

Иммунотерапия при хронических фарингитах: показания, результаты

Н.А. Арефьева, д.м.н., профессор, А.А. Васяева,
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки глотки (СОГ) – хронические фарингиты – встречаются у 3-5% взрослого населения и занимают одно из ведущих мест в амбулаторной практике врача-оториноларинголога, а также специалистов широкого профиля.

➔ По характеру изменений, развивающихся в СОГ, выделяют катаральный, атрофический и гипертрофический хронический фарингит.

При катаральном фарингите наблюдаются постоянная диффузная гиперемия, отек, расширение сосудов СОГ, гиперсекреция слизистых желез. При атрофическом фарингите СОГ выглядит истонченной, сухой, нередко покрыта засохшей слизью. На блестящей «лаковой» поверхности слизистой оболочки могут быть видны инъецированные сосуды. При гипертрофической форме фарингоскопия выявляет очаги гиперплазированной лимфоидной ткани на задней стенке глотки или увеличенные тубофарингеальные валики.

Для клинической картины хронического фарингита не характерны повышение температуры и существенное ухудшение общего состояния. Жалобы, предъявляемые больными, – сухость, першение и ощущение комка в горле, что вызывает желание откашляться. При этом обычно скудность объективных находок не соответствует выраженности субъективных симптомов, беспокоящих пациентов.

Принято считать, что хронический фарингит возникает в результате воздействия комплекса этиологических факторов. К ним могут быть

отнесены как экзогенные факторы, действующие непосредственно на СОГ, так и эндогенные, связанные с формированием патологии внутренних органов. В патогенезе хронического фарингита имеют значение очаги хронической инфекции в носовой полости, околоносовых пазухах, полости рта; нарушение носового дыхания; заболевания сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, печени, желудочно-кишечного тракта; нарушение обмена веществ. Многие авторы отмечают угнетение механизмов местного иммунитета СОГ при хроническом фарингите.

В лечении хронических воспалительных заболеваний глотки традиционно применяют препараты антибактериального действия, противовоспалительные (в том числе анальгетики) и местноанестезирующие средства. Кроме того, активно используются препараты иммунонаправленного действия (бактериальные лизаты, лизоцим, иммуномодуляторы растительного происхождения). При этом в литературе недостаточно данных об эффективности и целесообразности применения таких препаратов в лечении различных форм хронического воспаления СОГ.

Целью настоящего исследования явилось определение целесообразности и эффективности применения

препаратов иммунонаправленного действия в лечении больных различными формами фарингита на основе изучения адаптационных реакций СОГ при ее хроническом воспалении.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 109 пациентов (50 мужчин, 59 женщин) с различными формами хронического фарингита (катаральный, гипертрофический, атрофический).

В исследование не включались больные с наличием поверхностного или среднего нелеченного кариеса трех и более зубов или глубокого кариеса и периодонтита, пациенты с признаками хронического тонзиллита, гипертрофией небных миндалин (кроме первой степени), любыми хроническими заболеваниями внутренних органов в стадии субкомпенсации или декомпенсации, а также женщины в период беременности и лактации. Кроме того, в исследование не включались пациенты, выкуривающие по меньшей мере одну сигарету (папиросу) в сутки, злоупотребляющие алкоголем (употребление как минимум раз в неделю – по данным анкетирования), а также лица, работающие в условиях повышенной запыленности и загазованности воздуха.

Исследуемая когорта состояла из трех групп: первая включала 36 пациентов (16 мужчин, 20 женщин) с хроническим катаральным фарингитом (средний возраст – $43,71 \pm 16,84$ года). Во вторую группу вошли 37 больных (17 мужчин, 20 женщин) с хроническим гипертрофическим фарингитом (средний возраст – $39,98 \pm 7,29$ года); в третью – 36 больных (17 мужчин, 19 женщин) с хроническим атрофическим фарингитом (средний возраст – $53,98 \pm 8,45$ года).

Каждую из этих трех клинических групп случайным образом разделили на две подгруппы в зависимости от применяемого метода лечения.

