



УДК: 616. 322-002. 2: 612. 112. 1-053. 2

ИММУНОТРОПНОЕ ВЛИЯНИЕ ФИТОТЕРАПИИ С ЭФФЕКТОМ ЗАКАЛИВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТАХ У ДЕТЕЙ

Э. К. Азаматова¹, З. Ф. Хараева², Г. С. Мальцева³

THE IMMUNOLOGIC INFLUENCE OF HERBAL THERAPY WITH TEMPER EFFECT ON CHILDREN WITH THE CHRONIC TONSILLITIS

E. K. Azamatova¹, Z. F. Kharaeva², G. S. Maltseva³

1 – ГМУ Детская поликлиника №2 г. Нальчика

(Главный врач – Засл. врач КБР Л. А. Занкишиева)

2 ГОУ ВПО Кабардино-Балкарский государственный университет

(Ректор – проф. Б. С. Карамурзов)

3 – ФГУ Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий

(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Хронический тонзиллит характеризуется как многофакторный иммунопатологический процесс, который сопутствует развитию системных осложнений иотягощает их патогенез. Целью исследования было – оценить иммуностропное влияние фитотерапии с эффектом закаливания у детей с хроническими тонзиллитами. Оценку клинической эффективности проводили на основании субъективных и объективных признаков. В качестве лабораторных показателей локального и общего иммунного статуса исследовали – содержание группы иммуноцитоккинов – интерлейкина-1η (ИЛ-1η), интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли ζ (ФНОζ), интерлейкина-10 (ИЛ-10) (исследование проводили до начала терапии, через 30 дней, 6 и 12 месяцев). Все показатели изучались с помощью твердофазного иммуноферментного метода с применением тест-систем «Протеиновый контур». Максимальный клинический эффект выявлен в группе больных, у которых применялся настой зверобоя на фоне постепенного снижения температуры раствора для промывания (эффект закаливания).

Ключевые слова: хронические тонзиллиты, иммуноцитоккины, фитотерапия, эффект закаливания

Библиография: 9 источников

The chronic tonsillitis is multifactorial immunopathologic process, which attendant to development of system complications. The aim of the investigation was the study of immunologic influence of herbal therapy with temper effect of children with the chronic tonsillitis. The investigation of clinical effectiveness was done on the base of objective and subjunctive symptoms. The dynamic investigation (1, 6, 12 months) of immunocytokines level shows that concentrations of proinflammation mediators in blood and from tonsil node of patients from 2 and 4 groups were closed to normal ($p>0.01$). The best clinical effect was registered in the case of treatment with herbal solution with temper effect. The herbal polycarbohydrates, ephir oils and flavonoides have antiinflammation and antioedematic effects on mucosal tissues of respiratory tract. Probably, the temper effect of low temperature induce increasing of activity of innate immunity and lymphotrops effect on throats nodes.

Key words: chronic tonsillitis, immunocytokines, herbal therapy, the temper effect.

Bibliography: 9 sources.



Хронический тонзиллит (ХТ) представляет собой активный с периодическими обострениями хронический воспалительный очаг инфекции в небных миндалинах с общей инфекционно-аллергической реакцией [1]. Инфекционно-аллергическая реакция обусловлена постоянной интоксикацией из тонзиллярного очага инфекции, усиливается при обострении процесса.

Это заболевание характеризуется как многофакторный иммунопатологический процесс, который сопутствует развитию системных осложнений и отягощает их патогенез [1, 2, 6]. Связь ХТ с поражением отдельных органов и систем организма крайне разнообразна. Хронический тонзиллит играет роль пускового механизма в сердечно-сосудистом, нейроэндокринном, иммунопатологическом и метаболическом синдромах. Заболеваемость у детей достигла 25% от общей заболеваемости в структуре ЛОР-болезней. Последние годы отмечается большое количество рецидивов инфекции, выявление полирезистентных штаммов бактерий на фоне сниженной иммунной реактивности пациентов [4, 5, 7].

Антибактериальная терапия у больных хроническим тонзиллитом носит, как правило, эмпирический характер из-за необходимости принятия быстрого решения о выборе антибиотика и длительности процесса идентификации возбудителя. Выбор антибактериального препарата для лечения тонзиллита затрудняется не только все возрастающим уровнем антибиотикорезистентности, но и значительным увеличением аллергических реакций, вызванных антибиотиками.

Фитотерапия является достаточно часто применяемым компонентом при комплексной терапии тонзиллитов [3]. Флавоноиды растительного происхождения обладают репаративным эффектом, в то время как растительные антимикробные вещества угнетают размножение патогенной микрофлоры, в то же время имеются данные низкой эффективности травяных препаратов, либо необходимости длительного их применения. В связи с этим **целью исследования было** – оценить иммуностропное влияние фитотерапии с эффектом закаливания у детей с хроническим тонзиллитом.

