

УДК 616.322-002.2.001.12

<https://doi.org/10.18692/1810-4800-2019-4-107-117>

## Предварительные результаты Российской национальной программы «Хронический тонзиллит»

**С. В. Рязанцев<sup>1</sup>, С. А. Артюшкин<sup>2</sup>, Н. В. Еремина<sup>2</sup>, С. А. Еремин<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия  
(И. о. директора – докт. мед. наук, проф. С. А. Карпищенко)

<sup>2</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России 191015, Санкт-Петербург, Россия  
(Ректор – проф. С. А. Сайганов)

## Preliminary Results of the Russian National Chronic Tonsillitis Program

**S. V. Ryazantsev<sup>1</sup>, S. A. Artyushkin<sup>2</sup>, N. V. Eremina<sup>2</sup>, S. A. Eremin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech Ministry of Healthcare of Russia, Saint Petersburg, 190013, Russia

<sup>2</sup> Mechnikov Northwest State Medical University Ministry of Healthcare of the Russia, Saint Petersburg, 191015, Russia

Статья посвящена результатам реализации 1-го этапа Национальной программы «Хронический тонзиллит». Программа была утверждена Советом экспертов НМАО в конце 2017 года. В рамках Программы в 20 городах РФ 620 оториноларингологами амбулаторного звена выполнялось проспективное наблюдательное исследование, в котором участвовали 6250 пациентов в возрасте от 5 лет до 86 лет. Проводился сбор эпидемиологических данных и оценивались результаты назначенного врачами межрецидивного лечения хронического тонзиллита (ХТ). Участники с компенсированной формой ХТ получали 2 курса межрецидивной терапии и 5 раз посещали врача, пациенты с декомпенсированной формой ХТ наблюдались в ходе 7 визитов и получали 3 курса терапии. Среди всех участников преобладали пациенты женского пола. Возрастная группа пациентов старше 60 лет оказалась самой малочисленной. Среди отмеченных жалоб наиболее часто регистрировалось першение в горле (93% пациентов), из местных признаков ХТ – рыхлость и рубцовые изменения небных миндалин (92%). У наблюдаемых пациентов преобладала компенсированная форма ХТ (86%). Среди видов декомпенсации лидировали рецидивы ангин – 53%. Степень обследованности пациентов перед включением в исследование не превышала 30%, независимо от формы ХТ. По составу межрецидивной терапии было выделено 6 групп: комбинация местных анестетиков и иммуномодуляторов с фитопрепаратами (группа 2, 11%), с Тонзилотреном (группа 1, 66%), местные анестетики и иммуномодуляторы без применения данных препаратов (группа 5, 2%), монотерапия Тонзилотреном (группа 3, 18%) или фитопрепаратами (группа 4, 1%). В 6% проводилось промывание лакун миндалин без фармакотерапии (группа 6). После окончания 1-го курса терапии, наибольший клинический эффект был достигнут в группах 1, 3 и 6 ( $p < 0,01$ ). Более выраженная положительная динамика отмечалась в отношении наличия гноя и казеозных масс в лакунах, а также отека и гиперемии небных дужек. Добавление к стандартной терапии фитопрепаратов и особенно Тонзилотрена обеспечивало достижение лучшего терапевтического результата. Среднее количество препаратов в схеме противорецидивной терапии в группах 1, 2 и 3 составило, соответственно,  $2,8 \pm 0,6$ ;  $3,6 \pm 0,5$  и  $3,8 \pm 0,8$ , причем различия между группами 1 и 2 и группами 1 и 5 достигли статистической значимости, U-тест,  $p < 0,01$ . Оценки эффективности (IMOS), удовлетворенности лечением (IMPSS) и переносимости 1-го курса противорецидивной терапии были положительными во всех группах, с преобладанием более высоких оценок в группах 1, 2, 3 и 6.

**Ключевые слова:** хронический тонзиллит, хронический аденоидит, небные миндалины, глоточная миндалина, Тонзилотрен, фитопрепараты, межрецидивное лечение.

**Для цитирования:** Рязанцев С. В., Артюшкин С. А., Еремина Н. В., Еремин С. А. Предварительные результаты Российской национальной программы «Хронический тонзиллит». *Российская оториноларингология*. 2019;18(4):107–117. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2019-4-107-117>

The article is devoted to the results of the 1st stage of the National program «Chronic tonsillitis». The program was approved by the Council of Experts of NMAO at the end of 2017. Within the framework of the Program, in 20 cities of the Russian Federation 620 out-patient otolaryngologists performed a prospective observational study, which involved 6250 patients aged 5 years to 86 years. Epidemiological data were collected and the results of inter-relapse treatment of chronic tonsillitis (HT) were evaluated. Participants with compensated form of CT received 2 courses of inter-relapse therapy and 5 times visited a doctor, patients with decompensated form of CT were observed during 7 visits and received 3 courses of therapy. Female patients predominated among all participants. The age group of patients older than 60 years was the smallest. Among the noted complaints, throat tickling was most often recorded (93% of patients), of the local signs of HT – looseness and scarring of the Palatine tonsils (92%). For the examined patients prevailed compensated form CT (86%). Among the types of decompensation were the leaders of recurrent angina is 53%. The degree of examination of patients before inclusion in the study did not exceed 30%, regardless of the form of CT. There were 6 groups in composition of inter-relapse treatment: a combination of local anaesthetics and immunomodulators herbal drugs (group 2, 11%), with Tonsilotren (group 1, 66%), local anaesthetics and immunomodulators without the use of these drugs (group 5, 2%), Tonsilotren monotherapy (group 3, 18%) or herbs (group 4, 1%). 6% was conducted lavage of lacunas of the tonsils without pharmacotherapy. After the end of the 1st course of therapy, the greatest clinical effect was achieved in groups 1, 3 and 6 ( $p < 0.01$ ). A more pronounced positive trend was observed with respect to the presence of pus and caseous masses in lacunas, as well as edema and hyperemia of Palatine arches. Addition to standard therapy, herbal remedies, and especially Tonsilotren achieve the best therapeutic result. The average number of drugs in the scheme of anti-relapse therapy in groups 1, 2, and 5 was, respectively,  $2.8 \pm 0.6$ ;  $3.6 \pm 0.5$  and  $3.8 \pm 0.8$ , with differences between groups 1 and 2 and groups 1 and 5 reached statistical significance, U-test,  $p < 0.01$ . The efficacy (IMOS), treatment satisfaction (IMPSS), and tolerability assessments for the 1st course of anti-relapse therapy were positive in all groups, with a prevalence of higher scores in groups 1, 2, 3, and 6.

