

ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ЛОР-ОРГАНОВ И РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

Насыров В.А., Ормокоева С.И.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
кафедра оториноларингологии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Изучена эффективность рибомунилы у 1018 пациентов с рецидивирующими отитом, синуситом, ринофарингитом, риносинуситом и фаринголарингитом. Применение рибомунилы позволило сократить частоту возникновения эпизодов инфекционных заболеваний у пациентов, частота синуситов, ринофарингитов, риносинуситов, фаринготонзилитов уменьшилась на 90%, инфекционного ринита на 40%, обострения отитов на 25%, уменьшение количества бронхолегочных осложнений на 75%. Были результаты в отношении продолжительности эпизодов заболевания, применения антибиотиков (снижение потребности на 71%), применения вспомогательной терапии (уменьшение на 57%).

TREATMENT OF CHRONIC FOCI OF INFECTION OF UPPER RESPIRATORY TRACT AND THE RESPIRATORY TRACT

Nasyrov V.A., Ormokoeva S.I.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of Otorhinolaryngology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Studied the effectiveness of Ribomunil in 1018 patients with recurrent otitis media, sinusitis, rhinopharyngitis, rhinosinusitis and pharyngolaryngitis. Ribomunyl reduced the frequency of episodes of infectious diseases in patients, the incidence of sinusitis, rhinopharyngitis, rhinosinusitis, farinotonzilitov decreased by 90%, infectious rhinitis 40%, acute otitis media by 25%, reducing the number of bronchopulmonary complications by 75%. Were the results regarding the duration of episodes of illness, antibiotic use (reduced demand by 71%), use of adjuvant therapy (57% reduction).

Введение. В последние годы в практике ЛОР-врача отмечается неуклонный рост пациентов, страдающих частыми острыми респираторными вирусными инфекциями, характеризующихся быстрым прогрессированием и приводящим к формированию хронических заболеваний ЛОР-органов. Эти болезни сложны в ведении т.к. частое и длительное применение антибиотиков формирует резистентные штаммы возбудителей инфекций дыхательных путей, что снижает эффективность антибиотикотерапии, с развитием вторичной дисфункции иммунной системы. И этому способствуют два феномена. Первый – ухудшение клеточной и гумморальной защиты макроорганизмов под влиянием антибиотиков, способных серьезно повредить иммунную систему. Это может явиться одной из причин развития инфекции на фоне антибиотикотерапии. Второй феномен – изначальное снижение иммунологической реактивности современного человека. Это приводит к развитию дисбактериоза, кандидоза. Создается порочный круг:

более интенсивное лечение ведет к более частым и тяжелым осложнениям. Другими словами, несмотря на неблагоприятное иммунобиологическое здоровье населения, продолжается активное и часто необоснованное применение таких мощных иммунодепрессантов как антибиотики. А ведь взаимоотношения между антибиотиком возбудителем заболевания и защитными факторами макроорганизма имеет решающее значение для терапии любого инфекционного заболевания. Очевидно, что оптимально клинический эффект может быть достигнут только при наличии синергизма в действии защитных сил организма и антимикробных лекарственных средств. В этом случае по возбудителю наносится двойной удар: антибиотик понижает функциональную активность микроба, а иммуномодулятор восстанавливает фагоцитоз клеток, за счет чего достигается более эффективная элиминация возбудителя из организма. Поэтому в системе оздоровления пациентов, часто и длительно болеющих респираторными инфекциями,

фармакологическая иммунореабилитация является одной из наиболее актуальных проблем.

Невозможность проведения повсеместного индивидуального иммунологического мониторинга и относительная избирательность действия традиционных иммунокорректоров (пиримидиновые и имидазоловые производные, препараты нуклеиновых кислот, тимические факторы, дрожжевые и бактериальные полисахариды, препараты костномозгового происхождения и др.), не позволяют рекомендовать их для широкого и бесконтрольного применения в практике. Более перспективной является разработка специфической активной иммунизации против наиболее распространенных возбудителей инфекционных респираторных заболеваний. Выбор средств для активной иммунизации ограничивается гриппозными (живые и инактивированные), противогемофильной конъюгированной и поливалентной полисахаридной пневмококковой вакцинами. Именно поэтому возрос интерес к иммунокорректирующей терапии и к возможности применения иммунокорректоров микробного происхождения, дающих неспецифический иммуностимулирующий и специфический вакцинирующий эффекты.

