

В.Н. Буряк, Ю.В. Пошехонова, Н.И. Шабан, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Оптимизация тактики ведения детей, страдающих хроническим тонзиллитом

На протяжении многих десятилетий в практике педиатров и детских отоларингологов сохраняется острота проблемы очаговой инфекции в носоглотке, в частности хронического тонзиллита. Такая ситуация, с одной стороны, связана с недостаточной зрелостью и незавершенностью формирования иммунной системы, в первую очередь лимфоидного аппарата в детском возрасте, а с другой – с возрастающей антигенной, в том числе инфекционной нагрузкой на организм ребенка [1].

В результате лимфоидная ткань изначально не способна обеспечить адекватную местную защиту слизистой оболочки носоглотки от различных вирусных и бактериальных агентов, что создает условия для повышенной заболеваемости острыми воспалительными процессами носоглотки и верхних дыхательных путей, а также для формирования носительства патогенной бактериальной микрофлоры в небных миндалинах, на слизистой оболочке задней стенки глотки и т.п. и для развития хронического воспаления указанных структур [4]. При этом создается замкнутый круг, в котором патогенная микрофлора, поддерживая воспалительный процесс, в частности в небных миндалинах, способствует угнетению выработки в них местных факторов защиты. Дефицит последних благоприятствует сохранению бактериального носительства и, как следствие, возникновению хронического тонзиллита. Необходимо отметить, что длительное существование бактериальной инфекции в организме всегда является фактором риска развития острой ревматической лихорадки, гломерулонефрита, системных заболеваний соединительной ткани, системных васкулитов, ряда аутоиммунных заболеваний крови и эндокринной системы [6]. С учетом вышеизложенного при хронической очаговой инфекции в носоглотке, в частности при хроническом тонзиллите, представляется перспективной разработка двух тактических направлений ведения пациентов: применения антибактериальной терапии и иммуномодулирующих воздействий, прежде всего на местные слизистые барьеры.

Цель настоящего исследования – изучение антибактериального и местного иммуномодулирующего воздействия препарата Лизак при хроническом тонзиллите у детей.

Материалы и методы

Мы обследовали 54 ребенка в возрасте от 6 до 14 лет, страдающих хроническим тонзиллитом, и 25 практически здоровых детей аналогичного возраста, составивших группу контроля. Дети с хроническим тонзиллитом были распределены в две группы. В первую (основную) вошло 28 детей, которым в комплекс терапии включали препарат Лизак, во вторую (группу сравнения) – 26 детей, получавших общепринятое лечение. У всех обследованных изучались клинико-анамнестические данные, до и после лечения исследовались мазки со слизистой небных миндалин и задней стенки глотки на предмет носительства патогенной микрофлоры, выяснялось содержание в слюне секреторного IgA, IgA, IgM, IgG, лизоцима. Иммуноглобулины и лизоцим определяли методом радиальной иммунодиффузии (по Манчини) с помощью

моноспецифических сывороток, секреторный IgA – с помощью антисыворотки против секреторного компонента. Уровень лизоцима в слюне рассчитывали по методу Н.С. Мотавкиной [2]. Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью методов вариационной статистики с использованием прикладных программ.

