



УДК: 616. 216. 1-002+616. 284-002. 1]-06-053. 37

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РИНОСИНУСИТОВ И ОТИТОВ КАК ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Т. И. Гаращенко

Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета

Российского Государственного медицинского университета, г. Москва

(Зав. каф. оториноларингологии педиатрического факультета –

з. д. н. проф. М. Р. Богомилский)

Болезни органов дыхания занимают первое место в структуре заболеваемости как у детей, так и у взрослых. Прежде всего это касается так называемой группы часто болеющих детей, в которой наиболее высок риск развития респираторных инфекций и осложненных форм риносинуситов, отитов, в ряде случаев способных вести даже к летальному исходу на фоне сепсиса, внутричерепных осложнений и стать одной из причин синдрома внезапной смерти, особенно острый эпиглоттит. Среди осложнений инфекций верхних дыхательных путей (ВДП) первое место занимают синуситы, за ними следуют отиты и тонзиллофарингиты.

Синуситы могут являться причиной тяжелых осложнений со стороны глазницы, вплоть до слепоты, со стороны черепа – с развитием менингита, абсцесса головного мозга, что может иметь летальный исход. Исследования последних лет [3] указывают, что наиболее частыми возбудителями острых риносинуситов являются *Streptococcus pneumoniae* (25–30%), *Haemophilus influenzae* (15–20%), *Moraxella catarrhalis* (15–20%), *Str. pyogenes* (бета-гемолитический стрептококк группы А) (2–5%), *Staphylococcus aureus* (до 5%), иные возбудители (20%). При обострении же хронического процесса доля этих возбудителей уменьшается – *Str. pneumoniae* (2–7%), *H. influenzae* (9–24%), *Str. pyogenes* (9–10%), *Staph. aureus* (6–16%). Другая проблема ЛОР-заболеваний – часто болеющие дети, имеющие от 6 до 12 эпизодов инфекций ВДП в год. Половина таких случаев при неадекватной терапии осложняется латентным или явным синуситом, поражением нижних дыхательных путей.

Вторым по частоте осложнением заболеваний ВДП являются острые средние отиты (ОСО). Как показали исследования в США, 62% детей переносят отит в течение первого года жизни, а к 3 годам 95% детей переболели данным заболеванием [2]. По данным российских исследователей, на первом году жизни ОСО переносят 3% детей, к 5 годам – 20% [2, 6]. По данным эпидемиологического исследования, проведенного нами в Москве, при острых респираторных инфекциях у детей до 5 лет ОСО наблюдаются у 19–20% заболевших [1]. Формирование экссудата в барабанной полости выявляли у 53% детей на фоне отита, причем у 30% имелась тенденция к рецидивам. Формирование острого экссудата в барабанной полости ведет к длительному (до 3 месяцев) снижению слуха, а в последующем при рецидивирующем течении – к хроническому экссудативному отиту, адгезивному процессу, тимпаносклерозу, что является причиной стойкой тугоухости, требует сложных микрохирургических вмешательств слухопротезирования. Кроме того, острые отиты нередко становятся причиной тяжелейших внутричерепных осложнений (абсцесс головного мозга, менингит, тромбоз венозных синусов), пареза *n. facialis*, развития остеомиелитического процесса с деструкцией различных отделов височной кости, провоцируют судорожную готовность, тяжелейшие диспептические расстройства, которые нередко подобны кишечной инвагинации, ведут к синдрому срыгивания и рво-



ты, обезвоживанию организма ребенка, приводят его в реанимационное отделение. И даже банальный парацентез, обеспечивающий отток из среднего уха, может вести к атрофии барабанной перепонки, тимпаносклерозу. Бактериологические исследования показали, что преобладающей микрофлорой, вызывающей средние отиты у детей, являются *Str. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*.

Третьей важнейшей проблемой оториноларингологии, неразрывно связанной с повседневной работой педиатра, является рациональная терапия острых ангин. Эффективность лечения банальной ангины, связанной более чем в 50% случаев со *Str. pyogenes*, природными и полусинтетическими пенициллинами резко снизилась. В настоящее время неэффективность лечения составляет до 30%, а персистенция бета-гемолитического стрептококка у 21% больных.

А в лакунах миндалин после повторных курсов применения обычных природных пенициллинов присутствие патогенной флоры может составлять до 60%. Это явление может быть связано с тем, что в носоглотке, гортаноглотке, в глубине лакун миндалин (особенно у больных с хроническим тонзиллитом) часто присутствуют *H. influenzae*, *Staph. aureus*, *M. catarrhalis*, продуцирующие в 44–100% бета-лактамазы. Это делает терапию природными пенициллинами менее эффективной и побуждает искать более эффективные классы современных препаратов (амоксиклав, цефалоспорины II поколения, макролиды).

