

**І.Я. Господарський, Х.О. Господарська**  
**Сучасні підходи до терапії хронічного тонзиліту**  
**з частими загостреннями у підлітків**  
**із цілорічним алергічним ринітом**

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Україна  
Тернопільська університетська лікарня, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.1(73):105-110; doi10.15574/SP.2016.73.105

**Мета:** вивчення можливостей використання фітопрепарату Імупрет® у комплексному лікуванні хронічного тонзиліту на тлі цілорічного алергічного риніту.

**Пацієнти і методи.** Під спостереженням знаходилися 38 хворих із частотою загострення хронічного процесу шість і більше разів на рік. Пацієнти групи порівняння (18 осіб) отримували загальноприйнятну терапію. Пацієнти основної групи (20 осіб) отримували додатково Імупрет® протягом усього періоду загострення та з профілактичною метою протягом наступних трьох місяців. Усім хворим проводилося клініко-лабораторне обстеження під час загострення хронічного тонзиліту та через три місяці після початку лікування.

**Результати.** Додаткове призначення препарату Імупрет® протягом періоду загострення дозволило суттєво скоротити тривалість і виразність суб'єктивної симптоматики тонзиліту та об'єктивних змін з боку слизових оболонок та регіонарних лімфатичних вузлів. Застосування Імупрету протягом трьох місяців сприяло зменшенню частоти загострень і потреби у повторних курсах антибіотикотерапії, супроводжувалося зниженням колонізації слизових патогенною мікрофлорою.

**Висновки.** Комплексний терапевтичний ефект Імупрету, відсутність побічних впливів та алергічних реакцій, дозволяють рекомендувати його як засіб базисної терапії у хворих на хронічний тонзиліт із частими загостреннями, навіть за наявності супутньої алергічної патології.

**Ключові слова:** хронічний тонзиліт, супутня алергічна патологія, лікування, профілактика, Імупрет®.

### Вступ

Терапія хронічного тонзиліту навіть сьогодні залишається досить складною та актуальною проблемою у повсякденній практиці отоларингологів, сімейних лікарів, клінічних імунологів [2,11]. Екологічне забруднення навколишнього середовища, постійне посилення агресивності поллютантів, часте невиправдане застосування антибіотиків обумовлюють щорічне збільшення захворюваності на хронічні запальні процеси органів дихання [2].

Перелічені вище фактори сприяють також постійному росту частоти алергічних реакцій і захворювань. Якщо ще 20–30 років тому традиційно вважалося, що алергії не хворіють на інфекційні захворювання чи принаймні хворіють значно рідше, то останніми роками це хибне твердження було повністю спростоване [11].

Серед чинників, які значно збільшують уразливість верхніх дихальних шляхів, — стан загального і місцевого імунітету. Одним із найважливіших аспектів бар'єрної функції слизових оболонок забезпечується факторами місцевого імунітету. Серед неспецифічних гуморальних факторів «першого бар'єру» чільне місце належить факторам місцевого імунітету, зокрема секреторному IgA [2]. Зрозуміло, що під впливом численних несприятливих факторів, до яких належать як професійно-побутові, так і екологічні, повторні курси антибіотикотерапії, синтез і функціонування вищезгаданих факторів будуть порушуватися. А це, у свою чергу, сприятиме «оголенню» слизових оболонок, збільшуватиме їх уразливість до уражень патогенними та умовно-патогенними збудниками [3].

Поєднання хронічного тонзиліту та алергічного риніту з цілого ряду причин взаємно обтяжують перебіг один одного. Наявність хронічного набряку слизової оболонки носа і гіперпродукції слизу внаслідок алергозу різко збільшує ризик розвитку інфекційних запальних процесів верхніх дихальних шляхів і ЛОР-органів. Застосування

класичних схем протиалергічної терапії (антигістамінні засоби, системні і топічні стероїди) різною мірою пригнічують чи спотворюють роботу місцевого імунітету, а у випадку тривалого застосування — і системного. Є ряд досліджень, які переконливо свідчать про суттєве збільшення ризику загострення хронічних запальних процесів також на час проведення специфічної імунотерапії (лікування алергенами) у таких пацієнтів [5,6].

