

На X конгрессе педиатров Украины «Актуальные проблемы педиатрии», который состоялся 6-8 октября 2014 г. в Киеве, был представлен ряд докладов ведущих отечественных ученых о современных подходах в лечении острых респираторных заболеваний у детей. В рамках конгресса был проведен мастер-класс с участием специалистов разного профиля, который продемонстрировал единство в стратегии лечения детей с респираторной патологией.

Комплексная терапия острых заболеваний респираторной системы у детей

По материалам X конгресса педиатров Украины «Актуальные проблемы педиатрии»



Главный детский инфекционист МЗ Украины, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Сергей Александрович Крамарев выступил с докладом «Вирусные инфекции у детей: современное течение и подходы к лечению».

— По данным статистики, в Украине за 2012 г. у детей в возрасте от 0 до 17 лет было зарегистрировано 5 269 382 случая инфекционных заболеваний. Из них на острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) приходится 5 123 387 случаев, грипп — 24 881, паротитную инфекцию — 668, инфекционный мононуклеоз — 4904, корь — 940, краснуху — 2141, ветряную оспу — 108 221. Удельный вес вирусных инфекций в структуре инфекционной заболеваемости составил 5 266 145 случаев, или 99,95%. Поэтому поиск эффективных стратегий лечения и профилактики вирусной патологии остается актуальным.

В продолжение доклада Сергей Александрович остановился на лекарственных препаратах с серьезной доказательной базой и оптимальным спектром действия.

В частности, обсуждались особенности препарата Инфлюцид (Германия), особый интерес к которому объясняется его широким спектром противовирусного действия и оптимальной интерферониндуцирующей способностью.

Так, в случае заражения вирусом гриппа Инфлюцид доказано уменьшает цитопатическую реакцию на вирус, увеличивая резистентность клеток к его воздействию (Еропкин М.Ю., 2009). Сравнение данных в отношении различных эталонных штаммов вируса гриппа показывает, что активность препарата проявлялась против пандемического штамма А (H₁N₁), а также штаммов А (H₃N₂) и В. Кроме того, эффект наблюдался также в отношении модельного вакцинного штамма гриппа А (H₅N₁) — NIBRG-14, что немаловажно в условиях угрозы эпидемии высокопатогенного птичьего гриппа. Немаловажно, что показаны высокая эффективность Инфлюцида в отношении широкого спектра других вирусов, таких как парагрипп, аденовирусы, корона-, РС-вирусы.

В экспериментальных исследованиях также была подтверждена интерферониндуцирующая способность Инфлюцида (Гарашенко Т.И. и соавт., 2005). В клетках крови препарат во всех исследуемых концентрациях вызывал синтез интерферона (ИФН) в титре 64-128 ЕД/мл. Действие Инфлюцида было сравнимо с циклофероном (128 ЕД/мл), в то время как амиксин и другие показали значительно меньшую активность.

В крупном клиническом исследовании (Блохин Б., Майданник В. и соавт., 1997) были продемонстрированы высокая эффективность и безопасность Инфлюцида у 234 детей в возрасте от одного года до 12 лет. При этом и врачи, и родители отметили высокую эффективность препарата и быстрое подавление типичных болезненных проявлений. По окончании лечения (в течение 3 дней — у 1,3%, 5 дней — у 44,9% пациентов; максимальная продолжительность — 10 дней) основные симптомы ОРВИ исчезли практически у всех наблюдавшихся пациентов. Кроме того, в группе наблюдаемых больных значительно снизилась частота развития осложнений.

Учитывая широкий спектр вирусов, на которые действует Инфлюцид, на базе клиники детских инфекционных болезней НМУ им. А.А. Богомольца изучили эффективность применения Инфлюцида у больных с ветряной оспой и корью.

Так, у детей с корью, которые получали в составе комплексного лечения Инфлюцид, отмечалось сокращение длительности лихорадки на 2,8 дня, катарального синдрома — на 5,4 дня. У пациентов с ветряной оспой продолжительность лихорадки снижалась на 3,2 дня и экзантемы — на 2,6 дня в сравнении с группой контроля. Во время определения интерферонов статуса при ветряной оспе и кори у части детей в первые дни от начала заболевания было выявлено существенное повышение уровней ИФН α и ИФН γ (43,6 и 227 пг/мл — при ветряной оспе и 77,08 и 400,27 пг/мл — при кори соответственно) в сравнении с нормальными показателями (28 и 20 пг/мл соответственно). Наблюдалась достоверная положительная динамика уровней ИФН α и ИФН γ в сыворотке крови при ветряной оспе и кори после лечения Инфлюцидом как при повышенных, так и при сниженных исходных уровнях ИФН в сравнении с контролем.

