

УДК 615.37:616.216.1 – 002 – 053 (575.2) (04)

МЕСТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОНКОЛЕЙКИНА В ТЕРАПИИ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Г.З. Сыдыкова – соискатель

In rhinosinusitis pathogenesis a significant role belongs to local protective defects of mucous membrane bossoms. The Roncholeykin was taken by 40 patients and showed positive results in the patients.

Увеличение частоты гнойных синуситов у детей связано с биологической адаптацией микроорганизмов и угнетением местных клеточных и гуморальных факторов естественной резистентности организма, обусловленным и не всегда оправданным применением антибиотиков. Этому способствует также ограничение возможностей выбора лекарственных средств из-за роста аллергизации населения [1]. Поэтому перед клиницистами и иммунологами возникает необходимость новых подходов в лечении локальных гнойных процессов у детей.

Существенная роль в патогенезе гнойных синуситов отводится дефектам иммунной защиты слизистой оболочки параназальных синусов. В свою очередь это диктует необходимость введения в практику современных методов лечения синуситов с применением иммуномодулирующих препаратов. Особое место среди них занимают цитокины – сигнальные полипептидные молекулы, координирующие работу всей иммунной системы, контролирующей силу и интенсивность иммунного ответа [2].

Известно, что интерлейкин-2 – один из важнейших цитокинов [2, 3] Лекарственной формой рекомбинантного интерлейкина-2 является препарат ронколейкин, который в настоящее время стал доступным и относительно дешевым. Он прошел необходимую клиническую апробацию, которая показала его достаточно высокую эффективность в активизации иммунного ответа, значительно повышающего результативность

борьбы с инфекцией [3, 4] Последнее побудило нас включить его в терапию острых и хронических гнойных риносинуситов у детей путем введения его в просвет верхнечелюстной пазухи и то, что у взрослых больных при введении его в названную пазуху при ее остром воспалении был получен позитивный результат лечения [2].

Материалы и методы. В ЛОР отделение Национального центра педиатрии и детской хирургии в течение 2003–2004 г. на лечение по поводу воспаления околоносовых пазух поступило 227 детей в возрасте от 6 до 15 лет. Из них были отобраны 2 группы детей. Одна контрольная, другая – основная.

В контрольную группу вошло 106 детей, страдающих острым синуситом, из них у 22 был острый односторонний гайморозтмоидит, у 72 – двухсторонний, у 10 – острый пансинусит, у 2 – острый гемисинусит.

В основной группе было 40 детей, пролеченных ронколейкином, из них у 8 детей был острый пансинусит, у 26 – двухсторонний гнойный гайморозтмоидит, у 6 – односторонний гайморозтмоидит.

Клиническое и лабораторное обследование больных обеих групп было сходным.

При осмотре детей нас интересовали их жалобы, общий статус, данные функционального состояния носа и риноскопии, а также результаты рентгенографии параназальных синусов и диагностического прокола верхнечелюстной пазухи.

На рентгенограммах околоносовых пазух мы обращали внимание на состояние их костных стенок и слизистой оболочки, на теневую характеристику их просвета и наличие контуров, позволяющих констатировать утолщение слизистой оболочки, объемных образований, наличие воздуха и экссудата в пазухах.

Диагностический этап пункции верхнечелюстной пазухи при последовательном проведении манипуляций позволили нам констатировать наличие и объем пазухи, свободной от экссудата, характеристику последнего и состояние соустья [5].

Полученную информацию общепринятого клинического обследования дополняли данными лабораторного обследования [6]. Их использование позволяло нам оценить выраженность воспаления и состояние механизмов резистентности слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.

С этой целью мы производили бактериологическое и цитологическое исследование промывной жидкости. Из содержимого носа готовили на предметных стеклах мазки. Их окрашивали по Романовскому. Микроскопия таких мазков позволяла нам определить микробную обсемененность, преобладание тех или иных бактериальных форм, количество и состояние белой крови и других клеток, их взаимоотношение с микроорганизмами. Иными словами, интенсивность их дегенеративных изменений и фагоцитарной активности [6]. Вне внимания не была оставлена транспортная функция мерцательного эпителия носа. Транспортную функцию слизистой оболочки носа мы определяли по широко распространенной методике. На передний конец нижней носовой раковины наносили каплю или крупинку сахара и засекали время, через которое ребенок отмечал появление сладкого вкуса.

