

С.М. Пухлик, д.м.н., профессор, Одесский национальный медицинский университет;
М.А. Золотарева, к.м.н., Л.В. Гуляева, заведующая отоларингологическим отделением
КРУ «Детская клиническая больница», г. Симферополь

Патология глоточной миндалины у детей и оптимизация ее консервативного лечения: результаты клинического исследования



С.М. Пухлик
Д.м.н., профессор

В структуре заболеваний уха, горла, носа у детей младшей возрастной группы патология глоточной миндалины (ГМ) составляет 74,3% (Давыдова А.П., Золотова Т.В., 2004). ГМ относится к периферическим органам иммунной системы, обеспечивает слизистые оболочки носа и околоносовых пазух иммунокомпетентными клетками и контролирует адекватность местного иммунного ответа, известного как мукозальный иммунитет (MALT) (Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И., 2004).

➔ Воспаление ГМ (аденоидит) связано с сопутствующими заболеваниями, которых в настоящее время насчитывается более 50, поэтому неудивительно, что тактика лечения патологии ГМ всегда была в центре внимания врачей различных специальностей. Вместе с тем меняющиеся взгляды на значение ГМ для организма ребенка влияют на подходы к терапии.

Гипертрофия ГМ ассоциируется с высокой частотой развития респираторных инфекций у детей. Распространенность инфекции лимфоэпителиального кольца в детском возрасте обуславливает частоту и тяжесть хронических заболеваний ЛОР-органов в будущем, может ассоциироваться со значительными

экономическими затратами, что диктует необходимость своевременной санации воспалительных очагов, в т. ч. локализующихся в глотке.

Персистирующие в аденоидной ткани патогенные бактерии и вирусы способствуют развитию воспалительных процессов в полости носа и околоносовых пазухах, а также распространению инфекции на среднее ухо (Сенченко Л.С., Флигинских Н.А., 1991). В настоящее время существует доказательная база в отношении конституционально обусловленной гипертрофии ГМ, связанной с врожденной неполноценностью лимфоидной ткани в результате длительной гипоксии плода, что негативно влияет как на центральные, так и на периферические

органы иммуногенеза (Волков А.Г. и соавт., 2009).

Заслуживает внимания изучение роли конституции в оценке состояния здоровья индивида. Статистически доказана связь между степенью увеличения ГМ и соматотипом у детей. Соматический тип определяет строение, топографию органов и систем, а также состояние здоровья и функциональные особенности организма. У детей с выраженной гипертрофией ГМ преобладает переходной (мезомакросомный) тип конституции, тогда как у здоровых детей — мезосомный. Несмотря на успехи теоретической и практической медицины, в педиатрии в лечебных программах хронического воспаления глотки у детей до сих пор отсутствует возрастной подход.

Существующие методы лечения гипертрофии ГМ можно разделить на консервативные и хирургические, при этом последние сегодня относятся к одним из часто используемых. В связи с важной ролью ГМ в иммуногенезе возникает необходимость поиска новых консервативных методов лечения и профилактики хронического аденоидита.

Учитывая, что гипертрофия ГМ формируется на фоне выраженных иммунных нарушений в ткани миндалин (Амирова П.Ю., 2008; Саидов М.З. и соавт., 2006; Ratomski K., 2007), важным компонентом лечения хронического аденоидита наряду со стандартной терапией следует считать иммунокоррекцию.

Одним из эффективных лекарственных средств, применяющихся в отоларингологии, является фитопрепарат Имупрет® («Бионорика СЕ»), созданный на основе комбинированного экстракта 6 лекарственных растений, стандартизованного по содержанию биологически активных веществ.

Исследования, в которых изучалось влияние фитопрепарата на клеточный и гуморальный иммунитет, показали, что Имупрет® является фитоиммуномодулятором широкого спектра действия с выраженным дозозависимым влиянием (Мельников О.Ф., Рыльская О.Г., Цимар А.В., 2013).

Имупрет® обладает выраженным противовоспалительным действием (Митин Ю.В., 2001; Яремчук С.Э., 2002; Березнюк В.В., 2002). Под влиянием препарата активируется так называемый кислородный взрыв в иммунных клетках. Данный эффект приводит к усилению действия неспецифических факторов защиты организма (фагоцитарной активности макрофагов и гранулоцитов, киллерных реакций). Кроме того, Имупрет® обладает противовоспалительным и противовирусным эффектами, способствует уменьшению выраженности болевых ощущений (Овчаренко Л.С., Вертегел А.А. и соавт., 2010). Под влиянием Имупрета повышается

секреция интерферонов слизистыми оболочками, что особенно важно для профилактики вирусных инфекций, которые выполняют роль пускового фактора как острых заболеваний ротоглотки, так и обострения хронической патологии.

