Т.И. Гаращенко[1], В.Н. Яблонева[2]

[1] Российский государственный медицинский университет, Москва
[2] Детская городская клиническая больница № 1, Тверь

Оценка эффективности применения суспензии лизатов бактерий в профилактике и лечении хронических аденоидитов у детей

Контактная информация:
Гаращенко Татьяна Ильинична, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета, главный детский оториноларинголог Департамента здравоохранения г. Москвы
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1, **тел.:** (495) 236-71-29, **e-mail:** 9040100@mail.ru
Статья поступила: 05.03.2010 г., **принята к печати:** 05.04.2010 г.

Представлены результаты лечения детей в возрасте от 4 до 7 лет с хроническим аденоидитом и гипертрофией аденоидных вегетаций II–III степени. Показано, что включение в схему лечения детей топического бактериального иммунокорректора ИРС 19 сопровождалось быстрой и качественной нормализацией объема лимфоидной ткани и биоценоза носоглоточного секрета, существенным уменьшением обсемененности носоглотки патогенной микрофлорой. В результате проведенного лечения было отмечено снижение (период наблюдения — 3 мес), по сравнению с предыдущим периодом наблюдения (3 мес), числа обострений аденоидитов, уменьшение суммарной длительности всех обострений и сокращение сроков отдельных случаев заболевания.
Ключевые слова: *дети, хронический аденоидит, гипертрофия аденоидных вегетаций, смесь лизатов бактерий, лечение.*

Среди хронических заболеваний лимфоглоточного кольца, составляющих от 55 до 75% всей ЛОР-патологии, особое место занимают аденоидные вегетации (глоточной миндалины). Во всем мире за последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости у детей гипертрофии аденоидных вегетаций — с 29% в 70–80-е годы прошлого века до 37–76% в 1999 г. Клинически гипертрофия аденоидных вегетаций может проявляться нарушением дыхания через полость носа, снижением слуха, заболеваниями околоносовых пазух и уха, их затяжным рецидивирующим течением, а также распространением процесса на нижние дыхательные пути.

По современным представлениям, глоточная миндалина ребенка осуществляет обучающую, информационную и регуляторную функции по отношению к клеткам иммунокомпетентных структур полости носа, околоносовых пазух, среднего уха, других структур мукозальной

T.I. Garashchenko[1], V.N. Yabloneva[2]

[1] Russian State Medical University, Moscow
[2] Children's City Clinical Hospital № 1, Tver

Evaluation of effectiveness of suspension of bacterial lysates in prophylaxis and treatment of chronic adenoiditis in children

The article describes results of a treatment of children 4–7 years old with chronic adenoiditis and adenoid hypertrophy II–III degree. It was shown that inclusion of topical bacterial immunocorrector IRS 19 in treatment scheme resulted in rapid and qualitative normalization of lymphoid tissue volume and biocoenosis of nasopharyngeal secretion, and in significant decrease of pathogenic contamination of nasopharynx. The treatment resulted in lessening (during 3 months of observation after treatment compared to 3 months previous to treatment) of number of exacerbations of adenoiditis, decrease of total duration of all exacerbations and shortening of terms of single cases of disease.
Key words: *children, chronic adenoiditis, hypertrophy of adenoids, mixture of bacterial lysates, treatment.*

иммунной защиты. Следовательно, глоточные миндалины являются частью системы иммунитета, обеспечивая многоуровневые взаимодействия неспецифической и специфической защиты, включая мукорегуляцию с активацией слизеобразования. Нормальным состоянием для глоточной миндалины как лимфоидного органа является постоянная активная дифференцированная «переработка» антигенов, поступающих в организм с вдыхаемым воздухом. Вследствие этого аденоидным вегетациям свойственно состояние персистирующего физиологического воспаления. Однако между естественным (физиологическим) воспалением и воспалением в клиническом понимании (аденоидитом) лежит хрупкая грань. Часто это дозозависимый процесс, связанный с количеством аллергенов, микробных антигенов, их инвазивностью и вирулентностью. Во многом характер и скорость иммунного ответа клеток глоточной миндалины, способность к возврату в исходное состояние, определяются индивидуальными генетически детерминированными конституциональными особенностями ребенка. Среди причин гипертрофии глоточной миндалины можно выделить следующие:

