

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА В РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Н.Ж. ХУШВАКОВА, Д.З. НАСЫРОВА

Самаркандский медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Резюме. Исследовано состояние иммунного статуса с хроническим ринофарингитом в различных формах. Выявлены признаки напряженности гуморального звена иммунитета а именно sIgA, IgA, IgM, IgG. При иммунологическом анализе после проведения курса с Амизоном практически у всех больных отмечается повышение уровня IgA до нормальных показателей в случае с катаральной формой воспаления - 2,02 мг/дл (при $p < 0,05$), т.е. до верхней границы нормы. В контрольной группе отмечается повышение этого показателя в меньшей степени до 1,37 мг/дл (при $p < 0,05$). Исследование секреторного иммуноглобулина А в слюне показало, что через 1 месяц после лечения составляло $1,97 \pm 0,12$ г/л (при $p < 0,05$).

Ключевые слова: иммунный статус, лимфоидно глоточное кольцо, хронический ринофарингит.

COMPARATIVE EVALUATION LOCAL IMMUNITY IN VARIOUS FORMS RHINOPHARYNGITIS CHILDREN

N.J. KHUSHVAKOVA, D.Z. NASYROVA

Samarkand Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Resume. The state of the immune status of chronic rhinopharyngitis in various forms. The signs of tension humoral immunity namely sIgA, IgA, IgM, IgG. When immunoassay after the course with Amizon almost all patients show increased levels of IgA to normal values in the case of bluetongue form of inflammation - 2.02 mg / dL (at $p < 0.05$), to the upper limit of normal . In the control group there was an increase of this index to a lesser extent to 1.37 mg / dL (at $p < 0.05$). The study of the secretory immunoglobulin A in the saliva showed that after 1 month of treatment was $1,97 \pm 0,12$ g / l (at $p < 0.05$).

Key words: immune status, pharyngeal lymphoid ring, chronic rhinopharyngitis.

Одной из актуальных проблем в оториноларингологии являются воспалительные заболевания лимфоидного глоточного кольца Пирогова-Вальдейера. Распространенность хронического ринофарингита достаточно высока и составляет по данным различных авторов от 4,7% до 13,5% от общего числа заболеваний ЛОР-органов [3,5]. Слизистая оболочка носоглотки обеспечивает защиту от проникновения в организм болезнетворных микроорганизмов путем взаимодействия факторов иммунной защиты и непосредственно клетками эпителиального слоя. Местный иммунитет слизистой оболочки носоглотки характеризуется несколькими уровнями. Первый – надэпителиальный слой-иммунная защита формируется прежде в антителами и фагоцитами, обеспечивает противобактериальный эффект. Второй уровень – клетки многослойного плоского эпителия и многоядного цилиндрического реснитчатого эпителия, выполняют механическую защиту, обеспечивая мукоцилиарный клиренс. Клетки плоского эпителия являются участниками иммунного ответа. Здесь происходит продукция

секреторного компонента и присоединение его к иммуноглобулинам типа А и М. В подэпителиальном слое синтезируется антитела. Изучение факторов иммунной защиты слизистой носоглотки представлено в ограниченных публикациях [1,2].

Поэтому главная роль в защите слизистых оболочек от инфекции принадлежит местным иммунным механизмам, среди которых особо выделяется секреторная форма иммуноглобулина А. Важными отличительными чертами этой молекулы являются высокая специфичность действия и устойчивость к действию агрессивных факторов внешней среды. Кроме того, sIgA образуется в ответ на инфекцию главным образом в самой слизистой оболочке, поэтому его концентрация значительно возрастает, а действие становится высокоэффективным, sIgA связывается с бактериальными и вирусными патогенами и блокирует возможность их адгезии к клеткам эпителия, предотвращая начало инфекционного процесса [4]. Формирование защитной пленки из sIgA на поверхности клеток эпителия очень важно, так как при этом на поверхности

слизистой оболочки образуется иммунный барьер, препятствующий проникновению патогенных микроорганизмов.