**Key words:** chronic tonsillitis, chronic adenoiditis, Palatine tonsils, pharyngeal tonsillitis, Tonsilotren, herbal remedies, inter-relapse treatment.

**For citation:** Ryazantsev S. V., Artyushkin S. A., Eremina N. V., Eremin S. A. Preliminary Results of the Russian National Chronic Tonsillitis Program. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2019;18(4):107–117. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2019-4-107-117>

Проблема тонзиллярной патологии является междисциплинарной и обладает высокой клинической и социальной значимостью. Это обусловлено важной ролью лимфаденоидного глоточного кольца в формировании и поддержании равновесного состояния организма, реализуемого через взаимодействие ведущих интегрирующих систем – нервной, эндокринной и иммунной. Являясь аванпостом для чужеродных антигенов, поступающих через дыхательный и пищеводный тракты, миндалины выполняют барьерную (защитную) функцию, что объясняет их частое поражение в виде острых или рецидивирующих тонзиллитов. Лимфаденоидный аппарат глотки участвует в реакциях клеточного и гуморального иммунитета посредством образования и дифференцировки В-лимфоцитов в плазмциты, секретирующие при антигенном раздражении иммуноглобулины, активации Т-лимфоцитарных зон и клеток макрофагально-моноцитарного ряда. Те же механизмы определенным образом задействованы в развитии местного хронического воспаления и аутоиммунных процессов при хроническом тонзиллите. При этом значимость фактора инфи-

цирования снижается, в то время как хроническое воспаление лимфаденоидных элементов глотки продолжается даже после удаления небных и глоточной миндалин у больных хроническим тонзиллитом и хроническим аденоидитом. В настоящее время выдвинута гипотеза о роли лимфоидного кольца в обеспечении контролируемой регенерации эпителия дыхательных путей, уха, полости рта, верхних двух третей пищевода [1]. Это согласуется как с анатомическим расположением крупных скоплений лимфаденоидной ткани в виде миндалин, тяжей, гранул в слизистой оболочке, так и механизмами развития противоопухолевой, противовирусной и противобактериальной (при внутриклеточном нахождении возбудителя) защиты за счет лизиса измененных клеток с участием Т-лимфоцитарной линии дифференцировки [2, 3].

Изменение структуры здравоохранения, форм организации медицинской помощи и отчетности, появление специальности «врач общей практики», реструктуризация оториноларингологической службы существенно изменили работу оториноларинголога амбулаторно-поликлинического звена, что практически привело к утрате

стратегического подхода к ведению больных хроническим тонзиллитом (ХТ). При невозможности соблюдения преемственности действий, в том числе диспансеризации, их лечение в основном свелось к эпизодическому проведению отдельных методик и выбору преимущественно хирургического метода.

В последнее время отмечается изменение клинического течения ХТ с преобладанием так называемой «безангинной» формы [4]. В этих условиях задача своевременной ранней диагностики заболевания и проведения адекватного лечения часто вызывает затруднения, особенно у врача первичного звена.

Эволюция представлений о роли лимфаденоидного глоточного кольца, недостаточно удовлетворяющие пациента и врача результаты как хирургического, так и различных вариантов консервативного лечения, появление новых лекарственных препаратов с направленным действием, организационные изменения в вопросах диспансеризации больных хроническим тонзиллитом и хроническим аденоидитом, значительные расхождения в официально демонстрируемых показателях заболеваемости, болезненности населения хроническим тонзиллитом, хроническим аденоидитом и паратонзиллитом стали основанием для разработки проекта Национальной программы «Хронический тонзиллит». В ходе его подготовки была проведена работа по обобщению большого опыта ведущих оториноларингологических школ, занимающихся исследованием проблемы тонзиллярной патологии. Представленный проект Программы полностью согласуется с действующей Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294).

Первое представление проекта Программы прошло на VI Петербургском международном форуме оториноларингологов России в апреле 2017 г. Проект активно обсуждался, был единодушно поддержан уже во время проведения форума. Кроме того, основные этапы реализации Программы обсуждались на I конгрессе оториноларингологов Северо-Запада «Балтийский бриз» (5–6 октября 2017, Калининград), в регионах России на региональных конференциях (научно-практическая конференция оториноларингологов ЦФО, Рязань) и заседаниях областных отделений Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов России (НМАО).

Приоритетные направления Национальной программы «Хронический тонзиллит» включают:

1) изучение заболеваемости и распространенности хронического тонзиллита среди населения в зависимости от возраста и сопутствующей патологии;

2) проведение наблюдательных исследований эффективности различных лекарственных препаратов для лечения хронического тонзиллита;

3) разработку новых подходов и методик для лечения и профилактики хронического тонзиллита среди населения РФ;

4) создание стандартов лечения хронического тонзиллита на этапах первичной и специализированной медико-санитарной помощи.

Окончательное обсуждение и утверждение Национальной программы проходило на 4-м Экспертном совете НМАО России (4–6 ноября 2017). Совет экспертов отметил, что основные направления по сбору и анализу статистических данных о распространенности хронического тонзиллита, установлению соотношения компенсированных и декомпенсированных форм этого заболевания, оценке применяемых в настоящее время методов диагностики и лечения ХТ будут способствовать формированию целостной картины на современном этапе, разработке единых стандартов диагностики, терапии и хирургического лечения.

С этого момента началась реализация Национальной программы, предварительные результаты которой были доложены на VII и VIII Петербургских международных форумах оториноларингологов России.

На первом этапе наблюдательного исследования, выполненного в рамках данной Программы, приняли участие 620 оториноларингологов амбулаторно-поликлинического звена из 20 городов России. Проводились сбор эпидемиологических данных и оценка результатов назначенного врачами консервативного лечения ХТ. Использовался метод анкетирования по специально разработанной карте.

В наблюдательное исследование включались пациенты, у которых был подтвержден диагноз ХТ и которые выразили письменное информированное согласие принять участие в данной Программе. Диагностика ХТ была основана на выявлении у пациента в результате клинического обследования морфологических признаков хронического воспаления небных миндалин:

1) гиперемия, отечность верхних отделов и валикообразное утолщение (инфильтрация) краев небных дужек (признаки Гизе, Зака, Преображенского);

2) рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками;

3) разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины;

4) казеозно-гнойное содержимое или жидкий гной в лакунах миндалин;

5) увеличение регионарных – зачелюстных (син.: углочелюстные) лимфатических узлов первого порядка для небных миндалин.