З іншого боку, як загострення хронічного тонзиліту самі по собі, так і їх лікування антибіотиками, зумовлюють обтяження перебігу алергічного процесу. При цьому використання антибактерійних засобів забезпечує лише тимчасовий ефект, впливаючи на тривалість загострень, але не на частоту їх розвитку. Окрім того, часте використання антибіотиків зумовлює формування кандидозів і дисбіозів, що ще сильніше порушує синтез факторів місцевого імунітету [6].

Варіант оптимальної терапії у таких випадках повинен включати імунокорекцію [7,13]. У багатьох дослідженнях доведено, що не тільки синтетичні препарати можуть впливати на різні ланки імунітету, серед імунотропних засобів добре зарекомендували себе фітопрепарати. З одного боку, їхній вплив на імунітет, передусім, спрямований на роботу факторів місцевого захисту. З іншого боку — цей вплив максимально м'який порівняно із синтетичними препаратами, а їх призначення не потребує попереднього призначення імунограми [9].

Найбільш цікавим та перспективним є вплив на імунну систему рослин, який не опосередковується через адаптаційні механізми і не зумовлює суттєвої дії на нейроендокринну сферу [8,9]. Серед таких рослин — алтей, волоський горіх, хвощ, тисячолісник тощо. Як правило, їх вплив на організм в цілому і на імунітет зокрема є більш локальним, «точковим», не супроводжується непрогнозованими ефектами з боку нервової та ендокринної систем, які часто є

небажаними. Фармакологічні ефекти цих та інших рослин на імунітет пояснюють наявністю в їх складі ефірних олій (квіти ромашки, листя горіха), танінів (листя горіха і кора дуба), гіркоти (тисячолісника, кульбаба), полісахаридів (корінь алтею, ромашка), сапонінів (хвощ). Без сумніву, враховуючи багатокомпонентність фітоекстрактів, лікувальний вплив цих рослин далеко не обмежується згаданими сполуками. За рахунок впливу цих субстанцій на організм ромашка і хвощ проявляють виразний імунотропний і протизапальний ефекти, корінь алтею і листя кульбаби — імунотропний, кора дуба і листя горіха — протівірусний, трава тисячолісника — протизапальний [10].

Серйозною вадою фітопрепаратів є непрогнозованість виразності лікувального впливу за рахунок різного вмісту діючих речовин у кожній партії рослинної сировини. У зв'язку із запровадженням принципів доказової медицини суттєво зросла зацікавленість у можливості створення високоякісних фітопрепаратів зі збереженням стандартного, прогнозованого і «дозованого» впливу на імунітет та одночасним збереженням високої безпечності у застосуванні, яка загалом властива фітозасобам. Без сумніву, лідером у створенні таких засобів є компанія «Біонорика СЕ» (Німеччина). Розроблена спеціалістами компанії концепція фітонірингу дозволила створити сучасні фітопрепарати, які характеризуються постійно відтворюваною якістю, стабільним складом і чітко визначеними, прогнозованими фармакологічними ефектами, що не поступаються синтетичним препаратам. При цьому зберігаються переваги традиційної фітотерапії — висока безпека і комплексний механізм дії на організм. Серед засобів, розроблених цією компанією, варто, передусім, згадати Імупрет®, який має суттєвий вплив на імунітет [4].

Останніми роками проведено ряд переконливих експериментальних досліджень впливу Імупрету на різні параметри, зокрема місцевого імунітету (О.Ф. Мельников і співавт., 2013, 2014), які підтвердили достовірний вплив цього засобу на клітини мигдаликів, що проявлялося, зокрема, у підсиленні експресії на клітинах CD 56-антигена, який є одним з основних маркерів природних кілерів [4]. Важливо відмітити, що терапія Імупретом призводить до активації насамперед ланки клітинного імунітету, без зміни вектору імунної реактивності. За даними багатьох досліджень, при використанні 6-разового режиму вживання Імупрету він стимулює кисневий вибух у Т-лімфоцитах та фагоцитуючих клітинах, підвищуючи, таким чином, кілерні реакції та фагоцитоз. Подальше вживання Імупрету призводить до підвищення синтезу інтерферону, імуноглобулінів та реалізації його протівірусної та протизапальної дії.

