



УДК 616.211/.23-039.35-039.76-085.322-053.6

ФИТОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С РЕКУРРЕНТНЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

О.И. Пикуза, д. м. н., профессор, Е.В. Генералова, к. м. н., И.И. Закиров, кафедра пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии с курсом детских болезней лечебного факультета, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

В статье представлены результаты определения эффективности фитопрепарата «Тонзилгон®Н» как средства профилактики рекуррентных респираторных заболеваний и обострений хронического тонзиллита у подростков. Препарат «Тонзилгон®Н», обладающий иммуномодулирующим, противовоспалительным и противовирусным действиями, является эффективным и безопасным средством реабилитации подростков с рекуррентными ОРЗ, практически всегда протекающих на фоне обострения хронических очагов инфекции ЛОР-органов. Назначение его детям подросткового возраста открывает реальный путь их оздоровления в широкой педиатрической практике.

The results of determination of effectiveness of phytomedication "Tonzilgon N" as a tool of prophylaxis of recurring respiratory diseases and acute condition of chronic tonsillitis for adolescents are presented in the article. Medication "Tonzilgon N", which has immunomodulatory, antiphlogistic and antiviral effects, is effective and safety medicine for teenagers' rehabilitation with recurring ARD, almost always taking with acute condition of chronic foci of infection of ENT-organs. Its prescription for adolescents clears the way to their recovery in wide pediatric practice.

По данным специальных выборочных медицинских обследований нестабильность иммунной системы подростков сопровождается снижением показателей здоровья, в том числе частыми заболеваниями респираторного тракта, которые нередко протекают тяжело, с осложнениями и могут способствовать формированию хронических очагов инфекции, хронических заболеваний органов дыхания и сердечно-сосудистой системы [1, 2, 3, 4]. Поэтому лечение, а главное профилактика рекуррентных острых респираторных заболеваний в этой возрастной группе по-прежнему остаются в центре внимания педиатров.

В настоящее время в программах лечения и реабилитации детей с рекуррентными ОРЗ большое внимание уделяется фитопрепаратам, разработанным на основе современных технологий [5, 6, 7, 8, 9]. К числу таких препаратов относится «Тонзилгон® Н» (Бионорика, Германия). Тонзилгон является комбинированным препаратом растительного происхождения, в состав которого входит ряд компонентов, представленных в таблице.

Препарат разрешен к применению в педиатрической практике и выпускается в виде драже и капель. Ранее он зарекомендовал себя как эффективное средство в оздоровлении часто болеющих детей дошкольного возраста и при лечении острых респираторных заболеваний и хронических тонзиллитов у взрослых [6, 7, 10].

Таблица. Основные фармакологические эффекты компонентов препарата «Тонзилгон®Н»

Компоненты	Ингредиенты	Эффекты			
		Противовоспалительный	Иммуномодулирующий	Обволакивающий	Антибактериальный
Корень алтея	Муцины, полисахариды		+		
Цветки ромашки	Эссенциальные масла, полисахариды, флавоноиды	+	+		+
Трава хвоща	Кремниевая кислота, сапонины, флавоноиды	+	+		
Листья ореха	Таннины, эссенциальные масла	+		+	+
Трава тысячелистника	Горечи, хамазулен, азуленогены	+		+	+
Кора дуба	Танины			+	Вирусостатик
Трава одуванчика	Горечи, производные стеролов	+			

Целью нашей работы явилось определение эффективности фитопрепарата «Тонзилгон® Н» как средства профилактики рекуррентных респираторных заболеваний и обострений хронического тонзиллита у подростков.

В исследование были включены 113 пациентов в возрасте от 13 до 18 лет с рекуррентными респираторными инфекциями и хроническим тонзиллитом (основная группа). Частота ОРЗ и обострений хронического тонзиллита варьировала от 6 до 10-12 раз на протяжении 12 месяцев, предшествовавших обследованию. В группу контроля вошли 25 условно здоровых эпизодически болеющих подростков. Исследования были проведены при отсутствии признаков острых и обострения хронических заболеваний.

Все пациенты прошли тщательное клинико-лабораторное обследование. Учитывая, что процесс воспаления в респираторном тракте начинается с колонизации аэрогенными патогенами слизистых оболочек, становится очевидной необходимость изучения показателей колонизационной резистентности (КР) полости рта. Термин «колонизационная резистентность» означает сопротивляемость, с которой сталкиваются потенциально патогенные микроорганизмы при попытке колонизировать «места обитания» на слизистой оболочке респираторного тракта [11]. КР обеспечивается присутствием в полости рта «оральных стрептококков», которые являются представителями нормальной микрофлоры полости рта и в силу антиадгезивной активности препятствуют заселению данной экологической ниши патогенной флорой. Следовательно, при их количественном снижении создаются условия для патологической микробной колонизации и повышается риск развития инфекционно-воспалительного процесса. В работе был изучен индекс колонизации буккального эпителия по методу А.Н. Маянского с соавт. (1987), основанном на количественном подсчете «оральных стрептококков», адгезированных на буккальных эпителиоцитах ребенка в естественных условиях [12]. Кроме того, определялась антиадгезивная активность слюны по методу J. Ofek и E. Beachey в модификации И.В. Маянской с соавт. (1987) [13]. Принцип методики состоит в оценке способности слюны больного предотвращать адгезию микробных клеток на буккальные эпителиоциты донора.