Пациенты первой подгруппы получали комбинированный препарат растительного происхождения Имупрет (Тонзилгон Н*) (экстракты корня алтея, цветков ромашки, травы хвоща, листьев грецкого ореха, травы тысячелистника, коры дуба, травы одуванчика лекарственного). Препарат оказывает противовоспалительное и антибактериальное действие (в том числе противовирусное), стимулирует иммунную защиту организма путем активации клеточного звена иммунитета – фагоцитоза. Имупрет (Тонзилгон Н) назначался перорально по 2 таблетки 5 раз в сутки. Продолжительность лечения составила 28 дней.

Пациенты второй подгруппы получали препараты, традиционно назначаемые при каждой из форм хронического фарингита. При катаральном и гипертрофическом хроническом фарингите назначали препарат комбинированного действия для местного применения (действующие вещества: 2,4-дихлорбензиловый спирт, амилметакрезол, мед, масло мяты перечной, масло лимонное) в виде леденцов для рассасывания рекомендовали по 1 таблетке каждые 2-3 ч (6 таблеток в сутки); при атрофическом хроническом фарингите – воду Адриатического

моря с натуральными микроэлементами и водно-спиртовой экстракт ромашки (в разведении 0,5 столовой ложки препарата на 1,0 л воды) местно. Продолжительность лечения составила 10 дней.

Препараты для назначения пациентам второй подгруппы, а также продолжительность курса лечения определяли исходя из сложившейся практики терапии хронических фарингитов (были выбраны наиболее часто назначаемые препараты на основании анализа амбулаторных карт из МУ «Городская поликлиника № 46» г. Уфы за 2001-2006 гг.).

Оценка результатов лечения проводилась с использованием сенсорно-аналоговой (заполнялась пациентом) и визуально-аналоговой (заполнялась врачом) шкал. Оценивались данные термометрии и такие показатели, как боль в горле, парестезии (першение, саднение, сухость в горле), наличие гиперемии, отека, атрофии, гипо- или гиперсекреции слизистой оболочки верхних дыхательных путей, наличие на стенках глотки гранул лимфоидной ткани и утолщение боковых валиков глотки, выраженность инъекции сосудов слизистой оболочки задней стенки глотки. Данные регистрировали до начала лечения и на 3,5, 10-й и 28-й дни от начала приема препарата.

В качестве маркера активности местного воспалительного процесса определяли внеклеточную пероксидазную активность (ВПА) слюны. Взятие материала (около 1 мл слюны после полоскания полости рта водой) собирали в стеклянную посуду) производили до начала лечения и на 3,5-й и 28-й дни от начала лечения. Полученные результаты сравнивали с показателями 30 практически здоровых лиц (ПЗЛ).

Для оценки эффективности терапии учитывали частоту возникновения рецидивов (обострений) хронического

воспаления СОГ в течение года после окончания курса лечения.

У всех обследуемых было получено письменное информированное согласие на проведение биомедицинского исследования.

Результаты

Хронический катаральный фарингит

Было установлено, что у большинства больных (22 человека, 61,2%) катаральная форма хронического воспаления СОГ сопровождалась повышением значений ВПА слюны. У других пациентов (14 человек, 38,8%) уровень ВПА слюны был даже ниже, чем у ПЗЛ (табл. 1). При этом клинически до начала лечения пациенты практически не отличались друг от друга.

На фоне проводимого лечения в обеих подгруппах уже на 3-й день была отмечена положительная динамика клинических симптомов (табл. 2). Интенсивность болевых ощущений в обеих подгруппах быстро снижалась, различие между ними по этому показателю было статистически недостоверным.

Выраженность глоточных парестезий в первой подгруппе уже на 3-й день была несколько ниже, чем во второй, а к 5-му дню отмечена статистически значимая разница данного показателя в двух подгруппах. Степень выраженности парестезий коррелировала с данными фарингоскопии, при которой у половины пациентов второй подгруппы к 5-му дню была отмечена сухость СОГ, в то время как в первой подгруппе подобных изменений не наблюдалось.