Особую группу высокого риска при острых респираторных заболеваниях составляют дети с иммунной недостаточностью, которые особенно тяжело болеют, многократно получают самые разнообразные антибиотики. Несмотря на активную разработку новых антибиотиков, отмечается рост резистентности к ним основных возбудителей инфекций ВДП. Эти данные стимулировали возбуждение интереса к вакцинам против данных патогенов. Тем более что активно разрабатываемые цефалоспорины III, IV поколения имеют в 6–10 раз более низкую активность в отношении стафилококков и стрептококков, чем пенициллины, а применение фторхинолонов и тетрациклинов ограничено в детском возрасте в связи с серьезными побочными эффектами. Поэтому, несмотря на огромный арсенал имеющихся лекарственных средств, современных методов хирургических вмешательств, новых физиотерапевтических методов, терапия ЛОР-заболеваний не всегда оказывается эффективной. Достижения в области иммунологии стали основой для активного включения методов иммунокоррекции в лечение больных с разнообразной патологией ЛОР-органов.

Важнейшее место отводится иммунотерапии также в связи с увеличением среди возбудителей ЛОР-инфекций, кроме антибиотикорезистентных штаммов, условно-патогенной микробной флоры. Все это привело к возобновлению интереса к иммунотерапии. Среди средств активной иммунизации мы с успехом использовали в клинике в середине 80-х годов для лечения острых и хронических ЛОР-инфекций парентеральное введение нативного анатоксина, антифагина, стрепто-стафилококковой, синегнойной вакцины [4, 5].

Комплексная иммунотерапия у детей может осуществляться несколькими способами:

1. активная иммунизация,
2. пассивная, заместительная иммунотерапия,
3. иммунотерапия растительными препаратами и др.

В настоящее время особый интерес представляет возможность введения бактериальных иммунокорректоров в лечебную программу терапии заболеваний ЛОР-органов у детей.

Одним из препаратов данной группы является препарат ИРС 19 (Иммуномодулирующий респираторный спрей), иммуномодулятор со свойствами вакцин, предназначенный для местного применения. В его состав входят бактериальные лизаты 19 патогенов. В их числе – *Sfr. pneumoniae* I, II, III, V, VIII, XII типов, наиболее часто выделяемые при острой и хронической инфекции околоносовых пазух, среднего уха, пневмонии, несколько типов пиогенного стрептококка А, С, G, значимых в развитии ревматизма, васкулитов, нефрита при остром хроническом тонзиллофарингите и его обострениях, лизаты *H. influenzae* и *M. catarrhalis*. Последние два возбудителя трудно поддаются воздействию пенициллинами, аминопенициллинами, не доступны ряду цефалоспоринов I и II поколения, что делает терапию вызываемых ими заболеваний проблематичной, не достигается полной эрадикации бактериальных возбудителей



синуситов, отитов, в то же время эти патогены в структуре возбудителей данных заболеваний составляют от 18% до 60%.

ИРС 19 оказывает и лечебное, и профилактическое действие за счет стимуляции местного неспецифического иммунитета, выражающейся в повышении активности фагоцитирующих макрофагов, выработки эндогенного лизоцима и интерферона, и специфического иммунитета, состоящей в увеличении числа иммунокомпетентных клеток в слизистой оболочке, индукции специфических и секреторных антител – sIgA, образовании защитной пленки из sIgA на поверхности слизистой оболочки. Важно, что ИРС 19 действует местно, т. е. непосредственно во входных воротах инфекции дыхательных путей, чем и объясняется отсутствие побочных эффектов и быстрое наступление желаемого эффекта.

Материалы и методы

Нами проведено исследование, в ходе которого оценивался лечебный и профилактический эффект ИРС 19 в условиях, как поликлиник, так и стационара.

Под нашим наблюдением находилось 55 больных с острыми синуситами (29 мальчиков и 26 девочек) в возрасте от 1 года до 13 лет. Из них 20 детей относились к категории часто болеющих, все они состояли на учете у районных оториноларингологов по поводу патологии лимфоглоточного кольца (гипертрофия аденоидных вегетаций, небных миндалин различной степени выраженности). Дети с легкими и среднетяжелыми формами острого синусита лечились амбулаторно, с тяжелыми – в условиях стационара. Препарат ИРС 19 подключали к базовому лечению основного заболевания (полусинтетические пенициллины, местные сосудосуживающие средства, физиотерапия, санирующие пункции верхнечелюстных пазух) по схеме 1–2 распыления в оба носовых хода 1–2 раза в день. Контрольная группа включала 55 детей с диагнозом «острый синусит» примерно такого же возрастного и полового состава. Эти дети получали только базовую терапию без препарата ИРС 19.