Іншим застереженням для використання фітотерапевтичних засобів є ризики алергічних реакцій на діючі компоненти. Через це лікарі остерігаються застосовувати фітопрепарати навіть у пацієнтів з обтяженим алергологічним анамнезом, а тим більше — за наявності супутньої хронічної алергопатології. Але, як показав наш досвід і результати інших досліджень, ризик розвитку алергічних реакцій на фітозасоби є мізерним порівняно з частотою таких реакцій на антибактерійні, знеболювальні, вітамінні препарати [6].

**Метою** дослідження стало вивчення можливості використання фітопрепарату Імупрет® («Біонорика», Німеччина) у комплексному лікуванні підлітків із хронічним тонзилітом на тлі цілорічного алергічного риніту, визначення його ефективності і безпечності.

### Матеріал і методи дослідження

Було обстежено 38 хворих на хронічний тонзиліт на тлі цілорічного алергічного риніту. Під наглядом були

лише пацієнти з частотою загострення хронічного процесу шість і більше разів на рік. Вік обстежуваних становив від 14 до 20 років. Залежно від обраної схеми лікування усі пацієнти були розподілені на дві групи. Пацієнти групи порівняння (18 осіб) отримували загальноприйнятну терапію (за стандартними показаннями — антибіотики, нестероїдні протизапальні засоби, місцеві антисептики тощо) під час загострень хронічного тонзиліту, а також назальні сольові розчини (а за показаннями додатково — антигістамінні засоби, назальні деконгестанти) для лікування алергічного риніту. У проміжках між загостреннями інших медикаментозних чи немедикаментозних методів лікування вони не отримували.

Пацієнти основної групи (20 осіб) під час загострення отримували додатково Імупрет® по 2 таблетки 4 рази на день протягом усього періоду загострення (пересічно — 10 днів), а далі — по 2 таблетки 3 рази на день протягом наступних 3 місяців. Серед критеріїв виключення з дослідження були: наявність полінозів (ризик медикаментозної алергічної реакції на Імупрет®), бронхіальної астми, лікування стероїдами (системними чи топічними), проведення специфічної імунотерапії алергенами на час включення у протокол дослідження.

Усі хворі були обстежені лабораторно (загальний аналіз крові, імунограма), бактеріологічно (мазки на ВЛ, мікрофлору), за показаннями — рентгенологічно (приносові пазухи), проконсультувані та сановані стоматологом. Виразність клінічних симптомів алергічного риніту (ринорея, чхання, свербіж, блокада, відчуття печіння у носі, закладання носа) оцінювали у балах за кожним симптомом: 0 — відсутність симптому, 1 — епізодична його поява, слабка виразність, 2 — симптом виразний і триває більше половини дня. Частота і характер скарг у пацієнтів обох груп до лікування суттєво не відрізнялися. Через три місяці після початку лікування пацієнти були повторно оглянуті й обстежені.

### Результати дослідження та їх обговорення

Більшість хворих була спрямована на консультацію до клінічного імунолога з діагнозом «Імунодефіцит неуточнений — D84.9» за МКХ-10 у зв'язку з частими (6–10 разів протягом останнього року) запальними захворюваннями верхніх дихальних шляхів і супутнім діагнозом «Алергічний риніт — J30.3» за МКХ-10. При імунологічному обстеженні в усіх пацієнтів був верифікований діагноз набутого імунодефіциту з переважним або селективним ураженням місцевого імунітету.

У 22 (57,9%) пацієнтів була виявлена сенсibilізація до кліщів домашнього пилу, у 6 (15,8%) — до котів, у 5 (13,2%) — до собак, у 1 (2,6%) — до морських свинок. У чотирьох пацієнтів спостерігалася сенсibilізація до декількох інгалаційних алергенів. У восьми пацієнтів проведено обстеження не дозволили виявити алерген.