У 55% пациентов (10 человек) первой подгруппы к концу курса лечения с помощью фарингоскопии было выявлено наличие на задней стенке глотки гранул лимфоидной ткани диаметром до 4 мм, не проявлявшихся какими-либо субъективными ощущениями. Во второй подгруппе подобные изменения отмечены у 1 пациента.

* В Украине Тонзилгон Н зарегистрирован под торговым названием Имупрет.

Оценка результатов лабораторного исследования позволила установить различие в динамике показателей ВПА слюны в зависимости от ее исходного уровня и вида лечения. У лиц с исходно высокими значениями ВПА отмечалась тенденция к снижению уровня ВПА в обеих подгруппах к 5-му дню лечения (1932,7±121,8 у. е. в первой подгруппе

и 1736,7±170,5 у. е. во второй) с последующим ростом показателя до исходных величин во второй подгруппе и нормализацией уровня ВПА в первой подгруппе к 28-му дню лечения.

У пациентов второй подгруппы с исходно низкими значениями ВПА слюны показатели существенно не менялись на протяжении всего

периода наблюдения, тогда как у пациентов первой подгруппы с исходно низким уровнем ВПА слюны к 28-му дню от начала лечения данный показатель составил 1198,3±102,2 у. е., что достоверно выше исходного уровня и сопоставимо с результатами ПЗЛ (табл. 1).

Частота возникновения обострений заболевания в течение года

Таблица 1. Динамика уровня ВПА слюны и частота обострений заболевания при хроническом катаральном фарингите

Параметры	Исходно высокий уровень ВПА слюны (у. е.)		Исходно низкий уровень ВПА слюны (у. е.)	
	Первая подгруппа (n=10)	Вторая подгруппа (n=12)	Первая подгруппа (n=8)	Вторая подгруппа (n=6)
ПЗЛ	1570,8±108,5			
До начала лечения	2163,5±192,4*	2253,8±87,7*	676,1±25,3*	577,4±112,1*
3-й день	2345,4±203,6*	2028,2±114,9*	703,2±65,1*	862,4±285,2*
5-й день	1932,7±167,2	1736,8±65,6	596,4±132,8*	735,6±126,4*
28-й день	1435,8±108,4**	2154,8±132,6	1198,3±102,2**	706,9±111,8*
Частота рецидивов	2 (20%)	4 (33,3%)	2 (25%)	5 (83,3%)

*Различия показателей в группах достоверны при p<0,05 (*от ПЗЛ, **до и после лечения).*

Таблица 2. Динамика клинических симптомов при хроническом катаральном фарингите

Клинический признак	Первая подгруппа (n=18)					Вторая подгруппа (n=18)				
	До лечения	3-й день	5-й день	10-й день	28-й день	До лечения	3-й день	5-й день	10-й день	28-й день
Боль в горле*	2,05±0,17	1,45±0,16	0,15±0,08	0	0	2,05±0,15	1,65±0,17	0,4±0,14	0	0
Парестезии*	2,25±0,20	1,5±0,15	0,35±0,11	0,15±0,05	0	2,15±0,19	1,9±0,17	0,8±0,12	0,2±0,15	0,45±0,18
Температура тела (°C)	36,8±0,05	37,22±0,06	36,84±0,06	36,68±0,04	36,71±0,05	36,78±0,04	37,08±0,05	36,78±0,04	36,72±0,02	36,65±0,04
Гиперемия СОГ*	2,65±0,11	3,0±0,14	1,15±0,15	0,65±0,1	0,2±0,12	2,55±0,11	2,9±0,16	1,65±0,15	0,35±0,12	1,25±0,12
Влажность СОГ**	1,2±0,09	1,65±0,1	1,35±0,08	1,15±0,1	1,1±0,11	1,25±0,10	0,75±0,17	0,45±0,16	0,75±0,2	0,9±0,16
Наличие гранул лимфоидной ткани***	0	0,45±0,11	0,45±0,11	0,65±0,12	0,55±0,10	0	0	0,15±0,08	0,15±0,12	0,05±0,11

* Степень выраженности признака по пятибалльной шкале (от 0 до 4 баллов, где 0 – отсутствие признака, 4 – его максимальная выраженность).

