

Т.Е. Привалова¹, С.А. Шадрин¹, С.Р. Васильева²¹ Кубанский государственный медицинский университет² Детская краевая клиническая больница, Краснодар

Современные фитопрепараты в комплексном лечении дошкольников с патологией лимфоглоточного кольца

Контактная информация:

Привалова Татьяна Евгеньевна, ассистент кафедры педиатрии № 2 Кубанского государственного медицинского университета

Адрес: 350007, Краснодар, ул. Площадь Победы, д. 1, тел.: (861) 268-54-18

Статья поступила: 12.08.2009 г., принята к печати: 05.10.2009 г.

Гипертрофия нёбных и глоточных миндалин у дошкольников — наиболее часто выявляемая патология и потому представляет собой не узкоспециальную, а общепедиатрическую проблему. Значимость лимфоидных органов для растущего организма и возможность их возрастной инволюции заставляет пересмотреть подходы к хирургическому лечению и разрабатывать консервативные органосберегающие методы лечения. В статье проанализирована эффективность применения фитопрепаратов «Синупрет» и «Тонзилгон Н» у детей дошкольного возраста с функциональной патологией лимфоглоточного кольца.

Ключевые слова: дети дошкольного возраста, гипертрофия миндалин, фитотерапия.

88

Глоточные и нёбные миндалины, периферические лимфоузлы, являясь органами иммунной системы, играют важную роль в защите детского организма от инфекций, участвуют в процессе формирования толерантности к пищевым аллергенам и, кроме того, в последние десятилетия показана их эндокринная функция. Барьерная функция этих органов значимо напряжена особенно в дошкольном возрасте, когда круг общения ребенка существенно расширяется (родственники, детские коллективы и др.). Естественно, что при столь активной «работе» риск развития гипертрофии лимфоидных органов существенно повышается.

Выраженная гипертрофия глоточных и нёбных миндалин затрудняет носовое дыхание, а иногда и глотание, представляет собой благоприятный плацдарм для персистенции вирусов и бактерий. В этой связи ткань носоглоточной миндалины, как правило, находится в состоянии хронического воспаления, что оказывает неблагоприятное влияние на весь организм [1–4].

До настоящего времени отношение к проблеме патологии органов лимфоглоточного кольца остается неоднозначным. Доказано, что гипертрофия глоточной и нёбных миндалин у дошкольников связана с возрастными особенностями иммунитета, конституцией, аллер-

T.Ye. Privalova¹, S.A. Shadrin¹, S.R. Valil'yeva²¹ Kuban' State Medical University² Children's Regional Clinical Hospital, Krasnodar

Modern herbal medications in complex treatment of pre-schoolchildren with pathology of tonsils

Hypertrophy of palatine and lingual tonsils in pre-schoolchildren is the most frequent pathology and thus it is not a strictly specialized, but common pediatric problem. The significance of lymphoid organs for the growing organism and its age involution give us the need to rearrange the approaches to its surgical treatment and to develop the conservative methods of treatment. The article analyzes the effectiveness of application of herbal medications Sinupret and Tonsilgon N in pre-schoolchildren with functional pathology of tonsils.

Key words: pre-schoolchildren, tonsils' hypertrophy, herbal therapy.



гизацией и частыми инфекционными заболеваниями верхних дыхательных путей. При отсутствии патологии с 5–7-летнего возраста, как правило, начинается естественная инволюция этой лимфоидной ткани (аналогично тимусу) [3–5].

Широкая распространенность указанной патологии среди детей дошкольного возраста позволяет сделать вывод, что данная проблема выходит за рамки узкоспециальной и приобретает общепедиатрический характер, так как педиатр является врачом первого контакта, именно к нему, прежде всего, обращаются дети с этой патологией.

В течение 3 лет сотрудники кафедры педиатрии № 2 КГМУ изучают состояние здоровья детей в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ) центрального округа Краснодара, выявляя проблемы в организации профилактической помощи дошкольникам и разрабатывая пути их решения.

