

М.М. Полунин, Л.С. Титарова

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Применение топических бактериальных лизатов в лечении хронического тонзиллита у детей

Контактная информация:

Полунин Михаил Михайлович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии РНИМУ педиатрического факультета

Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1, тел.: (499) 959-87-58, e-mail: mmpolunin@rambler.ru

Статья поступила: 18.10.2011 г., принята к печати: 15.11.2011 г.

Проблема хронического тонзиллита у детей является чрезвычайно актуальной из-за риска развития в дальнейшем систематических неспецифических заболеваний сердца, почек, суставов. Высокая социальная значимость и широкая распространенность среди детского населения требуют поиска эффективных методов лечения и профилактики указанной нозологии. Препараты, содержащие лизаты бактерий, в последние годы привлекают интерес многих специалистов как безопасные и эффективные средства профилактики и лечения инфекций лимфоглоточного кольца.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, детский возраст, бактериальные лизаты.

176

Хронический тонзиллит — непрерывно протекающее инфекционно-аллергическое поражение верхних дыхательных путей; проявляется местной воспалительной реакцией в небных миндалинах. Распространенность хронического тонзиллита, по данным различных авторов, колеблется в диапазоне от 10 до 15% среди всех болезней ЛОР-органов [1, 2]. В группе часто и длительно болеющих детей этот показатель еще выше — более 50% [2].

Проблема профилактики и лечения инфекционно-аллергических заболеваний верхних дыхательных путей постоянно находится в центре внимания не только оториноларингологов, но и врачей других специальностей.

Пик заболеваемости хроническим тонзиллитом приходится на возраст 7 лет, хотя в последнее время отмечается «омоложение» болезни [3]. Ведущую роль в развитии хронического тонзиллита отводят β-гемолитическому стрептококку группы А и его сероварианту *Streptococcus pyogenes*, имеющему антигенное родство к различным органам и тканям нашего организма, а также стреп-

тококками группы С и G, стафилококкам, пневмококкам, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*, аденовирусам, вирусу Эпштейна–Барр и вирусам герпеса. Определенная роль в возникновении данного заболевания может принадлежать микоплазмам, хламидиям и грибам [2].

При состояниях, характеризующихся снижением реактивности организма, нарушается состав нормальной микрофлоры полости рта, происходит проникновение микроорганизмов с поверхности слизистой оболочки в глубокие слои ткани, что приводит к развитию инфекционно-воспалительного процесса. Анатомические особенности лимфоидных органов глоточного кольца у детей способствуют заражению организма: глубокие, узкие, густо ветвящиеся лакуны, пронизывают всю толщу миндалин и щелевые ходы; наличие рубцовых изменений миндалин после воспалительных процессов затрудняет дренаж содержимого из глубоких отделов лакун и способствует развитию воспалительного процесса в миндалинах [1]. Переход острого воспаления в ткани миндалин

M.M. Polunin, L.S. Titarova

Pirogov Russian National Medical Research University, Moscow

Topical bacterial lysates in pediatric chronic tonsillitis treatment

Chronic tonsillitis remains a current problem in pediatric health due to the risk of nonspecific systemic heart, renal and joint diseases. High social significance and prevalence among children call for effective preventive and treatment measures against this disease. Topical bacterial lysates recently have become popular among physicians as safe and effective component of tonsillitis treatment.

Key words: chronic tonsillitis, childhood, bacterial lysates.

(хроническое воспаление) характеризуется слущиванием плоского эпителия, который вместе с лейкоцитами сначала накапливается, а затем в виде гнойного или казеозного детрита закупоривает лакуны миндалин. Массивная клеточная инфильтрация и секреция медиаторов воспаления, сопутствующая хроническому воспалительному процессу, может изменять проницаемость лимфоэпителиального барьера, в том числе для бактериальных антигенов, создавая предпосылки к сенсибилизации организма бактериальными антигенами [4]. Изменения иммунного статуса пациентов с хроническим тонзиллитом характеризуются снижением показателей активности клеточного и гуморального звеньев иммунитета, в том числе снижением цитотоксической активности Т лимфоцитов (CD 16+), концентраций пропердина, лизоцима, компонентов комплемента [4].

Лизис ткани миндалин, возникающий при хроническом воспалительном процессе с денатурации собственных тканевых белков и последующей антигенпрезентацией их фрагментов, приводит к образованию аутоантител и создает предпосылки к развитию заболеваний, в основе которых лежит аутоагрессивный иммунный механизм [1]. Согласно классификации И. Б. Солдатов, различают две формы хронического тонзиллита.

Компенсированная форма имеет признаки хронического тонзиллита; барьерные функции миндалин и общая реактивность организма ограничивают хронический воспалительный процесс в пределах небных миндалин. Доминируют инфекционно-аллергические реакции.

