

Рецидивирующие ларингиты, клинко-иммунологические особенности у детей раннего возраста

А. У. Сабитов, М. Г. Старикова, С. А. Озорнина

Кафедра детских инфекционных болезней и клинической иммунологии Уральской государственной медицинской академии, Городская клиническая больница №40, Екатеринбург

Цель исследования заключалась в выявлении клинко-иммунологических особенностей рецидивирующих ларингитов у детей, необходимых для дальнейшего совершенствования технологии их лечения и профилактики.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 58 детей раннего возраста, отобранных методом случайной выборки, из них 33 ребенка поступали в стационар с клиникой ларингита в течение календарного года три и более раз (основная группа). 28 детей имели однократный эпизод болезни (контрольная группа). Клиническое обследование наряду с оценкой симптомов болезни и их динамики включало подробное описание анамнеза жизни с целью выявления факторов риска, потенциально способных оказать влияние на развитие рецидивирующего течения ларингита. Общеклинические лабораторные анализы дополнялись иммунологическими тестами, в том числе определением показателей клеточного иммунитета на проточном цитофлуориметре «Facs Can» фирмы «Becton Dickinson» с применением моноклональных антител к CD-антигенам производства ООО «Сорбент» г. Москва. Определялся уровень CD3, CD20, CD4, CD8 лимфоцитов, а также уровень сывороточных иммуноглобулинов, комплексной активности, циркулирующих иммунных комплексов, НСТ-теста, фагоцитарной активности гранулоцитов. Определение проводили по общепринятым методикам в остром периоде болезни (1–3 день).

Результаты исследования и их обсуждение

Клиника ларингита в наблюдаемых группах была однотипной и проявлялась катаральными симптомами, подъемом температуры до субфебрильных цифр и появлением основных признаков ларингита: инспираторной одышки, лающего кашля, изменением тембра голоса и не отличалась от ранее проведенных описаний

[1, 2] В обеих группах преобладали больные со стенозом гортани II степени.

Симптомы стеноза гортани на фоне проводимой патогенетической терапии сохранялись в основной группе $3,0 \pm 0,4$ дня, в группе сравнения — $2,8 \pm 0,5$ дней.

Ряд авторов предполагает, что в основе рецидивирующего ларингита лежит иммунное поражение эпителия верхних дыхательных путей, что клинически проявляется возникновением более легких форм стеноза гортани при последующих эпизодах болезни, а в периферической крови при этом появляется гиперэозинофилия [3].

Среди наблюдаемых нами больных наоборот отмечалось отсутствие эозинофилов в периферической крови, что может быть одним из проявлений стрессовой реакции и что отнюдь не исключает возможности развития атопических реакций.

При ретроспективной оценке анамнеза детей в наблюдаемых группах было выявлено следующее отличие: 50% детей из группы с рецидивирующим течением ларингита имели указания на реанимационные пособия в родильном доме, в том числе перевод на искусственную вентиляцию легких в связи с тяжестью поражения центральной нервной системы различного генеза или респираторного дистресс-синдрома. В контрольной группе с однократным эпизодом ларингита подобного факта не выявлено. Более детальная оценка анамнеза у детей, перенесших искусственную вентиляцию легких в периоде новорожденности, выявила дополнительные отличительные моменты. Среди них такие, как более часто встречающаяся внутриутробная инфекция (у 50%) с индикацией маркеров урогенитального хламидиоза, цитомегаловируса, вируса краснухи, вируса простого герпеса в периоде новорожденности. В последующем у значительной части больных этой группы, в отличие от детей контрольной группы, обнаруживалась

Таблица 1. Показатели иммунного статуса при рецидивирующих ларингитах и в группе сравнения

Группы детей. Показатели иммунитета	Основная группа M ± m	Группа сравнения M ± m
CD 3	2,24 ± 0,20	1,68 ± 0,16
CD 20	1,04 ± 0,14	0,70 ± 0,12
CD 4	1,39 ± 0,14	1,04 ± 0,19
CD 8	0,97 ± 0,08	0,63 ± 0,09
НСТ (%)	7,00 ± 0,70	18,20 ± 2,60
Сп50 (ед.)	56,40 ± 1,60	54,30 ± 1,80
ЦИК (ед.)	74,10 ± 9,80	47,00 ± 8,10
IgG г/л	7,00 ± 0,60	6,50 ± 0,61
IgM г/л	1,40 ± 0,15	1,30 ± 0,13
IgA г/л	0,50 ± 0,15	0,35 ± 0,03
IgE м.в./мл	17,60 ± 6,60	64,20 ± 11,00
АФ	81,30 ± 2,70	86,00 ± 2,80
ФЧ	7,10 ± 0,70	7,95 ± 0,69
ФИ	6,00 ± 0,80	7,14 ± 0,78
ЗФ	0,32 ± 0,01	0,31 ± 0,01
ЭФ	185,00 ± 33,00	207,00 ± 21,00

тимомегалия (64%), кожные аллергические проявления (88%).

