

Оценка эффективности местной иммунотерапии препаратом Имудон в комплексном лечении острых ларингитов у детей

Ю.А.Солдатский^{1,2}, Е.К.Онуфриева², С.Ф.Гаспарян², И.Е.Погосова¹

¹Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова;

²Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

Применение местной иммунокорригирующей терапии препаратом Имудон в комплексном лечении детей с острым ларингитом, вызванным респираторной инфекцией, достоверно уменьшает длительность симптоматики ларингита и приводит к снижению частоты респираторных инфекций у детей. Полученные нами данные еще раз подтвердили эффективность местной иммунотерапии в профилактике заболеваемости детей респираторными инфекциями. Это обстоятельство является предпосылкой снижения частоты острых ларингитов у детей, однако для его подтверждения требуются дальнейшие исследования.

Ключевые слова: острый ларингит, топическая иммунокорригирующая терапия, дети, ОРВИ

Effectiveness of Imudon topical immune therapy in complex treatment of acute laryngitis in children

U.L.Soldatsky^{1,2}, E.K.Onufrieva², S.F.Gasparyan², I.E.Pogosova¹

¹Moscow Medical Academy named after I.M.Sechenov;

²St. Vladimir Children City Clinical Hospital, Moscow

Imudon immune correcting therapy in complex treatment of children acute laryngitis caused by respiratory infection reliably decreases duration of the disease and reduces attacks of respiratory infections in children. Our data confirmed once more the effectiveness of local immune prophylaxis of children respiratory infections incidence. It promotes acute laryngitis reduction in children but requires further investigations.

Key words: acute laryngitis, topical immune correcting therapy, children, ARVI

Ларингит – одно из самых распространенных заболеваний гортани, характеризующееся воспалением ее слизистой оболочки. Различают острый ларингит, длительностью 2–3 нед, и хронический ларингит, когда заболевание сохраняется дольше, сопровождаясь периодическими обострениями. Основными симптомами ларингита являются изменение голоса (от легкой охриплости до афонии) и, несколько реже, сухой кашель. Симптоматика также может включать легкую болезненность, особенно при голосовой нагрузке, чувство першения, саднения, щекотания. При эндоскопии голосовые складки выглядят гиперемизированными, отечными, в просвете голосовой щели может содержаться повышенное количество густой мокроты. Острый ларингит в детском возрасте крайне редко встречается изолирован-

но; обычно он обусловлен острыми респираторными заболеваниями, представляя собой один из синдромов острых респираторных заболеваний (ОРЗ).

Общепринятое лечение включает соблюдение голосового покоя, ингаляционную терапию, применение антигистаминных препаратов и эндоларингеальных вливаний различных антисептиков. Однако соблюдение голосового режима у пациентов детского возраста крайне затруднительно, а эндоларингеальные вливания у детей могут привести к развитию ларингоспазма и асфиксии. Необходимо учитывать, что длительно сохраняющееся воспаление гортани может приводить к затяжному течению ларингита и развитию стойкой охриплости голоса, устранение которой, особенно в младшем (до 7 лет) возрасте, крайне затруднительно в связи с неспособностью ребенка выполнять фонопедические упражнения, требующие длительной концентрации внимания. Назначение же антибиотиков при вирусной инфекции, в том числе и сопровождающейся острым ларингитом, не оправдано. Это обстоятельство обуславливает необходимость поиска альтернативных методов лечения и, особенно, профилактических мероприятий.

Для корреспонденции:

Солдатский Юрий Львович, доктор медицинских наук, профессор кафедры болезней уха, горла и носа Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова

Адрес: 107014, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, 1/3

Телефон: (095) 268-8326

Статья поступила 15.06.2005 г., принята к печати 25.10.2005 г.