В результате обследования детей, посещающих ДОУ Краснодара, к I группе здоровья (практически здоровые) было отнесено лишь 17% обследованных, к II (функциональная патология) — 63%, к III (хронические заболевания в стадии компенсации) — 20% детей. В структуре выявляемой патологии значительную часть (43%) составили функциональные и хронические заболевания лимфоузлов, которые распределились следующим образом: у 23% детей выявлена гипертрофия небных миндалин I–III степени, у 9% — аденоиды I–III степени, у 8% — аденоидит, у 3% дошкольников подтвержден диагноз «хронический тонзиллит». Дети с указанной патологией в основном и составляли II и III группы здоровья. Кроме того, у 87% детей, посещающих детское учреждение, обнаружены явления подострого, затяжного ринита. Многочисленные методы патогенетически обоснованной консервативной терапии функциональных и хронических воспалительных заболеваний органов лимфоузлов с применением иммуномодуляторов, антибиотиков, противовоспалительных и антиоксидантных препаратов не приводят к ожидаемым результатам. Отношение к целесообразности аденотомии и тонзиллэктомии остается неоднозначным [1–6].

Таким образом, вопросы значимости лимфоузлов для роста и развития детского организма и проблемы этой патологии до конца не решены. Совершенствование консервативных методов позволит предотвратить необходимость хирургического лечения до наступления возрастной инволюции лимфоидной ткани. При разработке оздоровительных программ для детей с указанной патологией необходимо учитывать следующие критерии: доступность широкому кругу потребителей, удобство применения, отсутствие побочных проявлений, переносимость, комплексное действие.

Одним из перспективных направлений является применение фитопрепаратов, которые обладают рядом существенных преимуществ. Биологически активные вещества растительного происхождения более естественно включаются в обменные процессы человека, чем синтетические. Следствием этого являются их лучшая переносимость, относительно редкое развитие побочных эффектов и осложнений. Преимущество метода состоит в огромном выборе лекарственных растений и широком спектре содержащихся в них химических соединений. В настоящее время фитотерапия становится

предметом осознанного выбора благодаря относительной безвредности, мягкости действия, доступности, эффективности [7].

Уровень развития современной фармацевтической промышленности позволяет выпускать многокомпонентные фитопрепараты высокого качества, содержащие стандартизированные количества активных веществ, что обеспечивает безопасность и эффективность лечения растительными препаратами [7].

Весьма привлекательным для включения в оздоровительные программы детей дошкольного возраста с функциональной и хронической патологией лимфоузлов представляется применение 2 современных фитопрепаратов — «Тонзилгон Н» и «Синупрет» (Бионорика АГ, Германия). Оба препарата хорошо зарекомендовали себя при лечении острой и хронической патологии верхних дыхательных путей (фарингит, тонзиллит, ринит, синусит) [1, 2, 6–8].

Препарат «Тонзилгон Н» обладает иммуномодулирующей, противовоспалительной, обволакивающей, противовирусной и антибактериальной эффективностью. Такое комплексное действие обусловлено мультикомпонентным составом препарата — сочетанием экстрактов травы хвоща, корня алтея, цветов ромашки, листьев ореха, травы тысячелистника, коры дуба и травы одуванчика. Полисахариды ромашки и алтея характеризуются структурой, подобной поверхностным полисахаридам капсулы бактерий, что стимулирует фагоцитарную активность макрофагов. «Синупрет» оказывает секретолитическое, противовоспалительное, противоотечное, антивирусное и иммуномодулирующее действие, обусловленное экстрактами корня генцианы, цветков примулы и бузины, травы щавеля и вербены.