** Степень выраженности признака по трехбалльной шкале (от 0 до 2 баллов, где 0 – сухость СОГ, 2 – гиперсекреция желез СОГ).

*** Степень выраженности признака: имеется – 1 балл, отсутствует – 0.

составила 22,2 и 50% в первой и второй подгруппах соответственно, наибольшая вероятность возникновения обострения заболевания (83,3% случаев) отмечена у пациентов второй подгруппы с исходно низкими значениями ВПА слюны.

Хронический гипертрофический фарингит

Динамика клинических симптомов у пациентов двух подгрупп представлена в таблице 3.

Болевые ощущения у пациентов обеих подгрупп регрессировали к 3-му дню, а на 10-й и 28-й день не были отмечены ни у одного пациента.

Разницы в динамике выраженности парестезий в двух подгруппах на 3, 5-й и 10-й день наблюдения отмечено не было. Во второй подгруппе к концу курса лечения (на 10-й день) у двух

пациентов сохранялись слабовыраженные (1 балл по сенсорно-аналоговой шкале) ощущения першения и комка в горле, не потребовавшие дополнительного назначения лекарственных препаратов. На 28-й день наблюдения у 9 пациентов второй подгруппы имела место отрицательная

динамика субъективных клинических симптомов: больные отметили вновь возникшие слабо- и умеренно выраженные (1 и 2 балла по сенсорно-аналоговой шкале соответственно) глоточные парестезии. Пациенты первой подгруппы к 28-му дню лечения каких-либо жалоб не предъявляли.

Таблица 4. Динамика уровня ВПА слюны и частота обострений заболевания при хроническом гипертрофическом фарингите

Параметры	Первая подгруппа (n=19)	Вторая подгруппа (n=18)
ПЗЛ	1570,8±108,5	
До начала лечения	725,3±163,8*	706,1±128,9*
3-й день	684,4±223,4*	564,8±156,7*
5-й день	892,1±312,7*	862,2±116,8*
28-й день	1328,4±144,2**	803,4±38,2*
Частота рецидивов	5 (26,3%)	12 (66,7%)

*Различия показателей в группах достоверны при p<0,05 (*от ПЗЛ, **до и после лечения).*

Таблица 3. Динамика клинических симптомов при хроническом гипертрофическом фарингите

Клинический признак	Первая подгруппа (n=19)					Вторая подгруппа (n=18)				
	До лечения	3-й день	5-й день	10-й день	28-й день	До лечения	3-й день	5-й день	10-й день	28-й день
Боль в горле*	2,35±0,16	1,85±0,12	0,63±0,1	0	0	2,43±0,18	1,92±0,17	0,35±0,14	0	0
Парестезии*	3,15±0,23	1,8±0,15	1,25±0,11	0,35±0,05	0	3,0±0,17	1,95±0,17	1,1±0,12	0,11±0,12	0,64±0,16
Температура тела (°C)	36,82±0,04	37,04±0,05	36,82±0,03	36,78±0,04	36,61±0,05	36,76±0,04	37,18±0,05	36,7±0,04	36,7±0,02	36,68±0,04
Гиперемия СОГ*	2,35±0,14	2,44±0,12	1,35±0,18	0,85±0,11	0	2,4±0,18	2,05±0,16	0,85±0,15	0,35±0,14	1,0±0,17
Влажность СОГ**	1,6±0,19	1,6±0,19	1,48±0,08	1,25±0,15	1,04±0,11	1,75±0,10	1,25±0,17	0,5±0,16	0,5±0,16	0,75±0,1
Наличие гранул лимфоидной ткани и/или увеличение боковых валиков глотки*	3,24±0,22	3,24±0,22	3,24±0,22	2,65±0,14	1,15±0,24	3,1±0,17	3,1±0,17	2,25±0,08	1,35±0,16	2,44±0,11

*Степень выраженности признака по пятибалльной шкале (от 0 до 4 баллов, где 0 – отсутствие признака, 4 – его максимальная выраженность).
**Степень выраженности признака по трехбалльной шкале (от 0 до 2 баллов, где 0 – сухость СОГ, 2 – гиперсекреция желез СОГ).