Известно, что одной из причин высокой восприимчивости детей к респираторным заболеваниям является низкий уровень иммунологического опыта [1]. При этом носительство условно-патогенной флоры является одной из предпосылок к разнообразным бактериальным осложнениям вирусных инфекций, в том числе и ларингиту. Применение топических лизатов с целью лечения и, особенно, профилактики воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей основано на способности иммунокомпетентных клеток слизистой оболочки образовывать антитела в ответ на стимуляцию их лизатами бактериальных агентов. Являясь абсолютно непатогенными, лизаты бактерий полностью сохраняют свои антигенные свойства, что позволяет при их применении полностью инициировать весь комплекс иммунных реакций, повышая тем самым неспецифическую резистентность организма. Механизм действия местных бактериальных иммунокорректоров связан как с увеличением числа иммунокомпетентных клеток в слизистой оболочке, повышением уровня специфических и секреторных антител, так и с активацией фагоцитоза, повышением выработки лизоцима и интерферона, то есть с индукцией факторов специфической и неспецифической защиты слизистой оболочки. Назначение топических бактериальных лизатов не требует предварительного иммунологического обследования, кроме того, эти препараты обладают хорошей переносимостью [2]. Одним из таких препаратов является Имудон (Solvay Pharma, Франция).

Имудон содержит лиофилизированные лизаты *Lactobacillus acidophilus*, *L. helveticus*, *L. lactis*, *L. fermentatum*, стрептококков группы А (S107, S170), группы Н (S218), группы D (S19, S226), *Klebsiella pneumoniae*, *Corynebacterium pseudodiphthericum*, *Fusiformis fusiformis*, *Candida albicans*. Препарат обладает иммуногенными и иммуностимулирующими свойствами и является эффективным при лечении заболеваний слизистой оболочки рта, остром и хроническом фарингите, хроническом тонзиллите и др. [3–7].

Целью работы явилась оценка возможности и эффективности местной иммунокорректирующей терапии препаратом Имудон в комплексном лечении острого ларингита в детском возрасте.

Работа основана на обследовании и лечении 67 пациентов (36 мальчиков и 31 девочка) в возрасте от 3 до 15 лет (в среднем $8,3 \pm 3,42$ г.; $Me = 8,0$), родители которых обратились в отделение восстановительной хирургии гортани ДГКБ св. Владимира по поводу острого (длительность заболевания до 14 дней) и затянувшегося (длительность заболевания до 1,5 мес) ларингита, развившегося на фоне респираторной инфекции в период с 01.09.2004 по 01.12.2004 гг.

Основную группу больных (в комплекс лечения которых был включен препарат Имудон) составили 43 ребенка (23 мальчика и 20 девочек) в возрасте от 3 до 14 лет (в среднем $8,0 \pm 3,37$ г.; $Me = 8,0$). Группу сравнения составили 24 ребенка (13 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 3 до 15 лет (в среднем $8,6 \pm 3,51$ г.; $Me = 8,5$ лет), родители которых по различным причинам не использовали в лечении топическую иммунокорректирующую терапию. По возрасту и полу статистически достоверной разницы в основной и контрольной группах получено не было ($p = 0,168$ и $p = 0,48$ соответственно).

Всем больным под местной анестезией была произведена фиброларингоскопия при помощи фиброскопа Pentax

FNL7 RP3 (наружный диаметр рабочего волокна 2,5 мм), диагноз острого ларингита во всех случаях был подтвержден эндоскопически. Всем больным назначалось лечение, включающее голосовой покой, антигистаминные препараты, ингаляции (щелочно-масляные и с гидрокортизоном), симптоматическую терапию (по показаниям); больным основной группы дополнительно назначали Имудон в дозе 6–8 таблеток в день в течение 10 дней. Повторный осмотр, включая эндоскопию гортани, производили через 2, 4 и 12 нед после первичного обращения. Анализировали длительность симптоматики после начала лечения, частоту повторных респираторных инфекций после проведенного лечения, частоту рецидивов ларингита. Дополнительно был проведен анализ медицинской документации за тот же период предыдущего (до обращения в клинику) года.

Критерием исключения из исследования явилось наличие у ребенка с острым ларингитом бактериальных осложнений респираторной инфекции (синусит, отит, бронхит), требовавших применения в комплексе лечения антибиотиков и/или применения антибиотиков во время настоящего заболевания до обращения в клинику; данные анамнеза о наличии у ребенка до настоящего заболевания длительно сохраняющейся охриплости; обнаружение при эндоскопии гортани узелков голосовых складок или хронического подскладочного ларингита. Пациенты, не явившиеся на контрольный осмотр, также были исключены из исследования.

Статистическая обработка результатов исследования проведена на персональном компьютере с помощью пакетов программ Statgraphics Plus 3.0, Microsoft Excel 97 с использованием непараметрических критериев Вилкоксона–Манна–Уитни и Колмагорова–Смирнова путем подсчета средней арифметической величины (M), стандартного отклонения (s), медианы (Me), критерия Стьюдента (t). Доверительные интервалы для средних величин вычислялись с заданным уровнем достоверности 9,95. Различия средних величин считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$, соответствующем достоверной вероятности 0,95 и более.