Особого внимания заслуживает Рибомунил («Pierre Fabre Medicament», Франция), который содержит рибосомальные фракции *K. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *H. influenzae*, наиболее часто вызывающих воспаление дыхательных путей и ЛОР-органов или осложняющих респираторные вирусные заболевания. Тот факт, что клеточные органеллы – рибосомы, специализирующиеся на синтезе клеточных протеинов – обладают свойствами вакцины было известно еще в 50-х годах 20 века. И их высокий антигенный потенциал с выраженной иммуногенностью был использован при создании рибосомальных вакцин. Вакцинирующий эффект бактериальных рибосом дополняется неспецифической иммуностимуляцией за счет присутствия в препарате протеогликанов клеточной мембраны *K. pneumoniae*. Рибомунил вызывает активную выработку специфических антител и создание поствакцинального иммунитета. Одновременно повышается активность фагоцитоза и клеток-киллеров, усиливается синтез альфа-интерферона, интерлейкинов 1, 6. В результате отсутствия балласта препарат практически не

обладает токсичностью. Иммуностимулирующее действие рибомунила, воздействует не только на те бактерии, из которых он экстрагирован, но и на иные возбудители (патогены) основных известных инфекционных заболеваний дыхательных путей. Эта активность возникает благодаря неспецифическим адьювантным свойствам липополисахаридов бактериальной рибосомной стенки (перегородки). Более того, как выяснилось, рибосомная иммунотерапия индуцирует воспроизводство секреторных антител иммуноглобулина А (IgA), некоторые свойства которого связаны со специфическими и неспецифическими защитными механизмами против вирусов и бактерий. Также иммуноглобулин А (IgA) предупреждает сращивание микроорганизмов эпителиальной поверхностью, что, в свою очередь, предотвращает последующее образование колоний.

Цель данной работы – оценка опыта использования рибомунила у больных с инфекциями респираторного тракта.

Материал и методы. В исследование были включены 1018 пациентов обоего пола (средний возраст – 50 лет, от 12 до 80) с отитом, синуситом, ринофарингитом, риносинуситом или фаринголарингитом. Пациенты включались в исследование, если в анамнезе у них были рецидивные или хронические респираторные инфекции в течение не менее 2 лет или если зимой, предшествовавшей исследованию, у них были как минимум три эпизода заболевания, требовавшего обращения к врачу и/или медикаментозного лечения. Пациенты не включались, если у них был туберкулез. Клинический эффект оценивался по уменьшению частоты и продолжительности рецидивирующих ЛОР-инфекций (отитов, синуситов, ринофарингитов, риносинуситов, фаринготонзилитов), уменьшению потребности в антибиотиках, симптоматической терапии, по профилактике нисходящих бронхолегочных инфекций, восстановлению нарушенных слуховых функций, оценка общей эффективности врачом и самими пациентами, с использованием полуколичественной шкалы (от «значительно хуже» до «значительно лучше»).

Пациенты получали рибомунил в соответствии со следующей схемой: (1) начальная терапия (1 месяц) – 3 таблетки (по 0,250) ежедневно, с утра, 4 дня в неделю в течение 3 недель; (2) закрепительная терапия (5 месяцев) – 3 таблетки (по 0,250) ежедневно,

утром, 4 дня в неделю каждый месяц (то есть одна неделя в месяц).