Усім пацієнтам рекомендували щоденний режим харчування (унікати надмірно гарячої чи холодної, гострої та грубої їжі, газованих напоїв), відмову від куріння і голосових перевантажень. З урахуванням обтяженого алергологічного анамнезу та особливостей встановленої сенсibilізації, хворі отримали також індивідуальні алергологічні рекомендації щодо мінімізації контакту з алергеном.

Характерно, що загострення хронічного тонзиліту у підлітків із супутнім цілорічним алергічним ринітом загалом перебігало важче і триваліше, ніж у пацієнтів без алергопатології.

Але вже після першого курсу лікування виявлена суттєва різниця щодо тривалості скарг у пацієнтів, які лікувалися засобами стандартної терапії, і тих, хто додатково

Таблиця 1

**Тривалість скарг у хворих під час загострення хронічного тонзиліту (M±m), діб**

Скарги	Група порівняння (n=18)	Основна група (n=20)
Болі в горлі у спокої	8,5±0,4	5,4±0,3*
Болі в горлі при ковтанні	9,4±0,4	6,9±0,4*
Відчуття стороннього тіла в горлі	11,1±0,3	8,9±0,5*
Мерзлякуватість	3,9±0,6	3,6±0,4
Слабкість	6,9±0,6	6,7±0,6

Примітка: \* – достовірність різниці з показниками у групі порівняння (p<0,05).

Таблиця 2

**Виразність симптомів алергічного риніту до лікування, бали**

Симптом	Група порівняння (n=18)	Основна група (n=20)
Ринорея	1,6±0,2	1,7±0,2
Чхання	1,4±0,2	1,3±0,3
Свербіж	1,2±0,3	1,3±0,2
Блокада	1,3±0,2	1,5±0,1
Печіння у носі	0,4±0,1	0,5±0,1
Закладання носа	2,2±0,3	2,1±0,3

Примітка: \* – достовірність різниці з показниками у групі порівняння (p<0,05).

Таблиця 3

**Виразність симптомів алергічного риніту після десяти днів лікування, бали**

Симптом	Група порівняння (n=18)	Основна група (n=20)
Ринорея	1,5±0,2	1,5±0,3
Чхання	1,2±0,2	1,1±0,3
Свербіж	1,2±0,3	1,3±0,2
Блокада	1,8±0,2 *	1,2±0,1 * #
Печіння у носі	0,4±0,1	0,4±0,1
Закладання носа	2,7±0,3	1,1±0,2 * #

Примітки: \* – достовірність різниці з показниками до лікування (p<0,05); # – достовірність різниці з показниками групи порівняння (p<0,05).

отримував Імупрет® (табл. 1). У пацієнтів основної групи достовірно швидше пройшли болі в горлі у спокої і при ковтанні, відчуття стороннього тіла в горлі (p<0,05). Більшість неприємних відчуттів у глотці та зіві після прийому Імупрету зникли повністю вже після перших 5–7 днів лікування. У випадку використання лише базисної терапії суб'єктивні прояви захворювання збереглися майже у половини хворих на 7–8-й день лікування.

При обстеженні до лікування не виявлено статистично достовірної різниці щодо частоти виявлення і виразності симптомів алергічного риніту у хворих обох груп (табл. 2).

Вже після 10 днів лікування, коли нормалізувалися симптоми, пов'язані із загостренням хронічного тонзиліту, були повторно вивчені прояви алергічного риніту (табл. 3). Якщо виразність блокади і закладання носа у пацієнтів 1-ї групи дещо наросла, то на тлі прийому

Імупрету інтенсивність цих симптомів, навпаки, зменшилася. Як результат – після десяти днів лікування виразність цих проявів достовірно відрізнялася у хворих обох груп (p<0,05 для обох випадків).

Дуже важливо, що на тлі прийому фітопрепарату не відбулося загострення симптомів алергічного риніту. У жодного пацієнта, пролікованого Імупретом, не спостерігали алергічних реакцій.

