

## Беталейкин в лечении хронического тонзиллита

О.Б. Бродовская<sup>1</sup>, Х.Т. Абдулкеримов<sup>2</sup>, Ю.К. Янов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГУЗ Областная клиническая больница, Екатеринбург;

<sup>2</sup>Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург;

<sup>3</sup>НИИ уха, горла, носа и речи, Санкт-Петербург

Интерес к проблеме хронического тонзиллита поддерживается не только высокой частотой встречаемости этого заболевания, развития осложнений со стороны различных органов и систем, а так же успехами иммунологии и иммунофармакологии последних лет, что делает возможным поиск более эффективных методов лечения. Многостороннее участие небных миндалин в процессах антимикробной защиты (выработке интерферона, лизоцима, фагоцитоз, специфические иммунные реакции) известно достаточно давно [3, 4, 7,8, 13,]. Разработанная на рубеже 90-х годов концепция иммуноцитотоксиновой цепи - системы гуморальных посредников между иммунокомпетентными и всеми другими клетками, вовлечёнными в защитные реакции, расширила представление о защитных реакциях, в том числе, и в лимфоидных органах, ассоциированных со слизистыми оболочками [3, 9, 14].

Обоснование многоплановой роли небных миндалин в формировании иммунитета верхних дыхательных путей, позволило сузить показания к проведению тонзиллэктомии [3]. Большое значение в лечении хронического тонзиллита приобрели органосохраняющие методы, направленные на нормализацию функций небных миндалин.

Возможность местного применения различных препаратов при ЛОР патологии, а в частности, при хроническом тонзиллите, является обоснованной и целесообразной, так как иммунодефицитные состояния возникают, прежде всего, местно [6].

Интенсивное развитие иммунологии и генной инженерии в последние годы позволило синтезировать рекомбинантные цитокины человека и использовать их в клинике. К настоящему времени накоплен опыт применения препарата рекомбинантного интерлейкина- $\beta$  - "Беталейкин" у больных с различной патологией ЛОР органов [1,11].

Как местное, так и системное лечение препаратом интерлейкина 1 основано на принципе иммунозаместительной терапии, когда в

организм больного вводится естественный защитный медиатор, обеспечивающий активацию противоинфекционного иммунитета. Иммунозаместительная терапия беталейкином особенно эффективна при вторичных иммунодефицитных состояниях, которые сопровождают многие инфекционные заболевания, в том числе хронический тонзиллит. В этих случаях введение экзогенного интерлейкина 1 эффективно восполняет дефицит собственных медиаторов иммунитета, в первую очередь самого интерлейкина 1 и оказывает выраженное лечебное действие [6, 10].

Целью настоящей работы было исследовать эффективность применения рекомбинантного интерлейкина 1 (беталейкина) у больных компенсированной формой хронического тонзиллита.

Под наблюдением находилось две группы больных компенсированной формой хронического тонзиллита (классификация Солдатова И.Б., 1975), в возрасте от 14 до 42 лет (27,63 $\pm$ 0,82). Всем больным проводилось лечение аппаратом "Тонзиллор" по оригинальной методике (Мишенькин Н.В. 1988, 1992). Больным первой группы (47 человек) вторым этапом, после вакуумирования и озвучивания через раствор антисептика, проводили низкочастотный фонофорез иммуномодулирующего препарата "Беталейкин" по 50 нг на каждую небную миндалину. В группе сравнения (33 человека) низкочастотный фонофорез проводился с антисептиком "Диоксидин". Курс лечения состоял из 5-8 процедур.

Оценка клинико-лабораторных показателей проводилась до лечения и на 10-12 день после окончания курса. Так же, проводилась оценка отдалённых результатов. Продолжительность наблюдения составляла 1,5 - 2 года.

В результате проведённого курса лечения у больных обеих групп отмечен положительный клинический эффект, проявляющийся в уменьшении или исчезновении болей и неприятных ощущений в глотке, улучшении общего состояния. Так же, в обеих группах отмечено

улучшение фарингоскопической картины. Однако, комплексное лечение, включавшее местное применение иммуномодулятора, было более эффективным.

Очищение лакун миндалин от патологического содержимого достигнуто у подавляющего большинства пациентов основной группы. Только у 8 из 42 пациентов лечение не привело к очищению лакун миндалин от патологического содержимого. В группе сравнения частота встречаемости этого симптома снизилась в 2,2 раза ( $p < 0,005$ ). Число больных, у которых наблюдалась гиперемия нёбных дужек, уменьшилось в 3,2 раза в результате проведённого комплексного лечения с включением в схему лечения иммуномодулятора "Беталейкин" (у 31 из 45 больных). Использование традиционного метода лечения привело к исчезновению этого признака хронического тонзиллита у 14 из 28 больных, что в 1,5 раза меньше, чем в основной группе ( $p < 0,05$ ). Отёчность передних нёбных дужек до лечения встречалась у 80,85% больных основной группы и 87,87% больных группы сравнения. После курса лечения в основной группе в 3,8 раза уменьшился процент встречаемости этого симптома (21,28%), а в группе сравнения - в 2,2 раза (39,39%). У 10 из 11 больных основной группы исчез длительно существовавший субфебрилитет, и только у 1/3 больных, лечившихся традиционным методом, температура тела нормализовалась ( $p < 0,05$ ). Регионарный лимфаденит - один из самых встречаемых симптомов хронического тонзиллита, до лечения обнаружен у 85,10% больных основной группы и у 66,66% в группе сравнения. Проведённое лечение привело к ликвидации регионарного лимфаденита в 1,7 раза чаще, в группе больных, которым проведена иммунотерапия. Местное лечение беталейкином достоверно чаще приводило к уменьшению размеров нёбных миндалин, чем использование традиционной схемы лечения ( $p < 0,05$ ).

