



# Применение препарата Тонзипрет при лечении больных с хроническим тонзиллитом с болевым синдромом в глотке

МГМСУ,  
кафедра ЛОР-болезней

Д.м.н., проф. В.В. ВИШНЯКОВ, к.м.н. В.Н. КОСТЮК

Также боль в горле является актуальной проблемой после двусторонней тонзиллэктомии в раннем послеоперационном периоде. После перенесенной операции у этих пациентов из-за сильной боли в горле нарушается сон, больные отказываются от приема пищи, что негативно влияет на течение послеоперационного процесса. Боль беспокоит больных около 6–7 дней. Интенсивность боли, как правило, соответствует выраженности местных реактивных явлений в глотке: в виде гиперемии и отека небно-глочочных и небно-язычных дужек, а иногда и мягкого неба [7]. Для уменьшения боли в глотке в первые дни после тонзиллэктомии назначают анальгетики, седативные препараты [1]. Однако эти средства противопоказаны при тяжелых заболеваниях печени и почек, могут вызывать аллергические реакции.

При лечении пациентов с заболеваниями респираторного тракта, в том числе с хроническим тонзиллитом, широко используются антибактериальные средства. Однако это может приводить к формированию резистентности возбудителей бактериальной инфекции из-за перехода вегетирующих форм стрептококка под влиянием антибиотиков в L-формы, кото-

*Хронический тонзиллит относится к воспалительным заболеваниям верхних дыхательных путей, им страдает от 4 до 20% населения страны, и несмотря на различные методы лечения, количество больных не уменьшается [2, 3, 8, 6].  
Одной из основных причин, по которым эти больные обращаются к врачу, является боль в глотке.*

рые сохраняются длительное время в макроорганизме в составе иммунных комплексов, тем самым создавая предпосылки к рецидивам болезни [5, 9]. Также имеются данные об угнетающем влиянии большинства антибиотиков на иммунореактивность организма посредством повреждающего действия иммунокомпетентных клеток [4].

Исходя из вышеизложенного представляется актуальным поиск и применение новых противовоспалительных препаратов. Поэтому нами изучается возможность применения препарата Тонзипрет для лечения больных с хроническим тонзиллитом, у которых одним из ведущих симптомов являлась боль в горле.

Тонзипрет – комплексный гомеопатический препарат (регистрационное удостоверение ЛС-001652), разработанный компанией «Био-

норика» для лечения больных с воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей (тонзиллита, фарингита и ларингита), ведущим симптомом которых является боль. Тонзипрет представляет собой комбинацию трех лекарственных растений: лаконоса американского (*Phytolacca Americana*), гваякового дерева (*Guaiaecum officinale*) и перца стручкового (*Capsicum annuum*). Наличие в препарате этих компонентов обеспечивает выраженное противовоспалительное и анальгезирующее действие: в частности, препарат обладает анальгезирующим эффектом, благодаря содержанию в нем плодов красного стручкового перца. А лаконос американский оказывает также иммуномодулирующее действие. Тонзипрет выпускается в лекарственной форме – таблетки для рассасывания.



**Таблица 1. Оценка результатов субъективного и объективного обследования больных после тонзиллэктомии по Б.С. Преображенскому**

Степень тяжести послеоперационного течения	Общее состояние	Температура	Субъективные ощущения в горле	Реакция со стороны окружающих тканей
Легкая	Небольшое недомогание	Субфебрильная температура в пределах 37,1–37,4 °С	Незначительная боль при глотании слюны и пищи	Небольшая отечность дужек и язычка
Средняя	Значительное недомогание	Субфебрильная температура в пределах 37,5–37,9 °С	Значительная боль при глотании слюны и пищи	Значительная отечность и инфильтрация дужек и язычка
Тяжелая	Тяжелое общее состояние, выраженная слабость	Фебрильная температура (от 38 °С и выше)	Сильная боль при глотании слюны и пищи	Отек и инфильтрация дужек и язычка

Нами в клинике ЛОР-болезней Московского медико-стоматологического университета для определения эффективности препарата Тонзилпрет проведено лечение 85 пациентов с хроническим тонзиллитом в возрасте от 17 до 45 лет в период с 2009 по 2010 г. включительно. Из них было 44 (51,8%) мужчины и 41 (48,2%) женщина. После клинического обследования больные были разделены на две группы:

- первая группа: 33 пациента с хроническим компенсированным тонзиллитом, которым было проведено консервативное лечение;
- вторая группа: 52 пациента с хроническим декомпенсированным тонзиллитом, которым было проведено хирургическое лечение.