Оба препарата изучены в многоцентровых клинических исследованиях и зарегистрированы в нашей стране как лекарственные средства. Кроме того, в 2008 г. препараты были включены в I Педиатрический формуляр Союза педиатров России. «Тонзилгон Н» используется при патологии небных миндалин и задней стенки глотки и разрешен к применению у детей с грудного возраста, «Синупрет» — при заболеваниях слизистой оболочки носа и синусовых пазух у детей с 2-летнего возраста; препараты доступны широкому кругу потребителей и продаются в аптечной сети без рецепта.

Ниже представлен опыт применения фитопрепаратов у детей дошкольного возраста с гипертрофией небных и глоточных миндалин.

В течение 2 лет (2007–2009 гг.) под нашим наблюдением находились 55 детей дошкольного возраста, посещающие ДОУ Центрального округа Краснодара. На момент начала исследования дети были в возрасте 3,5–4 года. Все дети полностью завершили исследование. Критериями включения в исследование являлись:

- наличие у детей гипертрофии небных миндалин I–III степени в сочетании с гипертрофией глоточных миндалин I–II степени, подтвержденной ЛОР-врачом;
- отсутствие признаков острого воспаления на момент начала исследования;
- добровольное информированное согласие родителей на участие в исследовании.

Дети, включенные в исследование, были разделены на 3 группы: 1-я — 20 детей, получавших фитопрепараты в виде монотерапии, 2-я — 20 детей, получавших курсы



Таблица. Распределение детей по группам наблюдения

Подгруппа	Группы наблюдения, абс. (%)		
	1-я (n = 20)	2-я (n = 20)	3-я (n = 15)
А (гипертрофия нёбных миндалин III степени + аденоиды I–II степени)	6 (30)	7 (35)	4 (27)
Б (гипертрофия нёбных миндалин II степени + аденоиды I–II степени)	8 (40)	7 (35)	8 (53)
В (гипертрофия нёбных миндалин I степени + аденоиды I–II степени)	6 (30)	6 (30)	3 (20)

фитопрепаратов в комплексе с физиотерапевтическим лечением (ФТЛ), 3-я (контрольная) — 15 детей, получавших симптоматическое лечение при возникновении острых симптомов (ринит, аденоидит, фарингит) местными и системными деконгестантами, антисептиками. В каждой группе были выделены 3 подгруппы (А, Б, В) — в зависимости от степени гипертрофии нёбных миндалин (см. табл.).

Отметим, что в 60% случаев во всех 3 группах выявлен неблагоприятный преморбидный фон в виде пищевой гиперчувствительности, сезонного аллергического ринита. Дети с указанной патологией постоянно соблюдали гипоаллергенную диету и получали соответствующую терапию: антигистаминные препараты курсами, кромоны, а в период обострения — топические стероиды.

Фитопрепараты применялись в 1-й и 2-й группах в форме капель для приема внутрь, в возрастных дозировках в соответствии с «Инструкцией по применению» (3 раза в сутки за 30 мин до еды). Учитывая высокую вероятность сочетанной патологии органов носоглотки и профиль активности анализируемых препаратов, мы считали логичным совместное лечебно-профилактическое применение этих препаратов у детей дошкольного возраста.

Дети 2-й группы, кроме фитопрепаратов получали по назначению врача-физиотерапевта комплексный курс ФТЛ: низкоинтенсивное лазерное излучение (аппарат «УЛАН- BL-20») с использованием внутриполостных оптических насадок «КВОН-2» в импульсном режиме с частотой 1500 Гц, длиной волны 0,86 мкм, эндоназально по 5 мин на поле; фонофорез гидрокортизоновой мази (аппарат «УЗТ 101.Ф») с частотой механических колебаний 880 кГц, 0,2 Вт на 1 см² в непрерывном режиме по 5–10 мин на подчелюстную область с обеих сторон, по 10 процедур ежедневно.

Курсы лечения в 2 группах повторяли 1 раз в 3 мес на 1-м году наблюдения и 1 раз в 6 мес — на 2-м. У детей с аллергическим ринитом курсы фитопрепаратов проводили в период ремиссий, при отсутствии обострения основного заболевания.