Результаты исследования и обсуждение

В процессе исследования установлено, что длительность хронического тонзиллита колебалась у детей в возрасте от 1 года до 7 лет и в среднем составляла $2,55 \pm 0,22$ года. У 35,2% из них отмечалась гипертрофия небных миндалин I степени, у 46,3% – II степени, у 18,5% – III степени. В 59,3% случаев у обследованных пациентов визуализировалась разрыхленность небных миндалин, в 44,4% – их инъецированность сосудами. У 55,6% больных регистрировали гиперемию небных дужек, у 61,1% – гиперемию слизистой задней стенки глотки. У 24,1% обследованных лиц слизистая оболочка задней стенки глотки была инъецирована сосудами, у 51,9% наблюдалась ее зернистость. Во всех случаях у больных детей отмечалось увеличение подчелюстных лимфатических узлов, сочетавшееся у 35,2% пациентов с увеличением переднешейных, а у 16,7% – и заднешейных лимфатических узлов. В 38,9% случаев у детей наряду с хроническим тонзиллитом выявлены аденоиды. Особого внимания заслуживает разнобразная кардиальная симптоматика у обследованных больных, свидетельствующая о декомпенсации основного патологического процесса. В частности, 35,2% обследованных лиц жаловались на боли в области сердца. У 18,5% больных наряду с этими жалобами периодически регистрировалось учащенное сердцебиение, у 22,2% пациентов – систолический шум у верхушки и в 5-й точке. Около половины обследованных детей имели патологически измененный уровень артериального давления (АД). У 14,8% больных регистрировали повышенный уровень АД, у 31,5% пациентов выявляли артериальную гипотензию. У 27,8% лиц были обнаружены различные изменения на ЭКГ. Кроме того, в 42,6% случаев у обследованных детей отмечались головные боли, сочетавшиеся в 20,4% наблюдений с головокружениями. Важным обстоятельством является принадлежность 53,7% пациентов к группе часто болеющих детей. При этом подавляющее большинство этих пациентов наряду с частыми острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) переносили также ангины.

При изучении мазков со слизистой оболочки небных миндалин и задней стенки глотки во всех случаях высевалась патогенная микрофлора. У 45,6%

больных определялся *S. pyogenes*, у 38,9% – *S. aureus*. При этом в 20,4% наблюдений констатирована ассоциация указанных микроорганизмов. У 24,1% больных выделена *Moraxella catarrhalis*. Последняя у 5,6% пациентов ассоциировалась со стрептококковой инфекцией. Полученные результаты свидетельствуют о существенной роли носительства патогенной микрофлоры в поддержании хронического воспалительного процесса в небных миндалинах и декомпенсации защитных функций лимфоидной ткани, проявляющейся прежде всего серьезной кардиальной симптоматикой. Неспособность



В.Н. Буряк

При изучении в слюне содержания вышеуказанных факторов местного иммунитета констатировано достоверное снижение у обследованных больных по сравнению со здоровыми лицами группы контроля IgA, sIgA, а также лизоцима при параллельном увеличении IgM и IgG (табл. 1). При этом IgA оказался сниженным у 77,8% пациентов, sIgA – у 55,6% детей с хроническим тонзиллитом, лизоцим – у 90,7% из них. Содержание IgM повышалось в слюне у обследованных больных в 64,8% случаев, IgG – в 79,6% наблюдений.

Таблица 1. Показатели местного иммунитета слизистой оболочки небных миндалин и задней стенки глотки у детей с хроническим тонзиллитом (M±m)

Показатель	Группа	
	Дети с хроническим тонзиллитом (n=54)	Здоровые дети (n=25)
IgA (г/л)	0,36±0,08*	0,52±0,03
sIgA (г/л)	0,70±0,02*	1,17±0,09
IgM (г/л)	1,12±0,11*	0,31±0,02
IgG (г/л)	1,72±0,04*	1,13±0,05
Лизоцим (мкг/мл)	8,01±0,48*	13,88±0,73

*p<0,05 по сравнению со здоровыми детьми.

Таблица 2. Динамика показателей местного иммунитета слизистой оболочки небных миндалин и задней стенки глотки у детей с хроническим тонзиллитом после различных видов терапии (M±m)

Показатель	Группа				Здоровые дети (n=25)
	Дети с хроническим тонзиллитом, получавшие Лизак, до лечения (n=28)	Дети с хроническим тонзиллитом, получавшие Лизак, после лечения (n=28)	Дети с хроническим тонзиллитом, не получавшие Лизак, до лечения (n=26)	Дети с хроническим тонзиллитом, не получавшие Лизак, после лечения (n=26)	
IgA (г/л)	0,34±0,02*	0,54±0,03**	0,37±0,02*	0,43±0,02*	0,52±0,03
sIgA (г/л)	0,71±0,01*	1,34±0,06**	0,68±0,02*	0,85±0,03*	1,17±0,09
IgM (г/л)	1,04±0,05*	0,33±0,02**	1,02±0,05*	0,65±0,03*	0,31±0,02
IgG (г/л)	1,69±0,05*	1,07±0,07**	1,74±0,08*	1,35±0,05*	1,13±0,05
Лизоцим (мкг/мл)	8,38±0,80*	12,41±0,81**	7,78±0,71*	9,38±0,73*	13,88±0,73

*p<0,05 по сравнению со здоровыми детьми; **p<0,05 по сравнению с показателями до лечения.