Эффективность препарата у детей основной группы оценивали по срокам нормализации общего клинического состояния, эндоскопической картины полости носа, показателей общего клинического исследования крови, мочи. О тяжести синусита судили по данным рентгенологической картины, УЗИ, результатам диагностической пункции. Интерес представляли также данные микробиологического исследования секрета полости носа и показатели специфического иммунитета (sIgA, IgA, IgG) в слюне в разные сроки наблюдения. У детей контрольной группы также оценивали сроки нормализации общего клинического состояния больного, эндоскопической картины полости носа, показателей общего клинического исследования крови, мочи.

Результаты

Об иммуномодулирующем влиянии ИРС 19 свидетельствует динамика показателей местного специфического иммунитета слюны (sIgA, IgA, IgG), которые исследовали у 20 детей, получающих лечение амбулаторно (таблица 2).

Таким образом, снизились повышенные значения sIgA, повысился до нормальных показателей уровень основного IgA. Значения IgG были и остались в пределах нормы.

Обсуждение

Положительные результаты выявлены у 100% больных, при этом у 89% констатировано выздоровление, у 11% – улучшение. У детей с катаральными формами заболевания получено 100% отличных результатов, у 81% больных с гнойными формами установлено выздоровление, у 19% – улучшение.

В основной группе число койко-дней, проведенных больными в стационаре, по сравнению с контрольной группой, получавшей стандартную терапию, было меньше, как и число пункций верхнечелюстных пазух.

У 9 больных с острым синуситом, входящих в основную группу, было выявлено сопутствующее заболевание – острый средний отит. У этих детей были получены отличные результаты лечения. При этом у 2 детей была гнойная форма среднего отита, у 7 – катаральная. Курс лечения, достаточный для полного выздоровления, составил 7–8 дней.



Таблица 1

Результаты клинических и лабораторных исследований

Показатель		Основная группа	Контрольная группа
Длительность заболевания (дни)		5-7	8-12
Длительность пребывания в стационаре (койко-дни)	Катаральные синуситы	6,6	8,1
	Гнойные синуситы	7,9	9,7
Эндоскопическая картина полости носа (на 10-ый день заболевания)	Заложенность носа (баллы, по 5-балльной шкале)	1	3
	Отек носовых раковин (баллы, по 5-балльной шкале)	1-2	3-4
	Выделения из носа (характер)	скудная слизь или отсутствуют	слизисто-гнойные или слизистые
Среднее число пункций		1,6	3,1
Микробиологическое исследование полости носа до лечения/ после лечения (число больных)	Непатогенная микрофлора	16/25	19/21
	<i>Staph. aureus</i>	21/16	20/19
	<i>Str. pyogenes</i>	10/8	11/10
	<i>Str. pneumoniae</i>	5/4	3/3
	<i>H. influenzae</i>	3/2	2/2
Исход заболевания (%)	Выздоровление	89	75
	Улучшение	11	23
	Без динамики	-	2

Таблица 2

Уровень иммуноглобулинов слюны до и после применения препарата ИРС19

Среднее значение (мкг/мл)	До	После	Норма
sIgA	310*	190	70-250
IgA	24,9*	31,5	30-160

* – значения, отклоняющиеся от нормальных.



Интересен профилактический эффект, оцененный по данным катamnестического опроса родителей и осмотра детей через 3 месяца после окончания применения препарата.

Из 55 детей: 41 ребенок не заболел на фоне сезонного подъема заболеваемости, причем все дети посещали массовые детские учреждения (школы, д/сады); 8 детей перенесли заболевание в более легкой, чем обычно, форме.

Таким образом, можно говорить не только о выраженном лечебном, но и профилактическом действии препарата, предупреждающего развитие осложнений или облегчающего их течение и предотвращающего развитие повторных инфекций ВДП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомилский М. Р., Гаращенко Т. И., Тарасова Г. Д. Тезисы Всероссийского конгресса по аудиологии Суздаль, 1999 г
2. Богомилский М. Р., Страчунский Л. С. Острый средний отит у детей Мед газета, 1999, 88 8–9
3. Гаращенко Т. И. Рациональная антибиотикотерапия острых синуситов и тонзиллофарингитов у детей Медицина для всех, 1998, 2 28–30
4. Гаращенко Т. И. Современные методы иммунотерпии синуситов у детей В кн Заболевания носа и придаточных пазух носа у детей М, 1985, с 30–37
5. Кручинина И. Л. Острые и хронические заболевания придаточных пазух носа у детей, современные методы лечения В кн Заболевания носа и придаточных пазух носа у детей Сборник трудов 2 МОЛГМИ М, 1985, с 3–11
6. Страчунский Л. С. Антибактериальная терапия острого среднего отита у детей Медицина для всех, 1998, 2 22–27