- физиологическая гиперплазия глоточной миндалины в возрасте 3–6 лет;
- острая вирусная инфекция;
- хроническая вирусная инфекция (герпес-вирусы: цитомегаловирус, вирус герпеса 1, 2 и 6 типов, адено-, RS-вирус и др.);
- внутриклеточная инфекция респираторного тракта (хламидии, микоплазмы и др.);
- инфицирование носоглотки микрофлорой ЖКТ, урогенитального тракта (кампилобактерии, кишечная палочка, протеи, уреаплазма, синегнойная инфекция и др.), с развитием дисбиоза, кандидоза носоглотки;
- высокая степень обсемененности патогенной и условно-патогенной бактериальной микрофлорой респираторного тракта, резистентными формами, типичными для респираторных возбудителей (детские дома, ясли) — *Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Branhamella catarrhalis, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus* и др.;
- неадекватные (короткие или узконаправленные) курсы лечения заболеваний верхних дыхательных путей;
- аллергические аденоидиты у детей с персистирующими круглогодичными или аллергическими ринитами, острые аллергические аденоидиты при поллинозах;
- конституционально-обусловленная гиперплазия глоточной миндалины — проявления иммунных диатезов (лимфатический, аутоиммунный, атопический) или первичных иммунодефицитов по Т-клеточному типу;
- новообразования глоточной миндалины.

Любая из указанных выше причин, а тем более их комбинация и воздействие в течение длительного периода времени, способны привести к развитию хронического воспаления — аденоидиту, сопровождающемуся, как правило, локальной иммуносупрессией [1–5].

Сведения о чрезвычайной иммунокомпетентной роли лимфоидной ткани носоглотки, полости носа со способностью формировать не только систему топического мукозального иммунитета ЛОР-органов, но и давать полноценные общие вакцинальные реакции, наблюдаемые при интраназальном введении, например, противогриппозных вакцин, заставили по-новому взглянуть на лечение аденоидитов, гипертрофии аденоидных вегетаций. В настоящее время для воздействия на лимфоидную ткань полости носа и носоглотки активно используют ряд иммунорегулирующих препаратов (тимоген, миелопид, ликопид, вакцина ВП-6 и др.). Кроме того, с успехом разрабатываются и применяются у детей во многих странах мира интраназальные способы специфической иммунотерапии аллергенами. В связи с этим, нарастает тенденция к ограничению хирургических методов лечения аденоидитов и гипертрофии глоточной миндалины (аденотомии), стали доминировать селективные парциальные методики аденотомий, в том числе с применением эндоскопической техники. Безусловным показанием к аденотомии является только синдром ночного апноэ, хотя даже в этом случае рекомендуется выполнение оперативных вмешательств не ранее чем через 6–10 мес после тщательно продуманного и досконально выполненного многопланового лечения [6].

Множество факторов, повышающих риск развития гипертрофии аденоидных вегетаций, способны сформировать хроническое воспаление, а это, безусловно, определяет и причины рецидивов после хирургического лечения, которые наблюдаются в 40–75% случаев [7, 8]. Аденотомия, выполненная у детей с атопией, без должных показаний способна утяжелить течение бронхиальной астмы, аллергического ринита [9], поэтому дети с аллергическими ринитами имеют строгие противопоказания к аденотомии. Компенсаторная гиперплазия лимфоидной ткани в носоглотке в ответ на аденотомию может наблюдаться в области трубных миндалин. Это приводит к прогрессированию тугоухости, утяжелению течения хронических заболеваний уха (экссудативные, адгезивные отиты) [10, 11], требует в последующем, выполнения сложных многочасовых эндоскопических реконструктивных операций.

