднетяжелое течение ангины было у 80 (86,0%) пациентов основной группы и 82 (88,2%) – контрольной группы, тяжелое соответственно – у 13 (14%) больных основной группы и 11 (11,8%) больных в контрольной группе. Все обследованные находились на стационарном обследовании и лечении в специализированном инфекционном отделении (зав. – Л.Ф. Антонова) для госпитализации больных ангинами.

При бактериологическом обследовании отделяемого лакун и гнойных налетов на небных миндалинах, была выделена следующая микрофлора: зеленающий стрептококк (*Strept. viridans*) в монокультуре – у 30 (32,2%) больных основной группы и 26 (28,0%) пациентов контрольной группы; энтерококк (*Strept. faecalis*) в монокультуре – у 24 (25,8%) пациентов основной группы и 24 (25,8%) больных контрольной группы; гемолитический стрептококк (*Strept. pyogenes*) в монокультуре – у 8 (8,6%) больных основной группы и 5 (5,4%) пациентов контрольной группы, *Str. anginosus* группы F – у 21 (22,5%) больных основной группы и 17 (18,2%) – контрольной; патогенный золотистый плазмокоагулирующий стафилококк (*Staph. aureus*) – у 10 (10,8%) пациентов основной группы и 21 (23,6%) больных контрольной группы.

Полученные результаты и их анализ

В клиническом плане в периоде ранней реконвалесценции у обследованных больных сохранялись умеренно выраженная слабость, недомогание, снижение трудоспособности, повышенная утомляемость. У части реконвалесцентов, преимущественно у женщин, имели место астено-невротические симптомы. Остаточные явления перенесенной ангины в виде гипертрофии небных миндалин I-II ст. выявлены у 56 (30,1%) реконвалесцентов, увеличение регионарных (подчелюстных) лимфатических узлов – у 62 (33,3%), их чувствительности или умеренной болезненности при пальпации – у 55 (29,6%), першения или царапанья в горле – у 75 (40,3%). Четко выраженные признаки астенического синдрома имели место у 83 (44,6%) реконвалесцентов, наличие субфебрилитета – у 38 (20,4%). Показательно, что частота встречаемости остаточных явлений перенесенной АБЭ в обеих группах обследованных реконвалесцентов была практически одинаковой (табл. 1).

Таблица 1

Остаточные явления перенесенной АБЭ у обследованных пациентов в периоде ранней реконвалесценции

Клиническая симптоматика	Частота выявления			
	основная группа		контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
Гипертрофия небных миндалин I-II ст.	29	31,2	27	29,0
Увеличение зачелюстных лимфоузлов	32	34,4	30	32,3
Болезненность зачелюстных лимфоузлов при пальпации	29	31,2	26	28,0
Субфебрилитет	20	21,5	18	19,4
Астенический синдром	43	46,2	40	43,0
Першение в горле	39	41,9	36	38,7

Включение протеклазида в комплекс средств реабилитации больных после перенесенной АБЭ оказывал четко выраженный позитивный эффект, который проявился прежде всего уменьшением, а затем и полной ликвидацией слабости, недомогания, нормализацией аппетита и общего самочувствия больных. Пациенты обычно отмечали улучшение самочувствия и повышения работоспособности уже на 3-4 сутки с начала приема препарата, одновременно у них ликвидировалось першение в горле, исчезала болезненность или чувствительность при пальпации регионарных (подчелюстных) лимфатических узлов, нормализовался сон, повышалась физическая и умственная работоспособность. Больные охотно принимали препарат, отмечая его приятный хлебный запах и хорошие вкусовые качества. Нами не установлено никаких побочных эффектов или нежелательных реакций на введение протеклазида, в том числе и аллергических. После первых 7-10 дней приема протеклазида практически все реконвалесценты АБЭ основной группы отмечали удовлетворительное или хорошее самочувствие, ровное спокойное настроение, полную ликвидацию астении или существенное снижение ее проявлений, исчезновение неприятных ощущений в ротоглотке (першения, царапанья, «заложенности» горла и т.д.).

При подсчете длительности сохранения тех или иных симптомов в основной и контрольной группах установлено, что у больных основной группы, получавших протеклазид в курсе медицинской реабилитации, продолжительность сохранения остаточных явлений перенесенной ангины существенно сокращается по сравнению с контрольной группой (табл. 2).

