

ЛИТЕРАТУРА

1. Нечаева Г. И., Викторова И. А. Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов. – Омск: «Типография БЛАНКОМ», 2007.
2. Дисплазии соединительной ткани у детей и подростков. Инновационные стационар-сберегающие технологии диагностики и лечения в педиатрии / Нечаева Г. И и др. – М.: Союз педиатров России, 2009.
3. Ульрих Э. В., Мушкин А. Ю. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках. – СПб.: Элби-СПб., 2002.
4. Кадурина Т. И., Горбунова В. Н. Дисплазия соединительной ткани: Руководство для врачей. – СПб.: Элби-СПб., 2009.

Поступила 26.03.12

Сведения об авторах:

Кильдиярова Рита Рафзатовна, доктор мед. наук, проф. каф. пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 615.276.2/4.03:616.2-002.1-022

Т. Е. Таранушенко, Н. Г. Киселева, В. Н. Панфилова, С. И. Устинова, Е. П. Кириллова, Е. А. Педанова
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1

Представлены результаты лечения респираторных вирусных инфекций у детей с применением иммунала – иммунотропного препарата растительного происхождения. Показана эффективность использования иммунала в дебюте заболевания у детей при присоединении бронхитической симптоматики на фоне острой вирусной инфекции. Установлена низкая вероятность распространения вирусного воспаления на нижние отделы респираторного тракта у детей, получающих иммунал с первых дней заболевания.

Ключевые слова: дети, иммунотропная терапия, острые респираторные вирусные инфекции, бронхит, иммунал

T. E. Taranushenko, N. G. Kiseleva, V. N. Panfilova, S. I. Ustinova, E. P. Kirillova, E. A. Pedanova

THE EFFECTIVENESS OF IMMUNOTROPIC THERAPY FOR ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN CHILDREN

Federal State budgetary Institution of Higher professional education “Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F.Voyno-Yasenytsky” of the Ministry of Health Care and Social Development, 1, Partizana Zheleznyaka street, Krasnoyarsk 660022

Results of treatment of respiratory viral infections in children with immunal - immunotropic drug of the plant origin, are presented. The efficacy of immunal at the beginning of the disease in children with overlay bronchitis symptoms at the background of acute viral infection has been shown. The low probability of spread of viral inflammation into the lower parts of the respiratory tract in children receiving immunal since the early days of the disease has been established

Key words: children, immunotropic therapy, acute respiratory viral infections, bronchitis, immunal

Несмотря на постоянное совершенствование методов и тактики проводимой терапии при острых респираторных вирусных инфекциях, мероприятия, направленные на повышение эффективности лечения, предупреждения осложнений и профилактику рецидивов, продолжают активно разрабатываться. При этом основными требованиями остаются эффективность и безопасность применения рекомендуемых лекарственных средств.

Иммунал – иммуномодулятор растительного происхождения, основой которой является сок травы *Echinacea*. Действующим компонентом сока эхинацеи пурпурной являются производные цикориевой кислоты и ее сложных эфиров и полисахариды (4-0-метил-глюкуроно-арабиноксилан и арабинорамно-галактан), которые повышают активность неспеци-

фических факторов защиты организма. Иммунал зарегистрирован и рекомендован к применению у пациентов с неосложненными острыми инфекционными заболеваниями, а также при предрасположенности к частым простудам, для профилактики острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) и гриппа. Иммуналу приписывают адаптогенную направленность в отношении факторов иммунной системы, т. е. сбалансированное, приближенное к физиологическому действие, направленное на эффекторные иммунологические механизмы и лишенное побочных эффектов.

Доказанной эффективностью иммунала является сокращение сроков течения респираторно-вирусных заболеваний, уменьшение интоксикации и лихорадки. Кроме того, иммуномодулирующая терапия с использованием препаратов *Echinacea* позволяет снизить частоту бактериальных осложнений ОРВИ. Вместе с тем возможность использования данного иммунокорректора в сочетании с этиотропными и

Для корреспонденции: Таранушенко Татьяна Евгеньевна, доктор мед. наук, проф., зав. каф. педиатрии ИПО КрасГМУ, e-mail: tetar@rambler.ru

симптоматическими средствами при ОРВИ в младшей возрастной группе детей ранее не изучалась.

В связи с этим нами оценена эффективность применения иммунала у детей с ОРВИ.

Материалы и методы

Проведено наблюдение и лечение детей с ОРВИ в возрасте от 2 до 6 лет.

Критерии включения:

- диагностированная острая респираторная вирусная инфекция;
- принадлежность ребенка к I или II группе здоровья.

Критерии исключения:

- признаки бактериальной инфекции (длительная лихорадка, гнойный характер воспалительного экссудата, изменения в анализах крови, характерные для бактериального процесса);

- выраженный ИТС;

- отказ родителей от участия в исследовании.

