

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Арипова Д.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Кафедра госпитальной педиатрии №1, с нетрадиционными методами лечения, курсом клинической аллергологии, г. Ташкент, Узбекистан

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL THERAPIES PERFORMANCE INDICATORS OF RECURRENT RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN

Aripova D.R.

Resume: The paper presents a comparative analysis of the clinical and immunological parameters of children with recurrent obstructive bronchitis before and after treatment using complex therapy immunocorrective drug in comparison with the traditional treatment without immunocorrection.

Актуальность проблемы. Инфекции респираторного тракта занимают первое место в детской инфекционной патологии и доставляют много проблем врачам-педиатрам, родителям и самим детям[4]. В комплекс рецидивирующих респираторных инфекций в основном входят такие заболевания как ринофарингит, риносинусит, но особенно много проблем от рецидивирующих бронхитов. Это наиболее частое заболевание у детей и они могут повторяться каждые 1–1,5 мес. Около 80 % детей обращаются на прием к иммунологу именно по поводу рецидивирующих респираторных заболеваний. На частоту инфекций влияет целый комплекс факторов, включая анатомио-физиологические особенности респираторного тракта у детей, запаздывания развития иммунной системы, социальные условия жизни (питания, бытовые условия), а также состав микрофлоры дыхательных путей. Ряд исследователей указывают на нарушение клеточного и гуморального иммунитета у данной группы больных[1,3,5]. В связи с этим изучение состояния иммунитета и его эффективная коррекция является одним из путей профилактики хронических бронхолегочных заболеваний у детей, больных рецидивирующими бронхитами[2].

Цель исследования. Обосновать эффективность применения иммуномодулирующей терапии (азоксимер бромид) на примере препарата «Полиоксидония» в комплексном лечении рецидивирующих респираторных инфекций на примере рецидивирующего обструктивного бронхита у детей.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе городской детской клинической больницы № 1 города Ташкента. Нами было проведено обследование 21 детей в возрасте от 1 до 5 лет с диагнозом рецидивирующий обструктивный бронхит, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении. Для определения эффективности предлагаемой терапии, обследованные нами больные, были распределены на 2 группы: основная группа больных была сформирована из 11 детей, с установленным диагнозом рецидивирующий бронхит, в составе комплексной терапии был назначен иммуномодулирующий препарат полиоксидоний по 0,1 мг/кг в течении 10 дней внутримышечно на курс 5 инъекций. Группа сравнения была сформирована из 10 человек с аналогичным диагнозом, получающих лечение без применения полиоксидония. Всем больным было проведено полное клиническое обследование (осмотр, аускультация, пальпация, перкуссия), а также проведено иммунологическое обследование, которое включало определение уровней интерлейкинов IL-1 β , IL-1Ra, IL-6 в крови. Исследование проводили методом

иммуноферментного анализа с помощью стандартного набора реагентов «ИЛ-1 β -ИФА-БЕСТ»; «ИЛ-6-ИФА-БЕСТ»; «ИЛ-1Ra-ИФА-БЕСТ»(Россия).

Результаты и их обсуждение. При обследовании больных с рецидивирующим обструктивным бронхитом обращали внимание на общее состояние, наличие характерных для них жалоб, выясняли физикальные данные легких, внутренних органов, а также наличие других хронических очагов инфекций. Диагноз рецидивирующий обструктивный бронхит устанавливался на основании анализа анамнестических данных, объективного осмотра с выявлением общих признаков заболевания.