Длительность охриплости голоса после начала лечения составила (рис. 1): в основной группе – от 4 до 19 сут (в среднем $9,9 \pm 3,32$, $Me = 9$ сут); в группе сравнения – от 6 до 21 сут (в среднем $11,7 \pm 4,07$, $Me = 11$ сут, $p = 0,039$), то есть дополнительное применение Имудона в комплексе проводимой терапии статистически достоверно сокращает длительность охриплости голоса у детей с острым ларингитом. По данным контрольной фиброларингоскопии, через 2–4 нед после начала лечения ларингоскопическая картина нормализовалась у всех больных.

Полученные нами данные подтвердили результаты ранее опубликованных исследований, свидетельствующих о том, что местная иммунокорректирующая терапия препаратом Имудон приводит к снижению частоты респираторных инфекций у детей [8, 9]. Повторные воспалительные заболевания органов дыхания отмечены у 15 (34,9%) детей основной группы и у 16 (66,7%) – группы сравнения (разница статистически достоверна, $p = 0,004$). При этом, если число респираторных инфекций у повторно заболевших пациентов основной группы составляло от 1 до 3 (в среднем $1,5 \pm 0,64$, $Me = 1$), то в группе сравнения эти показатели

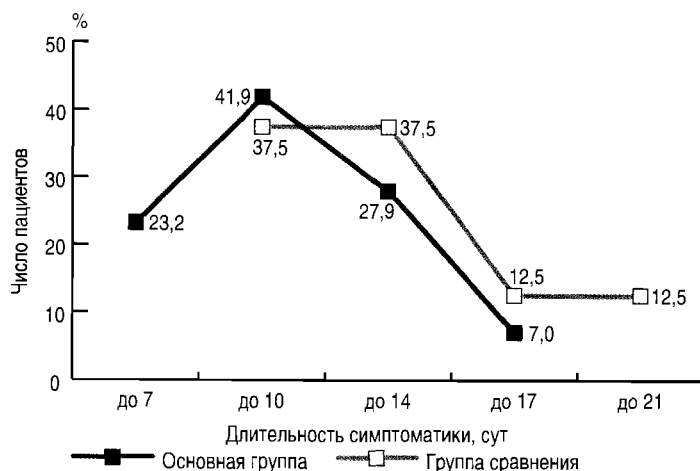


Рис. 1. Длительность симптоматики ларингита после начала лечения.

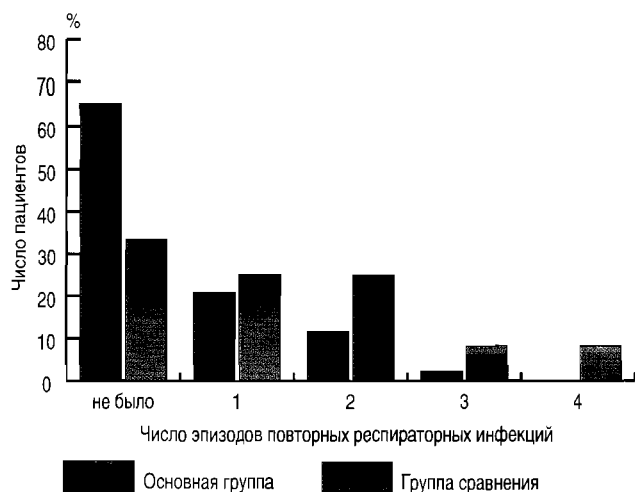


Рис. 2. Повторная заболеваемость респираторными инфекциями после лечения острого ларингита.