Тонзилгон Н был включен в комплекс реабилитации 45 подростков с рекуррентными ОРЗ. Препарат назначался в профилактической дозе 1 драже 3 раза в сутки в течение 33 дней. Группу контроля составили 25 пациентов, которые получали традиционный комплекс оздоровительных мероприятий. Все подростки были охвачены катamnестическим наблюдением в течение 6 месяцев.

Анализ полученных данных показал, что у подростков с рекуррентными респираторными заболеваниями до начала реабилитационных мероприятий даже при отсутствии клинических проявлений инфекционного процесса регистрировалось снижение индекса колонизации буккальных эпителиоцитов до $0,77 \pm 0,07$ баллов против $1,54 \pm 0,26$ баллов среди здоровых детей ($p < 0,05$). Мы отметили, что более низкие показатели индекса колонизации были у подростков с частотой

респираторных заболеваний более 8 раз в течение года – $0,57 \pm 0,09$ баллов. Они достоверно отличались не только от показателя индекса колонизации эпизодически болеющих детей ($p < 0,01$), но и от показателей подростков, частота респираторных заболеваний у которых составляла 6-8 раз в течение года ($0,83 \pm 0,08$ баллов, $p < 0,05$), что отражено на рисунке 1.

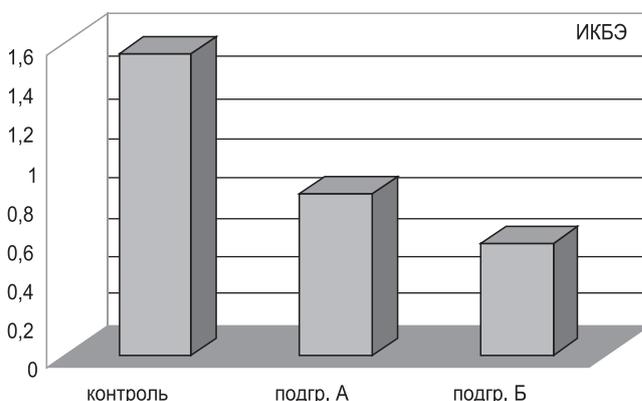


Рис. 1. Показатели индекса колонизации буккальных эпителиоцитов (в баллах) у обследованных групп подростков.

* подгруппа А – подростки с частотой ОРЗ 6-8 раз в течение года, подгруппа Б – подростки с частотой ОРЗ более 8 раз в течение года.

Исследование факторов местной защиты выявило также существенное снижение антиадгезивной активности слюны (ААС) у пациентов с рекуррентными ОРЗ до $0,36 \pm 0,03$ у. е. против $0,69 \pm 0,05$ у. е. у эпизодически болеющих детей ($p < 0,001$). У подростков с эпизодами респираторных заболеваний, превышающих 8 раз в год, ААС оказалась на минимальном уровне – $0,27 \pm 0,05$ у. е.

После окончания терапии препаратом «Тонзилгон®Н» индекс колонизации буккальных эпителиоцитов, как показали повторные исследования, возрос до $1,34 \pm 0,15$ баллов ($p < 0,05$) и приблизился к значениям эпизодически болеющих подростков ($p > 0,05$). В группе сравнения динамика данного показателя была минимальной ($0,94 \pm 0,15$ баллов), и он существенно отличался от нормы ($p < 0,05$).

Интересные данные были получены нами при изучении динамики ААС на фоне лечения Тонзилгоном®Н в сравнительном аспекте с традиционным оздоровлением. По завершении курса реабилитации показатель ААС возрос до $0,50 \pm 0,06$ у. е. против исходного уровня $0,36 \pm 0,03$ у. е. ($p < 0,05$). Традиционный комплекс оздоровления не был столь эффективен, и показатель ААС значительно отличался от контрольных значений ($p > 0,05$).

Таким образом, применение препарата «Тонзилгон®Н» дополнительно к общепринятым оздоровительным мероприятиям оказало благоприятный эффект на компоненты колонизационной резистентности полости рта, которые являются первым барьером на пути проникновения инфекционных агентов в дыхательные пути. Обобщенные данные представлены на рисунке 2.

Полученные результаты указывают на активацию механизмов местной защиты, направленных на подавление адгезии

патогенов и их дальнейшую миграцию в нижележащие отделы бронхолегочной системы. Это в итоге способствовало двукратному снижению частоты ОРЗ и обострений хронического тонзиллита. Кроме того, было выявлено изменение тяжести течения ОРЗ (за счет перехода форм средней тяжести в легкие) и сокращение длительности каждого случая острой респираторной инфекции и обострения хронического процесса в ЛОР-органах.