Если в первой группе преобладали больные со сроком заболевания от 1 года до 5 лет, то во второй – от 5 до 10 лет.

Для обследования и лечения отбирали больных с точно установленным диагнозом хронического тонзиллита как с компенсированной, так и декомпенсированной формой. У всех больных собирали анамнез, выясняли жалобы, проводили клиническое исследование до, во время и после лечения. Во время фарингоскопии выявляли степень выраженности воспалительного процесса, определяли визуально размер небных дужек и их консистенцию, наличие в ла-

кунах патологического секрета или казеозных масс. Пальпаторно определяли регионарные лимфатические узлы (их величину, спаянность с окружающими тканями, болезненность при пальпации).

Форму заболевания определяли согласно классификации, принятой на VII Всесоюзном съезде оториноларингологов. Согласно этой классификации в первую группу вошли пациенты, у которых хронический тонзиллит характеризовался только местными проявлениями, такими как гипертрофия небных миндалин, данный признак встречался у 19 пациентов (57,6%); болевыми ощущениями в глотке – у 27 пациентов (81,8%); наличием жидкого гноя или казеозного детрита в лакунах небных миндалин – у 24 пациентов (72,7%). Из вышеизложенного видно, что основным субъективным симптомом у этих больных была боль в горле.

Во вторую группу вошли пациенты, у которых хронический тонзиллит характеризовался не только местными признаками, но и общими проявлениями в виде рецидивов ангин, субфебрильной температуры, снижения работоспособности, функциональных болей в суставах и подчелюстного лимфаденита. Учитывая, что больным второй группы до поступления в клинику проводилась консервативная терапия с кратковременным эффектом или без эффекта, то им

была проведена двусторонняя тонзиллэктомия.

Оценку состояния больных после тонзиллэктомии проводили по данным клинического обследования. Для оценки субъективных жалоб и реактивных явлений в раннем послеоперационном периоде нами была использована схема, предложенная Б.С. Преображенским в 1970 г.

Мы оценивали в раннем послеоперационном периоде общее состояние больного, его температурную реакцию, субъективные ощущения в горле, реакцию со стороны тонзиллярных ниш и окружающих ниш тканей.

Больных первой группы лечили консервативно. Для оценки результатов лечения была использована разработанная нами шкала:

- ухудшение состояния – 1 балл – усиление боли и более выраженные местные признаки;
- без изменения – 2 балла – у больных не произошло изменений в болевых ощущениях, и фарингоскопическая картина осталась прежней;
- незначительное улучшение – 3 балла (удовлетворительный результат) – уменьшение болевых ощущений в глотке и уменьшение выраженности местных признаков хронического тонзиллита;
- исчезновение боли – 4 балла (хороший результат) – купирование болевых ощущений в глотке и уменьшение выраженности местных проявлений;
- исчезновение боли – 5 баллов (отличный результат) – купирование болевых ощущений и нормализация местных проявлений.

Статистическую обработку проводили с использованием метода парных сравнений с вычислением средней арифметической (M), средней ошибки средней величины (m), степени вероятности (P). Достоверным считалось различие более 95% (p < 0,05).

Перед началом лечения больных первой группы мы разделили на две подгруппы. Контрольная подгруппа А (n = 15) получала



только базисную терапию, включающую в себя меры по нормализации нарушенной дренажной функции небных миндалин (механическое удаление казеозного детрита и жидкого гноя и промывание лакун раствором фурацилина) и физическое воздействие на них низкочастотным ультразвуком. Для этого использовался генератор УРСК-7 Н-22 в комплексе с вакуумным отсосом – аппарат «Тонзиллор». Ежедневно в течение 10 дней больным проводили по одному сеансу.

Основная подгруппа В (n = 18) больных с компенсированной формой хронического тонзиллита получала кроме базисной терапии также лечение препаратом Тонзипрет. Тонзипрет назначался в форме таблеток для рассасывания во рту, по одной таблетке 3 раза в день в течение 10 дней, причем больные этой подгруппы не получали других лекарственных препаратов.