Клинический осмотр больных проводился с учётом всех признаков. Основные клинические симптомы отмечаемые у обследованных больных: у 13 (61,9%) больных отмечалось повышение температуры до субфебрильных значений, слабость возникала практически у всех больных и составила 95,3%. Совместно с отоларингологами при тщательном осмотре детей было выявлено, что кроме рецидивирующего обструктивного бронхита у детей наблюдались хронический риносинусит, который был выявлен у 13 (61,9%) обследованных больных, у 18 (85,7%) детей хронический тонзиллит, аллергические проявления, выявленные совместно с аллергологами данной клиники в виде аллергического ринита, атопического дерматита, пищевой аллергии отмечались практически у всех обследуемых больных и показатель составил 64,7%. Кашель имел самый разнообразный характер и наблюдался у всех обследуемых больных. Чаще он был влажный, иногда сухой, носил приступообразный характер. Сухой кашель беспокоил 45,1% пациентов, а влажный кашель отмечался у 54,9% больных. Продолжительность кашля составляла около 3-4 недель, иногда больше. Одышка экспираторного характера наблюдалась у 46% больных. Из физикальных признаков отмечают диффузные влажные и сухие свистящие хрипы самого разнообразного звучания, изменчивые по характеру и локализации. Наличие жесткого дыхания и хрипов отмечалось у всех обследуемых больных.

Кроме клинического обследования, нами определено количественное содержание иммунологических показателей цитокинов IL1 β , IL1-RA и IL-6 у 20 детей, больных рецидивирующим обструктивным бронхитом. IL-1 β , IL1-RA и IL-6-многофункциональные цитокины с широким спектром действия, играющие ключевую роль в развитии и регуляции неспецифической защиты и специфического иммунитета, одни из первых включаются в защитную реакцию организма при действии патогенных факторов. Изучение профиля

цитокина IL-1 β , его физиологического антагониста IL1-RA и IL-6 в лаборатории иммуноцитоклинов у обследованных нами детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом показало, что у большинства пациентов отмечалось более чем 2-х кратное увеличение IL-1 β при сниженном показателе рецепторного антагониста. В среднем показатель IL-6 составил 8,9 \pm 0,7 пг/мл, IL-1 β 6,9 \pm 0,5 пг/мл, показатель IL1-RA 81,2 \pm 5,1 пг/мл, при контрольных данных группы здоровых детей IL-1 β 2,55 \pm 0,68 пг/мл, IL1-RA 104,5 \pm 2,0 пг/мл и IL-6 6,1 \pm 0,35 пг/мл соответственно. Баланс между цитокинами играет важную роль в защите организма от инфекционных агентов (вирусы, бактерии) и ограничении дальнейшего повреждения поражённых тканей, вызванных воспалительными реакциями организма. Выявленное у обследованных нами больных повышенное содержание цитокинов является неблагоприятным прогностическим признаком, характеризующее усугубление патологического процесса, а также распространение воспалительных реакций на организм в целом. Нестабильные показатели цитокинов негативно сказываются на течении рецидивирующего бронхита и сопутствующих заболеваний и требуют соответствующей иммунологической коррекции[2].

Традиционное лечение, которое было использовано в обеих группах включало создание оптимального воздушно-режиме, устранение нарушений бронхиальной проходимости, снижение реактивности бронхов, назначение муко- и секретолитиков, бронхолитиков, преимущественно в виде ингаляций. Противовирусную и антибактериальную терапию назначали по показаниям курсом на 5-7 дней. Достаточное количество жидкости, физиотерапевтические процедуры, улучшающие крово- и лимфообращение в лёгких и бронхах, массаж, ЛФК, при необходимости – санация носоглотки. Детям с аллергическими проявлениями создавали щадящий антигенный режим: назначение элиминационных диет, ограничение контакта с аллергенами. Медикаментозную и немедикаментозную терапию проводили согласно принятым стандартам лечения рецидивирующего бронхита.

Изучена динамика клинической картины и проведен анализ продолжительности клинических симптомов у детей с рецидивирующим бронхитом при включении в традиционную терапию иммунокорректирующего препарата полиоксидоний по 0,1 мг/кг препарата в/м №5 через день в течении 10 дней. Переносимость полиоксидония в основной группе была хорошей. Побочных реакций нами не было отмечено. Анализ данных исследования показал более быструю положительную динамику клинических проявлений в основной группе больных у детей, получивших вместе с традиционной терапией препарат «полиоксидоний», уже на 3-й день терапии зафиксированы нормальные цифры температурной реакции, повышение аппетита, уменьшение одышки, улучшение общего самочувствия больных в отличие от детей из контрольной группы. Уменьшился кашель, такие симптомы как боль в горле или слизистое отделяемое из носа прекратилось на 2 день применения комплексной терапии. Из физикальных признаков аускультативно выявлялось снижение количества влажных и сухих хрипов. Ухудшение состояния и течения заболевания ни у одного больного не отмечалось.