Детям контрольной группы традиционно после пункции верхнечелюстной пазухи и промывания ее физиологическим раствором, вводили смесь антибиотика с учетом чувствительности выделенной микрофлоры, метронидазола, дексаметазона или раствор протеолитических ферментов на синтомициновом линименте. При повторной пункции, если получали гнойное содержимое обычно в меньшем количестве, повторно после промывания

вводили эту же смесь. Большинству детей этой группы делало 3–4 пункций. Последняя пункция, когда жидкость становилась прозрачной, состав лекарственных препаратов вводили без линимента. Им проводили витаминотерапию и физиолечение.

Больным основной группы при диагностической пункции после промывания гнойного содержимого в пазуху вводили ронколейкин на 25–30 мин. Сохранение препарата в течение такого времени достигали положением больного. Тут же после завершения манипуляции его переводили в горизонтальное положение и голову поворачивали в сторону больной пазухи. В результате соустье верхнечелюстной пазухи оказывалось сверху, что препятствовало в течение указанного времени вытеканию введенного препарата [2].

Результат. Клинические проявления острого синусита состояли из общих и местных симптомов. К общим относились слабость, субфебрильная температура, головная боль, снижение аппетита. Местными признаками являлись тяжесть в области проекции пазухи, болезненность при пальпации, гнойное отделяемое в носу, затрудненное носовое дыхание, нарушение обоняния. При передней риноскопии отмечались гиперемия, отек слизистой носа, обильное гнойное отделяемое.

На рентгенограмме до лечения как в контрольной, так и в основной группах отмечено гомогенное затемнение в околоносовых пазухах. При диагностических пункциях у всех получено гнойное содержимое.

При цитологическом исследовании промывной жидкости у 73 детей нейтрофилы преобладали над лимфоцитами. И только у 33 – они были представлены в равном соотношении. Многие из них были в различных стадиях разрушения, и в мазках не были видны признаки активного фагоцитоза (рис. 1).

В мазках на флору по Макевелу у 84 больных определялось увеличенное количество лейкоцитов и в основном кокковой флоры, большая часть которых находилась вне фагоцитирующих клеточных элементов. «Сахаринное» время, свидетельствующее о состоянии мукоциллиарного клиренса, было замедленным, 22 ± 3 мин.

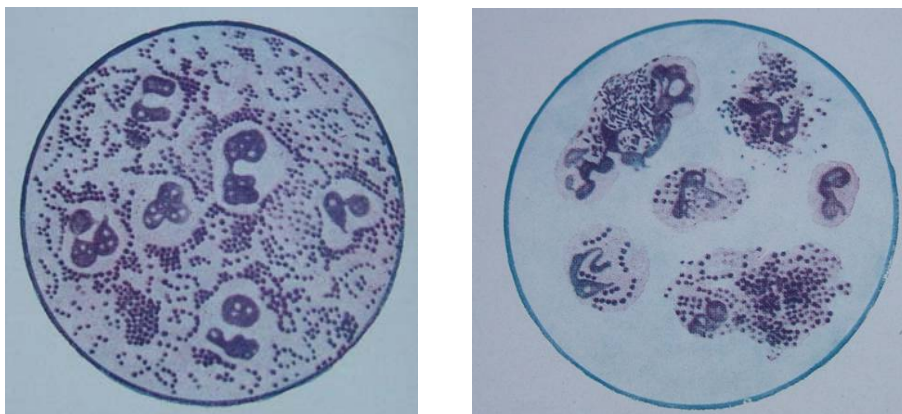


Рис. 1. Цитологические изменения в промывной жидкости.

