

# ЛИСОБАКТ — НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛОТКИ

О.Г. РЫЛЬСКАЯ, *Институт отоларингологии им. проф. А.С. Коломийченко АМН Украины (директор, член-корр. АМНУ, проф. Д.И. Заболотный)*

В настоящее время нельзя отметить тенденцию к уменьшению числа воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, среди которых большой удельный вес занимают воспалительные заболевания глотки. Не всегда с помощью известных методов можно достичь хороших результатов в лечении этой патологии.

Известно, что важнейшее место в поддержании постоянства внутренней среды организма занимает иммунная система, в тесной функциональной связи с которой находится один

филакты кровотока после тонзилэктомии (Sulsenti, 1964).

Местное применение препарата приводит к быстрому очищению раны и развитию грануляций (Э.Г. Щербакова, 1983).

Известно применение лизоцима при атрофических и гиперпластических фарингитах, хроническом тонзиллите в виде электрофореза и местного промывания лакун, при ангинах использовался аэрозольный способ введения кристаллического лизоцима (Веремеенко К.Н., Лосицкая В.М., Можаровская Л.Н., 1974; Брофман А.В., 1975).

С появлением на фармацевтическом рынке новой лекарственной формы препарата в таблетках для рассасывания возникла необходимость изучить эффективность применения Ли-

сособакта в состоянии, измерение ЧСС), фарингоскопия, пальпация регионарных лимфоузлов, термометрия, регистрация субъективных жалоб пациента, общий анализ крови, микробиологическое исследование (бакпосев на флору со слизистой глотки и/или миндалин).

Лисобакт назначался в основной группе наряду с антибактериальной, гипосенсибилизирующей, симптоматической терапией по следующей схеме в виде таблеток для рассасывания детям до 7-ми лет по 1-й таблетке 3 раза в день, до 12-ти лет по 1-й таблетке 4 раза в день, взрослым по 2 таблетки 3-4 раза в день в течение 8-ми дней. При опросе больного учитывалась степень выраженности следующих признаков: боль в горле, першение, чувство комка в горле, кашель, сухость в глотке. При фарингоскопии оценивались: гиперемия и отек задней стенки глотки, небных дужек, состояние небных миндалин, наличие грануляций, наличие и характер секрета на задней стенке глотки, наличие и характер патологического отделяемого в лакунах, наличие фибринозного налета, состояние регионарных лимфоузлов, температура тела. Анализ результатов проводился до лечения, на 3-й, 5-й и 8-й день исследования.

Эффективность исследуемого препарата оценивалась по динамике субъективных жалоб пациента, уменьшению выраженности клинических проявлений заболевания, на основании данных микробиологического исследования.

Оценка эффективности исследуемого препарата производилась на основании вышесказанных критериев в баллах по следующей шкале: высокая эффективность — 3 балла, умеренная — 2 балла, низкая эффективность — 1 балл.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью критерия углового преобразования Фишера.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После рассасывания препарата Лисобакт пациенты отмечали, что начало его действия проявлялось на протяжении 5-10 минут (уменьшалась боль и дискомфорт в глотке), длительность вышеуказанного действия исследуемого препарата составила от 3-х до 6-ти часов. На 3-й день лечения большинство больных в основной группе сообщили об улучшении общего самочувствия, уменьшении проявлений воспалительного процесса в глотке, а именно — боли, ощущения сухости и першения в горле, кашля. На 5-й день лечения у большинства пациентов основной группы наблюдалась нормализация температуры тела и общего самочувствия.

На рисунке 1-2 графически представлена динамика уменьшения жалоб больных в процессе лечения. Данный рисунок наглядно демонстрирует более быстрое уменьшение субъективных жалоб пациентов в основной группе по сравнению с контрольной, что подтверждалось данными фарингоскопии (рис. 3). Такие симптомы, как гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки в первый день лечения, наблюдались у подавляющего большинства пациентов обеих групп. Выраженность реактивных явлений слизистой оболоч-

ки ротоглотки и небных миндалин значительно уменьшалась к 5-му дню лечения и практически отсутствовала в конце курса терапии (8-й день исследования). Налеты на небных миндалинах присутствовали у 30-ти больных основной и у 29-ти больных контрольной группы до начала курса лечения. Они исчезали быстрее у больных, которым назначали в комплексном лечении препарат Лисобакт.

Бактериологические исследования включали оценку количественного и качественного состава микрофлоры у больных в основной и контрольной группах.