Высокая распространенность гипертрофии аденоидных вегетаций, хронических аденоидитов у детей, определяет необходимость поиска адекватных методов терапии, способных помочь врачам первичного звена, оказывающим медицинскую помощь детям — участковым педиатрам и оториноларингологам, которые непосредственно проводят профилактические мероприятия, а также наблюдают и лечат детей с гипертрофией аденоидных вегетаций и хроническими аденоидитами [4]. Такие дети наиболее часто встречаются во 2–3 группах здоровья, особенно среди часто и длительно болеющих, в группе диспансерного наблюдения с хроническими заболеваниями у оториноларинголога, педиатра.

В лечении детей с аденоидитами применяют средства элиминационной, антимикробной, противоаллергической, мукорегулирующей, иммунорегулирующей терапии. Часто используют бактериальные иммунокорректоры и вакцинацию, пробиотики, средства природного происхождения, а также физические методы лечения, рефлексотерапию и дыхательную гимнастику. Дополнительные преимущества могут быть достигнуты при коллективных реабилитационных мероприятиях, проводимых в семье.

Особое место в воздействии на лимфоидную ткань носоглотки отводится топическому бактериальному иммунокорректору — ИРС 19 — суспензии для интраназального введения, приготовленной из смеси лизатов 18 наиболее типичных бактериальных возбудителей. Лизаты бактерий лишены возможности вызвать инфекционный процесс, но обеспечивают активацию первой и второй линий защиты (мукоцилиарной и иммунной). Препарат выпускается в виде аэрозоля. Он увеличивает содержание лизоцима, повышает фагоцитарную активность макрофагов, стимулирует продукцию секреторного IgA, увеличивает содержание эндогенного интерферона [12, 13]. При распылении аэрозоля в полости носа образуется тонкий слой

препарата на слизистой оболочке, препарат проникает в нее, уменьшает отек, разжижает скопившийся секрет и облегчает его отток.

Вышеописанные свойства смеси лизатов бактерий делают ее очень привлекательным в профилактике и лечении острых респираторных инфекций, а также патологии ЛОР-органов, особенно в детском возрасте. Препарат может назначаться с 3-месячного возраста. В профилактических целях — по 1 дозе 2 раза в день в течение 2 нед, в лечебных целях — по 1 дозе 2 раза в день до исчезновения симптомов заболевания.

Многолетний опыт использования препарата в сезонной профилактике респираторных заболеваний и синуситов у детей, а также изучение механизмов иммунного реагирования [12, 14], позволил рекомендовать смесь лизатов бактерий детям с хроническими аденоидитами и гипертрофией аденоидных вегетаций II–III степени (глоточной миндалины) в качестве одного из препаратов планового лечения.

Нами проведено открытое сравнительное многоцентровое исследование, выполненное на базе 3-х детских городских поликлиник (Москва), а также детской поликлиники ДГКБ № 1 (Тверь).

В исследование было включено 75 детей в возрасте от 4 до 7 лет (основная группа) с хроническим аденоидитом и гипертрофией аденоидных вегетаций II–III степени. Контрольную группу составили 50 детей аналогичной возрастной группы и структуры заболеваний, состоявших на диспансерном учете у оториноларинголога. Дети основной группы в течение месяца получали элиминационную терапию в виде струйного орошения полости носа 0,65% раствором хлорида натрия 2 раза в день. Кроме того, детям этой группы в течение месяца проводилось глубокое впрыскивание смеси лизатов бактерий (ИРС 19) по одной дозе в каждый носовой ход. Детям контрольной группы проводилось в течение месяца струйное орошение полости носа и носоглотки 0,65% раствором хлорида натрия 2 раза в день.

В ходе исследования контролировали: 1) динамику изменения носового дыхания (степень затруднения дыхания, его дыхания); 2) изменение выраженности гипертрофии глоточной миндалины по данным эндоскопии; 3) степень обсемененности носоглотки микрофлорой (у 12 детей основной группы). Кроме того, у 12 детей этой группы оценивали заболеваемость в течение 3-х месяцев, предшествовавших началу исследования, и 3-х месяцев после его завершения.