Гранулы на задней стенке глотки и увеличенные боковые валики уменьшались неодинаково. Во второй подгруппе регресс данного патологического признака был отмечен с 5-го, тогда как в первой – только с 10-го дня лечения, однако к 28-му дню нормализация фарингоскопической картины была отмечена у 63,2% пациентов (12 человек) первой подгруппы и лишь у 16,7% пациентов (3 человека) второй.

Показатели ВПА слюны у пациентов с хроническим гипертрофическим

фарингитом до начала лечения были достоверно ниже, чем у ПЗЛ.

В ходе лечения у больных первой подгруппы к 28-му дню от начала наблюдения отмечена динамика значений ВПА слюны до уровня, сопоставимого с таковым у ПЗЛ, в то время как во второй подгруппе достоверной разницы в показателях за период наблюдения отмечено не было (табл. 4).

Анализ отдаленных результатов лечения показал, что в первой подгруппе пациентов частота обострений

заболевания в течение года составила 26,3%, тогда как во второй – 66,6% (табл. 4).

Хронический атрофический фарингит

На фоне проводимого лечения в обеих подгруппах была отмечена положительная динамика симптомов (табл. 5). К 10-му дню наблюдения пациенты обеих подгрупп не предъявляли жалоб на боль в горле, а также отмечали уменьшение степени глоточных парестезий, при этом

Таблица 5. Динамика клинических симптомов при хроническом атрофическом фарингите

Клинический признак	Первая подгруппа (n=18)					Вторая подгруппа (n=18)				
	До лечения	3-й день	5-й день	10-й день	28-й день	До лечения	3-й день	5-й день	10-й день	28-й день
Боль в горле*	1,26±0,17	0,63±0,11	0,24±0,08	0	0	1,26±0,17	0,89±0,15	0,21±0,09	0	0,2±0,09
Парестезии*	2,94±0,16	2,05±0,14	1,42±0,15	0,65±0,05	0,31±0,13	2,89±0,16	2,7±0,13	1,5±0,17	0,5±0,15	0,78±0,16
Температура тела (°C)	36,73±0,04	36,7±0,05	36,71±0,04	36,65±0,04	36,73±0,03	36,72±0,04	36,67±0,05	36,7±0,04	36,72±0,02	36,69±0,03
Гиперемия СОГ*	2,96±0,16	2,63±0,11	1,84±0,11	0,85±0,1	0,21±0,09	2,84±0,13	2,26±0,1	0,94±0,17	0,35±0,12	0,26±0,01
Влажность СОГ**	0	0,05±0,05	0,36±0,11	0,45±0,12	0,68±0,1	0	0,1±0,07	0,47±0,11	0,85±0,2	0,16±0,08
Наличие гранул лимфоидной ткани и/или увеличение боковых валиков глотки*	0	0,21±0,11	0,26±0,10	0,65±0,12	0,55±0,10	0,16±0,08	0,16±0,08	0,16±0,08	0,16±0,08	0,16±0,08
Инъекция сосудов слизистой оболочки задней стенки глотки***	0,78±0,09	0,78±0,09	0,68±0,11	0,64±0,12	0,55±0,11	0,78±0,09	0,78±0,09	0,78±0,09	0,78±0,09	0,78±0,09

*Степень выраженности признака по пятибалльной шкале (от 0 до 4 баллов, где 0 – отсутствие признака, 4 – его максимальная выраженность).
 **Степень выраженности признака по трехбалльной шкале (от 0 до 2 баллов, где 0 – сухость СОГ, 2 – гиперсекреция СОГ).
 ***Степень выраженности признака: имеется – 1 балл, отсутствует – 0.