Основную группу составили 80 детей (средний возраст $3,4 \pm 1,4$ года), которым наряду с традиционной терапией вирусной инфекции (этиотропные и симптоматические средства) дополнительно назначался иммунал в дозе, рекомендуемой инструкцией к препарату. Во 2-й группе сравнения было 50 детей (средний возраст $3,6 \pm 1,4$ года), которым какие-либо растительные иммуностропные препараты в течение периода исследования не назначались. Группы не имели гендерных различий. Перед проведением исследования было получено информированное согласие.

Наблюдение и лечение детей осуществлялось в соответствии с протоколом, согласно которому каждый пациент осматривался педиатром не менее трех раз. Анализировались 3 основных визита, из которых при первом посещении проводился отбор детей в соответствии с критериями включения и исключения, а также рандомизация по группам и назначение лечения с выдачей препарата для пациентов основной группы. При последующих двух посещениях оценивалась эффективность проводимого лечения; на динамическом контроле были следующие проявления заболевания: температура, ринорея, заложенность носа, кашель, катаральные изменения в зеве. Перечисленные симптомы оценивали в баллах (0–1–2–3) в зависимости от степени выраженности.

Наряду с осмотрами врача и объективной характеристикой клинических симптомов наблюдение за детьми выполняли родители, которые оценивали ринорею, заложенность носа, чиханье и кашель на фоне применения иммунала; при этом отличный эффект соответствовал отсутствию симптома, хороший – незначительным проявлениям, удовлетворительный – снижению выраженности симптома, который не затрудняет повседневную деятельность, слабый эффект – сохранение симптома без необходимости усиления терапии.

Статистическая обработка материала выполнена с использованием программы Statistica 6.0. Статистическая значимость различий определялась с помощью непараметрических критериев χ^2 и Уилкоксона.

Критическое значение уровня значимости принималось равным 5% ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение

У детей обеих групп ОРВИ характеризовалась легкой или среднетяжелой формами течения с повышением температуры не выше $38,5$ – 39°C , умеренной интоксикацией, ринитом, фарингитом, катаральными симптомами с серозным характером воспалительного экссудата. Спектр медикаментов, назначаемых в острый период был традиционным и включал деконгестанты и солевые растворы для промывания носа, антипиретики, муколитики или отхаркивающие средства, а также препараты, отнесенные к противовирусным средствам (интерфероны и индукторы интерферона).

Распределение детей в зависимости от количества назначенных медикаментов в целевой группе было следующим: 5 (6,3%) больных получали 1 препарат; 24 (30%) ребенка – 2 лекарственных средства, из которых в лечение наиболее часто включались деконгестанты, интерфероны и индукторы интерферона; остальные дети – 51 (63,7%) человек получали 3 препарата и более. Интересно, что необходимость приема антипиретических средств отмечена только в 43 (53,8%) наблюдениях; противовирусные препараты были рекомендованы 58 (72,5%) больным, при этом у 28 (35%) детей продолжительность их применения по настоящему заболеванию превышала 5–7 дней, что вряд ли можно признать целесообразным, так как оптимальный срок этиотропной терапии – это первые 3 дня от начала клинических проявлений (в данном исследовании противовирусные препараты не рекомендовались с профилактической целью до начала заболевания). В контрольной группе принципы терапии острого периода вирусной инфекции были схожими, а рассмотренные выше показатели не имели значимых различий с целевой группой.

Характеристика клинических проявлений вирусной инфекции на первом визите ($2,1 \pm 0,6$ -й день болезни): факт повышения температуры регистрировался у 71,2 и 82% пациентов в целевой и контрольной группах соответственно, высокофебрильная лихорадка была только у 1 ребенка в 1-й группе (см. таблицу). Ринорея отмечена у 97% детей в 1-й группе и у 100% – во 2-й; доля детей с умеренной (2 балла) и выраженной (3 балла) ринореей была сопоставима и составила по группам 68 и 70%. Частота случаев значительно затрудненного носового дыхания (3 балла) достигла 8,8 и 8% в 1-й и 2-й группах соответственно. Указания на кашель были у 91,3% детей в целевой группе и у 100% – в группе сравнения.