Сравнение перечисленных клинических и лабораторных данных, полученных в процессе лечения двух групп, дало основание признать большую эффективность лечения ронколейкином. Это проявлялось прежде всего более быстрой и более полноценной ликвидацией воспалительного процесса при местном лечении названным препаратом. При его использовании уже через сутки наступили выраженные изменения в ходе воспалительной реакции. В ней гнойное отделяемое сменялось обильным слизистым. Полное очищение пазух и купирование клинических признаков воспаления наблюдалось на 3–4-е сутки в отличие от контрольной группы, у которой купирование клинических признаков воспаления наблюдалось на 6–8-е сутки. К этому времени в основной группе детей можно было видеть улучшение общего состояния. Они становились более активными, улучшался аппетит. Их переставали беспокоить боль и тяжесть в области пазухи. Носовые ходы становились чистыми, а носовое дыхание свободным.

О такой положительной динамике свидетельствовали и другие данные, в частности, клеточный состав промывной жидкости. В ней у 14 детей из 20 обнаруживались только единичные лимфоциты, а у 6 – констатировалось заметное преобладание лимфоцитов. В мазке из промывной жидкости не выявлялась микрофлора (кокковая). Заметно улучшался, почти до нормы, мукоциллиарный клиренс. Если до лечения у больных основной группы он был равен 21 ± 3 мин, то к 3–4-м дням после лече-

ния сахаринная проба ускорилась до 15 ± 3 мин (норма 13 ± 2).

Перечисленные показатели у больных контрольной группы достигали такого уровня, какие обнаруживались только к 6–8-му дню и касались в основном приведенных клинических проявлений заболевания, но не цитологических и некоторых других показателей.

После лечения в контрольной группе в промывной жидкости нейтрофилы и лимфоциты в равных соотношениях оказались у 51 больного. Единичные лимфоциты в ней были обнаружены у 4 больных, а нейтрофилы в ней преобладали над лимфоцитами у 24 больных. В мазках уменьшение количества лейкоцитов было зафиксировано у 59 больных, кокки обнаружены у 21. У детей этой группы «сахаринное» время сократилось с 22 ± 3 мин до 18 ± 2 мин. Иными словами, нормализация работы мерцательного эпителия не достигала того уровня, который был отмечен у больных основной группы на 3–4-е дни после введения ронколейкина в верхнечелюстную пазуху.

Но самыми информативными были показатели рентгенографии придаточных пазух носа. У больных основной группы к 10-му дню лечения отсутствовало затемнение леченных верхнечелюстных пазух (рис. 2). У больных контрольной группы такой выраженности положительного результата отмечено не было (рис. 3).

Следовательно, местное применение ронколейкина оказывает стимулирующее действие на иммунную систему в очаге воспаления.



Рис. 2. Ребенок, пролеченный ронколейкином.

До лечения



после лечения



Рис. 3. Ребенок, пролеченный традиционным методом.

Высокая его эффективность и отсутствие системных эффектов препарата при местном аппликационном применении на слизистые оболочки в терапевтических дозах позволяет применять препарат для лечения гнойных синуситов у пациентов с любыми формами заболевания, в сочетании с антибиотиками и в качестве монотерапии.

Литература

1. Лазарев В.Н., Скрябин А.С. Лечение хронических гнойных синуситов у детей / Методические рекомендации. – № 95/241. – М., 1996.
2. Лавренова Г.В., Катинас Е.Б., Галкина О.В. Иммуноterapia ронколейкином острых гнойных синуситов. – Санкт-Петербург, 2003.
3. Останин А.А., Черных Е.П. Эффективность цитокинотерапии ронколейкином в комплексном лечении хирургических инфекций. – Санкт-Петербург, 2002.
4. Лазарев В.Н., Скрябин А.Е. Использование естественных гуморальных и клеточных факторов неспецифической защиты при лечении хронических синуситов у детей // Вестн. оторинолар. – 1998. – № 1. – С. 39–40.
5. Куликова Е.А. Клинико-лабораторные обоснования и оценка эффективности лечения гнойных синуситов у подростков. – Харьков, 1988. – С. 169.
6. Предтеченский В.Е., Боровская В.М. Лабораторные методы исследования. – М.: Медгиз, 1950.