УДК 616.36 – 002.2 – 097.1 – 053.2

Лагунова Н.В., Бобровицкая А.И., Воробьева В.Г.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОЧАГАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ НОСИТЕЛЬСТВЕ HBsAg

Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского»

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Крым, г. Симферополь,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

г. Донецк, НИИ МПС, г. Донецк

Резюме. Изучена эффективность комбинированного метода реабилитации – амиксин IC по схеме в сочетании с МДМ-терапией у 26 детей с хроническими очагами инфекции (тонзиллит, фарингит, гайморит) при носительстве HBsAg. Установлено, что использование медикаментозного (амиксин IC) и немедикаментозного (МДМ-терапия) методов у детей с хроническими очагами инфекции при носительстве HBsAg способствует уменьшению в 3,5 раза частоты обострений хронических очагов инфекции и предупредить мутацию вируса гепатита В и развитие HBeAg-негативного хронического гепатита В.
Ключевые слова: дети, носительство HBsAg, МДМ-терапия, реабилитация.

Lagunova N.V., Bobrovitskaya A.I., Vorobieva V.G.

PECULIARITIES OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH CHRONIC FOCUS OF INFECTION WHEN CARRIED OUT OF HBsAg

Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Vernadsky CFU, Crimea, Simferopol, STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY», Donetsk, NII MPS, Donetsk

Summary. The effectiveness of the combined rehabilitation method - amiksin IC according to the scheme in combination with MDM-therapy in 26 children with chronic foci of infection (tonsillitis, pharyngitis, sinusitis) with HBsAg carriage was studied. It has been established that the use of drug (amiksin IC) and non-drug (MDM-therapy) methods in children with chronic foci of infection with HBsAg carriage helps to reduce by 3.5 times the frequency of exacerbations of chronic foci of infection and prevent hepatitis B virus mutation and the development of HBeAg-negative chronic hepatitis B.
Key words: children, carriage of HBsAg, MDM therapy, rehabilitation.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время хронический вирусный гепатит В у детей привлекает особое внимание педиатров различных специальностей вследствие значительной распространенности, длительности течения и инвалидизации. По данным ВОЗ, приблизительно 350-400 млн человек в мире инфицировано вирусом гепатита В (HBV). Заболевание хроническим гепатитом В у детей также как и у взрослых имеет прогрессирующий характер течения болезни [1]. Лица, инфицированные вирусом (HBV) в раннем возрасте, имеют 25,0% риск преждевременной смерти от осложнений – цирроза

и/или гепатоцеллюлярной карциномы [2].

Различают три фазы хронической HBV-инфекции: иммунотолерантная, фаза иммунного очищения (иммуноактивная) и неактивная [3]. Инфицированные дети в раннем возрасте находятся в фазе иммунологической толерантности, которая характеризуется наличием «е» - антигена гепатита В (HBeAg), высоким сывороточным уровнем ДНК HBV (>10⁵ копий) и нормальными уровнями аланинаминотрансферазы (АлАТ).

На смену иммунотолерантности приходит фаза иммунологического очищения, по сути это и есть хронический гепатит В (повышение уровня сывороточных АлАТ

и ДНК HBV, при биопсии печени выявляются признаки хронического гепатита).

Третья фаза неактивности – статус носителя HBsAg свидетельствует об очистке организма от HBeAg и появлении анти-HBe антител (HBeAg сероконверсия), характеризуется содержанием ДНК HBV в сыворотке крови $<10^4$ копий/мл, нормальным уровнем АлАТ и минимальной гистологической активностью. Однако у некоторых пациентов в фазе иммунного очищения вирусы гепатит В мутируют, вследствие чего секреция HBeAg подавляется или он обнаруживается в незначительных концентрациях, тогда как интенсивность вирусной репликации может достигать высоких значений. Данная форма хронической HBV – инфекции называется HBeAg-негативным хроническим гепатитом В и ассоциируется с более тяжелым поражением печени, чем HBeAg-позитивный гепатит В.

Одним из перспективных направлений современной немедикаментозной терапии является МДМ-терапия – проверенный и действенный метод коррекции адаптационной системы на уровне управляющих центров головного мозга [4]. Данный метод может дополнить медикаментозный у детей с хроническими очагами инфекции при носительстве HBsAg [5,6].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность комбинированного метода реабилитации – амиксин IC в сочетании с МДМ-терапией у детей с хроническими очагами инфекции при носительстве HBsAg.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 26 детей с хроническими очагами инфекции в виде тонзиллита 15 (57,8 %), фарингита 8 (30,7 %), гайморит 3 (11,5 %) при носительстве HBsAg в возрасте 7 - 14 лет, получивших профилактическую комбинированную терапию (амиксин IC и МДМ-терапия).