Пациенты и методы

Проведено обследование и лечение 133 детей в возрасте 7 до 14 лет (из них мальчиков – 76, девочек – 57) с хроническим тонзиллитом токсико-аллергической формой I ст., в стадии ремиссии. Все дети были распределены на 4 группы. Детям 1-й группы – 35 человек (18 мальчиков, 17 девочек) – проводилась консервативная (стандартная) терапия (промывание лакун миндалин раствором фурацилина 1:5000) – 10 процедур. Детям 2 группы (35 пациентов, из них 18 мальчиков, 17 девочек) проводилась ежедневная фитотерапия (орошение слизистой оболочки глотки и промывание лакун небных миндалин 15% раствором настоя зверобоя) – 10 процедур. Детям 3 группы (34 пациентов, из них 21 мальчиков, 13 девочек) проводилась стандартная терапия вместе с местным закаливанием (постепенное снижение температуры раствора с 32 °С до 10 °С) – 30 процедур. Детям 4 группы (29 человек, из них 19 мальчиков, 10 девочки) проводилась фитотерапия совместно с местным закаливанием (орошение слизистой оболочки глотки и промывание лакун небных миндалин 15% раствором настоя зверобоя на фоне постоянного снижения температуры настоя с 32 °С до 100С) – 30 процедур. Исследуемые группы пациентов были однородны по частоте рецидивов тонзиллита в год (в среднем 4–6). Группой сравнения служили здоровые дети той же возрастной категории (15 человек, среди них 10 девочек, 5 мальчиков) в возрасте от 5 до 9 лет.

Оценку клинической эффективности проводили на основании субъективных данных (эпизоды слабости, быстрой утомляемости, снижение трудоспособности, эпизоды подъема температуры тела до субфебрильной температуры) и объективных (гипертрофия небных миндалин, наличие казеозных пробок в лакунах, признаки Гизе, Зака, Преображенского; увеличение отдельных регионарных лимфатических узлов).

В качестве лабораторных показателей локального и общего иммунного статуса исследовали – содержание группы провоспалительных иммуноцитокинов – интерлейкина-1 η (ИЛ-1 η), интерлейкина-6 (ИЛ-6), (исследование проводили до начала терапии, через 30 дней, 6 и 12 месяцев). Все показатели изучались с помощью твердофазного иммуноферментного метода с применением тест-систем «Протеиновый контур». Полученные результаты обрабатывали с использованием общепринятых статистических методов.



Результаты и обсуждение

Баланс цитокинов провоспалительной и противовоспалительной групп является основой для адекватного иммунного ответа на микробный антиген [8, 9]. Ранее нами было обнаружено нарушение равновесия в группе пациентов с хроническим тонзиллитом [2]. У пациентов с хроническим инфекционным процессом в отделе миндалин показатели ИЛ-1 η и ИЛ-6 оказались несколько снижены по сравнению со здоровыми детьми: достоверное снижение ИЛ-1 η и снижение по средним значениям в случае ИЛ-6. Подобное соотношение медиаторов, регулирующих активность воспалительной реакции, создает предпосылки, как к хронизации гнойного процесса, так и к нарушению репарации ткани миндалин. Параметры местного иммунитета оказались более показательными с патогенетической точки зрения, в связи с чем для оценки эффективности фитотерапии измерялись концентрации в отделяемом миндалин.

Таблица

Концентрации интерлейкина 1 (ИЛ-1b), интерлейкина-6 (ИЛ-6)
в отделяемом миндалин детей с хроническим тонзиллитом
в зависимости от применяемой терапии, пг/мл

Группа пациентов	ИЛ-1?				ИЛ-6			
	1 сутки	30 сутки	6 месяцев	12 месяцев	1 сутки	30 сутки	6 месяцев	12 месяцев
1 группа консервативная (стандартная) терапия	120,0 $\pm 15,5^1$	140,5 $\pm 15,0^1$	170,0 $\pm 13,5^{1,2}$	170,5 $\pm 10,5^1$	3,5 $\pm 1,0^1$	5,0 $\pm 1,5^1$	10,5 $\pm 1,0^{1,2}$	11,0 $\pm 3,5$
2 группа фитотерапия	120,5 $\pm 14,5^1$	160,0 $\pm 10,5^{1,2}$	190,5 $\pm 21,5$	200,0 $\pm 12,5$	3,0 $\pm 1,5^1$	10,0 $\pm 1,5^{1,1^1}$ 2	13,5 $\pm 3,0$	15,5 $\pm 1,5$
3 группа стандартная терапия вместе с местным закаливанием	120,0 $\pm 10,5^1$	130,5 $\pm 14,0^1$	160,5 $\pm 14,0^{1,2}$	170,0 $\pm 20,5$	2,5 $\pm 1,5^1$	10,0 $\pm 2,5^{1,2}$	11,5 $\pm 2,5$	13,0 $\pm 3,5$
4 группа фитотерапия совместно с местным закаливанием	120,0 $\pm 10,5^1$	190,0 $\pm 13,5^2$	200,0 $\pm 17,5$	200,0 $\pm 20,5$	2,5 $\pm 1,0^1$	16,0 $\pm 1,5^{1,2}$	16,5 $\pm 1,0$	16,0 $\pm 2,5$
доноры	200,0 $\pm 15,5$				16,5 $\pm 1,0$			

Примечание: ¹ - $p < 0.01$ относительно показателей доноров

² - $p < 0.01$ – относительно предыдущего срока наблюдения

Во всех исследуемых группах наблюдалось улучшение общего состояния: отсутствие жалоб на субфебрильную температуру тела, утомляемость, слабость, снижение работоспособности. Оценивая объективные данные, особенно показательным являлось заметное улучшение (уменьшение гипертрофии небных миндалин, отсутствие казеозных пробок в лакунах и увеличения отдельных регионарных лимфоузлов; снижение гиперемии и отека краев небных дужек) произошло у детей 2 и 4 групп (рис. 1).