У пациентов подгруппы А купирование болевого симптома и нормализация местных признаков происходили на  $8 \pm 1,8$  дня проводимого лечения, в то время как у пациентов, которым к базисной терапии был добавлен Тонзипрет, – на  $6 \pm 1,4$  дня ( $p < 0,05$ ). В таблице 2 показана динамика изменений местных признаков хронического тонзиллита у больных подгруппы А.

Как видно из таблицы, гипертрофия небных миндалин до проводимого лечения наблюдалась у 9 ( $60 \pm 10,8\%$ ) пациентов. Непосредственно после лечения этот признак наблюдался у 4 ( $26,7 \pm 11,4\%$ ) пациентов. В последующем, через месяц, при фарингоскопическом осмотре он диагностировался у 7 пациентов ( $46,7 \pm 9,8\%$ ). При изучении динамики выраженности боли в глотке нами были получены следующие результаты. Данный симптом был у 12 пациентов ( $80 \pm 11,2\%$ ) этой подгруппы. После лечения жалобы на болевые ощущения в глотке предъявляли 6 пациентов ( $40 \pm 10,6\%$ ). Как видно из таблицы 2, гнойный се-

**Таблица 2. Изменение местных признаков хронического тонзиллита у больных подгруппы А (контрольной), n = 15 (100%)**

Местные признаки хронического тонзиллита	До лечения (%)	После лечения (%)	Через месяц после лечения (%)
Гипертрофия небных миндалин	$60 \pm 10,8$	$26,7 \pm 11,4$	$46,7 \pm 9,8$
Болевые ощущения в глотке	$80 \pm 11,2$	$40 \pm 10,6$	$66,7 \pm 12,2$
Наличие гноя в лакунах	$73,3 \pm 9,8$	$20 \pm 8,6$	$46,7 \pm 9,6$

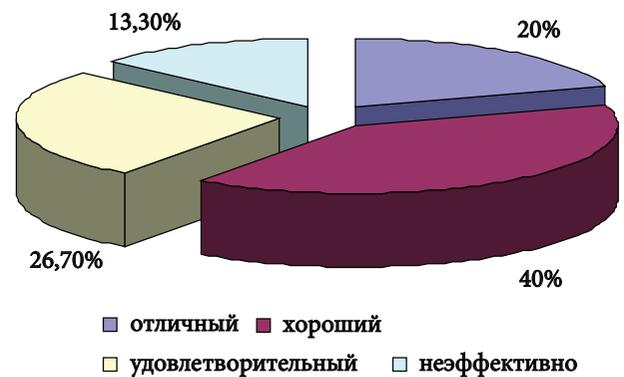
**Таблица 3. Изменение местных признаков хронического тонзиллита у больных подгруппы В (терапия Тонзипретом), n = 18 (100%)**

Местные признаки хронического тонзиллита	До лечения (%)	После лечения (%)	Через месяц после лечения (%)
Гипертрофия небных миндалин	$61,1 \pm 10,2$	$16,6 \pm 7,7$	$27,7 \pm 10,7$
Болевые ощущения в глотке	$83,3 \pm 11,2$	$13,3 \pm 8,8$	$22,2 \pm 9,5$
Наличие гноя в лакунах	$72,2 \pm 10,4$	$16,6 \pm 7,8$	$27,7 \pm 9,8$

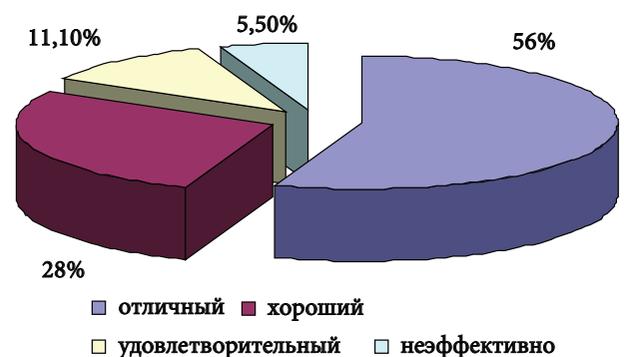
крет в лакунах небных миндалин у пациентов подгруппы А наблюдался у 10 больных ( $73,3 \pm 9,8\%$ ), после лечения – у 3 пациентов ( $20 \pm 8,6\%$ ), а через месяц при фарингоскопии он диагностировался у 7 пациентов ( $46,7 \pm 9,6\%$ ).