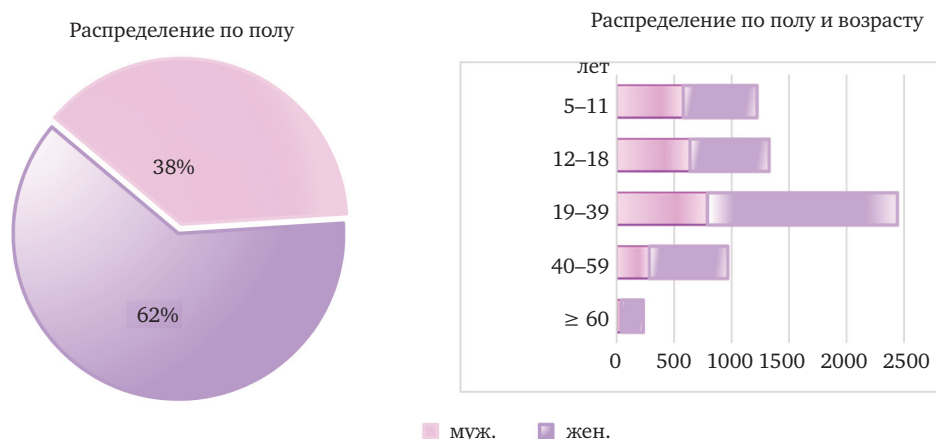


Рис. 1. Распределение (%) по полу и возрасту пациентов с хроническим тонзиллитом.  
Fig. 1. Distribution (%) by sex and age of patients with chronic tonsillitis.

Диагноз ХТ устанавливался при выявлении сочетания минимум двух из пяти признаков.

Всего проанализировано 6250 заполненных карт, содержащих данные от участников в возрасте 5 лет – 86 лет. Среди пациентов всех возрастных групп преобладали пациенты женского пола (рис. 1). В ходе анализа было выявлено, что возрастная группа пациентов старше 60 лет практически не попадает в область внимания оториноларингологов.

Среди отмеченных жалоб наиболее часто регистрировались першение в горле (93% пациентов), халитоз (85%) и рецидивы ангин (84%). Средняя частота проявления различных жалоб на момент включения в исследование колебалась от 0,9 до 1,5 раза в год. Из местных признаков ХТ наиболее выраженными и часто регистрируемыми были стойкая гиперемия и валикообразное утолщение небных дужек, а также рыхлость и рубцовые изменения небных миндалин (НМ).

У 86% наблюдаемых пациентов преобладала компенсированная форма ХТ, в небольшом числе

карт указания на форму заболевания отсутствовали. Среди видов декомпенсации лидировали рецидивы ангин – 53% (чаще в детском и молодом возрасте). Со значительным отрывом следовала тонзиллогенная интоксикация – 18% (чаще у подростков и пациентов после 40 лет), далее тонзиллогенные функциональные нарушения – 8%, паратонзиллиты – 7%, тонзиллогенные органические заболевания – 6% (рис. 2). При этом обращает на себя внимание, что с возрастом частота рецидивов ангин уменьшается на фоне учащения регистрации других видов декомпенсации.

Оценивалась степень обследованности пациентов на момент включения в Национальную программу (табл. 1). Частота проведения ряда диагностических тестов, в том числе и при декомпенсированных формах ХТ, не превышала 30%. Также не наблюдалось существенной разницы в степени обследованности между формами ХТ.

Всем больным ХТ предусматривалось проведение консервативного лечения в межрецидивный период: при компенсированной форме –

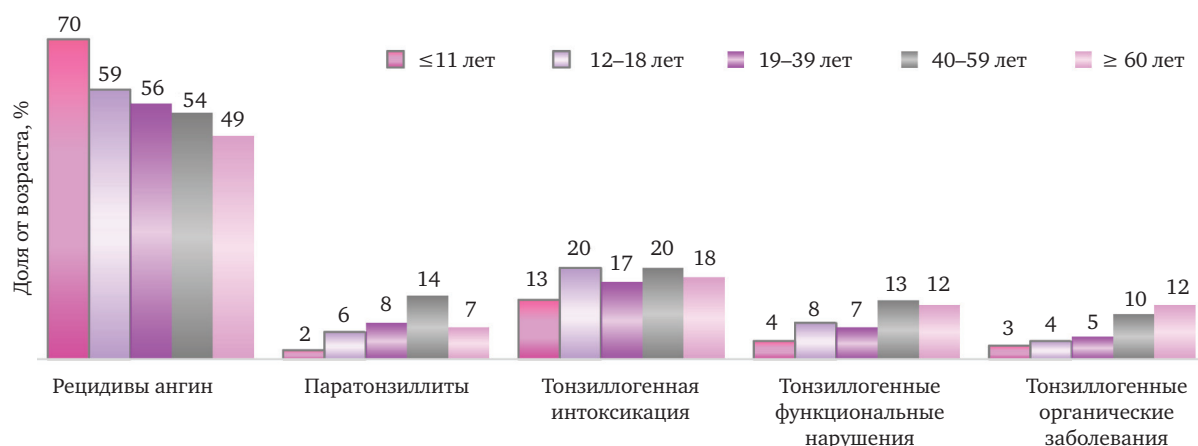


Рис. 2. Распределение различных видов декомпенсации в зависимости от возраста пациентов (возможно сочетание нескольких видов).  
Fig. 2. Distribution of various types of decompensation depending on the age of the patients (a combination of several types is possible).



Таблица 1

Частота проведения методов дополнительного обследования пациентов с различными формами ХТ (%; n = 6213)

Table 1

The frequency of methods of additional examination of patients with various forms of chronic tonsillitis (%; n = 6213)

| Метод обследования                                | Форма хронического тонзиллита, % |                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|
|                                                   | Компенсированная                 | Декомпенсированные |
| АСЛ-О                                             | 15                               | 24                 |
| С-реактивный белок                                | 9                                | 16                 |
| Прокальцитониновый тест                           | 1                                | 0                  |
| ЭКГ                                               | 19                               | 16                 |
| Микробиология                                     | 22                               | 28                 |
| Выявление персистирующих возбудителей методом ПЦР | 6                                | 8                  |

2 раза в год, при декомпенсированной – 3. Первый курс выполнили 99,9% пациентов, ко второму и третьему курсам приступили соответственно 29 и 6% больных ХТ, закончили полное годовое курсовое лечение (5-й визит при компенсированной форме и 7-й визит при декомпенсированной форме) суммарно не более 8% больных.

Консервативное лечение хронического тонзиллита, как правило, являлось комплексным, включало общие рекомендации по построению рационального режима дня, сбалансированного витаминизированного питания, регулярных физических упражнений, а также назначение лекарственных средств общего и местного действия в целях повышения естественной резистентности организма, гипосенсибилизирующих, иммунокорректирующих препаратов, методов рефлекторного воздействия.