При исследовании показателей провоспалительных иммуноцитокинов в динамике обнаружено, что в через 6 и 12 месяцев в группе 1 остались ниже нормы на 15, 4% и в группе 3 на 12, 5%, в группах 2 и 4 уровни провоспалительных и иммуноцитокинов в крови и миндалинах близки к норме ($p > 0.01$) (таб. 1). В то время как в группе 1 остались ниже нормы на 15, 4% и в группе 3 на 12, 5%. ИЛ-10 во всех исследованных группах был в пределах показателей здоровых детей ($p > 0.01$).



Таким образом, максимальный клинический и иммунокорригирующий эффект выявлен в группе больных, у которых применялся настой зверобоя на фоне постепенного снижения температуры раствора для промывания (эффект закаливания). Полисахариды, эфирные масла и флавоноиды зверобоя оказывают противовоспалительное действие и уменьшают отек слизистой оболочки дыхательных путей. Закаливающее действие низких температур, вероятно, воздействует, укрепляя неспецифические факторы защиты слизистых оболочек и оказывает лимфотропное действие на ткань лимфоглоточного кольца.

Выводы: фитотерапия с эффектом закаливания является эффективным методом лечения и может применяться в комплексной терапии хронического тонзиллита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арефьева Н. А., Азнабаева Л. Ф., Хафизова Ф. А. Иммунокорректоры в комплексном лечении паратонзиллита // Вестн. оторинолар. – 1999. – №2. – С. 42–45.
2. Азаматова Э. К., Хараева З. Ф., Мальцева Г. С. Цитокиновый статус крови и небных миндалин у детей с хроническим тонзиллитом // Рос. отоларингология. – 2009. – №4(41). – С. 3–7.
3. Афанасьев В. А., Ласкова И. Л. Иммуномодулирующее и антиоксидантное действие фитопрепаратов при стафилококковой инфекции и антибиотикотерапии. Сб. тр. «Человек и его здоровье». – Курск. – 1998. – вып. 1. – С. 121–123.
4. Бухарин О. В. Биомедицинские аспекты персистенции бактерий // ЖМЭИ. – 1994. – Приложение. – С. 4–13.
5. Бухарин О. В., Усвятцов Б. Я., Хуснутдинова Л. М. Некоторые особенности микрофлоры миндалин и межмикробного взаимодействия (в норме и при патологии) // Там же. – 2000. – №4. – С. 82–84.
6. Навашин С. М. Микро- и макроорганизм – взаимодействие в инфекционном процессе при антибактериальной терапии // Антибиотики и химиотерапия. – 1998. – Т. 43, №11. – С. 3–5.
7. Хараева З. Ф., Азаматова Э. К. Факторы персистенции возбудителей хронических тонзиллитов // Проблемы и перспективы современной науки. – 2009. – Т. 2, выпуск 1. – С. 234–235.
8. Gram-Positive bacteria induce IL-6 and IL-8 production in human alveolar macrophages and epithelial cells / Larsson B. M. [et al.] // Inflammation. – 1999. – V. 23, №3. – P. 217–231.
9. Macrae R., Robinson R. K., Sadler M. J. Cytokines and antimicrobial activity of macrophages // Eds. Academic Press: New York, 1993. – Vol. 6. – P. 3548–3553.

УДК: [616. 285. 3: 616. 28-002-2]-089. 844

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕТРАКЦИОННЫМИ КАРМАНАМИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

З. З. Алагирова, В. С. Корвяков, Т. В. Бурмистрова, А. А. Якшин, А. А. Гапонов

ETIOPATHOGENETIC SUBSTANTIATION OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH RETRACTION POCKETS OF MEMBRANAE TYMPANI

Z. Z. Alagirova, V. S. Korvyakov, T. V. Burmistrova, A. A. Yakshin, A. A. Gaponov

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», г. Москва
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Статья посвящена разработке теоретического обоснования лечебной тактики больных хроническим средним отитом (ХСО) с ретракционными карманами барабанной перепонки. Основное внимание уделяется причинным факторам их возникновения, т. е. блоку, расположенному в узких местах среднего уха (слуховая труба, тимпанальный перешеек, адитус).

Ключевые слова: хронический средний отит, ретракционный карман барабанной перепонки, тимпанальный перешеек.

Библиография: 23 источника.

Etiopathogenetic substantiation of the treatment of patients with Retraction pockets of membranae tympani.

Article is dedicated to the development of theoretical substantiation of treatment tactics of patients with chronic otitis (HVO) Retraction pockets of membranae tympani. Primary attention is devote to the