Результаты и их обсуждение. В ходе наблюдения был выявлен общий клинический эффект, более очевидный у пациентов, получавших рибомунил, у них, по сравнению с теми, кто его не принимал, наблюдалось значительное улучшение по семи из восьми оцениваемых клинических параметров. Сокращение частоты возникновения эпизодов инфекционных заболеваний у пациентов, принимавших рибомунил, стало очевидно уже на 2-м визите (2-й месяц терапии) в отношении инфекций ушей, носа, горла (частота синуситов, ринофарингитов, риносинуситов, фарингитов уменьшилась на 90%, инфекционного ринита на 40%, обострения отитов на 25%), а в отношении бронхита и пневмонии – на третьем визите (уменьшение количества бронхолегочных осложнений на 75%). К четвертому визиту (это 4-й месяц терапии) у пациентов, получавших рибомунил уже не было случаев возникновения инфекций нижних дыхательных путей. Значительные результаты были достигнуты в отношении продолжительности эпизодов заболевания, применения антибиотиков (снижение потребности на 71%), применения вспомогательной терапии (уменьшение на 57%).

Современные способы борьбы с инфекционными заболеваниями дыхательных путей представляют собой лекарственную терапию, преимущественно антибактериальную и симптоматическую. Однако данные виды лечения не являются профилактикой рецидивов этих инфекций, что влечет высокую распространенность данных заболеваний и высокие затраты. Рибосомная иммунотерапия оказалась эффективной в снижении частоты, степени тяжести этих заболеваний и их клинических последствий (например, вторичное поражение нижних дыхательных путей, необходимость вспомогательной терапии). Общая оценка терапии пациентами и врачом была в пользу рибомунила, что подтверждает хорошие результаты по параметрам эффективности.

Выводы. Пероральная терапия рибомунилом в течение 6 месяцев у пациентов с рецидивными инфекционными заболеваниями дыхательных путей привела к значительному

сокращению частоты возникновения инфекций ушей, горла и носа, лихорадки, инфекций нижних дыхательных путей, сократила продолжительность заболевания, необходимость применения вспомогательных медикаментов. Таким образом, рибомунил – это эффективное средство лечения рецидивных инфекционных заболеваний дыхательных путей.

Литература:

1. Brantzaeg P. Overview of the mucosal immune system. *Current Topics in Microbiology* 1990; 140: 13.
2. Bessler WG, Sadelmeir E. Biological activity of bacterial cell wall components: Immunogenicity of an immunostimulating bacterial extract. *Arzneimittel-Forschung (Drug Research)* 1993; 43: 502-507.
3. Czerkinsky C, Russel MW, Lycke N et al. Oral Administration of streptococcal antigen coupled to cholera toxin B subunit evokes strong antibody responses in salivary glands and extramucosal tissues. *Infection and Immunity* 1989; 57: 1072.
4. Galioto GB, Mevio E, Maserati R. Bacterial adherence and upper respiratory tract disease: a correlation between *S. pyogenes* attachment and recurrent throat infections. *Acta Otorhinolaryngologica* 1988; 454 (Suppl.): 167-174.
5. McGhee JR, Mestecky J, Dertzbaugh MT et al. The mucosal immune system. From fundamental concepts to vaccine development. *Vaccine* 1992; 10: 75-88.
6. Mestecky J, McGhee JR. Immunoglobulin A (IgA): molecular and cellular interactions involved in IgA biosynthesis and immune response. *Advances in Immunology* 1987; 40: 153.
7. Mestecky J. The common mucosal immune system and current strategies for induction of immune responses in external secretions. *Journal of Clinical Immunology* 1987; 7: 265.
8. Nega J, McGhee JR, Kiyono H. Cytokine and Ig-producing cells in mucosal effector tissues: analysis of IL-5 and IFN- γ producing cells, T cells, T cell receptor expression and IgA plasma cells from mouse salivary gland-associated tissues. *Journal of Immunology* 1992; 148: 2030-2039.
9. Roques C., Frayret M.N., Luc J., et al. Immunostimulant effect on granulocyte functions during an acute respiratory infection. *Dev. Biol. Stand.*, 77, 183, 1992.
10. Хорошилова Н.В. Клинико-иммунологическая оценка эффективности применения рибомунила и низкоинтенсивной лазерной терапии у пациентов с хроническим бронхитом: Автореферат дис ... канд.мед. наук. – М., 1994.