У всех больных, вошедших в исследование, произведено бактериологическое исследование содержимого крип нёбных миндалин до и после комплексного лечения. Результаты бактериологических исследований, проведённые после лечения у больных обеих групп показали, что санация миндалин снизила микробную обсеменённость нёбных миндалин. Однако, пред-

Таблица 1. Результаты комплексного лечения больных компенсированной формой хронического тонзиллита (%)

Результат	«Тонзиллор»+ беталейкин	«Тонзиллор»+ диоксидин
отсутствие обострений	53,2%	38,7%
уменьшение частоты обострений	38,3%	38,7%
отсутствие эффекта	8,5%	22,5%

принятые методы лечения различны по эффективности воздействия на степень микробного заселения миндалин. Так у больных, которым проведена иммунотерапия беталейкином, эрадикация патогенной микрофлоры достигнута у 36%, а в группе сравнения - у 27,3%.

В оценке эффективности лечения хронического тонзиллита большое значение имеют результаты наблюдений в более поздние сроки. С этой целью нами изучены частота, тяжесть обострений заболевания в течение 1,5 - 2 лет после проведенного курса лечения.

Результаты, представленные в таблице 1, указывают на то, что в исследуемой группе положительный эффект от лечения составил 91,5%, что обусловлено иммуностимулирующим действием ультразвука и интерлейкина 1β. В группе больных, лечившихся диоксидином, течение заболевания изменилось у 77,4%. 53,2% больных основной группы и 38,7% больных группы сравнения в течение наблюдаемого периода не болели ангинами. Проведённое лечение оказалось неэффективным у 8,5% больных после лечения беталейкином и у 22,5% больных, лечившихся по традиционной методике.

## Выводы

Комплексное местное лечение компенсированной формы хронического тонзиллита с использованием иммуномодулятора "Беталейкин" привело к значительному клиническому улучшению как непосредственно после проведенного курса, так и в отдалённые сроки. Полученные результаты позволяют рекомендовать использование беталейкина для лечения больных компенсированной формой хронического тонзиллита.

## Литература

1. Арефьева Н.А., Азнабаева Л.Ф., Симбирцев А.С. Применение беталейкина в лечении больных риносинуситом // Новости оторинолар. и логопатол. - 2001. - №2. - С.175-178.
2. Арефьева Н.А., Медведев Ю.А. Иммунологические аспекты оториноларингологии // Новости оторинолар. и логопатол. - 1997. - №4. - с.3-10.
3. Быкова В.П. современный аспект тонзиллярной болезни // Архив патологии. - 1996. - т.58. - С.23-30.
4. Горбачевский В.Н. Клинико-иммунологическое изучение роли нёбных миндалин в защитных реакциях организма в норме и при хроническом тонзиллите: Автореф. дис. докт. мед. наук. Киев. - 1979. - 38 с.

5. Мишенькин Н.В. Низкочастотная ультразвуковая терапия и хирургия в оториноларингологии.- Новосибирск, 1992.-193с.
6. Плужников М.С., Лавренова Г.В., Катинас Н.Б. Иммуностропная терапия в ЛОР-практике// Справочник по иммунотерапии под ред. Симбирцева А.С.. - СПб., 2002. - С.392-401.
7. Попа В.А. Хронический тонзиллит. - Кишинёв: Штица, 1984. - 225с.
8. Преображенский Б.С. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями.-М., 1954. 207с.
9. Рязанцев С.В., Полевщиков А.В., Дроздова М.В., Самозаова С.Г. Иммуные реакции слизистых оболочек: современное состояние проблемы// В сб.: Матер.:XVI съезда оториноларингологов России. - Сочи, 2001. - С.407-410.
10. Симбирцев А.С. Биология семейства интерлейкина-1 человека//Иммунология. - 1998. - №3. - С.9-17.
11. Симбирцев А.С., Чернушевич И.И. Рекомбинантный интерлейкин-1бета (Беталейкин) в лечении хронического гнойного среднего отита // Новости отоларингологии и логопатологии. 1999. №3. С.58-61.
12. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. - М.: Медицина, 1997. - С.348-364.
13. Шварцман Я.С., Хазенсон Л.Б. Местный иммунитет. М.: Медицина, 1978. - 223с.
14. Brandtzaeg P., Jahnsen F.L., Farstad I.N. et al.// Folia Otorhinolaryng. Et Patol. Respiratoriae. - 1998. - №4.; 1-2: p.74-83.