На тлі застосування Імупрету спостерігалось швидше (p<0,05) купірування як місцевих (набряк та гіперемія мигдаликів), так і загальних (субфебрилітет, збільшення і болочість підщелепних шийних лімфовузлів при пальпації) проявів загострення хронічного тонзиліту (табл. 4).

Більш виразні зміни відмічені при тривалому прийомі Імупрету – протягом трьох місяців (табл. 5). У таких

Таблиця 4

**Тривалість симптомів хронічного тонзиліту під час загострення (M±m), діб**

Клінічний симптом	Група порівняння (n=18)	Основна група (n=20)
Наявність гнійних пробок або гною в лакунах	10,1±0,5	6,3±0,3*
Гіперемія мигдаликів	17,2±0,5	11,1±0,4*
Збільшення підщелепних лімфовузлів	13,5±0,6	7,4±0,5*
Болочість підщелепних лімфовузлів при пальпації	11,1±0,4	7,1±0,6*
Субфебрилітет	16,2±1,1	8,4±0,6*

Примітка: \* – достовірність різниці з показниками групи порівняння (p<0,05).

Таблиця 5

**Прояви хронічного тонзиліту протягом року після початку лікування (M±m)**

Клінічний симптом	Група порівняння (n=18)	Основна група (n=20)
Кількість загострень протягом року	7,8±0,8	2,1±0,3*
Середня тривалість одного епізоду загострення, діб	16,7±1,7	11,1±2,2
Кількість курсів антибіотиків протягом року	3,3±0,7	0,8±0,3*

Примітка: \* – достовірність різниці з показниками у групі порівняння (p<0,05).

Таблиця 6

Частота виявлення бактерій і грибів на слизовій мигдаликів до лікування, %

Флора	Група порівняння (n=18)	Основна група (n=20)
<i>Staph. aureus</i>	55,6	60,0
<i>Str. pyogenes</i>	16,7	20,0
<i>Escherichia coli</i>	27,8	20,0
<i>Haemophilus influenzae</i>	16,7	15,0
<i>Klebsiela pneumoniae</i>	11,1	15,0
<i>Proteus</i>	11,1	5,0*
<i>Candida spp.</i>	16,7	25,0

Примітка: \* – достовірність різниці з показниками групи порівняння ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 7

Частота виявлення бактерій і грибів на слизовій мигдаликів через шість місяців спостереження, %

Флора	Група порівняння (n=18)	Основна група (n=20)
<i>Staph. aureus</i>	44,4	15,0* #
<i>Str. pyogenes</i>	16,7	0,0* #
<i>Escherichia coli</i>	44,4#	5,0* #
<i>Haemophilus influenzae</i>	16,7	0,0* #
<i>Klebsiela pneumoniae</i>	11,1	5,0
<i>Proteus</i>	11,1	5,0
<i>Candida spp.</i>	44,4#	5,0* #

Примітки: \* – достовірність різниці з показниками групи порівняння ( $p < 0,05$ ); # – достовірність різниці з показниками до лікування ( $p < 0,05$ ).

пацієнтів у понад тричі зменшилася частота загострень хронічного тонзиліту протягом року та майже у чотири рази – кількість курсів антибіотикотерапії ( $p < 0,05$ ), виявлена тенденція до скорочення тривалості загострень ( $p > 0,05$ ).

Цікаво, що за умови поєднання хронічного тонзиліту і цілорічного алергічного риніту патогенна мікрофлора практично не висівалася у вигляді монокультур. Виявлення комбінованої патогенної флори в тонзилах вказувало на значне порушення стану колонізаційної резистентності [1] в піднебінних мигдаликах (табл. 6). Базисне лікування мало вплинуло на частоту виділення патогенних й умовно-патогенних мікроорганізмів зі слизових верхніх дихальних шляхів (табл. 6, 7).