На 2-м визите ($5,5 \pm 0,6$ -й день болезни) фебрильные подъемы температуры ($38,1$ – 39°C) отмечены в единичных случаях в каждой группе, а субфебрилитет ($37,1$ – 38°C) оставался только у 12–13% детей обеих групп. Ринорея сохранялась у 80 и 83% пациентов, а распределение детей в зависимости от степени выраженности ринореи не выявило статистически значимых различий между группами. Доля пациентов с кашлем имела тенденцию к более низким значениям

Распределение пациентов исследуемых групп с учетом выраженности клинических симптомов

Оценка в баллах	1-й визит (n = 80)				2-й визит (n = 71)				3-й визит (n = 71)			
	температура	ринорея	заложенность носа	кашель	температура	ринорея	заложенность носа	кашель	температура	ринорея	заложенность носа	кашель
Первая (целевая) группа												
0	23	2	1	3	62	12	17	15	71	65	65	63*
1	36	24	18	31	7	36	40	36	0	5	5	7*
2	20	48	54	33	2	23	13	18	0	1	1	0
3	1	6	7	13	0	0	1	2	0	0	0	1
Средний балл	0,98	1,72	1,83	1,7	0,15	1,15	0,97	1,09	0	0,098	0,098	0,14
Вторая (контрольная) группа												
	1-й визит (n = 50)				2-й визит (n = 50)				3-й визит (n = 50)			
0	9	0	1	0	44	10	12	8	49	44	43	34
1	18	15	18	17	5	25	32	23	0	5	6	15
2	23	31	27	22	1	15	6	14	0	0	0	0
3	0	4	4	11	0	0	0	5	0	0	0	0
Средний балл	1,28	1,78	1,68	1,88	0,14	1,1	0,88	1,32	0	0,1	0,1	0,31

Примечание. χ^2 – достоверность различий в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$).

в целевой группе и составила 78,9% против 84% в контрольной группе ($p = 0,64$).

На 3-м визите ($10,6 \pm 0,6$ -й день болезни) у всех детей температура была нормальной. Ринорея отсутствовала у 89–90% обследованных, заложенность носа сохранялась у 8% реконвалесцентов целевой группы и у 12% – группы контрольной ($p = 0,71$). Вместе с тем следует отметить, что в группе детей, получавших иммунал, кашель сохранялся только в 8 из 71 наблюдения (11,3%) против 15 из 49 в контрольной группе (30,6%), что со значительной степенью достоверности ($p = 0,016$) указывает на более высокую эффективность комбинированной терапии с применением иммунала в лечении ОРВИ.

Полученные данные с низкой частотой случаев кашля среди реконвалесцентов ОРВИ, получавших иммунал, позволяют обсуждать рациональную иммунорекоррекцию с продуктивным эффектом препарата на прогрессирование инфекции и развитие воспалительной реакции в нижних отделах респираторного тракта. Можно полагать, что полученный клинический эффект является результатом действия иммунала с позитивной модуляцией неспецифического иммунного ответа при инфекции.

Наряду с динамическим врачебным наблюдением характер обратного развития основных симптомов заболевания регистрировали родители обследованных детей, получавших комплексную терапию в комбинации с иммуналом. Родителям предлагалось на 3, 5 и 7-й дни болезни заполнить анкету, в которой давалась оценка проводимого лечения (отлично, хорошо, удовлетворительно, слабый эффект, без эффекта, ухудшение) с учетом выраженности таких признаков, как

ринорея, заложенность носа, чиханье, кашель. Ни в одном случае не было отмечено ухудшения состояния, а также каких-либо неблагоприятных реакций на фоне терапии.

На 3-й день оценка лечения по выраженности ринореи была следующей: «отлично» – 2 (2,5%) наблюдения, «хорошо» – 11 (13,8%), «удовлетворительно» – 31 (38,8%), «слабый эффект» – 17 (21,5%) и «без эффекта» – 16 (20%). Влияние 3 дней лечения на заложенность носа характеризовалось родителями так: «отлично» – 10 (12,5%) наблюдений, «хорошо» – 13 (16,3%), «удовлетворительно» – 28 (35%), «слабый эффект» – 11 (13,8%) и «без эффекта» – 12 (15%). Выраженность кашля на фоне терапии позволила родителям дать следующую оценку проводимым лечебным мероприятиям: «отлично» – 5 (6,3%) наблюдений, «хорошо» – 11 (13,6%), «удовлетворительно» – 31 (38,8%), «слабый эффект» – 18 (22,5%) и «без эффекта» – 12 (15%).

В последующем (на 5-й день наблюдения) отмечено значимое возрастание доли положительных оценок назначенной терапии.

Оценка проводимого лечения родителями на 7-й день терапии: «отличный» и «хороший» результат терапии в отношении к ринореи был отмечен в 53 (66,3%) анкетах, к заложенности носа – в 54 (67,5%), к кашлю – в 57 (71,3%). Важно, что к указанному сроку такие характеристики терапии, как «слабый эффект» и «без эффекта» были единичными и не превышали 2,5–6% по всем указанным выше симптомам.

Во всех наблюдениях отмечена высокая приверженность родителей к использованию иммунала.