Важным условием эффективности консервативного лечения хронического тонзиллита является восстановление самоочищающей функции лакун небных миндалин. Этому способствуют промывания миндалин с помощью тупой канюли и шприца – методики, предложенной профессором Н. В. Белоголовым [5, 6] и используемой до настоящего времени. Она является лечебной и диагностической, так как позволяет оценить содержимое лакун миндалин, миндаликовых складок, карманов между миндалинами и дужками, наиболее щадящим образом его удалить, ввести лекарственный препарат, оценить эффективность проводимого лечения по динамике местных признаков ХТ. Более эффективным является промывание небных миндалин с помощью специальных устройств, использующих эффект «вакуума», для аспирации содержимого и одновременного введения лечебного раствора. Так работают медицинские приборы «Тонзиллор», широко распространенные в оториноларингологических кабинетах и стационарах. С помощью

создания отрицательного давления происходит эффективное очищение глубоких отделов лакун от патологического содержимого, воздействие на микрофлору и гидромассаж небной миндалины [7, 8]. Рекомендуемый курс промываний миндалин состоит из 10–12 процедур.

Согласно протоколу наблюдательного исследования врачи не были ограничены в назначении тех или иных методов и состава схем, применяемых для проведения курсов противорецидивной терапии. При анализе полученных данных по составу назначенного врачами лечения все участники исследования были распределены в несколько групп. 66% пациентов получали комбинацию местных антисептиков, иммуномодуляторов с препаратом Тонзилотрен (группа 1, 66%) или фитопрепаратами (группа 2, 12% случаев). Среди всех пациентов группы 1 местные антисептики дополнительно назначались 29% пациентов, а иммуномодуляторы, в том числе в комбинации с антисептиками, – в 4% случаев. В группе 2 антисептики применялись в более чем в 2 раза чаще – 67%, а доля иммуномодуляторов не отличалась от таковой в группе 1. Также имело место использование Тонзилотрена или одного из медикаментов растительного происхождения в качестве монотерапии (группа 3, 19%, и группа 4, 1% соответственно). В 2% случаев пациентам назначались комбинации местных антисептиков с иммуномодуляторами и рядом других препаратов без применения Тонзилотрена и фитопрепаратов (группа 5). Неожиданным оказался факт низкого (всего 6%) показателя использования промывания лакун небных миндалин (группа 6).

Тонзилотрен отличается высокой тропностью к лимфаденоидной ткани [8, 9]. Фармакологические свойства препарата (рис. 3) характеризуются улучшением дренажа лакун и самоочищения миндалин в целом, способностью восстановления структуры и защитной функции миндалин и зна-

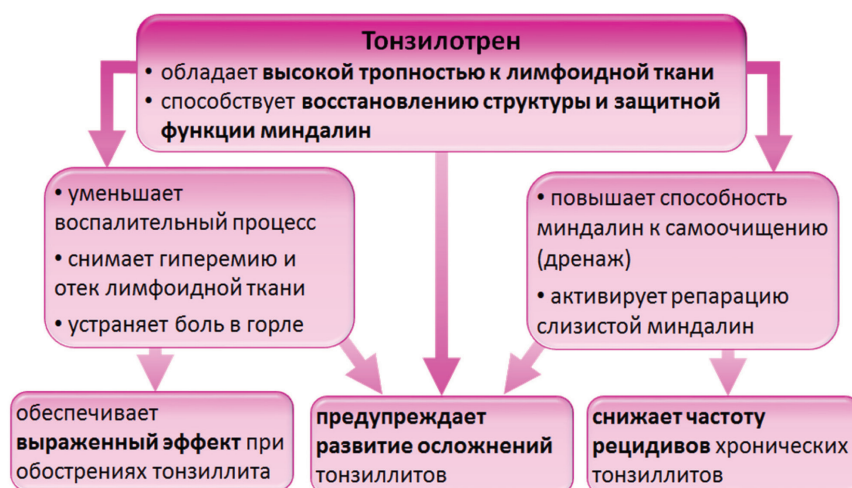


Рис. 3. Схема действия препарата Тонзилотрен [8, 13, 14].

Fig. 3. Scheme of action of the drug Tonsilotren [8, 13, 14].

чительным противовоспалительным действием, подтвержденными в ходе экспериментальных и клинических исследований [8, 12].

Как показали исследования, противовоспалительная активность Тонзилотрена, а также усиление репарации поврежденных тканей реализуются как на клеточном, так и молекулярном уровне [13, 14].

Клиническая эффективность препарата была подтверждена в нескольких клинических контролируемых исследованиях в отношении острого тонзиллита [15] и хронического тонзиллита [16–18].

При хроническом тонзиллите Тонзилотрен рекомендован детям от 3 до 12 лет – рассасывать по 1 таблетке 3 раза в сутки, взрослым и детям старше 12 лет – по 1–2 таблетке 3 раза в сутки в

течение 6–8 недель. Целесообразно проводить повторные курсы лечения: при компенсированной форме – 2 раза в год, при декомпенсированной форме с рецидивами ангин или при наличии противопоказаний к хирургическому лечению – 3–4 раза в год.

Ввиду ограниченного объема в статье будут представлены данные, характеризующие проведение первого курса противорецидивной консервативной терапии.

После завершения первого курса во всех группах была зарегистрирована положительная динамика и, в частности, уменьшение выраженности местных признаков ХТ (рис. 4).

При сравнении данных в группах, получавших различные схемы противорецидивной те-

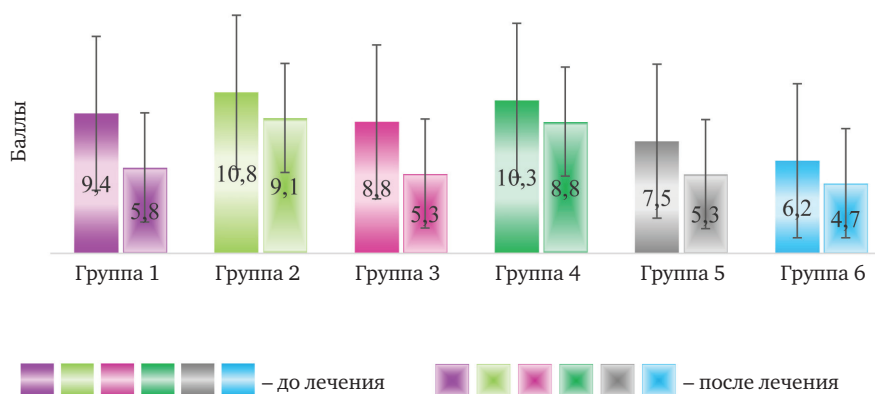


Рис. 4. Выраженность местных признаков ХТ (средние значения суммарного индекса) в группах, получавших разных состав межрецидивной терапии, до и после 1-го курса лечения (здесь и далее: высота боксов – среднее значение  $M$ , линии погрешности – среднее квадратичное отклонение  $SD$ ).