Цель исследования – изучение местных факторов иммунной защиты при различных формах ринофарингита, а именно: определения sIgA, IgA, IgM, IgG и оптимизировать его лечение.

Материалы и методы. С 2011 года по 2013 год в ЛОР отделении Самаркандского областного многопрофильного детского медицинского центра мы провели клиническое обследование. В исследование приняли участие 46 больных различными формами хронического ринофарингита. В возрасте от 5 до 18 лет. Среди них - девочек - 22 (47,82%), мальчиков - 24 (52,17%). Из данных таблицы видно, что на дошкольный и младший школьный возраст (5-10 лет) приходится 8 больных (17,39%), на старший школьный возраст (11-15 лет) приходится 23 больных (50%), на (16-18 лет) приходится 15 больных (32,61%). На основе полученных данных можно сделать вывод, что хронический ринофарингит чаще встречается в старшем школьном возрасте.

Все обследованные были разделены на 2 группы: I-я (основная группа) включала 23 больных с хроническим ринофарингитом, получившие кроме традиционного лечения полоскание или впрыскивания в горла Лоробен 4 раза в день и иммунотерапию препаратом Амизон. II-я, (контрольная группа) состояла из 20 пациентов, которым производилось только традиционное лечение. Традиционная терапия включала в себя полоскание щелочными растворами, смазывание задней стенки глотки раствором Люголя на глицерине, масляные ингаляции, сосудосуживающие препараты в нос. Из них катаральная форма хронического ринофарингита было у 16 человек (41,3%), гиперпластическая форма – у 25 человек (46%), и атрофическая – у 5 человек (13%). Всем больным (46 человек) проводились клинические, эндоскопические, бактериологические, иммунологические обследования. Больные с гнойно – воспалительными заболеваниями уха и гортани, а также с выявленной патологией других органов и систем в группу исследуемых не включались. Материалом для исследования служила кровь, носовые смывы, секрет с поверхности глотки. Гуморальные факторы исследовали путём количественного определения в биологических жидкостях (sIgA, IgA, IgM, IgG).



Рис. 1. Встречаемость хронического ринофарингита в различных формах.

Результаты исследования и их обсуждение: Результаты клинических признаков воспаления в основной группе наступило на 5-6 сутки, тогда как в контрольной на 10-12 сутки.

Эффективность комплексного лечения у больных с хроническим ринофарингитом оценивали на основании данных передней риноскопии, фарингоскопии и иммунологического исследования, а также времени пребывания больного в стационаре.

Наблюдения в динамике показали, что проведённое лечение способствовало исчезновению или уменьшению выраженности большей части субъективных симптомов. При фарингоскопии наблюдалась нормализация влажности и цвета слизистой оболочки глотки, уменьшение отечности и размеров лимфоидных гранул.

При иммунологическом анализе после проведения курса с Амизоном практически у всех больных отмечается повышение уровня IgA до нормальных показателей в случае с катаральной формой воспаления - 2,02 мг/дл (при $p < 0,05$), т.е. до верхней границы нормы. В контрольной группе отмечается повышение этого показателя в меньшей степени до 1,37 мг/дл (при $p < 0,05$). После проведения Амизона отмечается очень незначительное повышение IgM, либо этот показатель оставался неизменным в гипертрофической форме, контрольная группа. После проведенного курса иммунотерапии с Амизоном отмечается рост этого показателя иммунной защиты, что говорит о вторичном иммунном ответе и формировании иммунологической памяти.