Исходя из этого целью нашей работы было оценить клиническую эффективность комбинированного растительного препарата Имупрет® в комплексном лечении хронического аденоидита у детей.

Дизайн исследования – открытое, с активным контролем, неинтервенционное, рандомизированное (рандомизация методом случайного распределения), моноцентровое (КРУ «Детская клиническая больница», г. Симферополь; Одесская областная детская клиническая больница), проспективное в параллельных группах.

Материалы и методы

Критериями включения в исследование служили:

- возраст от 3 до 7 лет;
- наличие клинических симптомов хронического аденоидита в стадии обострения.

Были определены следующие критерии исключения:

- аллергические заболевания дыхательных путей;
- нарушение архитектоники носа;
- острые воспалительные заболевания уха, глотки (ангина).

Основу клинического анализа составили 70 детей в возрасте от 3 до 7 лет, сопоставимые по демографическим и клиническим характеристикам. Из них 38 (54,2%) мальчиков и 32 (45,8%) девочки.

Изучаемые симптомы

Оценивалась динамика первичных симптомов:

- выделений из носа;
- заложенности носа;
- ночного кашля;
- нарушений слуха.

Изучались такие параметры, как:

- длительность обострения аденоидита;

- частота осложнений (отит, бронхит);

- частота обострений в течение периода наблюдения.

Больные были распределены на 2 группы – основную (n=35) и контрольную (n=35). Участники основной группы получали лечение хронического аденоидита в виде стандартной терапии (носовой душ, эндоназальные стероиды, физиолечение), дополненной приемом Имупрета в возрастной дозировке 3 р/день, в течение 6 нед.

Пациенты контрольной группы получали только стандартную терапию.

С целью исключения аллергического характера воспаления и паразитарных инфекций у всех детей оценивали содержание общего IgE, а также проводили исследование кала на яйца глистов, определяли наличие антител к 6 видам глистных инвазий. В случае высоких показателей содержания общего IgE, наличия клинических симптомов аллергического ринита или бронхиальной астмы, а также глистных инфекций дети не включались в исследование.

У всех пациентов при назальной эндоскопии диагностирована выраженная гипертрофия ГМ. Анализ данных эндоскопии позволил установить, что у всех исследуемых детей имело место сочетание гипертрофии и воспаления ГМ, что проявлялось в виде заложенности носа, передней ринореи, синдрома постназального затекания, ночного кашля, храпа, снижения слуха.

Динамика параметров сопутствующего воспаления оценивалась в баллах от 0 до 3, где 3 балла соответствовали нарушениям тяжелой степени, 2 балла – нарушениям средней тяжести, 1 балл – незначительным нарушениям. Величина гипертрофии ГМ у обследованных детей варьировала: 2 степень имела место у 47 (67,1%) участников, 3 степень – у 23 (32,9%).

Оценка самочувствия детей и характера перенесенных заболеваний осуществлялась до и после проведенного лечения, затем через 3, 6 и 12 мес после окончания терапии.

Таблица. Результаты лечения детей с аденоидитом через 2 нед

Группа	Заложенность носа		Ринорея		Кашель		Снижение слуха	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Основная группа	2,41±0,02	1,01±0,02*	2,62±0,01	1,22±0,02*	2,58±0,02	1,32±0,02*	2,52±0,04	1,24±0,02*
Контрольная группа	2,52±0,01	1,91±0,02*, **	2,43±0,02	1,42±0,02*, **	2,52±0,03	1,85±0,02*, **	2,25±0,02	1,75±0,02*, **

Примечания: * различия достоверны по сравнению с началом лечения ($p < 0,01$); ** разница между основной и контрольной группами достоверна ($p < 0,01$).

Результаты и обсуждение

Со слов родителей, дети в течение года 6-8 раз болели респираторной инфекцией, которая сопровождалась длительной заложенностью носа ($n=70$; 100%), ринореей ($n=45$; 64,3%), ночным кашлем ($n=24$; 34,3%). Снижение слуха отмечено у 15 (21,4%) больных (по данным аудиограммы: костно-воздушный разрыв в пределах 30-40 дБ по всей аудиометрической тон-шкале, тимпанограмма – тип В). У большей части детей ($n=55$; 78,6%) родители отмечали беспокойный сон, снижение аппетита, внимания, быструю утомляемость.