В декомпенсированной форме признаки хронического тонзиллита сочетаются с нарушением барьерной функции миндалин и проявляются рецидивирующими ангинами, тонзиллогенной интоксикацией (слабостью, недомоганием, головной болью, снижением аппетита, повышенной утомляемостью, стойким субфебрилитетом; болью в суставах, в области сердца, мышечной болью), а также развитием системных осложнений.

Дети с хроническим тонзиллитом могут жаловаться на периодические боли при глотании, навязчивый сухой кашель. Одним из наиболее характерных клинических признаков данного заболевания является ангина, нередко с длительным субфебрилитетом. Лакуны миндалин заполнены гнойным и казеозным содержимым, которое может служить причиной неприятного запаха изо рта, ощущения дискомфорта в глотке. Иногда отмечается увеличение и уплотнение верхнечейных и подчелюстных лимфоузлов (признаки Блюменталля и Гольдмана). При фарингоскопии часто определяются такие характерные признаки, как симптом Гизе — стойкая гиперемия краев передних небных дужек; симптом Зака — отечность верхнего угла, образованного передней и задней дужками; симптом Преображенского — валикообразное утолщение, краевая инфильтрация небных дужек.

При частых обострениях хронического тонзиллита, либо при постоянном раздражении гнойным содержимым, выделяющимся из лакун, могут образовываться рубцовые спайки миндалин с дужками и треугольной складкой.

177

ТРОЙНОЙ ЭФФЕКТ ПРИ БОЛИ В ГОРЛЕ

Иммуномодулирующий препарат для местного применения при боли в горле (таблетки для рассасывания)



- восстанавливает иммунитет полости рта и глотки
- имеет приятный вкус
- разрешен детям с 3-х лет

www.prostude.net

реклама

СНИМАЕТ
БОЛЬ В ГОРЛЕ*

АКТИВИРУЕТ
ИММУНИТЕТ

НЕЙТРАЛИЗУЕТ ВИРУСЫ,
БАКТЕРИИ И ГРИБКИ

ИМУДОН (лизатов бактерий смесь)

Регистрационное удостоверение П №014990/01 от 02.08.2010 г. Таблетки для рассасывания. **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА:** иммуностимулирующий препарат для местного применения. Активирует фагоцитоз, способствует увеличению количества иммунокомпетентных клеток, повышает выработку лизоцима и интерферона, иммуноглобулина А в слюне. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** фарингит, хронический тонзиллит, предоперационная подготовка и послеоперационный период после тонзилэктомии, пародонтозы, пародонтит, стоматит, глоссит, гингивит, дисбактериоз полости рта, инфекции после удаления зубов, имплантаций искусственных корней, изъязвления, вызванные зубными протезами. **ПРОТИВПОКАЗАНИЯ:** повышенная индивидуальная чувствительность к препарату и его компонентам; детский возраст до 3-х лет, аутоиммунные заболевания. Не рекомендуется принимать Имудон в период беременности или лактации. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Для взрослых и подростков старше 14 лет: для лечения по 8 таблеток в день, рассасывают с интервалом в 1-2 часа, для профилактики по 6 таблеток. Для детей от 3 до 14 лет: для лечения и профилактики принимают по 6 таблеток. Продолжительность курса лечения 10 дней, профилактики — 20 дней. Дети от 3-х до 6 лет рассасывают таблетки под присмотром взрослых. После приема Имудона необходимо воздержаться от приема пищи и воды в течение часа. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** тошнота, рвота, боли в животе, аллергические реакции, повышение температуры, обострение бронхиальной астмы, кашель. В очень редких случаях — узловатая эритема, геморрагический васкулит, тромбоцитопения. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ:** не отмечено. **УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ И ТРАНСПОРТИРОВАНИЯ:** при температуре не выше 25°C, хранить в недоступном для детей месте. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК.** Без рецепта. См. полную информацию о препарате в инструкции по применению. Информация для медицинских работников, не для пациентов.

* Л.А. Лучихин, О.В. Мальченко «Эффективность препарата Имудон в лечении больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями глотки». Вестник оториноларингологии, 3, 2001

119334, г. Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5,
тел.: (495) 411-69-11, факс: (495) 411-69-10

www.abbott-products.ru,
www.dentalsite.ru

Abbott
A Promise for Life

Миндалины могут быть нормального размера, гипертрофированы или атрофичны. Часто миндалины разрыхлены или рубцово изменены и уплотнены [1].

Выбор метода лечения осуществляется в зависимости от формы хронического тонзиллита.

Консервативное лечение показано при компенсированной форме хронического тонзиллита и при наличии противопоказаний к хирургическому лечению.