Динамика уровней иммуноглобулинов А, М, G и sIgA до и после лечения

Форма заболевания	Сроки определения	Иммуноглобулины			
		sIgA	IgA	IgM	IgG
Хронический катаральный фарингит	до лечения	1,3 ± 0,18	1,25 ± 0,2	1,93 ± 0,03	12,1 ± 0,15
	после лечения	1,97 ± 0,12	2,02 ± 2,3	1,97 ± 0,04	18,3 ± 0,17
Хронический гипертрофический фарингит	до лечения	0,9 ± 0,2	1,08 ± 0,3	1,83 ± 0,17	12,8 ± 0,11
	после лечения	1,71 ± 0,15	1,8 ± 0,12	1,82 ± 0,15	19,1 ± 0,09
Хронический атрофический фарингит	до лечения	1,02 ± 0,16	1,05 ± 0,16	1,63 ± 0,21	10,1 ± 0,23
	после лечения	1,27 ± 0,14	1,32 ± 0,06	1,66 ± 0,18	17,6 ± 0,16
Контрольная группа	до лечения	1,18 ± 0,14	1,2 ± 0,12	1,78 ± 0,15	13,2 ± 0,18
	после лечения	1,31 ± 0,11	1,37 ± 0,21	1,76 ± 0,19	15,1 ± 0,2

Заключение: Использование антисептического препарата Лоробен и противовирусного препарата Амизон создаёт условия для завершения воспалительного процесса в слизистой оболочке глотки, способствует восстановлению иммунного статуса и нормализации фарингоскопической картины.

Раннее исчезновения или уменьшение симптомов заболевания, сокращение сроков лечения до $5 \pm 0,3$ суток, снижения частоты рецидивов заболевания, а также отсутствия побочного действия позволяет считать данный метод, методам выбора лечения хронического ринофарингита и можно широко использовать в амбулаторных и стационарных условиях.

Литература:

1. Кологривова Е.Н., Руф Е.К., Бобкова Н.В., Лебедев М.П. Клеточный состав осадка смешанной слюны у пациентов с хроническими воспалительными процессами на слизистых оболочках. // Цитология. — 2000. - №5.-с. 441-443
2. Леонова М.В., Ефременкова О.В. Местная иммуномодуляция при заболеваниях верхних дыхательных путей // Качественная клиническая практика/ - 2002. - № 1. – С. 1–12.
3. Маккаев Х.М. Распространенность, особенности клинических проявлений и осложнения хронических заболеваний лимфоидного глоточного кольца у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2002. - № 1. - С. 28-32.

4. Мейл Д. и др. . Иммунология - Пер. с англ.- М.:Логосфера, 2007.-568с.

5. Хакимов А. М. Узбекистонда оториноларингология хизматини хозирги кундаги ҳолати ва унинг ривожланиш истикболлари // Узбекистон Республикаси оториноларингологларининг I съезди материаллари. Тошкент (20-21 октябрь).-2000.- С.18-19.

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ РИНОФАРИНГИТНИНГ ТУРЛИ ФОРМАЛАРИДА МАҲАЛЛИЙ ИММУНИТЕТНИНГ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

Н.Ж. ХУШВАКОВА, Д.З. НАСЫРОВА

Самарканд медицина институти,
Узбекистон Республикаси, Самарканд ш.

Резюме: Сурункали ринофарингитнинг турли формаларида иммун ҳолатни текшириш. Гуморал иммунитетдан sIgA, IgA, IgM, IgG нинг ўзгариши аниқланди. Амизон препарати қўлланилгандан сўнг деярли барча беморда иммунологик таҳлил ўтказилганда IgA ни мўтадил кўрсаткичларга кўтарилди (масалан: катарал формада $2,02 \text{ мг/дл}$ ($p < 0,05$)). Контрол гуруҳда ушбу кўрсаткичларини кам миқдорда $1,3 \text{ мг/дл}$ ($p < 0,05$) ошган. Даволашдан 1 ой ўтгандан сўнг сўлакни текширилганда sIgA кўрсаткичи $1,97 \pm 0,12 \text{ мг/дл}$ ($p < 0,05$).

Калит сузлар: иммун статус, халқум лимфоид халқаси, сурункали ринофарингит.