

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АДЕНОИДИТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.

Гизингер О.А., Коркмазов М.Ю., Щетинин С.А.

Южно-Уральский государственный университет Минздрава России

Аннотация

Представлен анализ результатов комплексного лечения и профилактики обострений хронического рецидивирующего аденоидита у часто болеющих детей с использованием поливалентного лизата, состоящего из антигенов 13 штаммов инактивированных патогенных бактерий, наиболее распространенных возбудителей инфекций дыхательных путей, в том числе хронического аденоидита: *S.aureus*, *S.pyogenes*, *S.viridans*, *S.pneumoniae* (штампы TY1/EQ11, TY2/EQ22, TY3/EQ14, TY5/EQ15, TY8/EQ23, TY47/EQ24), *K.pneumoniae*, *K.ozzaenae*, *H.influenzae B*, *N.Catarrhalis*. Установлено, что комплексная терапия с применением поливалентного бактериального лизата позволяет сократить сроки лечения, уменьшить объем и количество патологического отделяемого глоточной миндалины, позволяет сократить количество эпизодов ОРЗ, приема системных антибиотиков и частоту обострений хронического аденоидита, что способствует уменьшению лекарственной нагрузки на организм ребенка, нормализации функционально-метаболического статуса нейтрофилов поверхности глоточной миндалины, восстановлению содержания иммуноглобулинов классов А, М, G, интерферона – гамма, интерлейкина 6.

Ключевые слова: часто болеющие дети, аденоидит, лечение, нейтрофил

The analysis of the results of complex treatment and prophylaxis of frequently ill children with chronic recurrent adenoiditis using polyvalent lysate consisting of inactivated antigens of 13 strains of pathogenic bacteria, the most common respiratory pathogens, including chronic adenoiditis: S.aureus, S.pyogenes, S.viridans, S.pneumoniae (штампы TY1/EQ11, TY2/EQ22, TY3/EQ14, TY5/EQ15, TY8/EQ23, TY47/EQ24), K.pneumoniae, K.ozzaenae, H.influenzae B, N.Catarrhalis. It was established that complex therapy with the use of polyvalent bacterial lysate can reduce treatment time, reduce the number of abnormal discharge pharyngeal tonsil, reducing the number of episodes of acute respiratory infections, receiving systemic antibiotics and the frequency of exacerbations of chronic adenoiditis that helps to reduce the pill burden on the child's body, helps to normalize functional and metabolic status of neutrophil surface of the pharyngeal tonsils, restore the contents of immunoglobulin classes A, M, G, interferon -gamma, interleukin 6.

Keywords: sickly children, adenoids, treatment, neutrophil

Введение. Инфекции респираторного тракта являются самыми распространенными в структуре общей заболеваемости детей, вызывая различные по степени тяжести осложнения [1]. Дети, чаще своих сверстников болеющие ОРЗ, относятся к группе «часто болеющих детей» ЧДБ (вторая группа здоровья). Ведущей клинико-иммунологической особенностью данной группы детей является снижение резистентности к вирусным и бактериальным патобионтам с формированием очагов хронической инфекции в организме [2,3,4,5]. Частота хронического рецидивирующего аденотонзиллита в группе ЧДБ значительно выше, чем у детей с первой группой здоровья и может достигать 70%, по сравнению с детьми с первой группой здоровья, у которых данная патология находится в интервале от 20 до 30 % [6]. Хронический аденоидит является

трудно диагностируемым, зачастую нераспознанным без специального эндоскопического осмотра заболеванием носоглотки. Длительно протекающий, при отсутствии лечения, хронический аденоидит может вызывать вторичные осложнения у детей, сопровождается дисбалансом факторов врожденного и адаптивного иммунитета, изменениями микробиоты глоточной миндалины с преобладанием в микробном пейзаже патогенной и условно-патогенной бактериальной флоры [7]. На сегодняшний день в Российской Федерации существует следующая тактика лечения хронического аденоидита: несколько курсов консервативной терапии (антимикробной, противоаллергической, иммуномодулирующей), при отсутствии эффекта в течение 6 месяцев – оперативное лечение [8]. В качестве перспективного патогенетического метода, можно рассматривать использование

поливалентных бактериальных лизатов, доказавших свою высокую эффективность в профилактике и лечении заболеваний бактериальной и вирусной природы [9]. На сегодняшний день перспективным препаратом из группы бактериальных лизатов является иммуностимулятор Исмиген, содержащий продукты лизиса грамположительных (*Streptococcus pneumoniae* (6 серотипов), *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus viridans*), грамотрицательных (*Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella ozaena*, *Haemophilus influenza*, *Moraxella catarrhalis*) микроорганизмов. Его отличительной особенностью от других препаратов данной группы является метод получения, а именно разрушение бактерий под действием высокого давления, вследствие чего, большая часть антигенов остается неповрежденными, обеспечивая более высокий иммунный ответ по сравнению с лизатами, полученными с помощью химической инактивации, что позволяет сохранить высокий иммуногенный потенциал препарата [10].