Таблица 6. Динамика уровня ВПА слюны и частота обострений заболевания при хроническом атрофическом фарингите

Параметры	Первая подгруппа (n=18)	Вторая подгруппа (n=18)
ПЗЛ	1570,8±108,5	
До начала лечения	2580,7±254,3*	3033,2±139,9*
3-й день	2634,8±222,7*	1793,5±356,1**
5-й день	2095,3±612,7	1731,5±80,8**
28-й день	1621,2±124,5**	1934,2±138,4**
Частота рецидивов	9 (50,0%)	11 (61,1%)

*Различия показателей в группах достоверны при $p < 0,05$ (*от ПЗЛ, **до и после лечения).*

различие в динамике субъективных симптомов заболевания между подгруппами было статистически недостоверным.

Аналогичные результаты к 10-му дню были получены в отношении таких параметров, как гиперемия и влажность СОГ.

К 28-му дню наблюдения у пациентов первой подгруппы сохранялась положительная динамика клинических симптомов заболевания. Помимо этого, были отмечены появление гранул лимфоидной ткани на задней стенке глотки у 55% пациентов (10 человек) и уменьшение степени выраженности инъекции сосудов СОГ. Во второй подгруппе указанных фарингоскопических изменений не наблюдалось; более того, по окончании курса лечения (с 10-го дня) была отмечена отрицательная динамика таких показателей, как степень выраженности глоточных парестезий и влажность СОГ.

При анкетировании пациенты первой подгруппы отмечали удобство применения препарата по сравнению с таковым традиционных методов лечения атрофических изменений СОГ, предполагающих необходимость местного нанесения лекарственных средств.

Показатели ВПА слюны до начала лечения в настоящем исследовании были максимальными именно у больных атрофической формой хронического воспаления СОГ.

На фоне проводимого лечения значения ВПА слюны уменьшились в обеих подгруппах до показателей, сопоставимых с уровнем ВПА слюны у ПЗЛ (табл. 6).

Частота рецидивов заболевания в течение года в обеих группах была высокой и составила 50% (9 человек) и 61,1% (11 человек) в первой и второй подгруппе соответственно.

Обсуждение

Согласно общепринятым взглядам хронические формы воспаления СОГ расцениваются как следствие несостоятельности компенсаторных и приспособительных реакций организма в ответ на различные патологические воздействия и проявляются дефицитом факторов местного иммунитета.

Пероксидаза – фермент, который входит в состав пероксидазной системы клеток, обладает мощной каталитической активностью, восстанавливая перекись водорода, способствует окислению органических соединений. Пероксидазная система присутствует практически во всех клетках организма и обеспечивает различные функции, в том числе процесс фагоцитоза, совместно с антиоксидантной системой регулирует активность ферментов клеточных мембран путем изменения свойств липидов (регуляторная функция), способствует уничтожению экзогенных и эндогенных чужеродных и вредных продуктов

(детоксикационная функция). При дегрануляции фагоцитов (в процессе фагоцитоза) или повреждении паренхиматозных клеток (при воспалении, травме) компоненты пероксидазной системы (пероксидаза, свободные радикалы, перекись водорода и т. д.) попадают во внеклеточное пространство, способствуя осуществлению переваривания микроорганизмов, расположенных внеклеточно (окислительный фагоцитоз), повреждая при этом собственные клетки окружающих тканей.

Показатели ВПА слюны, таким образом, могут являться маркером интенсивности локального воспалительного процесса в СОГ и отражают состояние местных механизмов неспецифической защиты.

Анализ клинических проявлений заболевания, лабораторных данных и частоты рецидивов (обострений) у пациентов с катаральной и гипертрофической формами хронического фарингита совпадает с представлением о недостаточности местных механизмов иммунного ответа при хроническом воспалении СОГ. Так, в настоящем исследовании было показано, что у 38,8% пациентов с хроническим катаральным фарингитом и у всех больных с хроническим гипертрофическим фарингитом на фоне выраженных клинических симптомов воспаления СОГ (гиперемии, гиперсекреции, набухания гранул лимфоидной ткани и/или боковых валиков глотки) отмечен низкий уровень ВПА слюны.

Полученные результаты свидетельствуют также о том, что препараты иммунонаправленного действия могут способствовать активации механизмов неспецифической защиты организма на местном уровне у больных с исходно низкими показателями ВПА слюны. Иммуностимулирующий эффект проявляется иммунореабилитацией пациентов с исходно низкими значениями ВПА и ведет к уменьшению количества рецидивов заболевания у таких больных.

