

А.Н. Токарев

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И РЕАКТИВНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛЫМ ХАРАКТЕРОМ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Кафедра пропедевтики детских болезней, кафедра детских болезней КГМИ

В соответствии с современными представлениями, в развитии бронхиальной астмы (БА) ведущая роль принадлежит наследственно закрепленной функциональной недостаточности барьерных тканей респираторного тракта, повышенной способности к синтезу аллергических антител, высокой чувствительности бронхолёчного аппарата к медиаторам аллергического воспаления, сниженной чувствительности бета2-адренорецепторов к эндогенным катехоламинам (Международный консенсус по диагностике и лечению бронхиальной астмы, 1995). Особенностью аллергического воспаления при БА является практически непрерывный, персистирующий характер его течения, что создаёт большие трудности терапии больных. В настоящее время в процессе комплексного лечения детей с тяжёлым характером течения БА используют преднизолон в сочетании с инталом. Как известно, преднизолон оказывает противовоспалительное, десенсибилизирующее и антиаллергическое и менее выраженное иммунодепрессивное действие. Терапевтическая эффективность интала обусловлена способностью стабилизировать цитоплазматические мембраны клеток-мишеней и предотвращать выход медиаторов гиперчувствительности немедленного типа; кроме того, он предупреждает развитие синдрома отмены при лечении кортикостероидами.

В настоящей работе представлены результаты собственных исследований, полученные при изучении клинических проявлений тяжёлой БА и влияния преднизолонотерапии в сочетании с инталом на иммунологическую реактивность больных.

Под наблюдением в Кировской областной детской клинической больнице находилось 23 ребёнка в возрасте 6-14 лет с тяжёлым характером течения атопической формы БА;

длительность заболевания у них колебалась от 5 до 10 лет. Приступы удушья у больных возникали с частотой от 1 до 2 недель и чаще, продолжались от 3 до 10 часов и более. У всех больных периодически возникал астматический статус (продолжительность приступа более 6 часов): первая стадия его диагностировалась в 86,9%, вторая стадия - в 13,1% случаев. При постановке скарификационных аллергопроб у всех больных были выявлены признаки высокой сенсibilизации к бытовым, эпидермальным и пыльцевым аллергенам.

При поступлении в стационар у больных отмечалось тяжёлое общее состояние, они принимали вынужденное положение (сидя с фиксированием грудной клетки), испытывали чувство страха. У них отмечалось шумное, свистящее дыхание с затруднённым и удлинённым выдохом, кашель с трудноотделяемой слизистой, тягучей и вязкой мокротой, активное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, вздутие грудной клетки, бледность кожи, цианоз носогубного треугольника и акроцианоз, холодный пот на лице и волосистой части головы. При перкуссии грудной клетки отмечался коробочный звук, ограничение подвижности лёгких и опущение их нижних границ, сужение границ сердца. С обеих сторон выслушивалось большое количество разновысотных сухих хрипов и влажные среднепузырчатые хрипы, отмечалось повышение артериального давления, приглушенность сердечных тонов. Функциональный систолический шум на верхушке сердца и акцент II тона на лёгочной артерии.

На рентгенограммах больных в приступном периоде обнаруживалось расширение межрёберных промежутков, опущение нижних границ лёгких с обеих

сторон, сужение тени средостения, повышенная прозрачность лёгочной ткани и усиление лёгочного рисунка. На ЭКГ отмечалась тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо, расширение зубца Р, зазубренность и расширение комплекса QRS, смещение интервала S-T. При микроскопическом исследовании мокроты обнаруживались лейкоциты, большое количество эозинофилов, кристаллы Шарко-Лейдена и спирали Куршмана. Со стороны периферической крови имело место увеличение количества эритроцитов и повышение уровня гемоглобина, цветного показателя, увеличение общего числа лейкоцитов, абсолютного количества лимфоцитов и моноцитов, выраженная эозинофилия, увеличение СОЭ.

Изменения иммунологической реактивности у наблюдаемых детей с тяжёлым характером течения БА в приступном периоде нашли отражение в снижении процентного содержания Т-лимфоцитов при отсутствии достоверных сдвигов относительного и абсолютного количества других иммунокомпетентных клеток в крови. Вместе с тем, у них регистрировалось повышение уровней сывороточных иммуноглобулинов А, М и Е, понижение показателей фагоцитарной активности нейтрофилов и НСТ-теста.