Цель исследования: Оценить результаты комплексной терапии хронического рецидивирующего аденоидита при использовании поливалентного бактериального лизата Исмиген.

Задачи исследования: Выявить клинико-эпидемиологические, иммунологические особенности течения хронического рецидивирующего аденоидита у часто болеющих детей и проанализировать клинико-иммунологическую эффективность применения поливалентных бактериальных лизатов у часто болеющих детей

Материалы и методы исследования: Период проведения исследования с августа 2014 по март 2015 года. В исследовании приняли участие 83 ребенка в возрасте от 4 до 8 лет с хроническим гнойным рецидивирующим аденоидитом в стадии обострения, в анамнезе которых ОРЗ 6 и более раз в год, обострения хронического аденоидита от 3 до 6 раз в год. От родителей дан-

ных детей или их законных представителей было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании в соответствии с приказами МЗ РФ № 266 от 19.07.03 г.; приказ Росздравнадзора № 2325-Пр/06 от 17.10.06 г. Из исследования были исключены пациенты с показаниями к назначению системной антибактериальной терапии, с гнойной патологией околоносовых пазух, острой и обострением хронической патологии среднего уха, дети с не санированной ротовой полостью, с соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации, пациенты с установленными первичными и вторичными ИДС, дети, не способные к сублингвальному приему препарата, дети, родители которых написали отказ от участия в исследовании на любом этапе. Было сформировано 3 группы. Исследование состояло из двух этапов. Группа 1 включала 41 ребенка, первым этапом у которых проводилось лечение обострения хронического аденоидита: анемизация носа с последующим орошением носа и носоглотки физиологическим раствором дважды в день. После туалета полости носа применяли препарат фрамецитин 3 раза в день интраназально и карбцистеин внутрь до купирования воспаления, от 5 до 10 дней лечения. С 11 дня начинался второй этап терапии, включавший орошение носа и носоглотки физ. раствором 2 раза в день сроком до трех месяцев. Группа 2 - 42 ребёнка, сопоставимых по возрасту, полу, анамнестическим данным с детьми из группы 1. На первом этапе дети из группы 2 в течение 5-10 дней получали анемизацию носа с последующим орошением носа и носоглотки физиологическим раствором дважды в день, применением препаратов фрамецитин 3 раза в день интраназально и карбцистеин внутрь и приемом иммуностимулятора Исмиген сублингвально утром, натошак 1 раз в день 10 дней. Во время второго этапа детям проводили орошение носа и носоглотки физиологическим раствором 2 раза в день сроком до трех месяцев с до-

полнительным приемом двух курсов иммуностимулятора Исмиген сублингвально в течение 10 дней с 20 дневным перерывом между курсами. Группа 3 - 12 условно-здоровых детей – была сформирована при проведении профилактических осмотров, дети в лечении участия не принимали. Всем детям до начала лечения проводилось клиническое обследование, сбор анамнеза заболевания и жизни. Субъективная оценка жалоб давалась родителями пациентов или их законными представителями на основании 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Забор содержимого с поверхности глоточной миндалины проводился под контролем эндоскопа через 10 дней и 3 месяца после завершения исследования. Через 6 месяцев оценивалось количество рецидивов хронического аденоидита и эпизодов ОРЗ у детей групп 1, 2. Иммунологическую эффективность препарата Исмиген оценивали путём анализа функциональной активности нейтрофилов отделяемого глоточной миндалины по их способности к поглощению частиц латекса, кислородзависимому метаболизму, функциональному резерву [12]. Методом ИФА определяли концентрацию цитокинов. Результаты исследований подвергли статистической обработке с помощью математического пакета Mathsoft Mathcad.

Результаты исследования. При сборе анамнеза заболевания и жизни обследуемых детей были получены следующие данные: средний возраст детей составил 5,1 год, среднее количество эпизодов ОРЗ 7,6 в течение года, среднее количество рецидивов хронического аденоидита 4,2 случая в год, прием системных антибактериальных препаратов 3,8 курсов в год, у 5 детей данные об аденоитомии в анамнезе. У пациентов групп 1-2 зарегистрированы жалобы: затруднение носового дыхания у 83 детей, кашель, преимущественно в утренние часы у 79 детей, храп у 78 детей, гнусавость у 76. При эндоскопическом осмотре: гипертрофия глоточной миндалины