Также определялись уровни других цитокинов в остром периоде заболевания и сравнивались их динамика на фоне разных схем лечения. При ветряной оспе отмечалось повышение продукции интерлейкина (ИЛ)-4 в сыворотке крови

в 4 раза, что свидетельствует об активации специфического противоинфекционного иммунитета. Низкий уровень ИЛ-2 и фактора некроза опухоли (ФНО) указывает на угнетение вирусом цитотоксичности Т-киллеров. В остром периоде заболевания активируются провоспалительные интерлейкины: ИЛ-6 был повышен в 7 раз, ИЛ-1 β — в 2 раза, что свидетельствует о выраженной воспалительной реакции. Как и при ветряной оспе, при кори отмечалось повышение уровня ИЛ-4 в сыворотке крови, что отражает активацию специфического противоинфекционного иммунитета. Нормализация уровня ИЛ-4 на фоне лечения Инфлюцидом свидетельствует о более быстрой завершенности формирования противоинфекционного иммунитета (образования специфических антител) по сравнению с контролем. Повышение уровней ИЛ-2 и ФНО при назначении Инфлюцида указывает на нормализацию функции Т-киллеров и элиминацию вируса из организма. Следует отметить, что на фоне базисной терапии подобных изменений выявлено не было.

Основываясь на данных исследования, был сделан вывод об интерферонмодулирующем действии Инфлюцида.

Таким образом, включение Инфлюцида в комплексную терапию вирусных инфекций (кори, ветряной оспы) у детей способствует более быстрой инволюции основных симптомов заболевания. Инфлюцид обладает интерферонмодулирующим действием, нормализует уровень цитокинов при вирусных инфекциях у детей, благоприятно влияет на формирование полноценного противоинфекционного иммунитета при кори и ветряной оспе.



Принципы рациональной терапии острых и обструктивных бронхитов у детей в своем докладе осветила доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии № 4 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца Инга Александровна Митуряева-Корнийко.

— Регистрируемая заболеваемость острым бронхитом (ОБ) составляет около 100 случаев на 1000 детей в год.

ОБ диагностируют у детей первого года жизни в 75 случаях, в возрасте до 3 лет — в 250 случаях на 1000 детей (Таточенко В.К. и соавт., 2001). В Европе ОБ занимает пятое место среди всех заболеваний в практике семейной медицины.

Этиологическими факторами ОБ в 90% случаев является вирусная инфекция (респираторно-синцитиальный вирус — РСВ, вирусы парагриппа, гриппа А и В, аденовирусы, риновирусы), *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* (до 5%), *H. influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* (до 5%). При этом бронхоспазмы чаще проявляются при инфекции, вызванной РСВ, вирусом парагриппа 3 типа (до 65-75%), *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*.

При остром воспалении меняется морфология слизистой оболочки бронхов, что проявляется выраженной отеком эпителиоцитов, экзоцитозом, атрофией ресничек мерцательного эпителия вплоть до появления клеток, лишенных ресничек.

Современные принципы ведения ОБ должны включать организацию режима лечения, этиотропную и противовоспалительную терапию, муколитики и отхаркивающие препараты, вибрационный массаж и постуральный дренаж. Этиотропная терапия ОБ основывается на применении в первую очередь противовирусного лечения и минимизации использования антибиотиков. К патогенетической терапии кашлевого синдрома также предъявляется ряд требований. Рациональный путь лечения кашля — это применение препаратов с выраженным муколитическим, мукокинетическим и бронхолитическим действием. Отхаркивающие препараты должны обладать приемлемым соотношением «эффективность/безопасность» и минимальным количеством противопоказаний. Немаловажным аспектом является наличие у лекарственных средств противовоспалительных свойств (например, антиэкссудативного эффекта). Кроме того, они должны обладать универсальностью, то есть возможностью применения у больных всех возрастных групп (у детей, пожилых, беременных), иметь удобную форму выпуска и режим дозирования (для повышения комплаенса пациентов). В их составе не должно быть комбинаций конкурирующих действующих веществ.

В настоящее время существует большое количество разнообразных отхаркивающих средств. Эффективными считаются химически синтезированные препараты, однако им присущи и негативные свойства. Например, ацетилцистеин в больших дозах может стимулировать гиперсекрецию мокроты. Имеются сообщения о возможности возникновения легочных

кровотечений, нарушений функции печени и почек при лечении ацетилцистеином. Препарат при длительном применении подавляет синтез лизоцима и секреторного IgA. Довольно часто врачи назначают ацетилцистеин несвоевременно: не в период максимальной продукции вязкой мокроты, а в период непродуктивного кашля, чем вызывают целый ряд побочных эффектов в виде бронхоспазма (особенно в младшем детском возрасте) и угнетения деятельности реснитчатого эпителия. Препарат противопоказан в первом триместре беременности, а во II и III триместрах назначается только по строгим показаниям под контролем врача. Ацетилцистеин нарушает структуру большинства антибиотиков, поэтому данные препараты принимают с интервалом не менее 2 ч. Карбоцистеин не рекомендуется применять лицам с эрозивно-язвенными повреждениями ЖКТ, болезнями почек, в I триместре беременности. Карбоцистеин может назначаться детям только с 2 лет. Он также усиливает действие глюкокортикостероидов и теофиллина, противокашлевые и атропиноподобные препараты ослабляют его действие. Следует заметить, что бромгексин не показан для применения у беременных и детей до 3 лет из-за способности к кумуляции и вызывания диспептических явлений. Этих негативных эффектов практически лишен активный метаболит бромгексина — амброксол, который представляет собой новое поколение этой группы препаратов. Однако не следует забывать о возможности увеличения активности трансаминаз печени при приеме средств данной группы, и риски возникновения судорог у больных эпилепсией. Бромгексин и амброксол несовместимы с щелочными растворами, которые рекомендуются употреблять при лечении кашля. Следует отметить, что карбоцистеин и бромгексин не рекомендованы FDA (Управлением по контролю за качеством продуктов питания и лекарственных средств) для использования в США (Савченко Н.В. и соавт., 2009; Зупанец И.А. и соавт., 2004; Kraft K., 2004; Hecker M. et al., 2002; Meyer-Wegener J. et al., 1993).