Оценка эффективности лечения пациентов подгруппы А показала следующее: «отличный» результат был получен у 3 больных (20%), «хороший» – у 6 больных (40%), «удовлетворительный» – у 4 больных (26,7%), у 2 больных (13,3%) лечение оказалось неэффективным. Динамика изменения болевого симптома и местных признаков у больных в подгруппе В представлена в таблице 3.

Гипертрофия небных миндалин была выявлена до лечения у 11 пациентов ( $61,1 \pm 10,2\%$ ). После лечения она была диагностирована только у 3 пациентов ( $16,6 \pm 7,7\%$ ). Через месяц после проведенного лечения данный признак был у 5 пациентов ( $27,7 \pm 10,7\%$ ). На боль в глотке предъявляли жалобы до лечения 15 пациентов ( $83,3 \pm 11,2\%$ ). После проведенного лечения эти жалобы были только у 2 пациентов ( $13,3 \pm 8,8\%$ ), а через месяц после лечения – у 4 пациентов ( $22,2 \pm 9,5\%$ ). До лечения гнойный секрет в лакунах определялся у 13 пациентов ( $72,2 \pm 10,4\%$ ), после проведенного лечения – у 3 па-



**Рис. 1. Эффективность лечения больных с хроническим компенсированным тонзиллитом в подгруппе А (контрольной)**



**Рис. 2. Эффективность лечения больных с хроническим компенсированным тонзиллитом в подгруппе В (терапия Тонзипретом)**



**Таблица 4. Субъективный болевой симптом после двусторонней тонзиллэктомии в раннем послеоперационном периоде у больных основной (С) и контрольной (Д) подгрупп**

Больные с хроническим декомпенсированным тонзиллитом после тонзиллэктомии	Легкая степень (%)	Средняя степень (%)	Тяжелая степень (%)
Контрольная подгруппа, n = 20 (100%)	35 ± 10,2	40 ± 11,1	25 ± 8,0
Основная подгруппа, n = 32 (100%)	81,2 ± 9,3	15,6 ± 6,9	31 ± 1,1

циентов (16,6 ± 7,8%), а через месяц – у 5 пациентов (27,7 ± 9,8%). Эффективность лечения у пациентов подгруппы В представлена следующим образом: «отличный» результат был получен у 10 пациентов (55,6%), «хороший» – у 5 пациентов (27,7%), «удовлетворительный» – у 2 пациентов (11,1%), лечение оказалось неэффективным у 1 пациента (5,5%).

Больных второй группы, которым была проведена двусторонняя тонзиллэктомия, также разделили на 2 подгруппы.

Подгруппа С была контрольной (n = 20): пациентам в послеоперационном периоде проводили полоскание глотки растворами фурацилина и мирамистина.

Подгруппа Д была основной (n = 32): этим больным после тонзиллэктомии в раннем послеоперационном периоде проводилось лечение препаратом Тонзипрет. Кратность приема составляла 8–12 таблеток в сутки и зависела от выраженности реактивных явлений в глотке в раннем послеоперационном периоде: по мере стихания боли и исчезновения реактивных явлений кратность приема снижалась до 3 раз в день. Курс терапии составлял 8–12 дней.

Мы провели сравнение выраженности болевого симптома, а также его продолжительности в ран-

нем послеоперационном периоде у больных второй группы после двусторонней тонзиллэктомии. Сравнительные результаты представлены в таблице 4.

После двусторонней тонзиллэктомии по окончании обезболивающего эффекта анестетиков у всех пациентов была боль в горле, резко усиливавшаяся при проглатывании пищи и слюны. При легкой степени отмечалась незначительная боль при глотании слюны и пищи. Средняя характеризовалась уже значительной болью при глотании, при которой больные ограничивали себя в количестве съеденной пищи. Тяжелую степень отмечали у больных, которые жаловались на сильную боль при глотании, при которой больные отказывались от приема пищи. Из таблицы 4 видно, что в контрольной подгруппе (С) у 6 пациентов (35 ± 10,2%) была незначительная боль в горле при глотании, у 9 пациентов (40 ± 11,1%) после тонзиллэктомии была выраженная боль при глотании и еще у 5 пациентов (25 ± 8,0%) боль в горле была такой, что они отказывались от приема пищи.