1 степени - 2 ребенка, 2 степени - 56 детей, 3 степени - 25 детей, гнойное или гнойно-слизистое отделяемое глоточной миндалины у 78 детей. При первичном осмотре не выявлено статистически достоверного различия между симптомами заболевания по данным ВАШ и эндоскопического осмотра носоглотки ($p > 0,05$) у пациентов 1 и 2 группы. При контрольном осмотре на 10-й день зарегистрировано достоверное уменьшение жалоб на затруднение носового дыхания, кашель, храп, гнусавость ($p < 0,05$). При эндоскопическом осмотре на 10 сутки от начала лечения отмечено достоверное изменение гипертрофии только в группе детей, принимавших Исмиген: уменьшение гипертрофии III степени у 50% детей. Исчезновение гнойного и слизистого отделяемого на глоточной миндалине отмечено у всех? Или скольких? детей, получавших комплексную терапию препаратом Исмиген? А что было в группе пациентов, не получавших Исмиген?. При динамическом наблюдении детей через 6 месяцев от начала лечебных мероприятий было зарегистрировано: в группе 1 - 98 эпизодов ОРЗ, 58 эпизодов обострения хронического аденоидита; в группе 2 - 70 эпизодов ОРЗ, 37 эпизодов обострения хронического аденоидита. Анализ иммунологических показателей выявил нарушения функционально-метаболического статуса нейтрофилов поверхности глоточной миндалины, выраженное в снижении фагоцитарной активности нейтрофилов на 23,8%, нарушении протекания кислородзависимых процессов нейтрофилов, регистрируемых в НСТ-тесте на 35,2%, снижении функционального резерва нейтрофилов на 23,0%. Под влиянием комплексной терапии с применением препарата Исмиген повышается фагоцитарная активность с 7,8% до 11%, усиливается кислородзависимый метаболизм с 14,6% до 25,9%, увеличивается функциональный резерв нейтрофилов, нормализуется содержание иммуноглобулинов классов каких?, цитокинов.

Обсуждение: Клинико-иммунологическая эффективность комплексной терапии хронического аденоидита у часто болеющих детей напрямую связана с восстановлением нарушенных действием патогенов факторов колонизационной резистентности макроорганизма [13]. Результаты исследования показали, что макромолекулы, входящие в состав препарата Исмиген, полученные путем механического лизиса микробной клетки, способны стимулировать развитие дендритных клеток, отвечающих за активацию двух видов иммунитета: врожденного и приобретенного, при котором происходит увеличение уровня общего IgG и секреторного IgA? регистрируемое нами при проведении контрольных иммунологических исследований. Процесс генерации регулируется выработкой цитокинов, играющих важную роль в индукции приобретенного иммунитета

Выводы:

1. Комплексная терапия с применением иммуностимулятора Исмиген в период обострения хронического аденоидита позволяет сократить сроки лечения, количество эпизодов ОРЗ, уменьшить объем и количество патологического отделяемого глоточной миндалины, поэтому детям с хроническими аденоидитами и гипертрофией глоточной миндалины, в том числе состоящим на диспансерном учете, как часто и длительно болеющим, рекомендовано включение препарата Исмиген в плановые лечебные программы

2. Комплексная терапия с применением иммуностимулятора Исмиген способствует нормализации функционально-метаболического статуса нейтрофилов поверхности глоточной миндалины, восстановлению содержания иммуноглобулинов и цитокинов.

Литература

1. Пикуза О.И. Клинико-иммунологическая эффективность бактериальных лизатов у часто болеющих детей/ О.И. Пикуза, А.М. Закирова А.Ф. Хакимова //РМЖ.-. 2012.-Т.96(2).С.45–47.
2. Самсыгина Г. А., Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии/ Г.А. Самсыгина, Г.С. Коваль// Лечащий врач. - 2009. - № 1. [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: <http://www.lvrach.ru/2009/01/5897153/> (дата обращения 08.09.2015)
3. Богомилский М.Р. Детская оториноларингология/ М.П.Богомилский, Н.А. Чистякова, М.: Медицина,. 2001.-368с.
4. Маккаев Х.М. Хронический адено tonsзиллит у детей как проблема педиатрии и детской оториноларингологии/ Х.М. Маккаев// Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2002.- Т. 7.№11.-С.123-127
5. Немировская Т.И. Иммуномодуляторы бактериальной природы, зарегистрированные в Российской Федерации/ Т.И. Немировская, В.П. Ковтун, М.В. Абрамцева, Н.В. Александрова, А.П. Тарасов, Р.Д. Салахова, В.А. Волков, В.А. Меркулов// Биопрепараты.- 2014; №3.-С. 19–26.
6. Щетинин С.А. Патология глоточной миндалины -современное состояние вопроса, проблемы и возможные пути решения/ С.А. Щетинин, К.С. Зырянова// Вестник Челябинской областной клинической больницы-2012; №4.С.26-28
7. Карпова Е. П. О роли этиологических факторов в развитии хронической патологии носоглотки у детей/ Е.П. Карпова, Тулупов Д.А. //Лечащий врач 2013; №1.-С.26-29.
8. Гизингер О.А. Озонированное масло в комплексной терапии хронического аденоидита у детей/ О.А. Гизингер, С.А.Щетинин, М.Ю. Коркмазов, К.В.Никушкина // Врач. – 2015; №7.С.56-59
9. Cassola M. L. Polyvalent mechanical bacterially safe or the prevention of recurrent respiratory infections: ameta-analysis/ М. L. Cassola, S. Anapurapu, C. P. Page // Pulm Pharmacol. Ther. 2012; №25.-С. 62–68.