организма к элиминации высеванных микробов и, таким образом, санации слизистых миндалин и задней стенки глотки в значительной степени обусловлена состоянием местных иммунных барьеров. В частности, большое значение в защите слизистых оболочек имеет IgA, существующий в сывороточной и секреторной формах. При связывании sIgA с антигеном последний выводится из организма без запуска реакции воспаления [3, 5]. Немаловажная роль в поддержании местного иммунитета принадлежит также IgM и IgG. Отдельного внимания при изучении местных иммунологических механизмов защиты от бактериальных агентов заслуживает лизоцим, относящийся к ферментам класса гидролаз и обладающий способностью к разрушению клеточных оболочек грамположительных бактерий путем гидролиза мурамилглюкозамина [3].

Полученные результаты свидетельствуют об угнетенном состоянии местных защитных барьеров слизистой оболочки небных миндалин и задней стенки глотки у пациентов с хроническим тонзиллитом.

Вышеизложенное диктует необходимость проведения у указанного контингента больных курсов терапии, призванной оказать антибактериальное и иммуномодулирующее воздействие на слизистую исследуемых структур. Между тем в ходе изучения анамнестических сведений только у 20,4% обследованных пациентов был установлен факт проведения планового лечения два раза в год в весенний и осенний период. При этом указанное лечение включало лишь местные воздействия: смазывание небных миндалин раствором Люголя, УФО небных миндалин, УВЧ на подчелюстные лимфатические узлы, в единичных

случаях — промывание лакун небных миндалин растворами антисептиков. Остальным детям проводили симптоматическое лечение переносимых ими ОРВИ, антибактериальную терапию в случае развития ангины.

С целью санации слизистой оболочки небных миндалин и задней стенки глотки от выделенных бактериальных агентов и восстановления ее местных иммунных барьеров 28 детям с хроническим тонзиллитом мы планомерно провели вышеуказанный курс местного лечения, дополненный бициллином-3 20 тыс. ЕД/кг 1 раз в неделю внутримышечно № 3 и препаратом Лизак. Данный препарат предназначен для местного применения, выпускается в форме таблеток для рассасывания. Лизак является комбинированным местным антисептическим препаратом, в состав которого входит лизоцима гидрохлорид, оказывающий местное противовоспалительное, противомикробное, противовирусное, антимикотическое действие, увеличивающий неспецифическую защиту организма, а также деквалиния хлорид, который благодаря своей способности снижать поверхностное натяжение обеспечивает проникновение действующих веществ в более глубоко расположенные участки слизистой оболочки. Лизак назначали пациентам в дозе 1 таблетка для рассасывания 2 раза в день утром и вечером на протяжении двух недель. Кроме того, вышеуказанный курс местного лечения, дополненный бициллином-3, без назначения Лизака мы провели у 26 детей с хроническим тонзиллитом, составивших группу сравнения.

В группе детей, получавших Лизак, после окончания терапии ни у одного ребенка не выделены *S. pyogenes* и *S. aureus* со слизистой оболочки небных миндалин и задней стенки глотки и только в двух случаях высеивалась *Moraxella catarrhalis*, выделявшаяся до начала лечения в ассоциации со стрептококком. При этом в группе сравнения полной санации небных миндалин и задней стенки глотки удалось достичь менее чем в трети наблюдений. В 69,2% случаев носительство патогенной микрофлоры сохранялось.