В настоящее время в арсенале врачей-педиатров имеется оригинальный препарат растительного происхождения Проспан®, который обладает доказанным клиническим эффектом. Для его производства используется оригинальный стандартизированный экстракт с высоким содержанием сапонинов и α -гедерина (листья плюща — *Hedera helix*). Препарат признан официальным в 73 странах мира и с успехом используется более 60 лет как безопасное и эффективное лекарственное средство для лечения различных нозологических форм острых респираторных заболеваний. Муколитические, мукокинетические и бронхолитические эффекты продемонстрированы в ряде исследований (Vogel G., 1963; Hiller K., 1966; Mansfeld H.J., 1997; Hamacher H., 1986; Bucher K., 1974; Trute A., 1997; Mansfeld H.J., 1997). Противомикотическое и противомикробное действие Проспана и его влияние на разрушение клеточной мембраны микроорганизмов были подтверждены в работах зарубежных авторов (Daston G.P., 1994). Противовоспалительные эффекты и ангиопротекторное действие Проспана реализуются посредством ингибирования эластазы, гиалуронидазы (дозозависимо и неконкурентно) и сериновой протеазы (Ficino et al., 1995). Гепатопротекторное действие проявляется посредством активации неферментных антирадикальных систем. Наблюдается увеличение глутатиона на 20%, металлотииона — в 50 раз, цинка — на 25%, меди — на 85%, витамина С — на 20%. Другим механизмом может быть доказанная супрессия системы цитохрома P450. Основан гепатопротекторный эффект при отравлениях тяжелыми металлами, бромбензолом, тетрахлоруглеродом, фуросемидом и парацетамолом (Amara-Makrane Y.A. et al., 1996; Liu Y.P., 1997; Jeong H.G., 1998).

Закономерным признанием положительных свойств Проспана является включение его в протоколы и стандарты лечения инфекционно-воспалительных заболеваний бронхолегочной системы у детей (приказ Министерства здравоохранения Украины № 18 от 13.01.2005 г.).

Согласно последним данным работы группы профессора Haberlein из Боннского университета (Германия), именно содержащиеся в листьях сапонины гедеракозид С и α -гедерин обеспечивают муколитическое и бронхолитическое действие Проспана.

С помощью спектроскопических и иммуногистохимических методов сотрудники этой рабочей группы изучали эффекты указанных сапонинов, содержащихся в препарате Проспан. По данным этих исследований, выполненных на модели стимуляции человеческих альвеолярных клеток II типа, основной эффект сухого экстракта листьев плюща состоит в том, что α -гедерин тормозит эндотоксин β_2 -рецепторов и, следовательно, препятствует уменьшению их экспрессии.

Продолжение на стр. 16.

Комплексная терапия острых заболеваний респираторной системы у детей

По материалам X конгресса педиатров Украины «Актуальные проблемы педиатрии»

Продолжение. Начало на стр. 15.

В результате на поверхности клетки присутствует больше функционально активных рецепторов, и нормальный для организма лиганд β_2 -рецепторов адреналин может проявлять больший эффект. Таким образом, α -гедерин, содержащийся в экстракте листьев плюща усиливает сигнал адреналина в дыхательных путях, через воздействие на β_2 -рецепторы. Специфическое влияние на плотность β_2 -адренергических рецепторов имеет отношение к лечению некоторых патофизиологических состояний. Регуляция экспрессии рецепторов является основным лимитирующим фактором при медикаментозной терапии хронических обструктивных заболеваний дыхательных путей. Этот обнаруженный *in vitro* фармакодинамический эффект является правдоподобным объяснением для доказанного в клинических исследованиях муколитического, бронхолитического и противокашлевого действия сухого экстракта листьев плюща, содержащегося в препарате Проспан[®].

Эффективность и безопасность препарата Проспан[®] доказаны в целом ряде клинических исследований. Проспан[®] оказывает комплексное действие сразу на несколько потенциальных механизмов патологического процесса в бронхолегочной системе (ни одно синтетическое средство не дает таких результатов). Его можно применять в комбинации с другими лекарственными средствами, например с антибиотиками, β_2 -адреномimetиками.

