

Н.В.Лобастова

ВЛИЯНИЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОЛИОКСИДОНИЕМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кировская государственная медицинская академия

Введение

Современное комплексное лечение детей с бронхиальной астмой проводится с учетом тяжести течения и периода болезни, индивидуальных особенностей организма больного ребенка и основано на применении базисной терапии (ингаляционные нестероидные противовоспалительные препараты, ингаляционные и системные кортикостероиды, антилейкотриеновые препараты, специфическая иммунотерапия) в сочетании с бронходилататорами и муколитиками, физиотерапевтическими процедурами, рефлекс- и психотерапией [1, 7, 6]. В связи с выраженными иммунными нарушениями в процессе комплексного лечения больных бронхиальной астмой достаточно широко используют иммуномодулирующие средства - левамизол, тимоген, тактивин, миелопид, имунофан, лейкинферон, рибомунил [13, 3, 12, 2, 5, 4, 10, 11]. Однако в литературе отсутствуют сообщения о результатах использования у детей с тяжелым течением атопической бронхиальной астмой отечественного иммуномодулятора нового поколения - полиоксидония, который обладает иммунокорректирующим, детоксикационным, противовоспалительным, антиоксидантным и мембраностабилизирующим действиями, регулирует продукцию цитокинов [8, 9], что послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Материал и методы исследования

65

Под наблюдением находился 41 ребенок в возрасте 5-14 лет с тяжелым течением атопической бронхиальной астмы. У наблюдаемых больных в первые 1-2 дня пребывания в стационаре (в приступном периоде) и за 1-2 дня перед выпиской (в межприступном периоде болезни) исследовали содержание популяций и субпопуляций лимфоцитов в крови (метод непрямой иммунофлюоресценции с моноклональными антителами), содержание иммуноглобулинов (ИЕ) основных классов (метод радиальный иммунодиффузии с моноспецифическими антисыворотками) и общего ИгЕ в сыворотке (метод иммуноферментного анализа), концентрацию циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке (метод преципитации с раствором полиэтиленгликоля), показатели фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН), фагоцитарного индекса (ФИ) и НСТ-теста (с использованием частиц латекса). Контрольную группу составили 532 практически здорового ребенка того же возраста, проживающие в г. Кирове и Кировской области.

Результаты

У всех наблюдаемых детей с бронхиальной астмой были выявлены признаки поливалентной сенсibilизации к бытовым, эпидермальным и пыльцевым аллергенам. Наряду с воздействием причинно-значимых аллергенов, возникновение приступа у них могло вызвать вдыхание холодного воздуха, резкие изменения метеорологических условий, физическая и эмоциональная нагрузка и др. Приступы удушья развивались у пациентов с частотой от 1 до 2 недель и чаще, продолжаясь от 3 до 6 часов и дольше.

В приступном периоде болезни у детей с тяжелым течением бронхиальной астмы констатировались выраженные изменения иммунологической реактивности (таблица). Так, у них отмечалось снижение относительного количества Т-лимфоцитов ($P < 0,001$) и CD8 - клеток ($P < 0,05$) в крови, повышение уровней Иг G ($P < 0,01$), А ($P < 0,01$), М ($P < 0,001$) и резко выраженное повышение уровня общего ИгЕ ($P < 0,001$) в сыворотке, снижение показателей ФАН ($P < 0,001$), ФИ ($P < 0,001$) и НСТ-теста ($P < 0,001$).

Таким образом, у наблюдаемых больных бронхиальной астмой в приступном периоде выявлялись признаки относительной недостаточности клеточного звена иммунитета, повышение уровней иммуноглобулинов основных классов в сыворотке и гипериммуноглобулинемия Е, снижение показателей неспецифической резистентности.

Для купирования приступа удушья у всех детей с тяжелым течением бронхиальной астмы (41 пациент) использовали внутривенное введение преднизолона (1 мг/кг) и эуфиллина, сердечные гликозиды. После выведения из приступа им назначался преднизолон внутрь (1 мг/кг) коротким курсом на 3-5 дней, базисная терапия (бекотид по 2 дозированные ингаляции 3-4 раза в сутки), бромгексин внутрь, АТФ, витамины В5, В6, С, ультразвуковые ингаляции с эуфиллином, муколитиками и натрием гидрокарбонатом, сеансы микроволновой терапии, индуктотермия на область надпочечников, ЛФК и массаж. Вместе с тем, 20 пациентам проводили курс лечения полиоксидонием, который вводился внутримышечно, в дозе 0.1 мг/кг в 1-1,5мл воды для инъекций, 1 раз в день, через два дня на третий, всего 5 инъекций (продолжительность курса лечения - 13 дней). Лечение полиоксидонием начинали со

второго дня пребывания больных в стационаре; никаких осложнений и побочных реакций при использовании препарата у них не возникало.