Здесь и далее: группа 1 – межрецидивная терапия: Тонзилотрен + другие препараты; группа 2 – межрецидивная терапия: фитопрепарат + другие препараты; группа 3 – межрецидивная терапия: Тонзилотрен моно; группа 4 – межрецидивная терапия: фитопрепарат моно; группа 5 – межрецидивная терапия: другие препараты без Тонзилотрена и (или) фитопрепаратов; группа 6 – межрецидивная терапия промыванием лакун миндалин.

Fig. 4. The severity of local signs of chemotherapy (average values of the total index) in groups that received different interrecurrent therapy, before and after 1-st course of treatment (here and below: the height of the boxes is the average value of  $M$ , the error lines are the standard deviation of  $SD$ ).

Таблица 2

Частота различных вариантов динамики суммарного индекса местных признаков ХТ (дельты значений до и после 1-го курса лечения) в группах, получавших разный состав межрецидивной терапии, %

Table 2

The frequency of different variants of the dynamics of the total index of local signs of chemotherapy (delta values before and after the 1st course of treatment) in groups that received different composition of interrecurrent therapy, %

| Группа                                                   | Диапазон средних значений дельты суммарного индекса местных признаков ХТ |           |           |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
|                                                          | <0 баллов                                                                | 0–4 балла | ≥4 баллов |
| 1-я (Тонзилотрен + другие препараты)                     | 5                                                                        | 61        | 34*, **   |
| 2-я (фитопрепарат + другие препараты)                    | 16                                                                       | 72        | 12        |
| 3-я (монотерапия Тонзилотреном)                          | 7                                                                        | 59        | 34*, **   |
| 4-я (только один из фитопрепаратов)                      | 19                                                                       | 68        | 13        |
| 5-я (другие препараты без Тонзилотрена и фитопрепаратов) | 14                                                                       | 72        | 13        |
| 6-я (промывание лакун миндалин)                          | 28                                                                       | 51        | 21        |

\* Различия оцениваемого показателя с другими группами (кроме группы 3) статистически значимы, критерий  $\chi^2$ ,  $p < 0,001$ .  
 \*\* Различия оцениваемого показателя с группой 6 статистически значимы, критерий  $\chi^2$ ,  $p < 0,001$ .

рапии, было отмечено, что средние значения суммарного индекса выраженности местных признаков ХТ до лечения наиболее низкими были в группах 6 и 5 ( $6,2 \pm 4,1$  и  $7,5 \pm 3,6$  соответственно). В группах, в которых пациенты получали монотерапию препаратом Тонзилотрен или каким-либо фитопрепаратом, выраженность признаков ХТ была выше:  $8,7 \pm 4,3$  в группе 3 и  $10,3 \pm 3,7$  в группе 4. Наиболее выраженные признаки ХТ регистрировались в группах, в которых к комбинации местных анестетиков и противовоспалительных средств врачи добавляли Тонзилотрен или фитопрепарат (группы 1 и 2, соответственно). Кроме того, в группе 2 суммарный индекс до лечения был выше, чем в группе

1 ( $10,8 \pm 4,0$  против  $9,4 \pm 4,0$ , U-тест,  $p < 0,01$ ). Вместе с тем после завершения 1-го курса противорецидивной терапии сохранялась аналогичная закономерность в группах. Чтобы оценить динамику показателей в группах с исходными различающимися показателями, использовался показатель средней разности между уровнем показателя до и после лечения (дельта), а также проводился частотный анализ.

Результаты частотного анализа изменений суммарного индекса в группах представлены в табл. 2. Как видно из приведенных данных, наиболее часто (и статистически значимо) выраженная положительная динамика (уменьшение суммарного индекса более чем на 4 балла) после

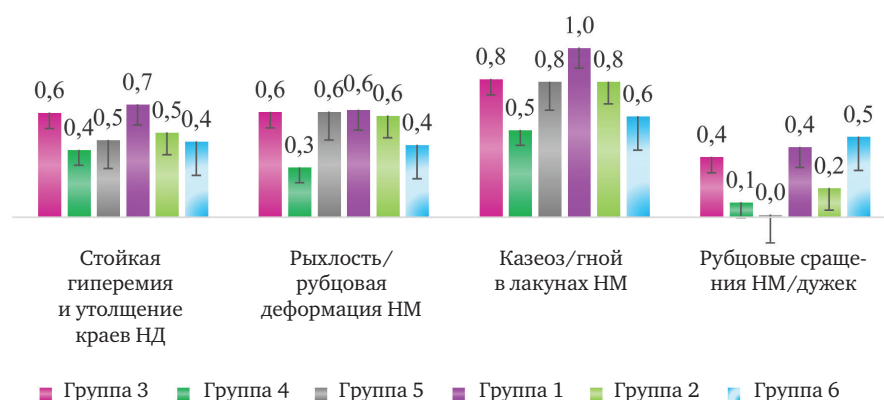


Рис. 5. Изменение средних значений выраженности местных признаков ХТ (дельты значений до и после терапии) в группах, получавших разный состав межрецидивной терапии, до и после 1-го курса лечения:

НД – небные дужки; НМ – небные миндалины.

Fig. 5. Changes in the mean values of severity of local signs of chemotherapy (deltas of values before and after therapy) in groups that received different interrecurrent therapy before and after the 1st course of treatment:

ND – palatine arches; NM – Palatine tonsils.

Таблица 3

Оценки эффективности терапии врачами (IMOS), удовлетворенности пациентов лечением (IMPSS) и переносимости 1-го курса противорецидивной терапии в группах пациентов, получавших различные схемы лечения (средние значения, баллы)

Table 3

Evaluations of the effectiveness of physician therapy (IMOS), patient satisfaction with treatment (IMPSS), and tolerance of the 1st course of anti-relapse therapy in groups of patients who received various treatment regimens (means, scores)

| Группа                                                   | IMOS    |          | IMPSS   | Переносимость |          |
|----------------------------------------------------------|---------|----------|---------|---------------|----------|
|                                                          | Жалобы  | Признаки |         | Врачи         | Пациенты |
| 1-я (Тонзилотрен + другие препараты)                     | 4,0±0,7 | 3,9±0,7  | 4,2±0,8 | 4,6±0,7       | 4,6±0,6  |
| 2-я (фитопрепарат + другие препараты)                    | 3,7±0,7 | 3,6±0,6  | 4,0±0,7 | 4,4±0,6       | 4,5±0,6  |
| 3-я (монотерапия Тонзилотреном)                          | 3,9±0,7 | 3,8±0,6  | 4,2±0,6 | 4,6±0,7       | 4,6±0,8  |
| 4-я (только один из фитопрепаратов)                      | 3,6±0,6 | 3,5±0,6  | 3,9±0,6 | 4,1±0,8       | 4,0±0,6  |
| 5-я (другие препараты без Тонзилотрена и фитопрепаратов) | 3,5±0,6 | 3,5±0,6  | 4,0±0,6 | 4,4±0,9       | 4,6±0,7  |
| 6-я (промывание лакун миндалин)                          | 3,7±0,6 | 3,6±0,6  | 4,0±0,6 | 4,0±0,6       | 4,0±0,7  |

завершения 1-го курса межрецидивной терапии отмечалась в группах 1, 3 и 6.