При исследовании динамики носового дыхания у детей с хроническими аденоидитами и гипертрофией аденоидных вегетаций установлено, что исходно его затруднение (дыхание преимущественно через рот) испытывали около двух третей из них. Через месяц после начала лечения затруднение носового дыхания испытывал каждый второй ребенок в контрольной группе и только каждый четвертый — в группе детей, получавших интраназально смесь лизатов бактерий (см. рис.).

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
реклама

РУ № П N012103/01

ПРОСТУДЕ И ГРИППУ ДОСТУПА НЕТ

ИРС®19 — Иммуномодулирующий Респираторный Спрей — активизирует все звенья местного иммунитета против вирусов и бактерий в «воротах инфекции»

Быстрый лечебный эффект с первых дней заболевания. Надежная профилактика респираторных инфекций на 3-4 месяца. Дополнительный эффект элиминации патогенов

Разрешен к применению у взрослых и детей с 3-х месяцев

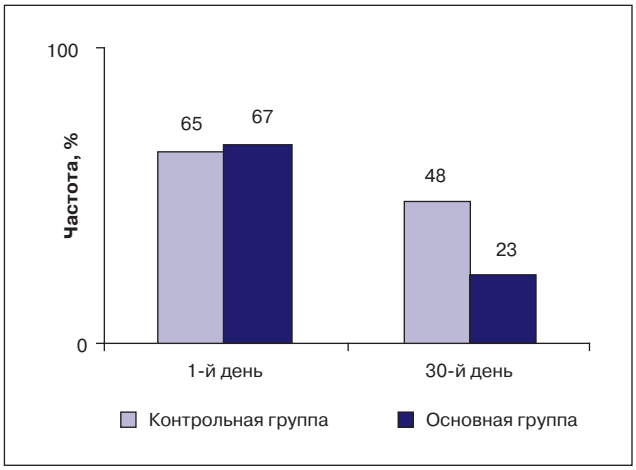
НЕ ДАЙТЕ ИНФЕКЦИИ ПРОНИКНУТЬ В ОРГАНИЗМ

SOLVAY PHARMA
www.solvay-pharma.ru

119334, Москва
ул. Вавилова, 24, этаж 5
тел.: (495) 411 6911
факс: (495) 411 6910

www.prostude.net

Рис. Динамика выраженности затруднения носового дыхания в ходе лечения у детей в сравниваемых группах



Оценивая изменения эндоскопического состояния глоточной миндалины установлено, что в контрольной группе уменьшение гипертрофии хотя бы на одну степень произошло у 25% детей. В основной группе аналогичное изменение этого показателя в ответ на терапию смесью лизатов бактерий в комбинации с орошением носоглотки 0,65% раствором натрия хлорида было отмечено у 42% детей. Следует подчеркнуть, что такая тенденция к сокращению объема лимфоидной ткани носоглотки сохранялась у детей основной группы в течение 3-х месяцев после окончания лечения.

У 12 детей основной группы зафиксировано частое высевание при хроническом аденоидите, сочетающемся с гипертрофией глоточной миндалины, золотистого стафилококка с массированным ростом (у 11 детей). После окончания курса лечения скудный рост *S. aureus* отмечен у 6 детей, не выявлено патогенной микрофлоры еще у 3 пациентов, единичные колонии *Streptococcus viridans* или в комбинации со *Staphylococcus epidermidis* высевались у 3 из 12 обследованных пациентов. Противодействие препарата колонизации носоглотки золотистым стафилококком является важным, особенно для иммунокомпрометированных детей с атопией, поскольку именно с золотистым стафилококком связывают формирование наиболее тяжелых форм хронических аллергических круглогодичных ринитов, склонных к полипозообразованию. Это важно еще и потому, что золотистый стафилококк является одним из наиболее устойчивых к β-лактамным антибиотикам возбудителей.

