

**ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ АЗИТРОМИЦИНОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ
С МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

Л.Г. КУЗЬМЕНКО, Р.А. КОРНЮШИН, Ж.Р. ГАЗАРЯН

Кафедра детских болезней РУДН. 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая,
д. 8. Медицинский факультет

Н.М. КИСЕЛЕВА

Кафедра фармакологии РГМУ. 117869, Москва, ул. Островитянова, д. 1.

Проанализирован опыт применения новой схемы назначения азитромицина в комплексном лечении 45 детей 4 – 13 лет с бронхиальной астмой, инфицированных *Mycoplasma pneumoniae* и *Mycoplasma hominis*: препарат давался детям в три приема с интервалом в 7 дней в разовой дозе 18 – 20 мг/кг. Установлена эффективность и безопасность использования указанной схемы лечения.

Ключевые слова: микоплазменная инфекция, азитромицин, пульс-терапия.

Как известно, *Mycoplasma pneumoniae* (М.р.) проявляет выраженный тропизм к базальной мембране мерцательного эпителия дыхательных путей. Малый размер и мощный адгезивный аппарат обеспечивают прочное прикрепление М.р. к мембране эпителиальных клеток, при-водящее к их повреждению. Антигены микоплазм плохо распознаются организмом хозяина, что препятствует выработке антимикоплазменных антител, нарушает фагоцитоз и способствует персистенции возбудителя в организме хозяина. М.р. чувствительна к макролидам и азалидам. Препаратом выбора при лечении респираторного микоплазмоза является азитромицин (сумамед).

Ранее нами было показано [1,2], что рекомендуемые в фармакологических руководствах схемы назначения азитромицина, при лечении детей с бронхиальной астмой, инфицированных М. р., малоэффективны. Хороший эффект достигался только при применении двух десятидневных курсов с интервалом между ними в 10 дней или одного десятидневного курса в сочетании с иммунокорректорами (тактивин, полиоксидоний) [2]. Однако длительный прием препарата мог способствовать формированию резистентности микрофлоры. В связи с этим (с учетом возможности накопления азитромицина в пораженных тканях и сохранения терапевтической концентрации в них в течение 5 – 7 дней) было решено в комплексе лечения детей с бронхиальной астмой, ассоциированной с М. р., назначить азитромицин в виде пульс-терапии. Такая терапия была проведена 45 детям в возрасте 4 – 13 лет, инфицированным микоплазмами, в приступном или после приступном периоде бронхиальной астмы, после подтверждения инфицированности их организма этими возбудителями. У всех обследованных обнаружены диагностически значимые титры специфических IgM-антител к М.р., у 6 из них выявлены специфические антитела класса G. Помимо этого из 45 указанных детей 30 были обследованы на инфицированность *Mycoplasma hominis* (М.н.). Специфические антитела к М.н. выявлены у 15 (диагностически значимые титры IgM-антител обнаружены у всех 15, антитела класса G – у 5). Азитромицин назначался нами в разовой дозе 20 мг/кг, вводился трижды через 7 дней. После приема первой же дозы препарата у всех наблюдавшихся детей в течение 2 – 3 суток происходило отчетливое улучшение общего состояния; последующие две дозы препарата вводились практически на фоне клинического благополучия.

При использовании указанного метода лечения ни у одного ребенка не возникло диспепсических расстройств, желтухи, увеличения печени и других побочных явлений. Отсутствовали симптомы повреждения клеточных мембран гепатоцитов: содержание (М±m) до лечения АлАТ $18 \pm 1,1$ ед., АсАт $30 \pm 1,0$ ед., после лечения соответственно $15 \pm 1,7$ ед. и $24 \pm 1,3$ ед. (при норме как АлАТ, так и АсАт – 40 ед.). Исследование уровня антител к М.р. в динамике проведено у 44 из 45 наблюдавшихся детей. Установлено, что у 30 из 44 пациентов (68,2 %) через месяц после приема третьей дозы азитромицина в крови не было обнаружено ни IgM-, ни IgG-антител, т.е. можно полагать, что у этих детей произошла элиминация возбудителя из организма; у 9 детей титр IgM-антител снизился в 2 раза и более, у 2 – остался без изменения, у 3 – повысился, при этом у всех этих 14 детей появился диагностически значимый титр специфических IgG-антител. Из 15 пациентов, сероположительных по М.н., контрольное исследование титров специфических антител после лечения проведено у 11. Установлено, что у 7 из 11 детей (63,6 %) после лечения азитромицином в крови не определялись ни IgM-, ни IgG-антитела, что также могло указывать на возможность

элиминации этого возбудителя из организма; у остальных 4 детей в крови выявлялись специфические IgG-антитела. Последнее скорее всего свидетельствовало об адекватном ответе организма детей на инфекцию.

Таким образом, использование указанной схемы пульс-терапии азитромицином в комплексном лечении детей, больных бронхиальной астмой и инфицированных М.р. и М.х., вполне оправдано и безопасно.

Литература

1. Кузьменко Л.Г., Захрави С., Брилькова Т.В., Киселева Н.М., Захарова Ю.Н. Опыт применения сумамеда в комплексном лечении детей с бронхиальной астмой //Вестник РУДН. Серия «Медицина». – 1999. – № 2. – С. 93 – 97.
2. Кузьменко Л.Г., Тюрин Н.А., Брилькова Т.В., Пушко Л.В., Киселева Н.М., Захарова Ю.Н. Макролиды в комплексном лечении детей с бронхиальной астмой, ассоциированной с *Mycoplasma pneumoniae* //Вестник РУДН. Серия «Медицина». – 2002. – № 4. – С. 6 – 11.

PULSE-THERAPY OF AZITHROMYCIN IN COMPLEX THERAPY OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA, ASSOCIATED WITH MYCOPLASMAL INFECTIONS

L.G.KUZMENKO, R.A.KORNYUSHIN, J.R.GAZARIAN

Department of Pediatrics RPFU, 117198, Moscow, M.-Maklaya st., 8.

N.M.KISELEVA

Department of Pharmacology RSMU, 117869, Moscow, Ostrovityanova st., 1.

Experience of the new prescription scheme of azithromycin using in complex therapy of 45 children at the age range from 4 to 13 years with bronchial asthma, infected by *Mycoplasma pneumoniae* and *Mycoplasma hominis*. Azithromycin was prescribed in three doses with 7-days interval (18-20 mg/kg per time). Efficacy and safety of this treatment scheme using were established.