При возникновении эпизода острой респираторной инфекции (ОРИ) назначали внеплановый курс фитопрепаратов в тех же дозировках; кратность применения: 5–6 раз в сутки при острых признаках, с переходом на 3-разовое применение при стихании симптомов.

Динамический осмотр врачом-педиатром проводился в первый, на 14 и 30-й дни от начала исследования, затем — ежемесячно (1 раз в месяц) в течение всего периода наблюдения. ЛОР-врач осматривал детей перед началом исследования и далее 1 раз в 6 мес в течение всего периода исследования. Эффективность проводимого лечения оценивалась по субъективным (нарушение самочувствия, заложенность носа, выделения из носа, боль и першение в горле) и объективным (затруднение носового дыхания, выделения из носа, гиперемия и отек слизистой оболочки носа, степень увеличения глоточных и нёбных миндалин, состояние задней стенки глотки, состояние периферических лимфатических узлов, число ОРИ до, во время приема препарата и после него) признакам. Результаты наблюдения оценивали по 3-балльной шкале, где 0 баллов соответствовал отсутствию патологических признаков (субъективных или объективных), 1 балл — умеренно выраженному, а 2 балла — значительно выраженному признаку. Состояние лимфоидных органов оценивали в соответствии со степенью увеличения миндалин: I степень — 2 балла, II степень — 4 балла, III степень — 6 баллов.

У детей 1-й и 2-й групп с гипертрофией нёбных миндалин и аденоидами I–II степени (подгруппа В) в начале исследования жалоб не было, общее состояние — не нарушено. На фоне проводимой терапии отмечался положительный результат в виде уменьшения лимфоидной ткани до нормальных размеров уже после 2-го курса. Наиболее значимый эффект отмечен во 2-й группе (комплексное лечение). Несмотря на полученный результат, дети продолжали оставаться под наблюдением и получали лечение с профилактической целью только фитопрепаратами. К концу 2-го года наблюдения у детей этой группы признаков гипертрофии не отмечалось.

На рис. 1 представлена динамика изменения общего состояния детей в подгруппах 1А, 1Б и 2А, 2Б (с наиболее выраженным нарушением общего состояния и самочувствия на начало исследования). Фитопрепараты применяли на 1-м году наблюдения в 1, 3, 6 и 9-й месяцы, на 2-м году — в 1, 7 и 12-й месяцы. Как видно, на момент начала исследования у детей всех 4-х подгрупп общее состояние было значительно нарушено: в группах 1А и 2А суммарная оценка признаков заболевания составила $17,2 \pm 0,7$ балла*, в подгруппах 1В и 2В — $14,3 \pm 0,9$ балла.

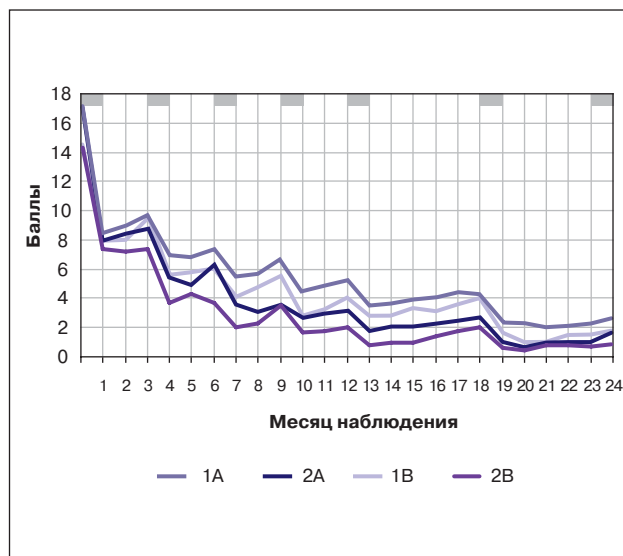
После 1-го курса лечения отмечено заметное улучшение в состоянии детей как субъективно, так и по объек-

* Количественные показатели представлены в виде среднего арифметического значения $\pm$ стандартное отклонение.