Для более точной оценки результатов был проведен анализ разности показателей (дельты) отдельных местных признаков ХТ до и после лечения. Полученные данные (рис. 5) демонстрируют, что наибольшее влияние 1-й курс противорецидивной терапии оказал на наличие гноя и казеозных масс в лакунах и отек и гиперемия небных дужек. Наименее всего поддавались терапии плотные сращения небных дужек с миндалинами.

Добавление к стандартной терапии фитопрепаратов и особенно Тонзилотрена обеспечивало достижение лучшего терапевтического результата.

Среднее количество препаратов в схеме противорецидивной терапии в группах 1, 2 и 3 составило, соответственно, 2,8±0,6; 3,6±0,5 и 3,8±0,8, причем различия между группами 1 и 2 и группами 1 и 5 достигли статистической значимости,  $U$ -тест,  $p < 0,01$ .

Согласно мнению врачей-исследователей, 1-й курс противорецидивной терапии оказал

Таблица 4

Частота положительных оценок (5 баллов и 4 балла) шкал IMOS, IMPSS и переносимости 1-го курса противорецидивной терапии в группах пациентов, получавших различные схемы лечения, %

Table 4

The frequency of positive assessments (5 points and 4 points) of the IMOS, IMPSS scales and the tolerability of the 1st course of anti-relapse therapy in groups of patients who received various treatment regimens, %

| Группа                                                   | IMOS    |          | IMPSS               | Переносимость |                    |
|----------------------------------------------------------|---------|----------|---------------------|---------------|--------------------|
|                                                          | Жалобы  | Признаки |                     | Врачи         | Пациенты           |
| 1-я (Тонзилотрен + другие препараты)                     | 77*     | 73,5*    | 94,6 <sup>#</sup>   | 90,8*         | 94,6 <sup>@</sup>  |
| 2-я (фитопрепарат + другие препараты)                    | 63,2*** | 54,8     | 93,2 <sup>##</sup>  | 79,4          | 82,0               |
| 3-я (монотерапия Тонзилотреном)                          | 73**    | 71**     | 91,5 <sup>##</sup>  | 90**          | 92,8 <sup>@@</sup> |
| 4-я (только один из фитопрепаратов)                      | 51,6    | 51,6     | 76,6                | 76,6          | 73,4               |
| 5-я (другие препараты без Тонзилотрена и фитопрепаратов) | 55,7    | 55,1     | 79,4                | 72,0          | 91,5               |
| 6-я (промывание лакун миндалин)                          | 51,8    | 53,8     | 86,7 <sup>###</sup> | 75,8          | 88,8               |

\* Различия оцениваемого показателя с другими группами (кроме группы 3) статистически значимы, критерий  $\chi^2$ ,  $p < 0,001$ .

\*\* Различия оцениваемого показателя с другими группами (кроме группы 1) статистически значимы, критерий  $\chi^2$ ,  $p < 0,001$ .

\*\*\* Различия оцениваемого показателя с группами 4, 6 статистически значимы, критерий  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ .

<sup>#</sup> Различия оцениваемого показателя с группами 3, 4, 5, 6 статистически значимы, критерий  $\chi^2$ ,  $p < 0,001$ .

<sup>##</sup> Различия оцениваемого показателя с группами 4, 5, 6 статистически значимы, критерий  $\chi^2$ ,  $p < 0,001$ .

<sup>###</sup> Различия оцениваемого показателя с группой 4 статистически значимы, критерий  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ .

<sup>@</sup> Различия оцениваемого показателя с другими группами (кроме группы 3, 5) статистически значимы, критерий  $\chi^2$ ,  $p < 0,001$ .

<sup>@@</sup> Различия оцениваемого показателя с группой 4 статистически значимы, критерий  $\chi^2$ ,  $p < 0,001$ .



положительное влияние как на жалобы пациентов, так и на выраженность местных признаков ХТ (табл. 3). При этом в группах с применением Тонзилотрена отмечались более высокие оценки. Статистический анализ показал значимые межгрупповые различия, однако ввиду того что с клинической точки зрения данные различия не являются принципиальными, в таблице они не отражены.

Аналогичные результаты получены по показателю IMPSS, отражающему удовлетворенность пациента или его представителя результатами проведенного лечения.

По оценке врачей и пациентов средние значения переносимости первого курса противорецидивной терапии колебались в пределах от 3 до 5 баллов.

Для более точной и емкой оценки был проведен частотный анализ оценок эффективности и переносимости терапии (табл. 4). Согласно представленным данным положительные оценки клинической эффективности в отношении жалоб статистически значимо преобладали в группах 1, 2 и 3, в отношении местных признаков – в группах 1 и 3. Приоритет в высших оценках удовлетворенности пациентов результатом терапии отмечался в группах 1, 2, 3 и 6. Лучшие оценки переносимости терапии на общем позитивном фоне отмечались в группах 1 и 3.

Таким образом, анализ результатов первого этапа проведенного наблюдательного исследования и изучения эпидемиологических характеристик ХТ у 6250 больных по данным карт, заполненных 620 оториноларингологами амбулаторно-поликлинической сети, свидетельствует о следующем.

1. Хронический тонзиллит является актуальной проблемой современной оториноларингологии.

2. Среди больных хроническим тонзиллитом, включенных врачами в наблюдательное исследование, преобладали пациенты с компенсированной формой, наиболее частым видом декомпенсации являлись рецидивы ангин.

3. При всех формах отмечена низкая приверженность больных хроническим тонзиллитом к противорецидивному консервативному лечению.

4. Проведение адекватной программы противорецидивной терапии хронического тонзиллита позволяет добиваться положительной клинической динамики и высоких показателей эффективности и удовлетворенности лечением.