Следует также отметить, что традиционно в лечении обострений хронических катаральных и гипертрофических фарингитов используются препараты для местного применения. Обычно это лекарственные средства с антисептическим и противовоспалительным действием, успешно применяющиеся в терапии острых фарингитов.

Между тем многие исследователи указывают на то, что микробный фактор не играет решающей роли в развитии обострений хронического фарингита, а также отмечают угнетение механизмов местного иммунитета СОГ при хроническом фарингите. Это предполагает, что при выборе средства для лечения обострения хронического фарингита следует ориентироваться не столько на широкий антимикробный спектр препарата, сколько на его комплексное (в том числе иммунонаправленное) действие. Кроме того, средняя продолжительность приема лекарственного средства при обострении хронических фарингитов, как правило, превышает таковую при остром фарингите, в связи с чем возрастает вероятность проявления у препарата для местного применения раздражающего действия на СОГ.

Так, в настоящем исследовании у половины пациентов с хроническим катаральным и гипертрофическим фарингитом, получавших препарат для местного применения, на 5-й день лечения при фарингоскопии отмечалась сухость СОГ, что отрицательно сказывалось на регрессе субъективных ощущений.

Атрофические изменения СОГ традиционно расцениваются как проявление патологии других органов и систем организма (заболевания желудочно-кишечного тракта, нарушения обмена веществ) или инволютивные изменения.

В настоящем исследовании было показано, что хронический атрофический фарингит характеризуется высокими значениями ВПА слюны. Подобная ферментативная активность на местном уровне может приводить к повреждению клеток слизистой оболочки, что согласуется с клиническими проявлениями заболевания. В то же время высокий уровень ВПА слюны предполагает необходимость назначения препаратов, обладающих противовоспалительным действием, что подтверждается положительной динамикой клинических симптомов заболевания

на фоне снижения уровня ВПА слюны у пациентов обеих подгрупп.

Таким образом, наш опыт применения препарата Имупрет (Тонзилгон Н) показал его высокую клиническую эффективность в лечении больных катаральной и гипертрофической формами хронического фарингита, а также возможность использования данного препарата в терапии хронического атрофического воспаления СОГ.

В настоящем исследовании также было показано, что катаральная, гипертрофическая и атрофическая формы хронического воспаления СОГ характеризуются различной ВПА на местном уровне. При катаральной и гипертрофической формах хронического фарингита частота рецидивов заболевания достоверно выше, чем при низких значениях ВПА слюны. Включение в схему лечения таких пациентов препарата иммунонаправленного действия Имупрет (Тонзилгон Н) способствует росту показателей ВПА слюны и клинически проявляется снижением частоты обострений заболевания. ■

Список литературы находится в редакции.

РМЖ, 2010, т. 18, № 30

Новое об известном

Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей может быть связан с дефицитом железа

Синдром дефицита внимания и гиперактивности встречается у 5-10% школьников и может сохраняться у 30% из них во взрослом возрасте. Согласно данным исследования, проведенного доктором Eric Kopofal и соавт., дефицит железа может быть связан с синдромом дефицита внимания и гиперактивности у детей. Ранее уже было установлено, что дефицит железа может приводить к нарушениям познавательной функции, затруднять обучение и вызывать психомоторные нарушения. По мнению ученых, симптомы синдрома дефицита внимания и гиперактивности связаны дисфункцией допаминергических систем, обусловленной дефицитом железа. В исследовании принимали участие 53 ребенка от 4 до 14 лет с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, а также 27 детей без такового (группа контроля), у которых определяли уровень ферритина и оценивали тяжесть симптомов. Выявлено, что при синдроме дефицита внимания и гиперактивности значительно снижается уровень ферритина, причем чем ниже был уровень ферритина, тем более выраженными были симптомы и когнитивный дефицит. Так, в группе исследования средний уровень ферритина составлял 22 нг/мл против 44 нг/мл у здоровых детей. Снижение уровня ферритина выявлено у 84% детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности ($p=0,001$).

Источник: Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158: 1113-1115