тивными данным, что выражалось в снижении среднего балла в подгруппах А/Б с 17 и 14 до 7 и 8 баллов, соответственно. В последующие 2 мес под действием инфекционно-аллергических факторов состояние детей несколько ухудшалось (повышение средней оценки состояния до 8–9 баллов), однако при последующих курсах лечения в этих подгруппах четко прослеживалась положительная динамика. Более высокая эффективность курсового лечения отмечена при II степени гипертрофии небных миндалин у детей 2-й группы (комплексная терапия).

В рис. 2 отражена динамика состояния небных и глоточных миндалин, видна прямая взаимосвязь степени гипертрофии лимфоидной ткани с улучшением общеклинического состояния. Балльная оценка степени гипертрофии органов лимфоглоточного кольца свидетельствуют об умеренном уменьшении объема миндалин во всех группах, получавших лечение. К концу 2-го года зарегистрирована стабилизация процесса с тенденцией к уменьшению гипертрофированных лимфоидных органов. Наиболее значимые изменения лимфоидной ткани отмечены у детей со II степенью гипертрофии небных миндалин, получавших комплексную терапию — фитопрепараты и физиотерапевтическое лечение (2Б подгруппа).

Рис. 1. Выраженность клинических признаков гипертрофии небных и глоточных миндалин у детей и ее изменение в ходе проводимой терапии



Примечание.

Здесь и на рис. 2: серым цветом отмечены сроки лечения; 1А/В и 2А/В — подгруппы больных (объяснение см. в тексте).

Тонзилгон® Н

Целебная сила растений против ангин, хронических тонзиллитов и частых простуд

- Рекомендован для лечения и профилактики острых и хронических заболеваний ротоглотки
- Устраняет воспаление в горле
- Повышает иммунитет
- Применяется с грудного возраста

BIONORICA®
The phytonceering company

БИОНОРИКА АГ, Германия
Тел./факс: (495) 502-90-19
<http://www.bionorica.ru>
e-mail: bionorica@co.ru

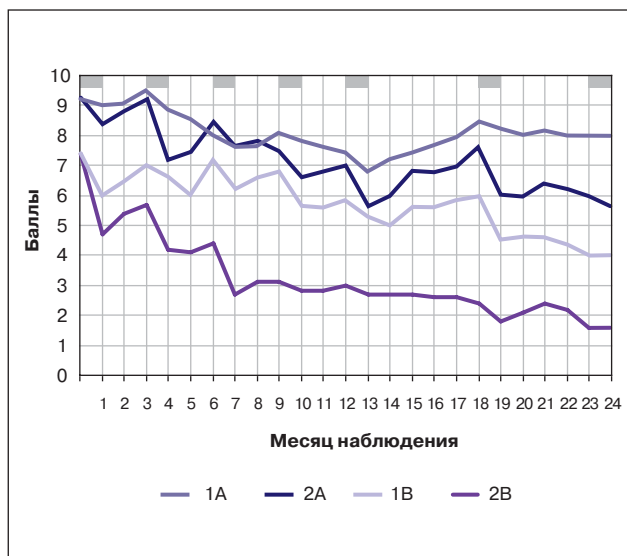
РЕКОМЕНДОВАНО:



Рег. уд. П № 014245/01 от 24.11.06
П № 014245/02 от 01.12.06



Рис. 2. Выраженность гипертрофии небных и глоточных миндалин у детей и ее изменение в ходе проводимой терапии



частота ОРИ сохранялась, а в периоды отсутствия острых симптомов постоянно отмечались затруднение носового дыхания, скудное слизистое отделяемое.