В основной подгруппе (Д) болевые ощущения распределились следующим образом. Легкая степень болевой реакции была у 26 пациентов (81,2 ± 9,3%), средняя степень – у 5 пациентов (15,6 ± 6,9%).

У одного пациента (3,1 ± 1,1%) основной подгруппы была диагностирована тяжелая степень болевой реакции. Также следует сказать, что продолжительность болевых ощущений в глотке у пациентов этих подгрупп была различной: в контрольной подгруппе они наблюдались 7 ± 2,1 дня, при этом наибольшая выраженность болевой реакции приходилась на 2–3-й день, затем наблюдалось ее ослабление; в основной подгруппе боль в глотке наблюдалась 4 ± 2,5 дня (p < 0,01), ее ослабление наступало уже в первые сутки применения Тонзипрета. Местные изменения в глотке после тонзиллэктомии у больных контрольной подгруппы (Д) наблюдались дольше, чем у больных основной подгруппы (С).

Таким образом, у большинства пациентов основной подгруппы (С) болевая реакция была менее выраженной и более короткой в раннем послеоперационном периоде после двусторонней тонзиллэктомии, с менее выраженными реактивными явлениями в тонзиллярных нишах, чем у больных контрольной подгруппы (Д).

Препарат растительного происхождения Тонзипрет оказывает выраженный клинический эффект при комплексном лечении больных с различными формами хронического тонзиллита как при консервативном лечении, так и при быстром купировании субъективных симптомов в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших двустороннюю тонзиллэктомию, что дает право рекомендовать его для лечения больных с хроническим тонзиллитом.

**Литература**  
→ с. 64

# Тонзипрет®

**Целебная сила растений  
против острой боли в горле**

- Быстро устраняет першение и боль в горле
- Оказывает местное согревающее действие
- Ускоряет выздоровление

Реклама



**BIONORICA®**

The *phytoneering* company

БИОНОРИКА, Германия

Тел./факс: (495) 502-90-19

<http://www.bionorica.ru>

e-mail: [bionorica@co.ru](mailto:bionorica@co.ru)



Пер. уд. ЛС - 001652 от 09.06.2006



# Литература

**В.В. Вишняков, В.Н. Костюк**

## **Полипозный риносинусит: консервативное или хирургическое лечение?**

1. Полипозный риносинусит. Клинические рекомендации. М., 2010.
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М., 2006.
3. EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps) // Rhinology. 2007.
4. Jorissen M., Bachert C. Effect of corticosteroids on wound healing after endoscopic sinus surgery // Rhinology. 2009. Vol. 47. № 3. P. 280–286.

**В.В. Вишняков, В.Н. Костюк**

## **Применение препарата Тонзилпрет при лечении больных с хроническим тонзиллитом с болевым синдромом в глотке**

1. Авраменко Л.В., Герасименко Н.Г., Григорьев В.П. Подготовка больных к тонзиллэктомии // Тезисы докладов 2-й межреспубликанской конференции оториноларингологов республик Средней Азии, Казахстана. М., 1972. С. 200–201.
2. Андамова О.В., Рымиша М.А., Педдер В.В. Применение озоноультразвукового метода в лечении хронического тонзиллита // Материалы 16-го съезда оториноларингологов РФ. Сочи, 2001. С. 342–344.
3. Балабанцев А.Г., Богданов В.В., Крылова Т.А. Хронический тонзиллит – актуальная проблема современной медицины // ЖУНГБ. 2002. № 5. С. 35–36.
4. Караулов А.В. Инфекция и иммунодефициты – приоритеты сегодня // Практикующий врач. 1997. № 9.
5. Лямперт И.М. Вторичная иммунопатология больных с острой стрептококковой инфекцией // Терапевт. архив. 1991. № 10. С. 38.
6. Пономарев Л.Е. Лечение детей с хроническим тонзиллитом с использованием немедикаментозных физических факторов: Дисс. ... д-ра мед. наук. Краснодар, 2000. С. 248.
7. Протасевич Г.С., Савчук Г.Г., Волянюк Е.М. Лечение больных после тонзиллэктомии // ЖУНГБ. 1991. № 3. С. 35–41.
8. Тарасов Д.И., Морозов А.Б. Частота и структура хронических заболеваний уха, горла и носа среди населения и их динамика // Вестник оториноларингологии. 1991. № 2. С. 12–14.
9. Фролов В.М., Пересадин В.А., Петруня А.М. и др. Иммунологические показатели у горнорабочих, страдающих хроническим тонзиллитом, и перспективы проведения у них иммунокоррекции // ЖУНГБ. 1993. С. 33–36.

