

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ, АДЕНОИДИТОМ НА ФОНЕ ВИРУСА ЭПШТЕЙНА-БАРА И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ



Рустамова Гулноза Рустамовна, Самиева Гулноза Уткировна, Джаббарова Насиба Рахимовна Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЭПШТЕЙН-БАР ВИРУСИ ВА ЦИТОМЕГАЛОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ ФОНИДА КЕЧУВЧИ СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ, АДЕНОИДИТ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА КОМБИНИРЛАНГАН ДАВОНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Рустамова Гулноза Рустамовна, Самиева Гулноза Уткировна, Жабборова Насиба Рахимовна Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

EFFECTIVENESS OF COMBINED TREATMENT OF CHILDREN WITH CHRONIC TONSILLITIS, ADENOIDITIS DUE TO EBSTEIN BAR VIRUS AND CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

Rustamova Gulnoza Rustamovna, Samieva Gulnoza Utkirovna, Jabborova Nasiba Rahimovna Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Сурункали тонзиллит отоларингология ва педиатриядо долзарб муаммо бўлиб, баъзи муаллифларнинг фикрига кўра 74% ни таъкил қилади. Хорижий ва маҳаллий адабиётларни таҳлил қилиш болаларда сурункали тонзиллит ва аденоидит ривожланишида вирусли инфекцияларнинг муҳим ролини кўрсатди [1,3].

Калит сўзлар: сурункали тонзиллит, аденоидит, цитомегаловирус инфекцияси, Эпштейн-Барр вируси, Гроприносин.

Abstract. Chronic tonsillitis is a pressing problem in otolaryngology and pediatrics and accounts for 74% according to some authors. An analysis of foreign and domestic literature has shown the important role of viral infections in the development of chronic tonsillitis and adenoiditis in children [1,3].

Key words: chronic tonsillitis, adenoiditis, cytomegalovirus infection, Epstein Barr virus, Groprinosin.

Развитие микробиологического исследования, помогло изучить что в структуре патогенов хронического тонзиллита наиболее часто обнаруживаются возбудители как стрептококки, стафилококки, пневмококки, гемофильная палочка, моракселла, аденовирусы, вирус Эпштейна Барра, вирус герпеса, разные анаэробы, атипичная микрофлора как микоплазмы, хламидии и в меньшей доле грибы [2,4,6]. XXI век, век развития молекулярной биологии. Исходя из этого на сегодняшний день большой интерес представляет исследования одноклеточных полиморфизмов. Данные исследования проводятся с целью выяснения мультифакториального генеза хронического тонзиллита [5,8,9].

Материалы и методы исследования. Объектом исследования стали 182 детей из них 116 больных с хроническим тонзиллитом (субкомпенсированная и компенсированная форма), 76 больных аденоидитом, в возрасте от 4 до 14 лет, из перечисленного контингента ретроспективный анализ истории болезни

(амбулаторных карт) 36 больных детей с хроническим тонзиллитом и 30 аденоидитом аналогичного возраста. Исследование больных проводилось стационарно и амбулаторно на базе многопрофильной клиники СамГМУ в отделении оториноларингологии и детского отделения. Об инфицированности возбудителями ЦМВИ, ВЭБ судили по результатам иммуноферментного анализа (ИФА). Больные были распределены на несколько групп. Данные контрольных групп были взяты из ретроспективного анализа истории болезни. Контрольная группа (I) дети с хроническим тонзиллитом получала стандартную терапию. Контрольная группа (II) дети с ХА получала стандартную терапию, основная группа (III-ХТ) дети с хроническим тонзиллитом наряду со стандартной терапией получала в качестве противовирусной терапии противовирусный препарат Гроприносин. Основная группа (IV-ХА) дети с хроническим аденоидитом наряду со стандартной терапией получала в препарат Гроприносин назначали детям – в суточной дозе из расчета 50 мг/кг массы тела за 3–4 приема на

протяжении 5–7 дней затем, детям старше 7 лет Виферон 500000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки через 12 ч ежедневно в течение 5 суток. детям до 7 лет Виферон 500000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки через 12 ч ежедневно в течение 5 суток, после 5 дневного перерыва больным было назначено повторный курс Гроприносина и Виферона по указанной выше схеме. Эффективность терапии оценивали по динамике и темпу регресса клинической симптоматики и лабораторных показателей.