Лучший эффект получен во 2-й группе, у детей, получавших комплексное профилактическое лечение. Ни одному ребенку из этой группы не понадобилось хирургическое лечение (аденотомия, тонзиллотомия, тонзиллэктомия). В подгруппе 1А был прооперирован 1 ребенок (аденотонзиллотомия) на 2-м году наблюдения. При этом наблюдение не прекращалось, и фитопрепараты ребенок продолжал применять в качестве предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде. Течение послеоперационного периода у всех детей было гладким, без осложнений.

При применении фитопрепаратов в связи с острым заболеванием, по мнению родителей, значительно быстрее исчезали катаральные явления (чем при предыдущих эпизодах ОРИ, когда дети лечились симптоматическими средствами). Оба препарата хорошо переносились детьми, никаких побочных эффектов не зарегистрировано. Следует отметить хорошую переносимость данных фитопрепаратов у детей с отягощенным аллергическим анамнезом.

Таким образом, проведенное исследование позволяет предполагать, что имеется определенная взаимосвязь между персистирующим воспалением носоглотки и степенью гипертрофии органов лимфоидного кольца. Гипертрофированная лимфоидная ткань у детей дошкольного возраста является функциональным отклонением, которая при своевременно начатой и регулярной санации способна к инволюции. Современные фитопрепараты «Тонзилгон Н» и «Синупрет» способствуют уменьшению гипертрофированных небных и глоточных миндалин, хорошо переносятся детьми дошкольного возраста. Эти препараты могут быть рекомендованы для длительного курсового приема (как в виде монотерапии, так и в комплексе с методами физиотерапевтического лечения) в качестве лечебно-профилактического средства для детей дошкольного возраста с гипертрофией лимфоидных органов с целью предупреждения формирования хронических заболеваний верхних дыхательных путей.

У детей с гипертрофией небных миндалин и аденоидами I степени, получавших только симптоматическое лечение при обращении по причине остро возникших симптомов (подгруппа 3В), отмечалось прогрессирующее увеличение небных миндалин; к концу 2-го года у всех обследованных была зафиксирована гипертрофия II степени. При наблюдении за детьми с гипертрофией II и III степени (подгруппы 3А и 3Б) выявлено постепенное увеличение лимфоидной ткани, что привело к необходимости оперативного лечения (аденотонзиллотомия) у 4 детей.

На момент окончания исследования детям исполнилось 5,5–6,5 лет. За период наблюдения в обеих основных группах уменьшилась частота эпизодов ОРИ (с 7–8 до 1–3 раз в год). В контрольной группе высокая

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаращенко Т.И., Богомилский М.Р., Шишмарева Е.В. Новые подходы к лечению обострений хронического тонзиллита у детей // Детские инфекции. — 2004. — № 1. — Р. 36–40.
2. Гаращенко Т.И., Володарская В.Г. Профилактика и лечение хронического тонзиллита у часто и длительно болеющих детей // Детские инфекции. — 2007. — № 1. — Р. 56–59.
3. Оториноларингология. Национальное руководство / Под ред. Пальчуна В.Т. — М.: Гэотар-Медиа, 2008. — 954 с.
4. Радциг Е.Ю. Новые возможности местной терапии аденоидов у детей // Лечащий врач. — 2006. — № 6. — Р. 81–83.
5. Быкова В.П. Морфофункциональная организация небных миндалин как лимфоэпителиального органа // Вестник оториноларингологии. — 1998. — № 1. — Р. 41–45.
6. Зиборова Н.В., Маккаев Х.М. Опыт применения фитопрепаратов «Синупрет» и «Тонзилгон Н» для лечения ЛОР заболеваний у детей // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. — 2006. — Т. 3, № 2. — Р. 77–80.
7. Самсыгина Г.А., Брашкина Н.П. Респираторные заболевания у детей. Основные принципы фитотерапии. — М., 1999. — 24 с.
8. Намазова Л.С., Ботвиньева В.В., Торшоева Р.М. и др. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей, проживающих в мегаполисах // Детские инфекции. — 2007. — № 2. — Р. 49–52.