Таким образом, полученные данные позволяют

расширить перспективы применения иммунала в комплексной терапии ОРВИ у детей. Обоснованным следует считать использование данного препарата в ранние сроки болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бережная Н. М. Неспецифическая иммунотерапия аллергических заболеваний // Аллергол. и иммунол. – 2005. – Т. 6, № 2. – С. 127–128.
2. Дидковский Н., Малащенко И. Принципы иммунокорректирующей терапии // Врач. – 2005. – № 10. – С. 17–24.
3. Драник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология. – М., 2003.
4. Романцов М. Г., Горячева Л. Г., Коваленко А. Л. Новые возмож-

ности применения иммуностимулирующих препаратов // Противовирусные и иммуностимулирующие препараты в детской практике. – СПб., 2008. – С. 31–62.

5. Смирнов В. С., Малинин В. В., Кетлинский С. А. Иммунодефицитные состояния. – СПб.: Фолиант, 2000.
6. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Современные иммуномодуляторы: основные принципы их применения // Иммунология. – 2000. – № 5. – С. 4–7.

Поступила 26.03.12

Сведения об авторах:

Киселева Наталья Геннадьевна, канд. мед. наук, доцент каф. педиатрии ИПО КрасГМУ; **Панфилова Виктория Николаевна**, доктор мед. наук, доцент каф. педиатрии ИПО КрасГМУ; **Устинова Светлана Ивановна**, канд. мед. наук, доцент каф. педиатрии ИПО КрасГМУ; **Кириллова Екатерина Петровна**, канд. мед. наук, доцент каф. педиатрии ИПО КрасГМУ; **Педапова Елена Александровна**, канд. мед. наук, доцент каф. педиатрии ИПО КрасГМУ.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.6-02:616-018.2-007.17

И. Г. Васильева¹, С. М. Шарков², В. В. Чемоданов¹

ФОРМИРОВАНИЕ УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

¹ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия, 153000, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8; ²Научный центр здоровья детей РАМН, 119991, Москва, Ломоносовский просп., 2/62

Изучено влияние неблагоприятных факторов генеалогического анамнеза и особенностей перинатального периода на частоту выявления уроandroлогической патологии у детей с проявлениями синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Под наблюдением находились 182 ребенка в возрасте от 6 мес до 14 лет с различной уроandroлогической патологией, либо в сочетании с признаками дисплазии соединительной ткани, либо при отсутствии проявлений дисплазии. Установлено преобладание факторов риска медико-биологического анамнеза на формирование уроandroлогической патологии у детей, имеющих признаки синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Ключевые слова: дети, дисплазия соединительной ткани, уроandroлогическая патология, фенотипические признаки

I. G. Vasileva¹, S. M. Sharkov², V. V. Chemodanov¹

FORMATION OF URO-ANDROLOGIC PATHOLOGY IN CHILDREN WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA SYNDROME

¹Federal State budgetary Institution of Higher professional education “Ivanovo State Medical Academy” of the Ministry of Health Care and Social Development, 8, F. Engels prosp., Ivanovo 153000

²Federal State budgetary Institution “Scientific Centre of Child Healthcare” of the Russian Academy of Medical Sciences, 2/62, Lomonosov avenue, Moscow, 119991

The influence of unfavorable factors of genealogical history and features of the perinatal period on the frequency of detection uro-andrologic pathology in children with manifestations of the undifferentiated connective tissue dysplasia syndrome has been studied. 182 children aged between 6 months up to 14 years with various uro-andrologic pathology, coupled with signs of connective tissue dysplasia or without dysplasia symptoms have been observed. Prevalence of risk factors of medical and biological history in the formation of uro-andrologic pathology in children with signs of the undifferentiated connective tissue dysplasia syndrome has been established.

Key words: children, connective tissue dysplasia, uro-andrologic pathology, phenotypic signs.

В последние годы особое внимание привлекают изучение недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани, поскольку эти заболевания встречаются часто, в том числе – в практике врача-педиатра и детского уролога [9, 11, 16, 18], и нередко лежат в основе соматической патологии [6, 10, 17, 19]. Отмечено увеличение числа детей с сома-

тическими болезнями, ассоциированными с дисплазией соединительной ткани [2, 5, 12]. Показано, что перинатальное поражение нервной системы приводит к нарушению «дозревания» морфофункциональных структур мочевого тракта. Клинически это проявляется в виде дисплазии пиелоуретерального соустья, патологии пузырно-мочеточникового сегмента и др. [7, 8, 14, 15]. Однако в работах, посвященных недифференцированной соединительнотканной дисплазии (НСТД), все еще мало внимания уделяется факторам

Для корреспонденции: Васильева Ирина Германовна, канд. мед. наук, доцент каф. факультетской хирургии и урологии ИвГМА, e-mail: irina171@list.ru