При объективном обследовании у всех пациентов выявлены слизистое или слизисто-гнойное содержимое в общих носовых ходах, синдром постназального затекания. При обследовании детей как в контрольной, так и в основной группе брали мазки из носоглотки. Были выделены в основном представители рода *Staphylococcus*: *S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis*.

В результате проведенного лечения отмечена выраженная положительная динамика в основной и контрольной группах по всем исследуемым параметрам (табл.).

Это вполне понятно и объяснимо, поскольку стандартное лечение хронического аденоидита направлено в первую очередь на купирование воспаления. В то же время клиническая динамика у детей основной группы была более выраженной по сравнению с таковой у участников контрольной группы. В целом длительность настоящего эпизода обострения хронического аденоидита в основной группе составила $8,5 \pm 0,03$

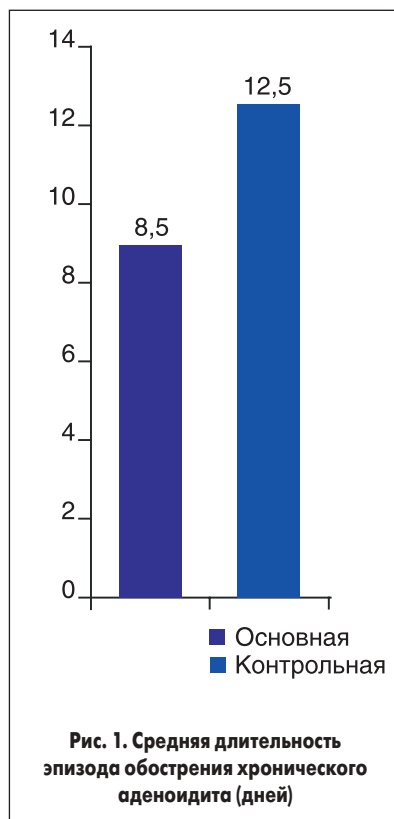


Рис. 1. Средняя длительность эпизода обострения хронического аденоидита (дней)

дня, что на $3,0 \pm 0,01$ дня меньше, чем в контрольной группе (12,5 дней; $p < 0,01$) (рис. 1).

Проведенное через 3, 6, 12 мес эндоскопическое обследование показало явное уменьшение размера ГМ в основной группе, дополнительно получавшей Имупрет® (рис. 2). При этом в контрольной группе, участники которой принимали только стандартную терапию, отмечены временный положительный результат и рецидив клинических симптомов заболевания после очередного эпизода ОРВИ (рис. 3).

Наблюдение за детьми в течение года показало, что количество эпизодов ОРВИ с обострением хронического аденоидита в основной группе сократилось до 3-4 (среднее значение $3,8 \pm 0,25$ против $6,2 \pm 0,36$ в контрольной; $p < 0,01$; рис. 4). Включение Имупрета в курс лечения сопровождалось более легким течением и достоверно меньшей продолжительностью заболевания.

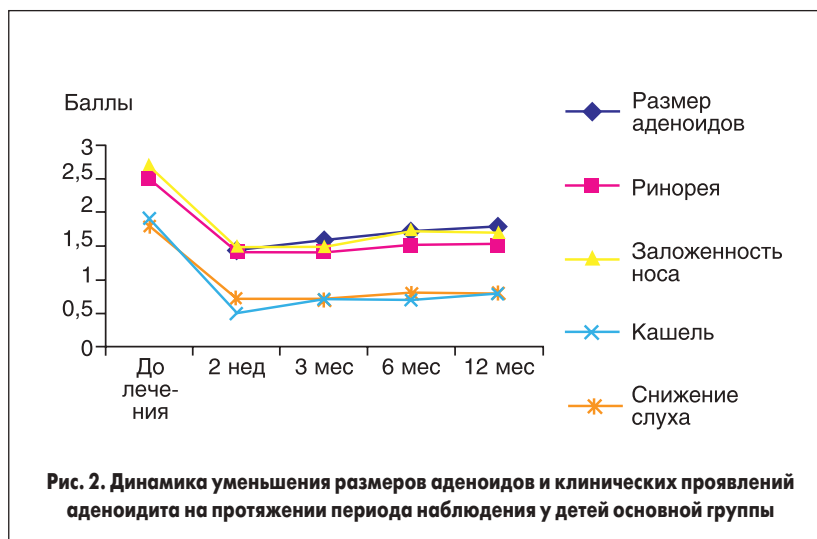


Рис. 2. Динамика уменьшения размеров аденоидов и клинических проявлений аденоидита на протяжении периода наблюдения у детей основной группы

Захворювання органів дихання?

