

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Иллек Я.Ю., Галанина А.В., Муратова Н.Г.,
Вязникова М.Л., Полякова О.А., Бакулина Е.Ю.

ПРОТИВОРЕЦИДИВНЫЙ ЭФФЕКТ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ И МАГНИТОИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

ГОУ ВПО Кировская ГМА Росздрава, г. Киров

Введение.

В соответствии с концепцией хронического аллергического воспаления, которому отводится ведущая роль в патогенезе бронхиальной астмы у детей, значительно изменились подходы к терапии больных. Если в недавнем прошлом основное внимание в лечении бронхиальной астмы уделялось бронходилатирующей терапии, то в настоящее время после купирования острого астматического приступа рекомендуется назначать больным базисные противовоспалительные препараты в течение длительного времени. Базисная противовоспалительная терапия в большинстве случаев позволяет контролировать течение бронхиальной астмы, сократить количество астматических приступов и снизить тяжесть заболевания. Вместе с тем, продолжается поиск ещё более эффективных методов противорецидивной терапии при бронхиальной астме. В настоящей работе приведены данные, полученные нами у большого контингента детей, страдающих атопической бронхиальной астмой, которым проводилась базисная противовоспалительная терапия в сочетании с иммуномодуляторами нового поколения (имунофан, полиоксидоний) и магнитоинфракрасным лазерным излучением, обладающими противовоспалительным, иммунокорректирующим, антиоксидантным и мембраностабилизирующим действиями [1, 2, 3, 4].

Материал и методы исследования.

Под наблюдением в период с 2000 по 2006 г. находилось 450 детей (299 мальчиков и 151 девочка) в возрасте 5-14 лет с атопической формой бронхиальной астмы. У 149 пациентов было диагностировано лёгкое, у 158 пациентов – среднетяжёлое и у 143 пациентов – тяжёлое течение заболевания.

Наблюдаемые больные с разной тяжестью течения бронхиальной астмы были подразделены на группы в зависимости от проводимой противорецидивной терапии. Первой группе больных с лёгким течением бронхиальной астмы (47 пациентов) после ликвидации астматического приступа назначалась базисная терапия тайледом (по 2 дозированные ингаляции (4 мг) 4

раза в день в течение первой недели, затем по 2 дозированные ингаляции 2 раза в день) в течение года. Первой группе больных со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы (46 пациентов) после купирования астматического приступа назначалась базисная терапия бекотидом (по 2 дозированные ингаляции (100 мкг) 3 раза в день в течение года, а первой группе больных с тяжёлым течением заболевания (41 пациент) – базисная терапия бекотидом (по 2 дозированные ингаляции (100 мкг) 4 раза в день) в течение года. Вторым группам больных с лёгким, среднетяжёлым и тяжёлым течением бронхиальной астмы (соответственно 30, 37 и 31 пациент), наряду с базисной терапией, назначались курсы инъекций имунофана (0,005% раствор в дозе 0,1 мкг/кг, подкожно, 1 раз в день, через два дня на третий, 5 инъекций на курс), третьим группам больных с лёгким, среднетяжёлым и тяжёлым течением бронхиальной астмы (соответственно 30, 30 и 30 пациентов) – курсы инъекций полиоксидония (в дозе 0,1 мг/кг на воде для инъекций, внутримышечно, 1 раз в день, через два дня на третий, 5 инъекций на курс), а четвёртым группам больных с лёгким, среднетяжёлым и тяжёлым течением бронхиальной астмы (соответственно 42, 45 и 41 пациент) – сеансы магнитоинфракрасной лазерной терапии аппаратом «РИКТА-02/1» (М1) (ежедневно, 1 раз в день, 10 сеансов на курс). Всего больным вторых, третьих и четвёртых групп в течение года было проведено по четыре курса иммуномодулирующей и магнитоинфракрасной лазерной терапии с интервалами между курсами в три месяца; никаких осложнений и побочных реакций у пациентов не регистрировалось.

Результаты и их обсуждение.

Исследования показали, что у группы больных с лёгким течением бронхиальной астмы, получавших базисную терапию тайледом, отмечалось значительное урежение астматических приступов. Если у детей с лёгким течением бронхиальной астмы до начала наблюдения и лечения регистрировалось 12-36 приступов в течение года (в среднем 24 приступа), то у пациентов, получавших базисную терапию тайледом, количество астматических приступов лёгкой степени тяжести сократилось в 4 раза – до 4-8 приступов в течение года (в среднем 6 приступов). Возникновение обострений заболевания у этой группы пациентов было связано с воздействием причинно-значимых аллергенов или интеркуррентной респираторной инфекцией. У групп больных лёгкой бронхиальной астмой, в лечение которых были включены соответственно имунофан, полиоксидоний и магнитоинфракрасная лазерная терапия, возникновения приступов астмы и их эквивалентов не

регистрировалось в течение всего наблюдения. Следует отметить, что пациентам указанных групп через полгода наблюдения была отменена базисная терапия тайледом при продолжении курсов лечения иммуномодуляторами и магнитоинфракрасным лазерным излучением.