При сравнении иммунологических показателей цитокинов, у обследуемых больных до лечения и после лечения, было выявлено, что в основной группе, получивших в комплексной терапии полиоксидоний, отмечается положительная динамика показателей IL1 β , IL-6 и IL1-Ra и при-

ближение к нормативным показателям. Так показатель IL-1 β в основной группе до лечения составлял 6,2 \pm 0,2 пг/мл, а после лечения снизился в 2 раза и составил 3,2 \pm 0,5 пг/мл и приблизился к нормальным показателям группы здоровых детей, IL-6 и IL1-Ra также приблизились к нормативным показателям и составили 6,9 \pm 0,7 пг/мл и 96,4 \pm 0,3 пг/мл соответственно. Тогда как в группе сравнения, получивших только терапию без иммунокорректирующего препарата полиоксидония, показатель IL-6, IL1 β и IL1-Ra изменился незначительно, так в группе сравнения показатель IL-1 β до лечения составлял 6,2 \pm 0,2 пг/мл, а после лечения составил 5,92 \pm 0,2 пг/мл, IL-6 и IL1-Ra также практически не изменились и составили 8,1 \pm 0,4 пг/мл и 89,7 \pm 4,3 пг/мл соответственно.

Всех обследуемых больных из основной и контрольной группы держали на учете и имели с ними непрерывный контакт для установления длительности ремиссии заболевания после проведенной терапии. В результате в группе больных получивших комплексную терапию с включением полиоксидония длительность ремиссии рецидивирующего обструктивного бронхита составила: 14 месяцев у 7(63,6%) больных, 11 месяцев у 3(27,3%) больных, 6 месяцев у 1(9,1%) больного, в контрольной группе больных находящихся только на традиционной терапии ремиссия обструктивного бронхита наблюдалась у 3(30%) больных в течении 7 месяцев, у 6(60%) больных в течении 5 месяцев и 1(10%) больной обратился повторно в клинику через 1 месяц.

Выводы. Таким образом, проведенные клинико-иммунологические исследования больных рецидивирующим бронхитом до и после лечения показали, что включение полиоксидония в комплексную терапию детей, больных рецидивирующим обструктивным бронхитом, благоприятно отражается на клинической картине заболевания, снижению количества койко-дней пребывания в стационаре, способствует увеличению длительности ремиссии, профилактике обострений сопутствующих инфекционно-воспалительных заболеваний. Улучшения в клинической картине заболевания, сопровождаются положительной динамикой иммунологических показателей по окончании лечения. Это свидетельствует о необходимости включения в комплекс лечения у детей иммунокорректирующей терапии полиоксидонием с учётом клинической картины и индивидуальной иммунологической реактивностью, с целью оптимизации лечения, возможности добиться значительного терапевтического эффекта и контроля заболевания, тем самым улучшить качество жизни больных.

Список литературы

1. Учайкин В.Ф. Особенности лечения и профилактики у детей с рецидивирующими инфекциями респираторного тракта. Педиатрия. 2009; 87 (1). – С. 134–136.
2. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Основные принципы иммуномодулирующей терапии //Аллергия, астма и клиническая иммунология. - М., 2000. - № 1. - С. 9-16.
3. Ярцева М.И., Яковлева К.И., Плахтиенко М.В. Иммунная недостаточность и часто болеющие дети // Педиатрия. 2006, том 08.
4. Feasibility of influenza immunization for inner-city children aged 6 to 23 months /R.K.Zimmerman, A.Hoberman, M.P.Nowalk. et al. // Am. J. Prev. Med.- 2008.- Vol.27, N 5.- P.397-403.
5. Giorgi Rossi P, Faustini A., Spadea T., Perucci C.A. Choosing immunisation coverage indicators at the local level // Eur. J. Epidemiol. - 2004. - Vol.19. - N 10. - P.979-985.