Группой сравнения явилось 20 детей с хроническими очагами инфекции при носительстве HBsAg не получивших профилактическое лечение.

Нами использован комбинированный метод реабилитации: медикаментозной – амиксин IC в дозе 0,06г.

(1 таблетка в неделю) курсом 6 недель и физиотерапевтический – МДМ (транскраниальная мезодиэнцефальная модуляция) в дозе по 30 минут 10 процедур (ежедневно в течение 10 дней) у детей с хроническими очагами инфекции при носительстве HBsAg.

Использована уникальная методика МДМ-терапия (мезодиэнцефальная модуляция) у детей с хроническими очагами инфекции при носительстве HBsAg – это проверенный и действенный метод коррекции адаптационной системы на уровне управляющих центров головного мозга. Нормализация состояния адаптационной системы сопровождается перестройкой деятельности всего организма, в частности, улучшается качество работы органов и тканей, имеющих отклонения от нормы или пораженных патологическим процессом. В результате воздействия слабым электрическим сигналом с определенными параметрами на структуры головного мозга избирательно активируются различные участки нейроэндокринной системы – мобилизует иммунную систему.

Сеансы мезодиэнцефальной модуляции проводятся с использованием компьютерного комплекса МДМ-2000/1 (производства ZAT а.д., Чешская республика). Процедура проведения мезодиэнцефальной модуляции проста и безболезненна: на голову пациента накладывается пара лобно-затылочных электродов, через которые подаются специально подобранные терапевтические импульсы тока, изменяющиеся во времени по заранее заданной программе. Параметры электрических сигналов запрограммированы так, что негативное воздействие на организм полностью исключено. Процедура длится 30 минут, стандартный лечебный курс состоит из 10 процедур (ежедневно в течение 10 дней).

Полученные результаты обработаны на ЭВМ классическими математическими методами вариационной и описательной статистики с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows». При оценке достоверности определялись критерий Стюдента (t). Статистически значимыми были дан

ные с уровнем достоверности $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Проведенная оценка состояния здоровья у 26 детей с хроническими очагами инфекции при носительстве HBsAg позволила установить, что различные заболевания верхних дыхательных путей: хронический тонзиллит 15 (57,8 %) случаев, хронический фарингит 8 (30,7 %), гайморит 3 (11,5 %).

Эпидемиологические исследования позволили выявить, что в течение одного года каждый ребенок имел заболевания верхних дыхательных путей $3,7 \pm 0,9$ раза.

Клиническими проявлениями хронического тонзиллита (57,8 %) были неприятные ощущения в горле (53,3%) и казеозные массы в лакунах миндалин (26,7%), болезненная пальпация подчелюстных лимфатических узлов (33,3%). При осмотре ротоглотки небные миндалины гипертрофированные (I – II степень) с рубцовым изменением и уплотнены, слизистая передних дужек миндалин гиперемизирована. Гемограмма характеризовалась лейкоцитозом ($7,3 \pm 1,4$ г/л), нейтрофильным сдвигом ($6,2 \pm 3,7\%$), моноцитопенией ($4,7 \pm 1,4$), ускорением СОЭ ($16,6 \pm 1,2$ мм\час).

Формированию хронического фарингита у детей (30,7 %) способствовали: тонзиллит (75,0%), гнойные воспаления придаточных пазух носа (37,5 %), ринит (12,5%). Клиническая картина хронического фарингита характеризовалась ощущением инородного тела в горле (62,5%), умеренными болями при глотании (25,0%), нередко сухим кашлем (37,5%), быстрым изменением голоса (50, 0 %). При фарингоскопии отмечались: утолщение и разлитая гиперемия слизистой оболочки глотки с наличием вязкого слизистого или слизисто – гнойного секрета, отечность и утолщение язычка и мягкого неба. Гемограмма характеризовалась лейкоцитозом ($6,7 \pm 1,3$ г/л), нейтрофильным сдвигом ($5,4 \pm 3,6\%$), моноцитопенией ($5,8 \pm 1,5$), ускорением СОЭ ($17,4 \pm 1,1$ мм\час).

Хронический гайморит (11,5 %), как правило, развивался после перенесенной ОРВИ. Клиническая картина хронического гайморита сопровождалась кратковременным повышением температуры

женной головной болью (2). Гемограмма характеризовалась легкой степени гипохромной анемией ($105,7 \pm 2,3$ г/л), незначительным лейкоцитозом ($8,6 \pm 1,4$ г/л), ускорением СОЭ ($12,0 \pm 0,2$ мм/час.). На рентгенограмме придаточных пазух видны признаки отека слизистой, скоплении жидкости в верхнечелюстных отделах.