При купировании приступа удушья у больных применяли бронхо-спазмолитики (внутривенное введение эуфиллина) и муколитики (бромгексин), оксигенотерапию (увлажнённый кислород) и гормоны (преднизолон внутривенно), введение АТФ и сердечных гликозидов (коргликон или строфантин). В послеприступном и межприступном периодах все наблюдаемые больные получали сеансы ультразвуковой ингаляционной терапии, микроволновой терапии, витамины В5, В6, С, индуктотермию на область надпочечников. Среди наблюдаемых больных 10 детей и раньше получали кортикостероиды (гормоно-зависимая форма заболевания), в связи с чем им был назначен курс гормонотерапии. Преднизолон (внутривенно, а затем внутрь) вводился больным этой группы в начальной дозе 0,5-3

мг/кг/сут в течение 5-7 дней, после чего дозу его снижали на 2,5 мг каждые 3-5 дней, назначая при этом интал по 0,02 г 3-4 раза в день через спинхалер. Время пребывания в стационаре больных, получавших только общепринятое лечение (13), составляло в среднем $28,0 \pm 1,7$ суток, а больных, подвергавшихся преднизолонотерапии в сочетании с назначением интала (10) - $50,6 \pm 4,3$ суток, что было связано с продолжительностью этого метода лечения. Во время стационарного этапа лечения у обеих групп больных повторных приступов удушья не возникало.

В межприступном периоде у обеих групп детей с тяжёлым характером течения БА, несмотря на отсутствие клинических проявлений болезни, продолжали выявляться нарушения иммунологической реактивности. Так, у группы больных, получавших только общепринятое лечение, перед выпиской из стационара констатировалось уменьшение процентного содержания Т-лимфоцитов и Т-супрессоров в крови, повышение уровней иммуноглобулинов G, А, М и Е сыворотки, понижение показателей фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного индекса и НСТ-теста. У группы больных, подвергавшихся в процессе комплексного лечения преднизолонотерапии в сочетании с назначением интала, перед выпиской из стационара регистрировалось уменьшение относительного числа Т-клеток в крови, повышение уровней иммуноглобулинов М и Е в сыворотке, понижение показателей фагоцитарной активности нейтрофилов и фагоцитарного индекса.

Данные, полученные в ходе исследований, свидетельствуют о том, что для тяжёлого характера течения атопической формы БА у детей характерны большая давность заболевания, высокая поливалентная сенсibilизация организма, частое развитие приступов удушья и астматического статуса, клиническая картина выраженного бронхоспазма и обструкции бронхов во время приступа, сдвиги показателей иммунитета и фагоцитоза. Перед выпиской из стационара у группы больных, получавших только

течения атопической бронхиальной астмы

общепринятую терапию, сохранялись выраженные изменения иммунологической реактивности, тогда как у группы больных, подвергавшихся преднизолонотерапии в сочетании с инталом, констатировалась нормализация отдельных показателей иммунитета и фагоцитоза, что указывает на эффективность этого метода лечения. Как свидетельствуют предварительные результаты собственных исследований, ещё более значительный эффект наблюдается у детей с тяжёлым характером течения атопической формы БА после проведения курса лечения иммуномодулирующим препаратом нового поколения - иммунофаном, который способствует восстановлению параметров иммунитета и фагоцитоза.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Международный консенсус по диагностике и лечению бронхиальной астмы. Основные положения, рекомендуемые для врачей практического здравоохранения. Под ред. Путова Н.В., Федосеевой Г.Б. СПб, 1995.

CLINICAL MANIFESTATIONS AND
IMMUNOLOGICAL REACTIVITY IN
CHILDREN WITH SEVERE ATOPIC
ASTHMA

A.N. Tokarev, Assistant Professor of
Pediatrics, Kirov State Medical Institute, Kirov,
Russia

23 children with severe atopic asthma were studied. Their age range was from 6 to 14 years. The course treatment included bronchospasmolytics, mucolytics, oxygen therapy, steroid medication such as prednisone, etc. The patients, who underwent routine therapy, revealed obvious changes of the immunological reactivity. The patients, who underwent prednisone therapy in combination with intal, showed better changes and outcome of immunity and phagocytosis. Thus, the above mentioned method of treatment is more effective in comparison with the routine therapy. Another important finding of the study is that patients with severe atopic asthma, who were treated with immunofan, an immunomodulator of a new generation, had a much better outcome.