Через 6 місяців спостереження у пацієнтів, які отримували стандартне лікування під час загострень, не відбулося суттєвих змін у мікробіоценозі тонзил, за винятком достовірного зростання частоти виявлення кишкової палички і грибів роду *Candida* ( $p < 0,05$ ). Причиною цього може бути повторне застосування антибіотиків у даній групі пацієнтів (у середньому два курси протягом періоду спостереження). Наслідком цього ж може бути і тенденція до зниження колонізаційної частоти *Staph. aureus* ( $p > 0,05$ ), оскільки антибактерійний засіб здебільшого підбирають з урахуванням антибіотикочутливості домінуючого штаму патогенного мікроорганізму [12]. Характерно, що повна елімінація *Staph. aureus* під впливом антибіотиків, якщо і відбувалася у частини пацієнтів, то протягом короткого часу ми спостерігали реколонізацію цим же мікроорганізмом.

Додаткове застосування Імупрету протягом трьох місяців у пацієнтів основної групи сприяло суттєвому покращанню мікробіоценозу, причому це стосувалося не лише бактерій, особливо *Staph. aureus*, але й, чи не в першу

чергу, грибів роду *Candida*. Останнє, на нашу думку, пов'язано, передусім, зі значно меншою частотою використання антибіотиків у хворих, що отримували Імупрет® (табл. 7). Різко знизилася також частота виявлення інших патогенних мікроорганізмів ( $p < 0,05$ ), за винятком *Klebsiela pneumoniae* і *Proteus*.

У жодного із 20 пацієнтів, які приймали Імупрет® протягом трьох місяців, не спостерігалось алергічних реакцій чи інших побічних ефектів.

### Висновки

1. Використання базисної терапії у хворих на хронічний тонзиліт із частими загостреннями не сприяло зменшенню частоти загострень процесу, не зменшувало потребу в повторних курсах антибіотикотерапії, не покращило мікробний пейзаж слизових. У таких пацієнтів достовірно зростала частота виділення кишкової палички і грибів роду *Candida* ( $p < 0,05$ ).

2. Додаткове призначення препарату Імупрет® протягом періоду загострення дозволило суттєво скоротити тривалість і виразність суб'єктивної симптоматики тонзиліту та об'єктивних змін з боку слизових і регіонарних лімфатичних вузлів.

3. Використання імунореабілітації – застосування Імупрету протягом трьох місяців – сприяло зменшенню частоти загострень (у понад тричі) і потреби у повторних курсах антибіотикотерапії (майже у чотири рази), супроводжувалося зменшенням частоти колонізації слизових патогенними бактеріями і грибами роду *Candida*.




4. Комплексний терапевтичний ефект Імупрету за відсутності побічних впливів та алергічних реакцій дозволяє рекомендувати його як засіб базисної терапії у хворих на хронічний тонзиліт із частими загостреннями, навіть за наявності супутньої алергічної патології.

# Захворювання органів дихання?

# Імупрет®

7 рослинних  
компонентів



-  перешкоджає поширенню інфекції<sup>1</sup>
-  зміцнює імунітет<sup>2</sup>
-  захищає від рецидивів та ускладнень<sup>3</sup>

## Розкриваючи силу рослин

**Імупрет®. Показання до застосування:** Захворювання верхніх дихальних шляхів (тонзиліт, фарингіт, ларингіт). Профілактика ускладнень та рецидивів при респіраторних вірусних інфекціях внаслідок зниження захисних сил організму. **Спосіб застосування та дози:** В залежності від симптомів захворювання, препарат застосовують в таких дозах: гострі прояви: Дорослі та діти від 12 років по 25 крапель або по 2 табл. 5-6 разів на день, діти 6-11 років по 15 крапель або по 1 табл. 5-6 разів на день, діти с 2 до 5 років по 10 крапель 5-6 разів на день, діти з 1 до 2 років по 5 крапель 5-6 разів на день. Після зникнення гострих проявів доцільно приймати ще протягом тижня. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Не рекомендується застосовувати у період вагітності та годування груддю. **Побічні ефекти:** рідко можуть виникати шлунково-кишкові розлади, алергічні реакції.