5. Наилучшие результаты консервативного лечения хронического тонзиллита после проведения 1-го курса противорецидивной терапии зафиксированы при включении препарата Тонзилотрен, что может быть обусловлено наряду с другими его свойствами особым механизмом улучшения дренажной функции лакун миндалин.

6. Результаты проведенного наблюдательного исследования в рамках Национальной программы «Хронический тонзиллит» планируется доложить Экспертному совету НМАО России для выработки стратегии по улучшению возможностей врачей-оториноларингологов амбулаторно-поликлинического звена и повышению заинтересованности их руководства в реализации противорецидивного консервативного лечения хронического тонзиллита.

7. Новые данные анализа проведенного наблюдательного исследования целесообразно представлять к всестороннему обсуждению оториноларингологов и врачей смежных специальностей в рамках программ повышения квалификации.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Полевщиков А. В., Рязанцев С. В. Хронизация заболеваний лимфоглоточного кольца: гистологически и иммунологический аспекты: Материалы VIII Петербургского международного форума оториноларингологов России. СПб.: Полифорум, 2019:210–211.
2. Гриневич В. В., Акмаев И. Г., Волкова О. В. Основы взаимодействия нервной, эндокринной и иммунной систем. СПб.: Симпозиум, 2004. 159 с.
3. Хронический тонзиллит и ангина. Иммунологические и клинические аспекты; под ред. С. А. Карпищенко и С. М. Свистушкина. Изд. третье испр. и доп. СПб.: Диалог, 2017. 264 с.
4. Мальцева Г. С., Дроздова М. В., Потапова П. Д. Выбор топических препаратов в комплексном лечении острого тонзиллита. *РМЖ*. 2018;102:70–74. [https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Vybor\\_topicheskikh\\_preparatov\\_v\\_kompleksnom\\_lechenii\\_ostrogo\\_tonzillita/](https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Vybor_topicheskikh_preparatov_v_kompleksnom_lechenii_ostrogo_tonzillita/)
5. Руководство по оториноларингологии; под ред. И. Б. Солдатов. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1997. 608 с.
6. Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Крюков А. И. Воспалительные заболевания глотки: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 288 с.
7. Карпищенко С. А., Лавренова Г. В., Голубев А. Ю., Муратова Е. И., Малай О. П. Особенности лечения хронического тонзиллита с проявлениями халитоза на фоне дисбиоза кишечника. *Дневник казанской медицинской школы*. 2018;1(19):51–55.

8. Таукелева С. А., Расулова М. С., Станова С. К. Лечение больных с хроническим тонзиллитом аппаратом Тонзилор-М. *Вестник КазНМУ*. 2017;3:98–100. <https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-bolnyh-s-hronicheskim-tonzillitom-apparatom-tonzilor-m>
9. Свистушкин В. М., Никифорова Г. Н., Топоркова Л. А. Место современных препаратов с направленным действием в лечении пациентов с тонзиллярной патологией. *Медицинский совет*. 2018;8:36–40. doi.org/10.21518/2079-701X-2018-8-36-40
10. Рязанцев С. В., Еремина Н. В., Щербань К. Ю. Современные методы лечения хронического тонзиллита. *Медицинский совет*. 2017;19:68–72. doi.org/10.21518/2079-701X-2017-19-68-72
11. Рязанцев С. В., Безшапочный С. Б., Артюшкин С. А., Еремина Н. В., Мальцева Г. С. Современная фармакотерапия воспаления лимфаденоидной ткани глоточного кольца. Возможности препаратов с направленным органотропным действием. *Детская оториноларингология*. 2019;2:38–42.
12. Касенова Д. С. Клинико-лабораторная характеристика хронического тонзиллита у подростков и методы его комплексного лечения: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Астана, 2010. 24 с.
13. Терскова Н. В., Боброва С. В., Мельников М. Н., Титова Н. М. Биохимические основы патологического процесса при хроническом аденоидите у детей и динамика на фоне терапевтической коррекции. *Российская ринология*. 2006;4:12–17.
14. Мельников О. Ф., Тимченко С. В., Фараон И. В., Бредун А. Ю. Исследование противовоспалительных свойств Тонзилотрена в эксперименте. *Журнал ушных, носовых и горловых хвороб*. 2008;6:37–41. [http://www.lorlife.kiev.ua/2008/2008\\_6\\_37.pdf](http://www.lorlife.kiev.ua/2008/2008_6_37.pdf)
15. Friese K. H., Timen G. E., Zabalotnyi D. I. Homeopathy in children with nonstreptococcal tonsillitis. Study proves efficacy and tolerability of a homeopathic combination medicine. *Der Kassenarzt*. 2006;6:402.
16. Абдрахманова Г. М. Опыт комплексного профилактического лечения тонзиллита на амбулаторно-поликлиническом этапе. *Клиническая медицина Казахстана*. 2011;3,4(22,23):369–370. <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-kompleksnogo-profilakticheskogo-lecheniya-tonzillita-na-ambulatorno-poliklinicheskom-etape>
17. Palm J., Kishchuk V., Keller T. [et al.]. Tonsilotren in chronic tonsillitis: Results of a randomised, international, controlled clinical trial. *European Journal of Integrative Medicine*. 2016;8S:37. doi.org/10.1016/j.eujim.2016.08.090
18. Подпорина Л. А., Песчаный В. А. и др. Новые возможности терапии детей с гипертрофией небных миндалин и проявлениями синдрома вегетативной дистонии в условиях поликлиники: Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии, неонатологии и детской хирургии». Краснодар. 2016:168–171.