В настоящее время на рынке Украины существуют другие препараты из плюща, однако следует отметить, что нельзя переносить данные исследований, которые сделаны на стандартизированном экстракте препарата Проспан[®], на другие экстракты плюща. Не существует сравнительных исследований терапевтической эквивалентности Проспана и препаратов, содержащих другие экстракты плюща. Компания «Финцельберг» (Германия) подтверждает, что стандартизированный сухой экстракт листьев плюща (5-7, 5:1) производится исключительно для компании «Энгельхард Арцнаймитель» (Германия) в соответствии с ее характеристиками и требованиями с использованием уникального производственного процесса.

Таким образом, Проспан[®] рекомендуется применять в качестве монотерапии кашля и в случае легкой бронхообструкции. При выраженном бронхообструктивном синдроме препарат необходимо комбинировать с бронхолитиками — салбутамолом, ипратропия бромидом. Комбинация Проспана с β_2 -агонистами уменьшает длительность использования бронхолитической терапии у детей с бронхообструкцией (Беш Л.В., 2007). Муколитический эффект Проспана сопоставимым с таковым ацетилцистеина и амброксола. При его применении в 96% случаев отмечена выраженная эффективность и в 99% случаев — хорошая переносимость. Высокий профиль безопасности Проспана позволяет рекомендовать его детям с первых дней жизни и беременным. Проспан рекомендуется для лечения ОБ и его нетяжелых форм у детей с бронхообструкцией.



В рамках мероприятия заведующая кафедрой педиатрии № 2 Украинской стоматологической академии (г. Полтава), доктор медицинских наук, профессор Татьяна Александровна Крючко представила доклад о современных подходах к эффективной терапии коморбидных больных.

— Ни одна функция, ни один орган, ни одна система организма не работают изолированно. Их непрерывная совместная деятельность поддерживает гомеостаз, обеспечивает слаженность происходящих процессов. Однако в реальной жизни идеальный с точки зрения природы организм ежедневно сталкивается с множеством патологических агентов, под действием которых отдельные его составляющие выходят из строя, способствуя развитию заболевания. В этом случае сотни адаптационных и защитных механизмов запускают тысячи химических реакций и физиологических процессов, направленных на подавление, ограничение и полное устранение болезни, а также предупреждение ее осложнений. Проблема даже в одной из составляющих влияет на общее состояние здоровья и резервные возможности организма напрямую или опосредованно, выходя на психосоматический уровень здоровья.

В 1970 г. Alvan Feinstein, выдающийся американский врач, исследователь и эпидемиолог, оказавший значительное влияние на технику проведения клинических исследований, предложил понятие «коморбидность» (лат. со — вместе, morbus — болезнь). В этот термин вкладывалось представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него.

На этапе первичной медицинской помощи у пациентов наличие одновременно нескольких заболеваний является скорее правилом, чем исключением. Поэтому в клинической практике выделить одно из них зачастую невозможно.

Острые респираторные заболевания являются самыми распространенными в детском возрасте, поэтому практикующий

врач часто сталкивается с состояниями коморбидности у данных пациентов. К коморбидным состояниям у детей относят серьезные нарушения неиммунного характера (1,5%), первичный и вторичный иммунодефицит (9,5%), аллергию (50%), психопатию (20%), заболевания желудочно-кишечного тракта (20,5%).

Больные atopическим дерматитом (АД) независимо от остроты процесса склонны к поражению вирусной инфекцией. Частые респираторные инфекции способствуют хронизации процесса и провоцируют развитие atopического марша. Atopический фон снижает устойчивость дыхательных путей к инфекциям, формируя порочный круг аллергии — инфекция. У детей существует тесная связь между АД, дефицитом IgA и sIgA и гиперреактивностью бронхов (Paul K., 2002). Th2-лимфоциты, секретирующие цитокины, играют основную роль в поддержании аллергического воспаления в коже (в частности, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-13). ИЛ-4 ингибирует продукцию ИФН γ и подавляет дифференцирование лимфоцитов в сторону Th1, что способствует повышенной заболеваемости детей с АД. Дети с АД в 95% случаев относятся к группе часто болеющих детей (ЧБД).

Разнообразие и многочисленность возбудителей инфекционных заболеваний, с которыми постоянно сталкивается слизистая оболочка респираторного тракта, предполагает наличие сложной организации локальной защиты респираторного тракта. Ее основными структурно-функциональными компонентами, выполняющими определенные задачи, считают механический барьер, системы врожденной неспецифической защиты и специфического иммунитета. Механизмы врожденной неспецифической защиты выполняют первичную и немедленную защиту респираторного тракта от инфекционных агентов в отличие от специфического иммунитета. Основопологающим структурно-молекулярным компонентом врожденной системы неспецифической защиты являются паттернраспознающие рецепторы, отвечающие за регуляцию нормального течения иммунного процесса.