Результаты исследования. В нашем исследовании мы провели сравнение с больными, которые получали противовирусную терапию с больными с ХТ и ХА, которые не получали противовирусную терапию. В зависимости от проведенного лечения обследованные больные больные распределены на группы. Данные контрольных групп были взяты из ретроспективного анализа историй болезни. Контрольная группа (I) n=36 дети с хроническим тонзиллитом получала стандартную терапию. Контрольная группа (II) n=30 дети с ХА получала стандартную терапию, Основная группа (III-ХТ) n=116, учитывая наличие ЦМВИ и ВЭБ больным наряду со стандартной терапией было назначено в качестве противовирусной терапии Гроприносин Назначали детям – в суточной дозе из расчета 50 мг/кг массы тела за 3–4 приема на протяжении 5–7 дней затем, детям старше 7 лет Виферон 500000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки через 12 ч ежедневно в течение 5 суток. детям до 7 лет Виферон 500000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки через 12 ч ежедневно в течение 5 суток, после 5 дневного перерыва больным было назначено повторный курс Гроприносина и Виферона по указанной выше схеме. Основная группа (IV-ХА) n=76 дети с хроническим аденоидитом наряду со стандартной терапией получала в качестве противовирусной терапии Виферон и

иммуномодулирующей терапии Гроприносин. Эффективность терапии оценивали в динамике по клиническим признакам лабораторным показателям во время обострения болезни проводился один раз в шесть месяцев в течение одного года. В исследовании проводился анализ эффективности комбинированной терапии в сравнении со стандартной терапией. Регрессия клинических признаков больных с хроническим тонзиллитом ассоциированных с ЦМВИ, ВЭБ в зависимости от вида лечения (I-группа стандартное лечение, II-группа комбинированное лечение). Использование противовирусного препарата Гроприносин с иммуномодулирующим препаратом Виферон при хроническом тонзиллите ассоциированного ЦМВИ и ВЭБ достоверно снизило количество дней таких жалоб, как боли при глотании ($6,3 \pm 0,25$; $3,21 \pm 0,7$ соответ.), сухость и дискомфорт в горле ($5,7 \pm 0,33$; $3,21 \pm 0,7$ соответ.), быстрая утомляемость ($3,21 \pm 0,7$; $7,3 \pm 0,87$ соответ), головная боль ($5,1 \pm 0,54$; $3,12 \pm 0,68$ соответ.), повышение температуры тела ($4,6 \pm 0,89$; $2,13 \pm 0,66$ соответ.), объективно: уменьшение увеличения регионарных лимфатических узлов ($12,2 \pm 1,74$; $9,74 \pm 1,25$ соответ.), болезненность регионарных лимфатических узлов ($5,5 \pm 0,244$; $4,32 \pm 0,77$ соответ) (табл. 1). Фарингоскопическая картина после проведения комбинированной терапии позволила констатировать отсутствие признака Гизе на 4 сутки при комбинированной терапии в то время как при стандартной этот признак держался в течение 6 суток. (табл.2.). Признак Преображенского и Зака также исчез на 1-2 дня раньше у детей с комбинированной терапией. Все показатели были достоверно значимыми. После использования противовирусных и иммуномодулирующих препаратов у детей с тонзиллитом при I степени уменьшение размера миндалин ($6,12 \pm 0,32$; $5,05 \pm 0,24$ соответ.), при II степени ($7,01 \pm 0,54$; $3,03 \pm 0,12$ соответст.).

Таблица 1. Регрессия клинических признаков больных с хроническим тонзиллитом ассоциированных с ЦМВИ, ВЭБ в зависимости от вида лечения

Клинические признаки	I-группа Стандартное лечение (дни)	II-группа Комбинированное лечение (дни)	P
Боли при глотании	$6,3 \pm 0,25$	$3,21 \pm 0,7$	$p < 0,05^*$
Сухость и дискомфорт в горле	$5,7 \pm 0,33$	$3,2 \pm 0,4$	$p < 0,05^*$
Быстрая утомляемость	$10,4 \pm 1,05$	$7,3 \pm 0,87$	$p < 0,05^*$
Головная боль	$5,1 \pm 0,54$	$3,12 \pm 0,68$	$p < 0,05^*$
Повышение температуры тела	$4,6 \pm 0,89$	$2,13 \pm 0,66$	$p < 0,05^*$
Уменьшение увеличения регионарных лимфатических узлов	$12,2 \pm 1,74$	$9,74 \pm 1,25$	$p > 0,05$
Болезненность регионарных лимфатических узлов	$5,5 \pm 0,24$	$4,32 \pm 0,77$	$p > 0,05$