## REFERENCES

1. Polevshchikov A. V., Ryazantsev S. V. Khronizatsiya zabolevaniy limfoglotochnogo kol'tsa: gistologicheski i immunologicheski aspekt: Materialy VIII Peterburgskogo mezhdunarodnogo foruma otorinolaringologov Rossii. SPb.: Poliforum, 2019:210–211. (In Russ.).
2. Grinevich V. V., Akmaev I. G., Volkova O. V. Osnovy vzaimodeistviya nervnoi, endokrinnoi i immunnnoi sistem. SPb.: Simpozium, 2004. 159 p. (In Russ.).
3. *Khronicheskii tonsillit i angina. Immunologicheskie i klinicheskie aspekty*; Ed. S. A. Karpishchenko, S. M. Svistushkin. Izd. tret'e ispr. i dop. SPb.: Dialog, 2017. 264 p. (In Russ.).]
4. Mal'tseva G. S., Drozdova M. V., Potapova P. D. Selection of topical preparations in the comprehensive treatment of acute tonsillitis. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2018;102:70–74. (In Russ.). [https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Vybor\\_topicheskikh\\_preparatov\\_v\\_kompleksnom\\_lechenii\\_ostrogo\\_tonzillita/](https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Vybor_topicheskikh_preparatov_v_kompleksnom_lechenii_ostrogo_tonzillita/)
5. Rukovodstvo po otorinolaringologii. Ed. I. B. Soldatov. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Meditsina, 1997. 608 p. (In Russ.).
6. Pal'chun V. T., Luchikhin L. A., Kryukov A. I. Vospalitel'nye zabolevaniya glotki: rukovodstvo dlya vrachei. M.: GEOTAR-Media, 2007. 288 p. (In Russ.).
7. Karpishchenko S. A., Lavrenova G. V., Golubev A. Yu., Muratova E. I., Malai O. P. Features of treatment of chronic tonsillitis with manifestations of halitosis against intestinal dysbiosis. *Dnevnik kazanskoi meditsinskoi shkoly*. 2018;1(19):51–55. (In Russ.).
8. Tauleva S. A., Rasulova M. S., Stanova S. K. Medical treatment of patients with chronic tonsillitis with tonsillor-m apparatus. *Vestnik KazNМУ*. 2017;3:98–100. (In Russ.).] <https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-bolnyh-s-hronicheskim-tonzillitom-apparatom-tonzilor-m>
9. Svistushkin V. M., Nikiforova G. N., Toporkova L. A. The role of modern drugs of targeted action in the management of patients with tonsillar pathology. *Meditsinskii sovet*. 2018;8:36–40. (In Russ.). doi.org/10.21518/2079-701X-2018-8-36-40
10. Ryazantsev S. V., Eremina N. V., Shcherban' K. Yu. Modern methods to treat chronic tonsillitis. *Meditsinskii sovet*. 2017;19:68–72. (In Russ.). doi.org/10.21518/2079-701X-2017-19-68-72
11. Ryazantsev S. V., Bezshapochnyi S. B., Artyushkin S. A., Eremina N. V., Mal'tseva G. S. Sovremennaya farmakoterapiya vospaleniya limfadenoidnoi tkani glotochnogo kol'tsa. Vozmozhnosti preparatov s napravlenym organotropnym deistviem. *Detskaya otorinolaringologiya*. 2019;2:38–42. (In Russ.).
12. Kasanova D. S. Kliniko-laboratornaya kharakteristika khronicheskogo tonsillita u podrostkov i metody ego kompleksnogo lecheniya: avtoref. diss. ... kand. med. nauk. Aстана, 2010. 24 p. (In Russ.).
13. Terskova N. V., Bobrova S. V., Mel'nikov M. N., Titova N. M. Biokhimicheskie osnovy patologicheskogo processa pri hronicheskom adenoidite u detej i dinamika na fone terapevticheskoi korrekcii. *Rossiiskaya rinologiya*. 2006;4:12–17. (In Russ.).
14. Mel'nikov O. F., Timchenko S. V., Faraon I. V., Bredun A. Yu. The study of counter-inflammation properties of tonsilotren in experiments. *Zhurnal vushnikh, nosovikh i gorlovikh khvorob*. 2008;6:37–41. (In Russ.). [http://www.lorlife.kiev.ua/2008/2008\\_6\\_37.pdf](http://www.lorlife.kiev.ua/2008/2008_6_37.pdf)
15. Friese K. H., Timen G. E., Zabalotnyi D. I. Homeopathy in children with nonstreptococcal tonsillitis. Study proves efficacy and tolerability of a homeopathic combination medicine. *Der Kassenarzt*. 2006;6:402.
16. Abdrakhmanova G. M. Opyt kompleksnogo profilakticheskogo lecheniya tonsillita na ambulatorno-poliklinicheskom etape. *Klinicheskaya meditsina Kazakhstana*. 2011;3,4(22,23):369–370. (In Russ.). <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-kompleksnogo-profilakticheskogo-lecheniya-tonzillita-na-ambulatorno-poliklinicheskom-etape>

17. Palm J., Kishchuk V., Keller T. [et al.]. Tonsilotren in chronic tonsillitis: Results of a randomised, international, controlled clinical trial. *European Journal of Integrative Medicine*. 2016;8S:37. doi.org/10.1016/j.eujim.2016.08.090
18. Podporina L. A., Peschanyi V. A. et al. *Novye vozmozhnosti terapii detei s gipertrofiei nebnykh mindalin i proyavleniyami sindroma vegetativnoi distonii v usloviyakh polikliniki: Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii «Aktual'nye voprosy pediatrii, neonatologii i detskoi khirurgii. Krasnodar, 2016:168–171. (In Russ.)*

#### Информация об авторах

**Рязанцев Сергей Валентинович** – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России (190013, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9); тел. (812) 316-28-52, e-mail: professor.ryazantsev@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1710-3092>

**Артюшкин Сергей Анатольевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России (191015, Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 4); тел. +7 921 964-34-89, e-mail: Sergei.Artyushkin@szgmu.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4482-6157>

✉ **Еремина Наталья Викторовна** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры оториноларингологии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России (191015, Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 4); тел. 7 (981) 829-80-86, e-mail: erjominalor@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7226-5505>

**Еремин Сергей Алексеевич** – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела разработки и внедрения высокотехнологических методов лечения, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России (190013, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9); тел. 8(981)758-73-52, e-mail: 7shans@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2107-7141>

#### Information about the authors

**Sergei V. Ryazantsev** – MD, Professor, Deputy Director for Scientific and Coordination Work with the Regions of Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech the Ministry of Healthcare of Russia (Russia, 190013, Saint Petersburg, 9, Bronnitskaia str.); tel.: +7(812) 316-28-52, e-mail: professor.ryazantsev@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1710-3092>

**Sergei A. Artyushkin** – MD, Professor, Head of the Chair of Otorhinolaryngology, Mechnikov Northwest State Medical University Ministry of Healthcare of the Russia (Russia, 191015, Saint Petersburg, 41, Kirochnaia str.); tel.: +7(921) 964-34-89, e-mail: Sergei.Artyushkin@szgmu.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4482-6157>

✉ **Natalia V. Eremina** – MD, Professor, Professor of the Chair of Otorhinolaryngology of North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov. Russia, Saint Petersburg, 41, Kirochnaia str., tel.: 8-931-369-85-10, e-mail: erjominalor@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7226-5505>

**Sergei A. Eremin** – MD Candidate, research associate of the Department of Development and Implementation of High-Technology Treatment Methods, Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech Ministry of Healthcare of Russia (190013, Russia, Saint Petersburg, 9, Bronnitskaia str.); tel. 8 (981) 758-73-52, e-mail: 7shans@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2344-9199>