На фоне лечения, проводимого в стационаре, у всех больных бронхиальной астмой отмечалось улучшение общего состояния и положительная динамика клинических показателей с последовательным наступлением после приступного и межприступного периодов болезни.

Больные бронхиальной астмой, получавшие общепринятое лечение, выписывались из стационара в среднем через 28,3±1,9 суток, а больные, получавшие комплексную терапию в сочетании с полиоксидонием - через 22,7±1,6 суток, т.е. почти на шесть суток раньше.

Исследования показали, что у больных бронхиальной астмой, получавших общепринятое лечение, перед выпиской из стационара отмечались изменения показателей иммунитета, аналогичные тем, которые регистрировались в приступном периоде болезни (таблица). Так, у них констатировалось уменьшение относительного количества Т-лимфоцитов ($P < 0,001$) и CD8-клеток ($P < 0,05$) в крови, повышение уровней ИГ G ($P < 0,001$), А ($P < 0,05$), М ($P < 0,001$) в сыворотке, гипериммуноглобулинемия Е ($P < 0,001$), снижение ФАН ($P < 0,001$), ФИ ($P < 0,001$) и значений НСТ-теста ($P < 0,02$).

У больных бронхиальной астмой, получавших комплексную терапию в сочетании с полиоксидонием (таблица), перед выпиской из стационара отмечался высокий уровень ИГ Е ($P < 0,001$) в сыворотке и снижение показателей ФАН ($P < 0,02$), тогда как другие показатели иммунитета у них не отличались существенно от этих показателей у практически здоровых детей контрольной группы. Следует отметить, что уровень сывороточного ИГ Е у больных бронхиальной астмой, получавших комплексную терапию в сочетании с полиоксидонием, был гораздо ниже его уровня ($P < 0,001$) у пациентов, получавших общепринятое лечение.

Перед выпиской из стационара пациентам, получавшим общепринятое лечение, рекомендовали во время диспансерно-поликлинического наблюдения продолжить проведение лечебных мероприятий (базисная терапия, теопэк внутрь, гипоаллергенная диета и др.). Пациентам, получавшим комплексную терапию в сочетании с полиоксидонием, рекомендовали через 2-3 месяца после выписки провести повторный курс лечения этим препаратом.

Катамнестическое наблюдение показало, что у детей с бронхиальной астмой, получавших общепринятое лечение, после выписки из стационара периодически возникали явления затрудненного дыхания и приступообразный кашель, а спустя 2-3 месяца после выписки из стационара они вновь поступали в больницу с тяжелым приступом удушья. Обострение заболевания у них было связано чаще всего с респираторной инфекцией или воздействием причинно-значимых аллергенов. У пациентов, подвергавшихся комплексную терапию в сочетании с полиоксидонием и получивших повторный курс инъекций этого препарата, в периоде диспансерно-поликлинического наблюдения явления затрудненного дыхания и приступообразный кашель регистрировались сравнительно редко, а приступов удушья, требующих госпитализации, не отмечалось в течение 7-10 месяцев после выписки из стационара.

Выводы

1. У детей с тяжелым течением атопической бронхиальной астмы, получавших общепринятое лечение, перед выпиской из стационара сохранялись выраженные изменения иммунологической реактивности. Спустя непродолжительное время после выписки у них вновь возникали тяжелые приступы удушья.

2. Включение полиоксидония в комплексное лечение больных бронхиальной астмой обеспечивало нормализацию большинства показателей иммунитета перед выпиской из стационара, препятствовало развитию тяжелых приступов удушья и увеличивало продолжительность клинической ремиссии болезни.

3. Высокий клинический и иммуномодулирующий эффекты полиоксидония, отсутствие осложнений и побочных реакций при его применении позволяют рекомендовать широкое использование препарата в процессе комплексного лечения детей с тяжелым течением атопической бронхиальной астмы.