1. Стан імунологічної резистентності і ефективність профілактики і лікування ускладнень ГРВІ у дітей. (Є. Прохоров) «Здоров'я України» 29 № 3 (88) лютий 2004.
2. Імуномодулюючі властивості препарату Тонзилгон Н (О. Мельников) «Здоров'я України» № 5 (136) Лютий 2006; Експериментальне дослідження імуномодулюючих властивостей Тонзилгона Н in vitro (О. Мельников, О.Рильская), ЖУНГБ № 3/2005, (стр 74-76).
3. Стан імунологічної резистентності і ефективність профілактики і лікування ускладнень ГРВІ у дітей. (Є. Прохоров) «Здоров'я України» 29 № 3 (88) Лютий 2004; саногенетична корекція стану мукозального імунітету у дітей з використанням сучасних рослинних імуномодуляторів (О. Цодікова, К. Гарбар) «Сучасна педіатрія» № 3 (43) / 2012; Здоров'я у сезон застуд завдяки комбінованому рослинному препарату (M. Rimmele) Naturamed 5/2010, Medical Nature № 5/2011.

**Імупрет® краплі:** Р.С. №UA/6909/01/01 від 26.07.12. **Імупрет® таблетки:** Р.П. №UA/6909/02/01 від 26.07.12.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бочков Н. А. Симбиотическая микрофлора глотки и ее роль в резистентности организма к инфекциям / Н. А. Бочков // Журн. микробиологии. — 1999. — № 3. — С. 8—14.
2. Дитяча оториноларингологія / Лайко А. А., Косаковський А. Л., Заболотна Д. Д. [та ін.]. — Київ: Логос, Київ. — 2013. — 575 с.
3. Косаковський А. Л., Гавриленко Ю. В. Сучасний підхід до лікування гострого та хронічного аденоїдиту в дітей / А. Л. Косаковський, Ю. В. Гавриленко // Український медичний журнал. — 2014. — № 2 (100). — С. 36—40.
4. Мельников О. Ф. Имупрет как фитоиммунотерапевтический препарат / О. Ф. Мельников // Здоров'я України. — 2014. — № 5. — С. 46—47.
5. Пухлик С. М., Нейверт Э. Г. Аденоиды, аденоидиты и аллергический ринит / С. М. Пухлик, Э. Г. Нейверт // Клини. иммунол. алергопатол. — 2008. — № 5 (2). — С. 16—20.
6. Berger W. E. Nonallergic rhinitis in children / W. E. Berger, J. E. Schonfeld // Curr. Allergy Asthma Rep. — 2007. — Vol. 7 (2). — P. 112—116.
7. Clinical Impact of Chronic Tonsillitis on Weight and Height Parameters / Abazi B., Shaqiri B., Ajvazi H., Lutaj P. // Med. Arch. — 2015. — Vol. 69 (5). — P. 323—326.
8. Chinese medicinal herbs for sore throat / Huang Y., Wu T., Zeng L., Li S. // Cochrane Database Syst. Rev. — 2012. — Mar. 14; 3. — CD004877.
9. Efficacy of complex herbal compound of Echinacea angustifolia in recurrent upper respiratory tract infections during pediatric age: preliminary results / Minetti A. M., Forti S., Tassone G., Torretta S. // Minerva Pediatr. — 2011. — Vol. 63 (3). — P. 177—182.
10. Goto F. Sho-saiko-to-ka-kikyo-sekko as an alternative treatment for chronic tonsillitis to avoid surgery / Goto F., Asama Y., Ogawa K. // Complement. Ther. Clin. Pract. — 2010. — Vol. 16 (4). — P. 216—218.
11. Healthcare costs of acute and chronic tonsillar conditions in the pediatric population in the United States / Duarte V. M., McGrath C. L., Shapiro N. L., Bhattacharya N. // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. — 2015. — Vol. 79 (6). — P. 921—925.
12. Tonsillar colonisation of Fusobacterium necrophorum in patients subjected to tonsillectomy / Bjork H., Bieber L., Hedin K., Sundqvist M. // BMC Infect. Dis. — 2015. — Jul. 10; 15. — P. 264.
13. Quantification of cells expressing markers of proliferation and apoptosis in chronic tonsillitis / Avramovic V., Petrovic V., Jovic M., Vlahovic P. // Acta Otorhinolaryngol. Ital. — 2015. — Vol. 35 (4). — P. 277—284.