В настоящее время существует большое количество лекарственных средств, способных влиять на различные иммунные механизмы в организме человека. Однако клиническая эффективность многих из них мало изучена в крупных исследованиях. Препарат Иммунокинд подтвердил свою эффективность на практике. В собственном исследовании эффективности лечения и профилактики респираторных инфекций у детей с АД, проведенном на базе кафедрой педиатрии № 2 Украинской медицинской стоматологической академии, были изучены частота и динамика симптомов острых респираторных инфекций, уровень иммуноглобулина А у детей с АД на фоне использования препарата Иммунокинд. Объектом исследования стали 25 пациентов в возрасте 0-6 лет. Дизайн исследования предполагал определение общего IgA в начале исследования с последующим проведением терапии препаратом Иммунокинд по 1 таблетке 3 раза в день. Выполнялись учет частоты заболевания и динамики клинических симптомов ОРВИ и определение общего IgA в динамике. Продолжительность приема Иммунокинда составила 30 дней, спустя 6 мес после завершения курса терапии осуществлялся контрольный визит пациента к врачу (финальный осмотр). Критериями эффективности лечения служили: количество случаев ОРВИ, тяжесть течения заболевания, осложнения ОРВИ, необходимость в антибиотикотерапии, динамика уровня IgA в крови, частота и тяжесть обострений АД.

Через 6 мес после приема препарата Иммунокинд показатели IgA у детей с АД приблизились к норме, хотя первоначально были ниже нормы более чем в два раза. На фоне применения препарата Иммунокинд частота ОРВИ уменьшилась в два-три раза по сравнению с исходными значениями в группах исследования. После 6 мес у пациентов наблюдалось достоверное снижение числа случаев осложнений вирусных инфекций, дети в три раза реже получали антибиотикотерапию. У пациентов снизилась частота обострений АД, что позволило уменьшить медикаментозную нагрузку, и частота тяжелого течения АД. Таким образом, Иммунокинд создан для базисной коррекции иммунитета и адекватного ответа на инфекцию, особенно у ЧБД. С Иммунокиндом дети реже пропускают детский сад и школу.

В рамках конгресса был проведен мастер-класс «Хронический тонзиллит и аденоидит у детей: междисциплинарные вопросы диагностики, лечения и профилактики»

Модератор мероприятия профессор Инга Александровна Митуряева-Корнийко остановилась на проблеме хронических тонзиллитов (ХТ) и их актуальности в повседневной педиатрической практике. Данное заболевание наиболее распространено в возрасте 7-15 лет (31,9%). У молодых людей в возрасте 16-25 лет случаи ХТ также встречаются достаточно часто (Хмельницкая Н.В. и соавт., 2000).

В общей популяции детей распространенность ХТ составляет около 15%, тогда как в группе часто болеющих детей она возрастает до 43%.



Главный детский оториноларинголог Украины, заведующий кафедрой оториноларингологии, аудиологии и фониатрии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Анатолий Лукьянович Косаковский остановился на вопросах преемственности ведения пациентов с ХТ.

— ХТ — стойкое хроническое воспаление небных миндалин инфекционно-аллергического генеза, которое проявляется угнетением неспецифических факторов естественной резистентности организма, нарушением гуморального и клеточного звеньев иммунитета и сопровождается интоксикацией организма с возможным развитием целого ряда осложнений. Нет единого специфического признака или симптомокомплекса, присущих только для ХТ или характеризующих функцию небных миндалин. На сегодня выделяют следующие клинические признаки, комплексная оценка которых может помочь установить правильный диагноз: затруднение при глотании/боль в горле, неприятный запах изо рта и/или привкус во рту (галитоз), гиперемия передних небных дужек (симптом Гизе), отек верхнего угла, образованного передней и задней небными дужками (симптомы Зака и Преображенского), казеозно-гнойные пробки и/или жидкий гной в лакунах миндалин, разрыхленные или уплотненные миндалины, рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками, увеличенные лимфоузлы под углом нижней челюсти и по переднему краю m. sternocleidomastoideus (валик Корицкого).

Консервативное лечение ХТ включает два направления: улучшение дренажной функции лакун небных миндалин и нормализацию местного и общего иммунного статуса организма. В первом случае выполняются промывание лакун небных миндалин антисептическими растворами, массаж небных миндалин, аппликации на поверхность миндалин различных препаратов. Во втором — применяются препараты широкого иммуномодулирующего спектра, комплексные гомеопатические препараты (Тонзилотрен), антиоксидантная и десенсибилизирующая терапия, факторы физической природы. Показанием для направления ребенка с ХТ к оториноларингологу могут служить следующие причины: уточнение диагноза, определение тактики лечения, для снятия с диспансерного наблюдения (отсутствие обострений в течение 2 лет), при выявлении дифтерийного носительства, при осложнениях (увеличение частоты ангин до 3 и более в год), появление кист миндалин, паратонзиллит, метатонзиллярные осложнения.