Імупрет®



перешкоджає поширенню інфекції¹



зміцнює імунітет²



захищає від рецидивів та ускладнень³

Розкриваючи силу рослин

Імупрет®. Показання до застосування: Захворювання верхніх дихальних шляхів (тонзиліт, фарингіт, ларингіт). Профілактика ускладнень та рецидивів при респіраторних вірусних інфекціях внаслідок зниження захисних сил організму. **Спосіб застосування та дози:** В залежності від симптомів захворювання, препарат застосовують в таких дозах: гострі прояви: Дорослі та діти від 12 років по 25 крапель або по 2 табл. 5-6 разів на день, діти 6-11 років по 15 крапель або по 1 табл. 5-6 разів на день, діти з 2 до 5 років по 10 крапель 5-6 разів на день, діти з 1 до 2 років по 5 крапель 5-6 разів на день. Після зникнення гострих проявів доцільно приймати ще протягом тижня. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Не рекомендується застосовувати у період вагітності та годування груддю. **Побічні ефекти:** рідко можуть виникати шлунково-кишкові розлади, алергічні реакції.

1. Стан імунітологічної резистентності і ефективність профілактики і лікування ускладнень ГРВІ у дітей. (Є. Прохорова) «Здоров'я України» 29 № 3 (88) лютий 2004.
2. Імуномодулюючі властивості препарату Тонзилгон Н (О. Мельников) «Здоров'я України» № 5 (136) Лютий 2006; Експериментальне дослідження імуномодулюючих властивостей Тонзилгону Н in vitro (О. Мельников, О.Рильская), ЖУНГБ № 3/2005, (стр 74-76).
3. Стан імунітологічної резистентності і ефективність профілактики і лікування ускладнень ГРВІ у дітей. (Є. Прохорова) «Здоров'я України» 29 № 3 (88) Лютий 2004; саногенетична корекція стану мукозального імунітету у дітей з використанням сучасних рослинних імуномодуляторів (О. Цодікова, К. Гарбар) «Сучасна педіатрія» № 3 (43) / 2012; Здоров'я у сезон застуд завдяки комбінованому рослинному препарату (M. Rimmele) Naturamed 5/2010, Medical Nature № 5/2011.

Імупрет® краплі: Р.С. №UA/6909/01/01 від 26.07.12. **Імупрет® таблетки:** Р.П. №UA/6909/02/01 від 26.07.12.

ТОВ «Біоноріка», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.