### Современные подходы к терапии хронического тонзиллита с частыми обострениями у подростков с круглогодичным аллергическим ринитом

*И.Я. Господарский, Х.О. Господарская*

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, Украина

Тернопольская университетская больница, Украина

**Цель:** изучение возможности использования фитопрепарата Имупрет® в комплексном лечении хронического тонзиллита на фоне круглогодично-аллергического ринита.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 38 больных с частотой обострения хронического процесса шесть и более раз в году. Пациенты группы сравнения (18 человек) получали общепринятую терапию. Пациенты основной группы (20 человек) получали дополнительно Имупрет® в течение всего периода обострения и с профилактической целью в течение следующих трех месяцев. Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование во время обострения хронического тонзиллита и через три месяца от начала лечения.

**Результаты.** Дополнительное назначение Имупрета в течение периода обострения позволило существенно сократить длительность и выразительность субъективной симптоматики тонзиллита и объективных изменений со стороны слизистых оболочек и регионарных лимфатических узлов. Применение Имупрета в течение трех месяцев способствовало уменьшению частоты обострений и необходимости повторных курсов антибиотикотерапии, сопровождалось снижением колонизации слизистых патогенной микрофлорой.

**Выводы.** Комплексный терапевтический эффект Имупрета, отсутствие побочных явлений и аллергических реакций, позволяют рекомендовать его в качестве средства базисной терапии у больных хроническим тонзиллитом с частыми обострениями, даже при наличии сопутствующей аллергической патологии.

**Ключевые слова:** хронический тонзиллит, сопутствующая аллергическая патология, лечение, профилактика, Имупрет®.

### Current approaches to the treatment of chronic tonsillitis with frequent exacerbations in adolescents with perennial allergic rhinitis

*I. Ya. Hospodarskyi, Kh.O Hospodarskaya*

I.Ya. Gorbachevskyi Ternopil State Medical University, Ukraine

Ternopil University Hospital, Ukraine

**Objective:** To study the opportunities of the use of phytopreparation Imupret® in the complex treatment of chronic tonsillitis due to the perennial allergic rhinitis.

**Patients and methods.** A total of 38 patients with exacerbations of chronic process six or more times a year were under observation. A comparison group consisted of 18 persons and received conventional therapy. Main group consisted of 20 persons and additionally received Imupret preparation throughout the period of exacerbation and with the aim of prophylactics for the next three months. All patients underwent clinical and laboratory examinations during exacerbation of chronic tonsillitis, and after three months of starting treatment.

**Results.** Additional application of Imupret during the acute period allow significantly reduce the duration and expression of subjective and objective symptoms of tonsillitis and general changes from the part of mucosa and regional lymph nodes. Application of Imupret for three months helped reduce the frequency of exacerbations and the need for repeated courses of antibiotic therapy that is certified by decreasing of colonization of mucosal pathogens.

**Conclusions.** The comprehensive therapeutic effect of Imupret, lack of side effects and allergic reactions, allow recommend it as a means of basic therapy in patients with chronic tonsillitis with frequent exacerbations, even in the presence of concomitant allergic diseases.

**Keywords:** chronic tonsillitis, concomitant allergic pathology, treatment, prevention, Imupret.

#### Сведения об авторах:

**Господарский Игорь Ярославович** — д.мед.н., проф., зав. каф. клинической иммунологии, аллергологии и общего ухода за больными Тернопольского государственного медицинского университета им. И.Я. Горбачевского. Адрес: г. Тернополь, ул. Коцюбинского, 3а; тел. (0352) 430927.

**Господарская Х.О.** — гл. внештатный специалист-иммунолог ДЗОЗ ТОГА, каф. клинической иммунологии, аллергологии и общего ухода за больными Тернопольского государственного медицинского университета им. И.Я. Горбачевского. Адрес: г. Тернополь, ул. Коцюбинского, 3а; тел. (0352) 430927.

Статья поступила в редакцию 29.01.2016 г.