Примечание: P - достоверность различий

Таблица 2. Регрессия фарингоскопических признаков больных с хроническим тонзиллитом ассоциированных с вирусом ЦМВИ и Эпштейна-Барра в стадии обострения в зависимости от вида лечения

Фарингоскопические признаки	Стандартное лечение(дни)	комбинированное лечение(дни)	p<0.05
Признак Гизе	6.27±0.65	4.11±0.65	p<0.05*
Признак Преображенского	6.68±1.07	5.23±0.25	p>0.05
Признак Зака	5.13±0.56	5.07±0.13	p>0.05
Уменьшение размера миндалин I степени	6.12±0.32	5.05±0.24	p<0.05*
Уменьшение размера миндалин II степени	7.01±0.54	5.01±0.67	p<0.05*
Повышение температуры тела	5.31±0.42	3.03±0.12	p<0.05*

Примечание: Р - достоверность различий.

Повышение температуры тела на 2 дня раньше нормализовалась в группе с комбинированной терапией.

Выводы. Таким образом, назначение комбинированной терапии позволило в кратчайшие сроки уменьшить выраженность жалоб, нормализовать фарингоскопическую картину, уменьшить размер миндалин. Эффективность проведенной противовирусной терапии у детей с хроническим тонзиллитом и аденоидитом ассоциированным ЦМВИ и ВЭБ доказана урежением длительности и частоты обострений, регрессией клинических проявлений.

Литература:

1. Азнабаева Л.М., и др. Лизоцим слюны и антилизоцимная активность микроорганизмов — представителей биотопа миндалин больных хроническим тонзиллитом. *Российский иммунологический журнал*. 2017;11(2):238-240.
2. Аксенова А.В. и др. Постстрептококковые заболевания в клинической практике. *Вестник оториноларингологии*. 2016;2:39-43.
3. Абдувакилов Ж. У., Ризаев Ж. А. Особенности течения воспалительных заболеваний пародонта при метаболическом синдроме // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 353-355.
4. Кувандиков Г. Б. и др. (2020). "Проблемы достоверности результатов лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем". // *In European research: innovation in science, education and technology* (pp. 79-82).
5. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2–диметилгидразина на организм в целом // *Биология*. – 2020. – Т. 1. – С. 116.
6. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // *Достижения науки и образования*. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.

7. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.

8. Ризаев Ж. А., Нурмаматова К. Ч., Тухтаров Б. Э. Организация лечебно-профилактической помощи при аллергических заболеваниях у детей // *ББК*. – Т. 51. – С. 113.

9. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // *Журнал "Медицина и инновации"*. – 2021. – №. 1. – С. 28-31.

10. Kudratova Z. E., Normurodov S. Etiological structure of acute obstructive bronchitis in children at the present stage - *Thematics Journal of Microbiology*, 2023. P.3-12.

11. Kudratova Z. E., Tuychiyeva S. K. Atipik mikroflora etiologiyali o'tkir obstruktiv bronxitlar etiopatogenezing zamonaviy jixatlari. *Research Focus*, 2023, B. 589-593.

12. Kudratova Z. E., Karimova L. A. Age-related features of the respiratory system. *Research Focus*, Том 2, P. 586-588.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ, АДЕНОИДИТОМ НА ФОНЕ ВИРУСА ЭБШТЕЙНА БАРА И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Рустамова Г.Р., Самиева Г.У., Джаббаровва Н.Р.

Резюме. Хронический тонзиллит (ХТ) является актуальной проблемой отоларингологии и педиатрии и составляет 74 % по данным некоторых авторов. Анализ зарубежной и отечественной литературы показал немаловажную роль вирусных инфекций в развитии хронического тонзиллита и аденоидита у детей [1,3].

Ключевые слова: хронический тонзиллит, аденоидит, цитомегаловирусная инфекция, вирус Эпштейна Барра, Гроприносин.