**Влияние протектазида на клинические показатели
у обследованных больных (M±m)**

Клинические показатели	Группы обследованных		P
	основная	контроль ная	
Длительность сохранения (в днях): - гипертрофии небных миндалин	10,6±2,1	21,1±2,8	<0,05
- увеличения регионарных лимфоузлов	7,0±0,5	14,2±1,1	<0,05
- болезненности увеличенных лимфоузлов при пальпации	4,6±0,3	7,8±0,25	<0,05
- першения в горле	5,2±0,2	10,0±0,3	<0,01
- субфебрилитета	5,1±0,3	10,2±0,4	<0,01
- астенического синдрома	5,0±0,25	15,6±0,5	<0,01
- застойной гиперемии слизистой ротоглотки	4,2±0,3	8,6±0,4	<0,01
- слабости и недомогания	4,3±0,3	8,9±0,5	<0,05
- снижения трудоспособности	4,8±0,3	16,0±0,5	<0,01

Так, длительность сохранения гипертрофии небных миндалин при использовании протектазида по сравнению с контрольной группой сокращается на 10,6±2,1 дня, или в 2 раза по сравнению с реконвалесцентами, у которых медицинская реабилитация осуществлялась общепринятыми средствами, увеличение регионарных (подчелюстных) лимфатических узлов – на 7,0±0,5 дня, или также в 2 раза (P<0,05), болезненности увеличенных лимфатических узлов при пальпации – на 4,6±0,3 дня, или в 1,7 раза (P<0,05), ощущения першения, царапанья и других неприятных ощущений в горле – на 5,2±0,2 дня, или в 1,9 раза (P<0,01), субфебрилитета - на 5,1±0,2 дня, или в 2 раза (P<0,01), застойной гиперемии слизистой оболочки ротоглотки – на 4,2±0,3 дня, или в 2 раза (P<0,01), слабости, недомогания, повышенной утомляемости – на 4,3±0,3 дня, или в 2,1 раза (P<0,01), снижения работоспособности, как физической, так и умственной - на 4,8±0,3 дня, или в 3,3 раза (P<0,01) (табл.2).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что включение протектазида в комплекс средств медицинской реабилитации реконвалесцентов АБЭ способствует существенному ускорению ликвидации остаточных явлений перенесенной АБЭ, нормализации самочувствия и общего состояния больных, полной ликвидации воспалительного процесса в ротоглотке. Исходя из данных диспансерного наблюдения было установлено, что в течение 6 мес. после завершения курса иммунореабилитации с включением протектазида, у реконвалесцентов основной группы повторных ангин не было. В контрольной группе за 6 мес. отмечены повторные ангины в 5 случаях (5,4%). Итак полученные данные позволяют считать, что протектазид является эффективным средством медицинской реабилитации при АБЭ и может использоваться с данной целью в условиях инфекционных стационаров и, что особенно важно, в амбулаторно-поликлинической практике.

Л и т е р а т у р а

1. Ангелович М.С. Осложнения ангин у лиц молодого возраста и некоторые вопросы их прогнозирования: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Челябинск, 1988. – 26 с.
2. Давидчук Г.Н., Муратова Л.К., Заболотный К.Г. Иммунные нарушения у больных ангинами // Актуальні проблеми екології, клінічної імунології та інфекційної патології: Матер. III наук. симпозіуму. – Київ – Луганськ, 1995. – С. 34 – 35.
3. Дифференциальная диагностика и лечение ангин: Методические рекомендации / В.М. Фролов, А.В. Мякина, И.Б. Еришова.- Луганск, 1991.- 43 с.
4. Муратова Л.К. Клинико-иммунологическая характеристика и лечение ангин у жителей промышленного региона: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Луганск, 1993. – 23 с.
5. Мякина А.В. Клинико-иммунологическая характеристика и лечение ангин у рабочих горноугольной и металлургической промышленности: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Луганск, 1991. – 17 с.
6. Пальчун В.Т. Ангина, хронический тонзиллит, сопутствующие и сопряженные с ними заболевания. // Терапевт. архив. – 1988. - № 10. – С.56–60.
7. Фролов В.М., Пересадин Н.А., Петруня А.М., Деменков В.Р. Иммунологические показатели у горнорабочих, страдающих хроническим тонзиллитом, и перспективы проведения у них иммунокоррекции // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.- 1993.- № 3.- С. 33 – 37.
8. Фролов В.М., Деменков В.Р., Петруня А.М. Показатели иммунитета у рабочих коксохимических производств при ангине и хроническом тонзиллите // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1994. - №4. – С.6-9.
9. Фролов В.М., Волянский Ю.Л., Заболотный К.Г. Патогенез и терапия тяжелых форм ангин (клинико-биохимические и иммунологические исследования). – Харьков-Луганск, 1997.–182 с.