корінь
алтея



квітки
ромашки



трава
хвоща



листя
волосяного
горіха



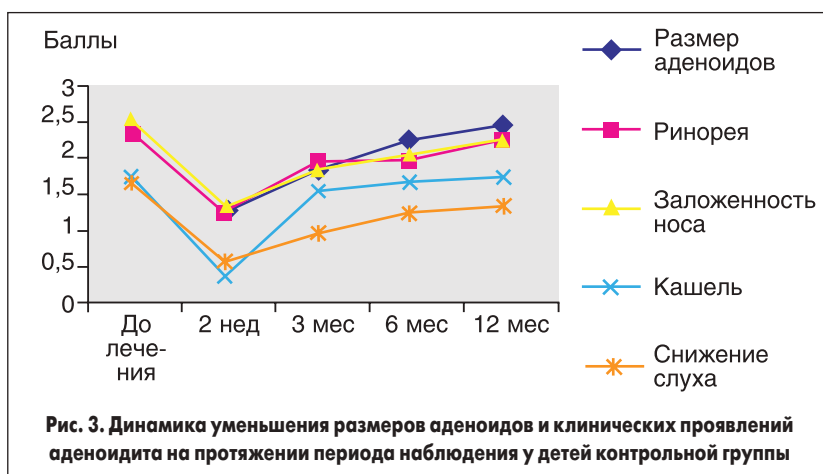
трава
тисячолітника



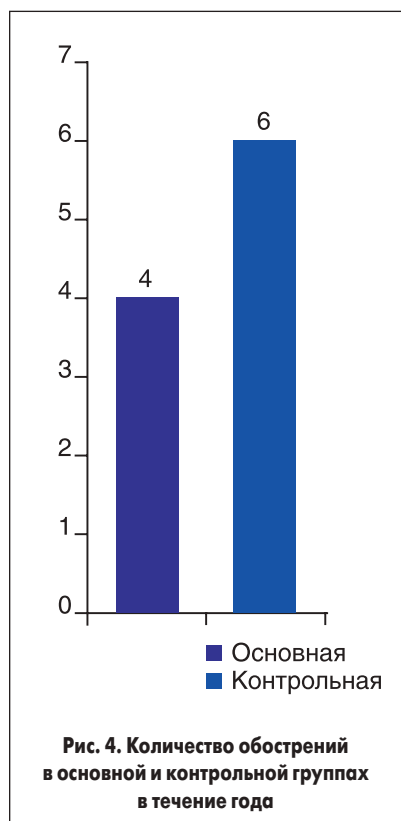
кора
дуба



трава
кульбаби

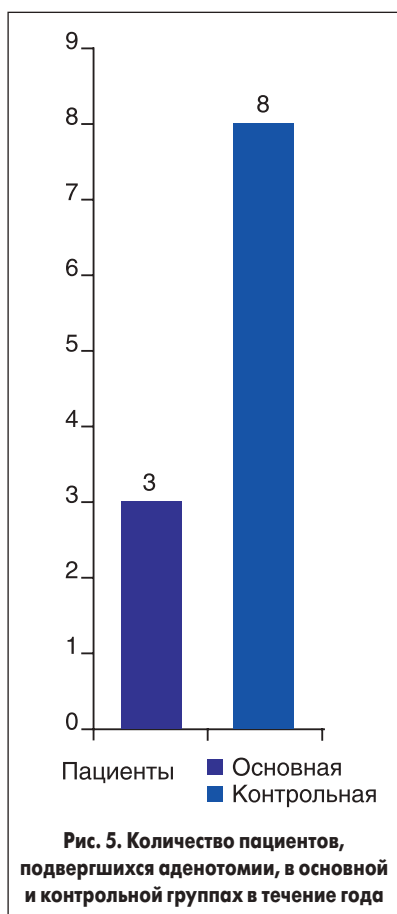


За период наблюдения 8 (22,8%) детям из контрольной группы была выполнена аденотомия, тогда как в основной группе оперативное лечение проводилось только 3 (8,6%) пациентам (рис. 5). Послеоперационный период у детей основной группы протекал без осложнений.



Выводы

1. Полученный положительный эффект применения Имупрета в лечении хронического аденоидита у детей обусловлен комплексным воздействием биофлавоноидов, входящих в состав комбинированного



растительного экстракта, на иммунный статус и организм в целом.

2. Учитывая, что формирование гипертрофии ГМ и хронического аденоидита у детей обусловлено в основном наследственной предрасположенностью, неблагоприятным течением перинатального периода, а также иммунными нарушениями на системном уровне, в комплексном лечении показано назначение иммуномодуляторов.

3. У детей с гипертрофией ГМ и хроническим аденоидитом дополнительное применение препарата Имупрет® в отличие от стандартной терапии, обуславливающей временное лечебное воздействие, обеспечивало длительный положительный клинический эффект, ликвидацию воспаления ГМ и уменьшение степени гипертрофии аденоидов и, следовательно, может рассматриваться как альтернативный метод лечения.

4. Безрецидивное течение послеоперационного периода у детей после аденотомии позволяет использовать Имупрет® для подготовки к хирургическому вмешательству.

5. Комбинированный растительный препарат Имупрет® продемонстрировал хорошую переносимость и эффективность в качестве как противовоспалительного средства, так и иммуномодулятора.

6. Положительные результаты исследования позволили сделать вывод о том, что Имупрет® может использоваться как средство неспецифической профилактики.

7. Полученные результаты позволяют рекомендовать растительный препарат Имупрет® для лечения, профилактики и реабилитации детей с хроническим аденоидитом, респираторной инфекцией и ее осложнениями в практике отоларинголога, педиатра и семейного врача. Однако для оценки отдаленных результатов лечения и определения оптимальной схемы повторных курсов реабилитации требуется долгосрочное исследование с периодом наблюдения более 1 года. ■