**В.А.Рябинин**

## **Применение Бетасерка при лечении больных с субъективным шумом в ушах при сенсоневральной тугоухости**

1. Белоголовов Н.В. Ушные шумы и основы их терапии // Сб. трудов Ленинградского НИИ по болезням уха, горла, носа и речи. Т. 8. 1947. С. 90–122.
2. Блазовицкая Н.С. Субъективные и объективные шумы при заболеваниях головного мозга и их дифференциация от периферических шумов // Вестник оториноларингологии. 1985. № 3. С. 33–36.
3. Евдощенко Е.А., Косаковский А.Л. Нейросенсорная тугоухость. Киев: Здоровье, 1989.
4. Пальчун В.Т. Диагностика и лечение кохлеовестибулярных нарушений // Тезисы докладов VI съезда оториноларингологов РСФСР. Оренбург, 1990. С. 320–324.
5. Пятакина О.К., Антонян Р.Г., Ханджиев Г.Р. Причины и лечение субъективного ушного шума с применением транскожной электростимуляции. Методические рекомендации. М., 1990.
6. Пятакина О.К., Токарев О.П., Шеремет А.С., Красильников Б.В. Лечение нейросенсорной тугоухости. Методические рекомендации. М., 1990.
7. Плужников М.С. Клиника и некоторые черты патогенеза кохлеарного неврита антибиотикового происхождения: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Л., 1972.
8. Солдатов И.Б., Абуткин Г.А., Миркина А.Я. Способ лечения вестибулярной дисфункции и ушного шума. Описание изобретения к авторскому свидетельству. Куйбышевский медицинский институт им. Д.И. Ульянова, 1983.
9. Солдатов И.Б. Современные аспекты генеза и лечения шума в ушах // Тезисы докладов V съезда оториноларингологов РСФСР. Ижевск, 1984. С. 335–341.
10. Солдатов И.Б., Маркин А.Я., Храпто Н.С. Шум в ушах как симптом патологии слуха. М.: Медицина, 1984.
11. Токарев О.П., Антонян Р.Г., Красильников Б.В. Лечение нейросенсорной тугоухости // Методические рекомендации МЗ РСФСР. М., 1990. С. 9.
12. Храпто Н.С. Возможности реабилитации больных нейросенсорной тугоухостью // Тезисы докладов VI съезда оториноларингологов РСФСР. Оренбург, 1990. С. 470–472.

**В.В. Вишняков, Э.В. Синьков**

## **Лечение больных инфекционно-воспалительными заболеваниями глотки с болевым синдромом**

1. Battist N. The evaluation of the analgesic and anti-inflammatory effects of flurbiprofen mouth wash and 100 mg tablets in oral medicine // Minerva Stomatol. 1994. Vol. 43. № 4. P. 141–144.
2. Benzimoj S.I., Langford J.H., Homan H.D. et al. Efficacy and safety of the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8,75 mg in the treatment of sore throat // Fundament. Clin. Pharmacol. 1999. № 13. P. 189.
3. Benzimoj S.I., Langford J.H., Christian J. et al. Efficacy and tolerability of the anti-inflammatory throat lozenge Flurbiprofen 8,75 mg in the treatment of sore throat // Clin. Drug Invest. 2001. Vol. 21. № 3. P. 183–193.
4. Bulter C.C., Rollinc S., Pill R. et al. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients prescriptions of antibiotics for sore throats // BMJ. 1998. Vol. 3. № 17. P. 637–642.
5. Critchley I.A., Sahn D.F., Thornsberrry C. et al. Antimicrobial susceptibilities of Streptococcus pyogenes isolated from respiratory and skin tissue infections: United States LIBRA surveillance data from 1999 // Diagnostic microbiology and infectious disease. 2002. Vol. 42. P. 129–135.
6. Dagnelie C.F., Toun-Otten F., Kuyvenhoven M.M. et al. Bacterial flora in patients presenting with sore throat in Dutch general practice // Fam. Pract. 1993. Vol. 10. № 3. P. 371–377.