Внутриутробная инфекция, интубация трахеи и перевод на искусственную вентиляцию легких, тяжелое перинатальное поражение центральной нервной системы могут стать причиной нарушения морфо-функционального развития дыхательных путей, нейро-гуморальной регуляции, снижающих качество адаптивных реакций, в том числе и с участием иммунной системы.

Первый эпизод ларингита на фоне острой респираторной вирусной инфекции у детей, перенесших критические состояния в периоде новорожденности, состоялся в среднем в $8,6 \pm 1,2$ месячном возрасте, среднее число поступлений в стационар по поводу ларингита

к моменту настоящего исследования составило $6,4 \pm 0,6$ раз.

Показатели иммунного статуса в остром периоде ларингита отражены в табл. 1.

При оценке иммунологических показателей у детей сравниваемых групп были выявлены сходные отличия от возрастных норм, проявляющиеся снижением числа CD3, CD8 лимфоцитов, фагоцитарной активности нейтрофилов, дисиммуноглобулинемией в виде снижения Ig A, Ig G и повышения IgM, IgE.

Частота встречаемости тех или иных отклонений в иммунном статусе среди детей с рецидивирующим течением ларингита и однократным его эпизодом представлены в табл. 2.

Из представленных данных видно, что среди пациентов с рецидивирующим течением

Таблица 2. Частота отклонений в иммунном статусе в сравниваемых группах

Отклонения в иммунном статусе больных и их частота	Больные с рецидивирующим ларингитом		Больные с однократным эпизодом	
	абс.	%	абс.	%
IgE	3	9	3	13
IgA	11	33	4	17
IgA и IgE	4	12	-	-
CD3 и CD8	20	61	6	26
ЦИК	7	21	3	13
IgA и IgM	7	21	4	17
IgG	7	21	3	13
IgM	17	52	7	30

ларингита чаще регистрировалось снижение показателей клеточного иммунитета, в том числе субпопуляций лимфоцитов, участвующих в регуляции иммунного ответа. Дисиммуноглобулинемия в виде повышения IgE в сочетании со снижением IgA регистрировалась только при рецидивирующем течении болезни. Не исключено, что одной из причин, приводящих к подобному варианту течения, является иммунодефицитное состояние, обусловленное различными причинами, в том числе не исключается и первичный селективный дефицит гуморального иммунитета.

В целях профилактики возникновения дальнейших эпизодов ларингита в группе детей с рецидивирующим течением нами апробирован комбинированный иммунокорректор, входящий в группу фармакологических иммуностимуляторов и корректоров — рибомунил.

Препарат был назначен 23 детям с рецидивирующим течением ларингита.

Контрольную группу составили 24 ребенка с аналогичным течением болезни. Клинический эффект оценивался во время 6-месячного приема рибомунила и в течение 6 месяцев после его отмены по уменьшению количества и тяжести эпизодов ларингита, уменьшению частоты применения антибактериальных препаратов.

После приема рибомунила за 6 месяцев не болело 16 детей (60%). По поводу ларингита в

течение срока наблюдения были госпитализированы 3 (12%) ребенка, указания на прием антибиотиков отмечены у 2 (8,6%).

В контрольной группе за этот же период не болело только 8 детей (32%), были госпитализированы по поводу ларингита 11 детей (44%), антибактериальную терапию получали 9 человек (36%). Таким образом, положительный клинический эффект от профилактического применения препарата получен в 80% случаев. Наряду с этим достоверного изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета не отмечено.

Выводы

1. Рецидивирующие ларингиты — это одно из проявлений инфекционного процесса у детей, имеющих комплекс факторов риска: тяжелое перинатальное поражение ЦНС, ИВЛ в раннем неонатальном периоде, атопию.

2. Ощей иммунологической закономерностью для ларингитов является снижение показателей клеточного звена иммунитета (СД 3, СД 8), дисиммуноглобулинемия. Особенность иммунного статуса при рецидивирующих ларингитах проявлялась в длительно сохраняющемся селективном дефиците IgA, в том числе в сочетании с высоким уровнем IgE.

3. Назначение рибомунила по стандартной схеме позволило снизить частоту рецидивов в 1,5 раза.

Литература

1. Гизатулин Р. Б. Острые ларинготрахеиты у детей, особенности интенсивной терапии / Р. Б. Гизатуллин, Т. А. Аглямова, К. Г. Агишев // 5-й Российский съезд врачей-инфекционистов: Тез. докл. — М., 1998. — С.70
2. Митин Ю. В. Острый ларинготрахеит у детей / Ю. В. Митин — М. — Медицина, 1986. — 208 с.
3. Учайкин В. Ф. Снядром крупы как проявление респираторного аллергоза / В. Ф. Учайкин, М. П. Савенков, М. С. Савенкова // Педиатрия, — 1999 — №6 — С.33-37.