Весьма показательны результаты исследования параметров местного иммунитета слизистой небных миндалин и задней стенки глотки в динамике лечения в группах детей с хроническим тонзиллитом, получавших терапию с включением Лизака или только общепринятый курс. Так, после применения Лизака уровень IgA восстановился в 67,9% случаев, sIgA — в 100% наблюдений. Последнее обстоятельство, вероятнее всего, следует объяснить способностью эпителиальных клеток слизистых оболочек непосредственно продуцировать секреторный компонент [3]. Содержание лизоцима в слюне детей, получавших Лизак, нормализовалось в 71,4% случаев, IgM — в 85,7%, IgG — в 82,1%. При этом среди больных, не получавших Лизак, восстановление нормальных значений IgA происходило лишь у 30,8% пациентов, sIgA — у 61,5%, лизоцима — у 26,9%, IgM — у 23,1%, IgG — у 26,9%. Установленные закономерности отразились и на динамике средних значений анализируемых показателей, которые у больных основной группы после терапии с включением Лизака соответствовали их средним значениям в группе контроля при сохранении достоверных отличий этих

значений от таковых у пациентов группы сравнения, не получавших исследуемый препарат (табл. 2).

Выводы

Таким образом, результаты проведенного обследования демонстрируют эффективность санации от патогенной бактериальной микрофлоры, а также свидетельствуют о восстановлении местных иммунологических барьеров слизистой оболочки небных миндалин и задней стенки глотки у детей с хроническим тонзиллитом при использовании препарата Лизак. Включение препарата Лизак в комплекс плановой консервативной терапии хронического тонзиллита в детском возрасте

представляется перспективным направлением профилактики декомпенсации процесса, предотвращения необходимости проведения тонзиллэктомии и восстановления физиологической функциональной активности лимфоидной ткани носоглоточного лимфатического кольца.

Литература

1. Бредун А.Ю. Хронический тонзиллит у детей: новое решение старой проблемы // Медична газета «Здоров'я України». — 2007. — № 1. — С. 37.
2. Мотавкина Н.С. Микрометод количественного определения лизоцима / Н.С. Мотавкина, И.М. Ковалев, А.С. Шаронов // Лабораторное дело. — 1979. — № 12. — С. 22-24.

3. Чернишова Л.И. Особенности местного иммунитета у часто хворючих дітей та у дітей з імунодефіцитом IgA, можливості корекції його порушень бактеріальними лізатами / Л.И. Чернишова, С.А. Якимович, Л.В. Галазюк // Современная педиатрия. — 2006. — № 1. — С. 49-53.
4. Choby B.A. Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis / B.A. Choby // Am. Fam. Physician. — 2009. — № 5. — P. 383-390.
5. Rossi G.A. Naturally occurring immune response against bacteria commonly involved in upper respiratory tract infections: analysis of the antigen-specific salivary IgA levels / G.A. Rossi, C. Peri, M.E. Raynal et al. // Immunol. Lett. — 2003. — № 3. — P. 85-91.
6. Talmon Y. Acute myopericarditis complicating acute tonsillitis: a prospective study / Y. Talmon, R. Ishai, A. Samet et al. // Ann. Rhinol. Laryngol. — 2009. — № 8. — P. 556-558.

37

ЛІЗАК — ВІД БОЛЮ В ГОРЛІ ТІЛЬКИ ТАК!



Лізак

завдяки оптимальній комбінації деквалінію хлориду та лізоциму:

- забезпечує проникнення діючих речовин у більш глибоко розташовані ділянки слизової оболонки, збільшуючи площу дії та підвищуючи ефективність лікування;
- чинить:
 - антисептичну,
 - протимікотичну,
 - антимікробну,
 - протівірусну,
 - протизапальну дію,
- проявляє місцевий імуномодулюючий ефект.

Р. п. МОЗ України UA10649/01/01 від 17.05.2010 року.
Реклама лікарського засобу. Виробник ВАРТ „Фармак” Україна.
Перед вживанням слід уважно прочитати інструкцію.
Зберігати в недоступному для дітей місці.
Додаткова інформація за тел. у Києві: (044) 496-87-17

Фармак®