Микробный пейзаж был представлен ассоциацией микроорганизмов, таких как стафилококки, энтерококки, стрептококки, нейссерии и грибы рода кандида. У 80% больных с воспалительными заболеваниями глотки высевался золотистый стафилококк, количество которого оценивалось как 3-4 степень роста, что говорит о том, что золотистый стафилококк имеет этиологическое значение в формировании таких воспалительных заболеваний, как хронический и острый фарингит и тонзиллит. В 8% случаев выделялся эпидермальный стафилококк, пневмококк — в 7% и стрептококки группы А высевались у 32%, в 95% случаев в микробных ассоциациях выделялись энтерококки, у 4% больных высевалась гемофильная палочка и в 5% случаев — *Moraxella* spp. В 20% случаев выделялись грибы рода кандида таких видов, как *C. albicans*, *C. tropicalis*.

После проведенного лечения в основной группе в 60% случаев наблюдалась нормализация микробного пейзажа глотки. Полностью элиминировались со слизистой оболочки такие условно патогенные микроорганизмы, как пневмококки, стрептококки группы А, энтерококки, гемофильная палочка и моракселла, грибы рода кандида элиминировались в 85% случаев. Золотистый стафилококк элиминировался со слизистой у 33,3% больных, у 39% больных количество его после лечения было снижено с IV до I степени роста, что рассматривается как носительство, у 7,7% больных с IV до II-III степени роста. В то же время практически не изменился состав нормофлоры — нейссерии, нормальные стрептококки ротовой полости, лактобактерии и частично энтерококки высевались в тех же микробных ассоциациях, что и до лечения.

Таблица 2. Состав микрофлоры у больных острым и хроническим тонзиллитом, фарингитом в основной группе и контрольной

Вид микроорганизма	До лечения, % больных	Состав микрофлоры	
		Основная группа, После лечения, % больных	Контрольная группа, После лечения, % больных
<i>S. epidermidis</i>	8	2	2,5
<i>S. aureus</i>	80	7,7	6,9
<i>Str. pneumoniae</i>	7	-	1
<i>Str. gr.A</i>	32	-	5
<i>Enterococcus spp.</i>	90	60	20
<i>Moraxella spp.</i>	5	-	0
<i>H. influenzae</i>	4	-	-
<i>E. coli</i>	2	-	-
<i>Candida spp.</i>	20	1,5	25

Микробный пейзаж в контрольной группе после лечения (антибиотиками, к которым были чувствительны микроорганизмы) имел характерные изменения. Они свидетельствовали о том, что, наряду с полной или частичной элиминацией со слизистой оболочки зева и миндалин таких микробов, как *S. aureus*, *Str. pneumoniae*, *Moraxella spp.*, *H. influenzae* и др., угнетался качественный и количественный состав нормофлоры, увеличивалось количество грибов рода *Candida* у тех больных, у которых грибы высевались до лечения, и у 5% больных, у которых грибы не высевались до лечения.

Таблица 1. Сравнительная характеристика эффективности лечения больных с воспалительными заболеваниями глотки в основной и контрольной группах (показатели от общего числа больных, %)

Клинические проявления	1-й день		5-й день		8-й день	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
<b>Субъективные</b>						
Боль в горле	81,1	82,2	34,4	43,3	2,2	11,1
Чувство сухости, першения в горле	64,4	65,5	28,9	38,9	1,1	3,3
Ухудшение общего самочувствия	96,7	95,6	23,3	35,6	0	1,1
Боль в области регионарных лимфоузлов	93,4	94,3	11,1	21,1	0	0
<b>Объективные</b>						
Гиперемия слизистой глотки	100	98,9	19,4	21,5	3,3	6,67
Налет фибриновый на небных миндалинах	100	96,6	3,3	23,3	0	3,3
Отек небных дужек, боковой стенки	91,1	90	20	28,9	2,2	4,4

Примечание: клинический признак «налет фибриновый на небных миндалинах» оценивался только в группе пациентов с острым тонзиллитом (по 30 пациентов в каждой группе).

из древнейших факторов неспецифической защиты организма — лизоцим. Это универсально распространенный в растительном и животном мире защитный фермент. Впервые он был обнаружен в белке куриного яйца и свое название получил за способность лизировать пептидогликаны мембраны бактериальной клетки. Лизоцим находится во всех тканях и биологических жидкостях человека. Этот антибактериальный фермент присутствует в гранулах фагоцитирующих клеток, в слезной жидкости, слюне. Он участвует в регуляции иммунных и метаболических процессов и тем самым обеспечивает общебиологическую функцию естественной толерантности организма. При нарушении динамического равновесия организма с окружающей средой общей закономерностью является резкое снижение уровня эндогенного лизоцима. Заметно изменяется количество этого фермента в крови и слюне при инфекционных заболеваниях полости рта (Т.В. Голосова, 1965), при острых респираторных заболеваниях (Г.А. Медякин, 1949), при стойком нарушении носового дыхания (Caselli, 1946), рецидивирующих носовых кровотечениях (Grifo, 1961), при хроническом тонзиллите (Т.В. Голосова, 1965), аденоидитах (Ciose, 1961).