Анализируя заболеваемость 12 детей основной группы в течение 3-х месяцев до начала исследования, следует отметить, что за период, предшествующий лечению, дети перенесли 41 обострение аденоидита. При этом 14 эпизодов, включавшие и случаи рецидивирующих респираторных инфекций, потребовали назначения антибиотиков. Суммарная длительность обострений составила 423 сут или 10,3 ± 1,4 сут на один случай. Было 108 посещений врача, в стационар направлено 4 из 12 детей. В течение 3-х месяцев от момента начала лечения, включавшего смесь лизатов бактерий, было отмечено 19 случаев обострения аденоидита, суммарная длительность которых составила 151 сут или 8 ± 1,6 сут на один случай. Антибиотикотерапия была проведена у 4 детей.

Таким образом, включение топического бактериального иммунокорректора ИРС 19 в комплекс планового лечения хронических аденоидитов с гипертрофией глоточной миндалины приводит к быстрой и качественной нормализации объема лимфоидной ткани и биоценоза носоглоточного секрета, существенно уменьшая обсемененность носоглотки патогенной микрофлорой. По-видимому, отражением этого явилось снижение числа обострений аденоидитов, уменьшение суммарной длительности всех обострений и сокращение сроков отдельных случаев заболевания. Многоуровневое воздействие смеси лизатов бактерий на слизистую оболочку респираторного тракта и лимфоидную ткань, ассоциированную с ней, обеспечивает биологически наиболее целесообразный подход к лечению хронических заболеваний лимфоглоточного кольца. В целом, правильно составленные, конституционально подобранные и максимально индивидуализированные направления консервативного лечения позволят снизить долю хирургических методов лечения заболеваний носоглотки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 1986.
2. Быкова В.П. Лимфоэпителиальные органы в системе местного иммунитета слизистых оболочек // Арх. патологии. 1995. 1. С. 11–16.
3. Быкова В.П. Структурные основы мукозального иммунитета верхних дыхательных путей // Российская ринология. 1999. 1. С. 5–9.
4. Вавилова В.П., Перевощикова Н.К., Грабовщинер А.Я. Обоснование дифференцированного подхода к иммунореабилитации детей с хронической патологией лимфоглоточного кольца. Материалы IX съезда педиатров России. М., 2001. С. 447–448.
5. Иммунология и аллергология (стандарты диагностики и лечения) / под ред. Хаитова Р.М. М., 2001.
6. Battistini A., Siepe F., Marvasi R. The tonsils and adenoids as a site of infection and the cause of obstruction // Pediatr. Med. Chir. 1998. 20 (4). P. 237–247.
7. Быкова В.П., Бруевич О.А. Аденоиды как индуктивный орган мукозального иммунитета верхних дыхательных путей // Российская ринология. 2005. 2. С. 175–176.
8. Псахис Б.И., Мельников Л.П. О морфологических предпосылках послеоперационных рецидивов аденоидов // Вестник оториноларингологии. 1973. 3. С. 72–74.
9. Мокроносова М.А., Тарасова Г.Д. Отдаленные результаты аденотомии у детей с аллергическим ринитом // Ринология. 1999. 1. С. 92.
10. Finkelstein Y., Malik Z., Kopolovic J. et al. Characterization of smoking-induced nasopharyngeal lymphoid hyperplasia // Laryngoscope. 1997. 107 (12). P. 1653–1642.
11. Hess M., Kugel J., Haake D., Lamprecht J. Reduced concentration of secretory IgA indicates of local immunity in children with adenoid hyperplasia and secretory otitis media // ORL. 1991. 53 (6). P. 339–341.
12. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И., Радциг Е.Ю. и др. Опыт применения препарата ИРС 19 в лечении острых заболеваний верхних дыхательных путей у детей // Детский доктор. 2000. 2. С. 10–12.
13. Караулов А.В., Сокуренко С.И., Бармотин Г.В. Принципы иммунопрофилактики и иммунотерапии рецидивирующих респираторных заболеваний // Иммунопатология. 2000. 1. С. 71–73.
14. Гаращенко Т.И., Ильенко Л.И., Смирнова Т.Н., Авдеева Г.Ф. Гомотоксикологические и гомеопатические препараты в комплексном лечении патологии носоглотки, дисфункции слуховой трубы и некоторых заболеваний уха, сопряженных с ней // Новости оториноларингологии и логопатологии. 1998. 2 (14). С. 47–50.