Руководитель Львовского городского детского аллергологического центра, профессор кафедры педиатрии Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого, доктор медицинских наук Леся Васильевна Беш остановилась на вопросах взаимосвязи ХТ с другими заболеваниями. Она отметила, что ХТ часто сопутствуют другие патологические состояния как респираторной системы, например фарингиты и дефекты слизистой оболочки, так и других органов и систем (миокардиты, коллагенозы, гормональный дисбаланс, дерматозы, заболевания печени, почек, суставов и желудочно-кишечного тракта).

Во многих случаях ХТ сопровождаются иммунными нарушениями и аллергической патологией. Поэтому важным компонентом терапии ХТ должно быть применение препаратов, которые не только снимают местные симптомы ХТ, но и улучшают иммунологический профиль пациентов, минимально воздействуя на другие органы и системы. К таковым относится комплексный натуральный препарат Тонзилотрен, подтвердивший свою эффективность и безопасность у детей с ХТ в целом ряде клинических исследований начиная с 1955 г. Следует также отметить высокую приверженность детей и родителей к лечению Тонзилотреном.

Заведующий кафедрой оториноларингологии Украинской медицинской стоматологической академии (г. Полтава), доктор медицинских наук, профессор Сергей Борисович Безшапачный ознакомил слушателей с современными возможностями лечения хронического аденоидита.

— Аденоидные вегетации чаще всего распространены в возрасте 3-10 лет, регрессия отмечается в период полового созревания. Увеличение объема аденоидных вегетаций происходит за счет воспалительного отека и густой, трудноотделяемой слизи. Следствием этого являются

дополнительное ограничение воздушного потока через нос и сальпингоотит.

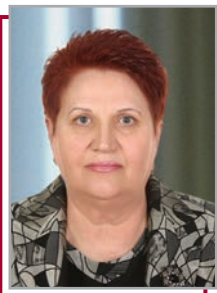


В связи с важной ролью лимфаденоидной ткани глотки в формировании иммунологической защиты организма показания к хирургическому вмешательству при заболеваниях небных и глоточной миндалин сегодня значительно сужены, приоритет при этом отдается консервативной терапии.

На сегодня в клинической практике доказана эффективность Тонзилотрена и Циннабсина. Данные препараты изготавливаются из натурального сырья, обладают минимальными противопоказаниями и побочным действием. Возможно их частое применение без опасения формирования привыкания и резистентности. Благодаря отсутствию медикаментозной сенсibilизации организма Тонзилотрен и Циннабсин могут назначаться вместе с традиционными фармакологическими препаратами.

Тонзилотрен восстанавливает защитную функцию миндалин и улучшает показатели общего иммунитета, показан при гиперплазии миндалин лимфаденоидного глоточного кольца, ангинах, ХТ. Циннабсин уменьшает отек слизистой оболочки носа и носоглотки, нормализует мукоцилиарный клиренс.

В течение двух месяцев под наблюдением находилось 360 детей в возрасте от 3 до 12 лет с диагнозом «хронический аденоидит» в трех исследовательских центрах — ЛОР-отделения больницы «Охматдет» в г. Киеве, ЛОР-отделений областных больниц в городах Полтаве и Виннице. Циннабсин и Тонзилотрен применялись по 1 таблетке 8 раз в сутки сублингвально в течение 2-3 дней, затем по 1 таблетке 3 раза в день до одного месяца. В группе, где назначались Тонзилотрен и Циннабсин, интервал между приемом препаратов составил один час. Контроль проводился на момент начала исследования, через 2 нед после этого и через месяц после начала терапии. Производилась оценка общих и местных симптомов по шкале от 0 до 4 баллов. По результатам лечения наилучший клинический эффект был отмечен в группе детей, которым была назначена комбинация препаратов Тонзилотрен + Циннабсин (в 83,3% случаев). В группах с использованием Тонзилотрена или Циннабсина в монотерапии значительное улучшение определялось в 50 и 53,3% случаев соответственно. В группе контроля выраженное улучшение отмечено только в 17% случаев. Все пациенты отметили хорошую переносимость терапии препаратами Тонзилотрен и Циннабсин. На протяжении всего периода клинического наблюдения отмечалась положительная динамика: восстановление носового дыхания, устранение воспалительного процесса, улучшение аппетита, общего самочувствия.



Доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии, семейной медицины и клинической лабораторной диагностики ФПО ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» Светлана Алексеевна Мокия-Сербина рассказала об основных принципах местной терапии ХТ.