Группа детей со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы, получавших базисную терапию бекотидом, выписывалась из стационара на 4-7 суток позже групп детей со среднетяжёлым течением заболевания, получавших базисную терапию бекотидом в сочетании с имунофаном, полиоксидонием и магнитоинфракрасным лазерным излучением. После выписки из стационара у группы детей со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы, получавших базисную терапию бекотидом, отмечалось возникновение астматических приступов лёгкой и средней степени тяжести с интервалами в 4-5 недель при отсутствии тяжёлых астматических приступов, тогда как раньше приступы астмы у них возникали с интервалами в 2-3 недели (т.е. общее количество приступов у этой группы пациентов сократилось в 1,8 раза). У групп больных среднетяжёлой бронхиальной астмой, получавших базисную терапию в сочетании соответственно с имунофаном, полиоксидонием и магнитоинфракрасным лазерным излучением, после выписки из стационара отмечалось возникновение лёгких астматических приступов с интервалами в 4-8 недель (т.е. у этих пациентов констатировалось сокращение общего количества приступов в среднем в 4 раза) при отсутствии среднетяжёлых и тяжёлых приступов. Спустя 4-5 месяцев после выписки из стационара пациенты указанных групп были переведены на базисную терапию тайледом.

Группа детей с тяжёлым течением бронхиальной астмы, получавших базисную терапию бекотидом, выписывалась из стационара в среднем на 4-6 суток позже групп детей с тяжёлым течением заболевания, получавших комплексное лечение в сочетании соответственно с имунофаном, полиоксидонием и магнитоинфракрасным лазерным излучением. После выписки из стационара у группы пациентов, получавших базисную терапию бекотидом, возникали астматические приступы лёгкой и средней степени тяжести с интервалами в 2-3 недели, но тяжёлых астматических приступов у них не регистрировалось, тогда как раньше астматические приступы возникали у них 1 раз в неделю и чаще (т.е. общее количество приступов у больных этой группы сократилось в среднем в 2,5 раза). У групп пациентов, получавших базисную терапию в сочетании соответственно с имунофаном, полиоксидонием и магнитоинфракрасным лазерным излучением, после выписки из стационара регистрировались лёгкие астматические приступы с интервалами в 4-8 недели при отсутствии среднетяжёлых и тяжёлых астматических приступов (т.е. у пациентов этих групп констатировалось сокращение общего количества приступов астмы в среднем в 6 раз), что позволило снизить дозу бекотида в два раза спустя 4 месяца после выписки из стационара. Через 6-8 месяцев после выписки из стационара группы пациентов, получавших лечение бекотидом в сочетании соответственно с имунофаном, полиоксидонием и магнитоинфракрасным лазерным излучением были переведены на базисную терапию тайледом при продолжении курсов лечения иммуномодуляторами и магнитоинфракрасным лазерным излучением.

Заключение.

Представленные выше результаты исследований свидетельствуют о том, что применение иммуномодуляторов нового поколения (имунофан, полиоксидоний) и магнитоинфракрасного лазерного излучения у детей с лёгким, среднетяжёлым и тяжёлым течением atopической бронхиальной астмы оказывало выраженный противорецидивный эффект. У детей с лёгким течением бронхиальной астмы при отмене базисной терапии тайледом через полгода после его назначения и продолжении курсов лечения имунофаном, полиоксидонием и магнитоинфракрасным лазерным излучением в течение следующих шести месяцев наблюдения констатировалось сохранение клинической ремиссии. У детей со среднетяжёлой и тяжёлой бронхиальной астмой, в лечение которых была включена иммуномодулирующая и магнитоинфракрасная лазерная терапия, отмечалось значительное урежение астматических приступов и снижение их тяжести, увеличение продолжительности клинической ремиссии и снижение тяжести течения заболевания, что позволило переводить пациентов на более низкую ступень базисного лечения.

Литература.

1. Лебедев В.В., Шелепова Т.М., Степанов О.Г., Тутельян А.В., Доминина В.В. Имунофан – регуляторный пептид в терапии инфекционных и не-инфекционных болезней.-Москва, 1998.-120 с.
2. Петров Р.В., Хаитов Р.М., Некрасов А.М. Полиоксидоний – препарат нового поколения иммуномодуляторов с известным механизмом действия// Иммунология.-2000.-№5.-с.19-24.
3. Пинегин Б.В., Сараф А.С. Отечественный иммуномодулятор «Полиоксидоний»: механизмы действия и клиническое применение.-Москва, 2000.-84 с.
4. Хейфец Ю.Б. Методические рекомендации по применению магнитоинфракрасного лазерного аппарата «РИКТА».-Москва, ЗАО «МИЛТА-ПКП ГИТ», 2002.-212 с.

THE RESUME

Ya. Yu. Illek, A.V. Galanina, N.G. Muratova,
M.L. Viaznikova, O.A. Poljakova, E.J. Bakulina
ANTIRELAPSING EFFECT IMMUNOMODULATE
OF NEW GENERATION AND MAGNETOINFRARED
LASER THERAPY OF ATOPIC TO THE
BRONCHIAL ASTHMA AT CHILDREN

Inclusion of the imunofan, polyoxsidonium and magnetoinfrared laser the-rapy incomplex treatment of children with different weight of current atopic bronchial asthma led to substantial growth of duration of clinical remission.

Keywords: a bronchial asthma, antirelapsing treatment.