Изучение микробиологического пейзажа ротоглотки у детей с хроническими очагами инфекции при носительстве HBsAg позволила выявить наличие патогенной флоры: стафилококк – в 18,3% случаев, стрептококк – 13,9%, пневмококк – 0,8% и грибы рода Candida – 9,6%.

У всех детей с хроническими очагами инфекции при носительстве HBsAg показатели HBeAg были отрицательными.

При оценке клинко-иммунологических данных детей с хроническими очагами инфекции при носительстве HBsAg, получивших профилактическую (МДМ-терапию и амиксин IC по схеме), уменьшилась в 3,5 раза частота обострений хронических очагов инфекции по сравнению с детьми, не получавших профилактическое лечение.

ВЫВОДЫ

Таким образом, использование медикаментозного (амиксин IC) и немедикаментозного (МДМ-терапия) методов у детей с хроническими очагами инфекции при носительстве HBsAg способствует уменьшению в 3,5 раза частоты обострений хронических очагов инфекции и предупредить мутацию вируса гепатита В и развитие HBeAg-негативного хронического гепатита В.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сенягина Н. Е. и соавт., 2011, Рогозина Н.В. и соавт., 2012, Учайкин В.Ф. и соавт. 2014, Mohamed M.K. et al. 2006.
2. Ganem D., Prince A.M. 2004.
3. Lok A.S., Mc Mahon B. 2004, Keefe E.B. et al. 2004.
4. Карев В.А. Мезодиэнцефальная модуляция в комплексной терапии на госпитальном этапе. Журнал Альманах клинической медицины. 2008; 17(2):204-206.
5. Фридман И.В., Харит С.М., Черняева Т.В., Начарова Е.П., Голева О.В. Применение Виферона при вакцинации

дивакциной против кори и эпидемического паротита часто болеющих детей. Лечебная профилактика. 2013;4:13–16.

6. А. І. Бобровицька, Т.Ф.Голубова, Н.П.Кучеренко, І.А.Криштопіна, І.В. Яценко. Досвід використання аміксіну при вірусних інфекціях у дітей: Методичні рекомендації. Донецьк; 2010. 37.

REFERENCES

1. Senjagina N. E. et al., 2011, Rogozina N.V. et al., 2012, Uchajkin V.F. et al. 2014, Mohamed M.K. et al. 2006.
2. Ganem D., Prince A.M. 2004.
3. Lok A.S., Mc Mahon B. 2004, Keefe E.B. et al. 2004.
4. Karev V.A. Mezodijencefal'naja moduljacija v kompleksnoj terapii na gospital'nom jetape [Mesodiencephalic modulation in complex therapy at the hospital stage] Zhurnal Al'manah klinicheskoy mediciny. 2008; 17(2):204-206 (in Russian).
5. Fridman I.V., Harit S.M., Chernjaeva T.V., Nacharova E.P., Goleva O.V. Primenenie Viferona pri vakcinacii divakcinoy protiv kori i jepidemicheskogo parotita chasto bolejuushhih detej [The use of Viferon during vaccination with divaccine against measles and mumps of frequently ill children]. Lechebnaja profilaktika. 2013;4:13–16 (in Russian).
6. А. І. Bobrovic'ka, T.F.Golubova, N.P.Kucherenko, I.A.Krishtopina, I.V. Jacenko. Dosvid vikoristannja amiksinu pri virusnih infekcijah u ditej: Metodichni rekomendacii [Experience of amixin use in viral infections in children]. Donetsk; 2010. 37 (in Ukrainian).

Сведения об авторах:

Лагунова Наталья Владимировна;
Заведующая кафедрой педиатрии с
курсом детских инфекционных болезней
института

«Медицинская академия имени
С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «КФУ
им. В.И.Вернадского»;
Доктор медицинских наук;
Профессор;
Адрес: Российская Федерация,
Республика Крым, 295051,
г. Симферополь, пр.Ленина,5/7

Бобровицкая Антонина Ивановна;
Профессор кафедры детских
инфекционных болезней
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО;
Доктор медицинских наук;
Профессор;
Адрес: пр. Ильича, 16, г. Донецк, 83003;
Электронный адрес:
bobrovickaya38@mail.ru

Воробьева Валерия Геннадиевна;
Заведующая ПОСМ и ПС НИИ МПС
г. Донецка;
Адрес: г. Донецк, ул. Левицкого, д. 4