— Целями местной терапии ХТ являются контроль над заболеванием, а именно максимальное уменьшение количества обострений, и профилактика обострений в отдаленном периоде. Также у пациентов с ХТ большое значение имеет улучшение качества жизни. В задачи местной терапии входит повышение сопротивляемости слизистых оболочек ротоглотки бактериальной инвазии, коррекция состояния MALT-системы иммунитета и неспецифических факторов защиты. Поэтому педиатр должен применять лекарственные средства, способные оказывать комплексное лечебное воздействие на пораженную слизистую оболочку глотки. Для этого можно периодически применять растительные препараты из исландского мха (Исла-Моос, Исла-Минт). Необходимо исключить агрессивные антисептические растворы (концентрированный перманганат калия, фурацилин, концентрированные растворы соли, воды) и не злоупотреблять препаратами, содержащими антисептики, которые могут привести к гибели поверхностного слоя эпителия, выстилающего глотку. Также необходимо проводить элиминацию патогенных возбудителей со слизистых ротоглотки и носоглотки. С этой целью рекомендуются ежедневный качественный туалет полости рта (утром и вечером), полоскание полости рта морской водой, свежими настоями трав (мята, ромашка, календула и др.) и применение назальных солевых растворов. Однако пациентам с ХТ следует воздержаться от многократного и энергичного полоскания глотки. Важными компонентами местной терапии ХТ являются восстановление местного гомеостаза ротовой полости, применение бактериальных лизатов топического действия и комплексных гомеопатических препаратов (Тонзилотрен). Тонзилотрен разрешен у детей в возрасте старше одного года, оказывает иммуномодулирующее (восстановление показателей местного и системного

иммунитета), репаративное и противовоспалительное действие, восстанавливает пассаж лимфы.

Если терапия дает стойкий результат на 4-6 и более месяцев, небные миндалины в состоянии бороться самостоятельно, и задача клинициста — создать условия для их нормального функционирования.



С коротким сообщением «Тонзиллэктомия: за и против» выступил кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской оториноларингологии, аудиологии и фониатрии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), заведующий отделением детской оториноларингологии Национальной детской специализированной больницы «Охматдет» **Юрий Анатольевич Молочек**.

— Даже при токсико-аллергической форме ХТ сохраняется иммунная функция небных миндалин.

К отрицательным последствиям тонзиллэктомии относятся снижение уровня IgA в 10 раз, увеличение в 20-40 раз уровня заселенности слизистых оболочек патологической микрофлорой, увеличение в 3 раза частоты хронических заболеваний носа и в 8 раз — частоты заболеваний околоносовых пазух и ОРВИ (Staa J. B. K. et al., 2005). Обследование 300 детей в возрасте 2-8 лет до и через год после тонзиллэктомии не выявило существенного улучшения здоровья (Писарев В.Ф., 1999). Среди подростков, которые перенесли тонзиллэктомию, через год увеличилось количество пациентов с лишним весом.

Согласно протоколу лечения детей с хроническим тонзиллитом (приказ МЗ Украины № 181 от 21.04.2005 г.) показаниями к тонзиллэктомии являются декомпенсированный ХТ, субкомпенсированный ХТ при неэффективности консервативного лечения (в течение двух лет каждые 6 мес), удаление миндалин как возможного очага инфекции.

Однако современные международные рекомендации дают расширенное толкование показаний к тонзиллэктомии (ААО-HNSF, 2011). Оперативное вмешательство проводится в следующих случаях: 3 и более эпизодов обострения ХТ и/или аденоидита в год в течение последних 3 лет, несмотря на адекватную медикаментозную терапию; 5 и более эпизодов обострения ХТ и/или аденоидита в год в течение последних 2 лет, несмотря на адекватную медикаментозную терапию; 5 и более эпизодов обострения ХТ в течение года предыдущие 2 года; клинические признаки (боль в горле + один или более симптомов должны трактоваться как эпизод обострения): температура тела выше 38,3°C или лимфаденопатия шейных лимфоузлов (увеличение более чем на 2 см), или постоянное наличие тонзиллярного экссудата, или длительное бактерионосительство в ротоглотке (выделение культуры β-гемолитического стрептококка); необходимость частого назначения антибактериальных препаратов; выраженная гипертрофия, дисфагия, нарушение сна (апноэ), кардиологические осложнения; паратонзиллярный абсцесс; хронический или рецидивирующий тонзиллит, ассоциированный со стрептококковой инфекцией и резистентный к лечению антибактериальными препаратами.



Заведующая кафедрой педиатрии и детских инфекционных болезней Буковинского государственного медицинского университета (г. Черновцы), доктор медицинских наук, профессор Елена Константиновна Колоскова рассказала о показаниях для назначения этиотропной терапии при острых тонзиллофарингитах (ОТФ) у детей.

— У детей в возрасте до 3 лет острые тонзиллиты преимущественно вызваны вирусной инфекцией: адено-, рино-, коронавирусами, вирусами гриппа, парагриппа, Эпштейна-Барр, Коксаки А и др. После 5 лет особую актуальность приобретают бактериальные формы поражения. Среди возбудителей бактериальной природы большое значение имеет β-гемолитический стрептококк группы А — БГСА (S. pyogenes), который встречается в 5-30% случаев острого и обострений хронического тонзиллофарингита. Значительно реже острые тонзиллофарингиты вызывают стрептококки групп С и G, Arcanobacterium haemolyticum, Neisseria gonorrhoeae, Corynebacterium diphtheriae, анаэробы и спирохеты, крайне редко — микоплазмы и хламидии.