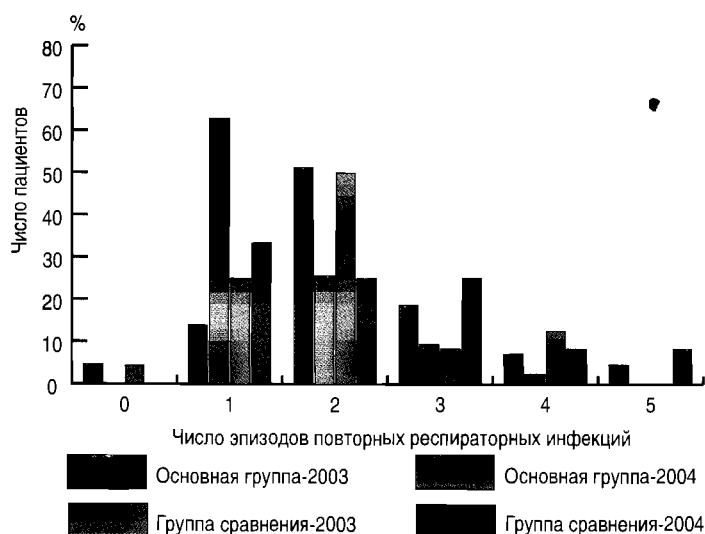


Рис. 3. Частота заболеваемости респираторными инфекциями пациентов основной и контрольной групп за один и тот же период в 2003 и 2004 гг.

были достоверно выше — число повторных заболеваний от 1 до 4 (в среднем — $2 \pm 1,03$, $Me = 2$, $p = 0,047$) (рис. 2).

Более того, применение Имудона привело к снижению частоты заболеваний детей респираторными инфекциями по сравнению с тем же периодом предыдущего года (рис. 3). Если в основной группе этот показатель за тот же период предыдущего года (2003 г.) составил в среднем, $2,2 \pm 1,09$ эпизода заболевания (диапазон от 0 до 5, $Me = 2$), то после топической иммунореабилитации он достоверно снизился, составив, в среднем, $1,5 \pm 0,77$ эпизодов (диапазон от 1 до 4, $Me = 1$, $p < 0,001$), включая заболевание, сопровождавшееся острым ларингитом и явившееся причиной настоящего обращения в клинику. При анализе частоты заболеваний в группе сравнения по сравнению с предыдущим годом достоверной разницы получено не было ($p = 0,16$): если в предыдущем году этот показатель составил, в среднем, $2 \pm 1,02$ эпизода заболевания (диапазон от 0 до 4, $Me = 2$) и статистически не отличался от данных пациентов основной группы ($p = 0,19$), то в период наблюдения он составил, в среднем, $2,3 \pm 1,27$ эпизода заболевания (диапазон от 1 до 5, $Me = 2$).

Таким образом, по нашим данным, использование местной иммунокорригирующей терапии препаратом Имудон в комплексном лечении острого ларингита у детей, вызванного респираторной инфекцией, достоверно уменьшает длительность симптоматики ларингита. Полученные нами данные еще раз подтвердили эффективность этого топического бактериального лизата в профилактике заболеваний респираторными инфекциями. Это обстоятельство является предпосылкой снижения частоты развития острых ларингитов у детей, однако для подтверждения этого положения требуются дальнейшие исследования.

Литература

1. Таточенко В.К. Терапия ОРЗ у детей. Русский медицинский журнал 2004; 12(21): 1200–12.
2. Зайцева О.В. Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения. Consilium Medicum. Педиатрия 2004; 6(3): 5–7.
3. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф. Опыт клинического применения препарата Имудон при лечении заболеваний слизистой оболочки рта. Клиническая стоматология 2000; (2): 64–5.
4. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита. Русский медицинский журнал 2001; 9(16–17): 694–702.
5. Дроздова М.В., Тимофеева Г.И., Тырнова Е.В. и др. Оценка эффективности местной иммунокоррекции препаратом Имудон в клинике хронического тонзиллита у детей. Новости оториноларингологии и логопатологии 2000; 4(24): 100–2.
6. Волков А.Г., Давыдова А.П. Использование Имудона в лечении хронического тонзиллита. Российская оториноларингология 2003; 2(5): 235–6.
7. Лучихин Л.А., Полякова Т.С. Возможности снижения антибиотического пресинга в ЛОР-практике с использованием иммуномодуляторов. Вестник оторинолар 2004; (5): 49–51.
8. Тузанкина И.А., Власова Е.В., Каргаполов С.А. и др. Бактериальные лизаты топического применения в иммунореабилитации детей с нарушениями противомикробной защиты. Пульмонология 2001; 11(4): 68–71.
9. Маркова Т.П., Чувилов Д.Г. Применение топических иммуномодуляторов в группе длительно и часто болеющих детей. Иммунокоррекция в педиатрии. Под ред. М.В.Костинова. М., 2001; 91–9.