Комплексное консервативное лечение включает санацию всех гнойных очагов (носоглотки, полости носа и рта), гипосенсибилизирующие средства, местное антисептическое лечение и промывание лакун миндалин, физиотерапевтические воздействия, химиотерапевтические средства (антибактериальная терапия), иммуномодуляторы.

При декомпенсированной форме хронического тонзиллита показано хирургическое лечение — двусторонняя тонзиллэктомия. Показаниями к оперативному лечению являются рецидивирующие ангины, протекающие с высокой температурой; паратонзиллиты и паратонзиллярные абсцессы; развитие осложнений, обусловленных влиянием стрептококковых антигенов (в том числе гломерулонефрит, острая ревматическая лихорадка); стойкое повышение в крови титра антистрептолизина-О (АСЛ-О).

Особый интерес для профилактики и лечения хронического тонзиллита у детей представляет иммуномодулирующая терапия. Одним из препаратов, относящихся к данной группе, является Имудон — топический лизат, обладающий антигенными свойствами в виде таблеток для рассасывания. Препарат содержит смесь из лизатов 13 штаммов бактерий (*S. pyogenes* группы А, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Streptococcus sanguis*, *Staphylococcus aureus* spp., *Klebsiella pneumoniae* spp., *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*, *Fusobacterium nucleatum* spp., *Candida albicans*, *Lactobacillus acidophilus*,

Lactobacillus fermentum, *Lactobacillus helveticus*, *Lactobacillus delbrueckii* spp. *lactis*).

Назначение лизата позволяет добиться повышения уровня лизоцима, секреторных иммуноглобулинов А в слюне с формированием защитной пленки, покрывающей слизистую оболочку; усиливает фагоцитарную активность, замедляет окислительный метаболизм полиморфно-ядерных лейкоцитов [5]. Указанные свойства препарата позволяют рекомендовать его для включения в схемы консервативной терапии воспалительных заболеваний ротоглотки, а также с целью профилактики рецидивов хронического тонзиллита.

Эффективность Имудона для лечения заболеваний ротоглотки доказана в клинических исследованиях. Так, на фоне лечения препаратом наблюдалось снижение степени обсемененности глотки золотистым стафилококком, у 30% детей после 20-дневного курса лечения отмечена эрадикация, через 3 мес она достигла 48%. Персистенция золотистого стафилококка на уровне I–II степени обсемененности через 3 мес составила 29,8%. Таким образом, у 74,8% детей отмечена положительная динамика состояния микробиоценоза глотки по отношению к этому патогену. У часто болеющих детей, принимавших Имудон, отмечено длительное (до 3 мес) повышение основного фактора специфической защиты — sIgA в слюне [6–8]. Препарат показан к применению в комплексной схеме лечения компенсированной формы хронического тонзиллита, предоперационной подготовке к тонзиллэктомии, послеоперационном периоде после тонзиллэктомии, а также при профилактике воспалительных заболеваний ротоглотки у взрослых и детей с возраста 3 лет [9].

В составе комплексного лечения хронического тонзиллита у детей препарат назначается по следующей схеме: по 1 таблетке 6 раз в день, курс 20 дней. С профилактической целью препарат назначают курсами 3–4 раза в год.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богомильский М. Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. — 432 с.
2. Гаращенко Т. И., Володарская В. Г. Смесь лизатов бактерий для топического применения в профилактике и лечении хронического тонзиллита у детей // Вопросы современной педиатрии. — 2009; 6: 109–112.
3. Фошина Е. П., Полищук В. Б., Костинов М. П., Краснопрошина Л. И. Коррекция нарушений микробиоценоза полости рта у детей с хроническим тонзиллитом с помощью топического бактериального лизата // Вопросы современной педиатрии. — 2007; 6 (2): 107–109.
4. Пальчун В. Т., Крюков А. И. Оториноларингология: Руководство для врачей. — М., 2001. — С. 264–311.
5. Daniel A., Rezki A. Effect of local immunotherapy on the production of secretory salivary immunoglobulins in gingival inflammation // Inf. Dent. — 1989; 71 (30): 2609–2612.
6. Лучихин Л. А., Мальченко О. В. Эффективность препарата Имудон в лечении больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями глотки // Вестник оториноларингологии. — 2001; 3: 62–64.
7. Акулич И. И., Лопатин А. С. Применение Имудона после тонзиллэктомии // Вестник оториноларингологии. — 2006; 6: 57–58.
8. Гаращенко Т. И., Гаращенко М. В., Овечкина Н. В., Кац Т. Г. Клинико-иммунологическая эффективность Имудона у часто и длительно болеющих детей с патологией лимфоглоточного кольца // Педиатрия. — 2009; 86 (5).
9. Тихомирова И. А., Рязанцев С. В. Дифференцированные схемы лечения хронических заболеваний ЛОР-органов у детей с применением бактериальных лизатов // Российская оториноларингология. — 2009; 1.