Если принять во внимание эпидемиологические данные о частоте стрептококкового тонзиллита у детей, которая не превышает 50%, очевидна проблема необоснованного назначения антибактериальной терапии, ассоциирующейся с селекцией устойчивых штаммов, риском развития нежелательных реакций, нарушением биоценоза организма и неоправданными экономическими затратами.

Для более эффективного решения проблемы дифференциальной диагностики разработана и апробирована на большой группе больных шкала Мак-Айзека, учитывающая клинические признаки, наиболее характерные для стрептококкового тонзиллофарингита. Данная шкала, предназначена как для детей, так и для взрослых. По этой шкале оценивают температуру тела выше 38°C, отсутствие кашля, увеличение и

болезненность шейных лимфатических узлов, отечность миндалин, а также возраст больного.

Особое значение имеет ранняя диагностика стрептококковой этиологии тонзиллофарингита, что позволяет в самом начале заболевания назначить обоснованную антибактериальную терапию. Это способствует сокращению длительности болезни, существенному снижению риска ранних осложнений и значительному сокращению периода эпидемической опасности пациента, что, в свою очередь, снижает вероятность распространения стрептококковой инфекции.

Золотым стандартом выявления β-гемолитического стрептококка с целью назначения антибактериальной терапии является стрептотест. Его чувствительность составляет, по данным многоцентровых клинических исследований, 97,3%, а специфичность — 95,3%. Современные тестовые системы позволяют получать результат уже через 15-20 мин с высокой специфичностью (95-100%), но меньшей, чем при культуральном исследовании, чувствительностью (60-95%).

Таким образом, на сегодня диагноз «острый тонзиллофарингит» остается преимущественно клиническим, а рутинные лабораторные исследования отражают активность инфекционно-воспалительного процесса, но не его этиологию. Быстрый стрептотест позволяет с оптимальной специфичностью и высокой чувствительностью диагностировать БГСА и способствует более точному назначению антибиотиков.

В собственном исследовании нами было продемонстрировано, что комбинация Умкалора и Тонзилотрена у детей без БГСА улучшает клиническую динамику ОТФ, а нерационально назначенная антибактериальная терапия замедляет выздоровление.

Заведующая кафедрой педиатрии № 2 Украинской медицинской стоматологической академии (г. Полтава), доктор медицинских наук, профессор Татьяна Александровна Крючко рассказала об основных направлениях стратегии лечения ХТ.

— Современная стратегия лечения ХТ у детей направлена на усовершенствование консервативной терапии и разработку органосохраняющих методов лечения. Поэтому препарат для базисного лечения ХТ должен оказывать комплексное противовоспалительное, иммуномодулирующее, лимфотропное и репаративное действие. Тонзилотрен — препарат, отвечающий всем требованиям, предъявляемым к лекарственному средству для базисного лечения ХТ. В многоцентровом открытом рандомизированном контролируемом клиническом исследовании (2006-2008) Тонзилотрен применялся по схеме 1 таблетка 3 раза в сутки в течение 60 последовательных дней, 3 курса терапии с интервалом 4 мес. Было показано, что патологическое содержимое лакун отмечалось в 10 раз реже в группе детей, получавших Тонзилотрен (p<0,01), по сравнению с группой контроля. Динамика уменьшения суммарного балла тяжести заболевания у детей основной группы была в 3 раза лучше, чем в контрольной (p<0,01). Клиническая эффективность терапии в основной группе была в 2,5 раза выше, чем в контрольной группе. Капмнестическое наблюдение в течение 2 лет за детьми, вошедшими в исследование, продемонстрировало, что частота ОРВИ в группе, получавшей Тонзилотрен, была в 3 раза меньше, чем в группе сравнения. Необходимость назначения антибактериальных средств на фоне приема Тонзилотрена возникала в 28,5% случаев на первом году наблюдения и в 11,1% — на втором; у детей, у которых применяли традиционную схему лечения, необходимость назначения антибиотиков составила соответственно 40 и 45%.

Следовательно у детей на фоне приема Тонзилотрена уменьшилась частота и продолжительность обострений ХТ, частота и тяжесть острых респираторных заболеваний и ангин. Зарегистрированы положительные изменения общего состояния, фарингоскопических признаков ХТ, клинико-инструментальных показателей состояния сердечно-сосудистой системы. Тонзилотрен эффективен и безопасен у детей с ХТ и может быть рекомендован на всех этапах реабилитации.

По завершении мастер-класса были сделаны следующие выводы:

- Терапия хронического тонзиллита и аденоидита — актуальный вопрос в практике врача-оториноларинголога и врачей смежных специальностей.
- Необходимо создание инициативной экспертной группы для разработки единого подхода в диагностике, преемственности лечения и диспансеризации больных с заболеваниями лимфаденоидного глоточного кольца.
- Основываясь на доказательной базе, необходимо рекомендовать следующие схемы лечения: при аденоидите — Тонзилотрен и Циннабсин; при тонзиллофарингите — Умкалор и Тонзилотрен; при хроническом тонзиллите вне обострения — Тонзилотрен 3-кратными 2-месячными курсами с перерывами в 4 мес.