Литература

1. Балаболкин И.И., Лукина О.Ф., Гончарова И.В., Юхтина И.В., Ляпунов А.В., Кудрявцева А.В., Ксензова О.Д., Рыльева И.В., Реутова В.С. Клиника - функциональные критерии тяжести бронхиальной астмы у детей и эффективность базисной терапии // Педиатрия. - 2001, - № 5. - с. 4-9.

2. Золотодов В.И., Земское А.М., Ступницкий А.А., Горяинова Т.А. Лечение тимогеном и милопидом больных бронхиальной астмой // Клиническая медицина. - 1995. - № 6, - с. 43-44.

3. Дзеранова Р.Р., Ревазова А.А., Албегова Д.В., Циллагова Р.Б., Скокова Ю.В. Иммунокорректирующая терапия при лечении детей с синдромом бронхиальной обструкции / Сб. мат. 3 Всероссийской научно-практ. конф. «Эффективная и иммунокорректирующая терапия в клинической практике». - Ижевск, 1998. - с. 64-65.

4. Иллук Я.Ю., Вязникова М.Л., Токарев А.Н., Зайцева Г.А., Куимова М.Р. Иммуногенетические параметры и иммунные нарушения у детей с бронхиальной астмой, эффективность комплексного лечения больных // Сб. научных трудов, посвященных 10-летию кафедры детских болезней КГМА «Актуальные вопросы педиатрии». - Киров, 2000. - с. 27-33.

5. Иллук Я.Ю., Зайцева Р.А., Токарев А.Н., Вязникова М.Л., Анфайлова З.И., Пенегина М.С. Влияние базисного лечения и иммуномодулирующей терапии иммунофаном на показатели иммунологической реактивности у детей с бронхиальной астмой / Метод. рек. - Киров, 1999 - 15 с.

6. Мачарадзе Д.Ш., Сетишвили Л.И. Эффективность комбинации зафирлукаста и будесонида у детей с астмой / Мат. VIII Международной конф. по иммуно-реабилитации «Аллергия, иммунология и глобальная сеть». - Канны, 2002, т. 4. - с. 53.

7. Нишева Е.С., Кириллов М.А., Арутюнян И.В., Катин Н.И., Колобова Н.В., Пешехонова Ю.В., Валетова Л.Г., Галуэтян А.М., Авакумова А. В. Исследование механизмов хронического воспаления при аллергических заболеваниях у детей: центральная роль моноцитов / макрофагов // Педиатрия. - 2001. - № 5. - с. 9-14.

8. Петров Р.В., Хаитов Р.М., Некрасов А.В., Пинегин Б.В. Полиоксидоний - препарат нового поколения иммуномодуляторов с известным механизмом действия // Иммунология. - 2000. - № 2. - с. 65-67.

9. Пинегин Б.В., Сараф А.С. Отечественный иммуномодулятор «Полиоксидоний»: механизм действия и клиническое применение. - М., 2000. - 84 с.

10. Токарев А.Н. Влияние базисной и иммуномодулирующей терапии на показатели иммунологической реактивности у детей с бронхиальной астмой: Дис. канд. мед. наук. - Киров, 1999. - 126 с.

11. Токарев А.И., Иллек Я.Ю., Зайцева Г.А., Вязникова М.Л. Использование иммунофана в комплексном лечении детей с тяжелой бронхиальной астмой // Педиатрия. - 2001. - № 2. - с. 65-67.

12. Тюрин Н.А., Пушко Л.В., Кузменко Л.Г., Зайцева Г.П., Петрук Н.И., Муравьев В.А. Тактивин в комплексном лечении больных с бронхиальной астмой // Педиатрия. - 1996. - № 4. - с. 46-48.

13. Чучалин А.Г. Иммунокоррекция в пульмонологии. - М., Медицина, 1989. - 250 с.

Summary

THE INFLUENCE OF THE BASIC THERAPY AND COMBINED TREATMENT WITH POLYOXIDONIUM ON THE PARAMETERS OF IMMUNITY OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

N.V. Lobastova

Kirov State Medical Academy, Department of Pediatrics

The addition of polyoxidonium to the complex therapy of children with severe bronchial asthma provides normalization of the most immunological parameters before the discharge from the hospital and increases the duration of the clinical remission.