Лизоцим многие годы с успехом применяется в лечении многих воспалительных заболеваний, с целью профилактики гриппа и других острых респираторных заболеваний, а также в ЛОР-практике. Применялся он в кристаллической форме для парентерального введения (В.С. Смирнова, 1972) и в виде ингаляций (Е.Н. Ревина 1972; А.В. Брофман, В.А. Самило, 1972), а также в виде монотерапии и в сочетании с другими препаратами.

Введение лизоцима в организм усиливает фагоцитоз, увеличивает содержание  $\gamma$ -глобулиновой фракции сыворотки крови, повышает активность АКТГ (Т.П. Аникина, 1966; Н.А. Жуковская, 1966). Он не обладает антигенными свойствами и не вызывает местной и общей анафилактической реакции (З.В. Ермолева, 1963).

Комбинированное введение лизоцима с кортикостероидами препятствует проявлению побочного действия гормонов этой группы, снижению иммунологической реактивности организма (Boncinelli, 1964), в комбинации препарата с антибиотиками удается предотвратить возникновение лекарственной устойчивости патогенных микроорганизмов и избежать аллергических реакций (Н.Ф. Тарасенко, 1982).

Антигеморрагическое действие лизоцима позволяет применять этот препарат для про-

собоакта в лечении больных с воспалительными заболеваниями глотки.

Многие годы препарат применяется для лечения больных при афтозных стоматитах, гингивитах и др. воспалительных процессах полости рта. Препарат обладает антибактериальным, противовоспалительным, противовирусным, стимулирующим местный неспецифический иммунитет действием. Его действующими веществами являются лизоцим и пиридоксин. Одна таблетка Лисособакта содержит 20 мг лизоцима и 10 мг пиридоксина. Пиридоксин оказывает защитное действие на слизистую оболочку и имеет выраженное антиафтозное действие.

Целью исследования было изучение эффективности применения Лисособакта у больных с воспалительными заболеваниями глотки (острый и хронический тонзиллит, фарингит) и лиц после тонзилэктомии.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проводились в Институте отоларингологии им. проф. А.С. Коломийченко у больных с воспалительными заболеваниями глотки (острый и хронический тонзиллит, фарингит) и лиц после тонзилэктомии. В основную группу вошли 120 пациентов и столько же в контрольную, которые, в свою очередь, были разделены на 4 подгруппы, каждая по 30 человек (1-я — острый тонзиллит, 2-я — хронический тонзиллит, 3-я — хронический фарингит, 4-я — состояние после тонзилэктомии). Возраст больных от 3-х до 60-ти лет.

До начала и в процессе исследования каждый пациент проходил клинико-лабораторное обследование.

Для обследования пациентов были использованы следующие клинические и лабораторные методы: объективное обследование (об-

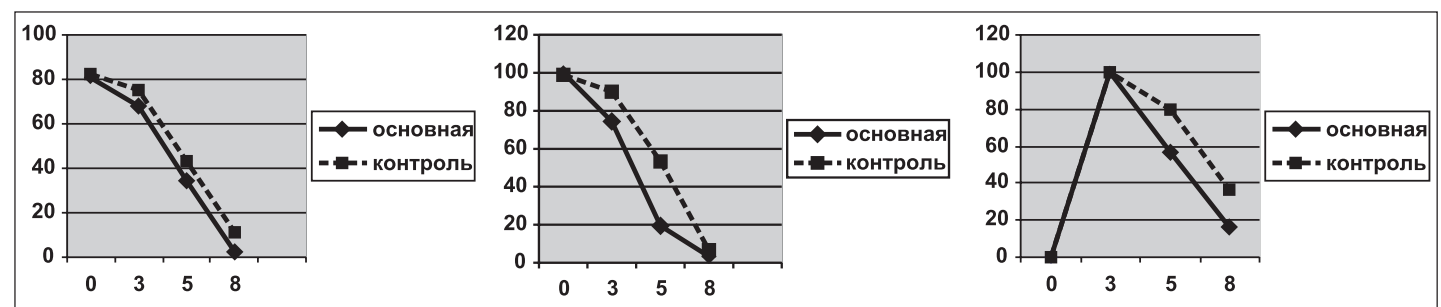


Рисунок 1. Динамика жалоб и симптомов в процессе лечения (боль в глотке, гиперемия слизистой оболочки глотки, фибриновый налет в нишах небных миндалин, %)