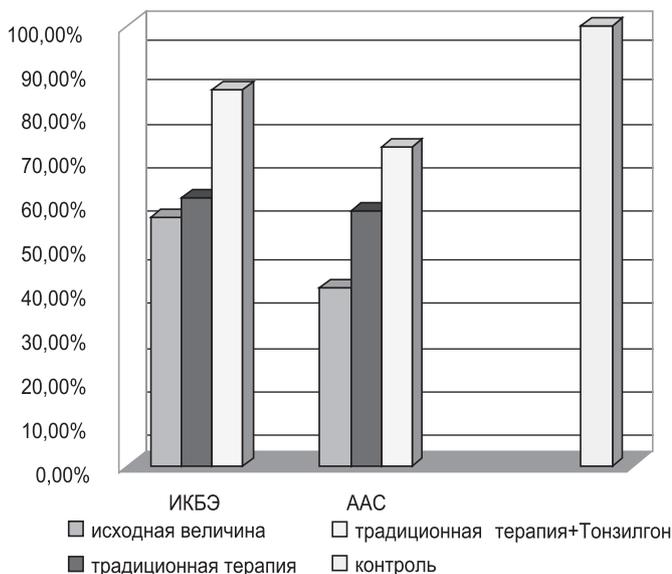


Рис. 2. Показатели колонизационной резистентности полости рта при различных вариантах оздоровления (в % к контролю).

Контроль соматического статуса подростков не выявил нежелательных реакций на лекарственный препарат.

Таким образом, препарат «Тонзилгон®Н», обладающий иммуномодулирующим, противовоспалительным и противовирусным действиями, является эффективным и безопасным средством реабилитации подростков с рекуррентными ОРЗ, практически всегда протекающих на фоне обострения хронических очагов инфекции ЛОР-органов. Наши длительные наблюдения по применению Тонзилгона®Н показали, что назначение его детям подросткового возраста открывает реальный путь их оздоровления в широкой педиатрической практике. Это тем

более важно, поскольку здоровье подростка является предиктором здоровья в зрелом возрасте. Следовательно, от сегодняшнего решения проблем здоровья подростков напрямую зависят такие фундаментальные ценности общества, как трудовой и популяционный потенциал страны в наступившем веке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаращенко Т.И., Ильенко Л.И., Гаращенко М.В. и др. Профилактическое применение Имудона у часто и длительно болеющих школьников. Вопросы современной педиатрии 2002; 1; 5: 27-30.
2. Гатиятуллин Р.Ф. Роль патологии верхних дыхательных путей в генезе некоторых соматических заболеваний у часто болеющих детей: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Самара; 2000. с. 32.
3. Пикуза О.И. Актуальные проблемы здоровья детей: вчера, сегодня, завтра. Казань; 2002. с. 14.
4. Новые возможности профилактики и лечения ОРВИ у детей: эффективность и безопасность. По материалам научно-практической конференции «Фармакотерапия в педиатрии» 2005. Поликлиника 2006; 1: 10-11.
5. Гаращенко Т.И. Эффективность консервативной терапии хронических тонзиллитов у детей препаратом Тонзилгон Н / Т.И. Гаращенко, Е.Ю. Радциг, А.Ю. Матвеева. Тезисы IX Российского национального Конгресса «Человек и Лекарство». с. 98.
6. Дрынов Г.И. Результаты лечения детей с хроническим тонзиллитом препаратом Тонзилгон Н/ Г. И. Дрынов, О. К. Иванюшкина, Ф. Н. Дьякова. Детский доктор 2001; 1: 67-69.
7. Смирнова Г.И. Лечение и профилактика острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей с использованием Синупрета и Тонзилгона Н Практика педиатра 2005; 3: 11-14.
8. Зайцева О.В. Рациональная фармакотерапия острых респираторных заболеваний у детей. Педиатрия (приложение к журналу «Consilium Medicum») 2007; 2: 4-6.
9. Гаращенко Т.И. Фитотерапия в сезонной профилактике острых респираторных заболеваний у детей школьного возраста/ Т.И. Гаращенко, Л.И. Ильенко, М.В. Гаращенко. Вопросы современной педиатрии 2006; 5; 6: 92-95.
10. Дергачев В.С. Лечение препаратом Тонзилгон Н больных хроническим компенсированным тонзиллитом. Сибирский консилиум 2001; 4 (22): 59-61.
11. Van der Waaj D. Antibiotic choice: the importance of colonization resistance / D Van der Waaj. New York; 1983. 132.
12. Маянский А.Н., Воробьева О.И., Малышева Э.Ф., Малышев Ю.В. Взаимоотношения между естественной колонизацией и адгезией бактерий к буккальному эпителию у человека. Ж. микробиологии 1987; 2: 18-20.
13. Маянская И.В., Малышева Э.Ф., Салина Е.В., Власова И.Н. Антиадгезивные свойства слюны у здоровых детей. Педиатрия 1987; 12: 47-49.