

КОСТИНОВА ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний, Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Российская академия медицинских наук, Россия, Москва (mech.inst@mail.ru).

KOSTINOVA TATYANA ALEXANDROVNA – candidate of medical sciences, senior scientific worker of vaccinal allergic diseases prevention and an immunotherapy laboratory, Mechnikov Research Institute of Vaccines and Sera, Russian Academy of Medical Sciences, Russia, Moscow.

УДК 616.5-002.2-053.2]:615.37

Т.И. ПЕТРОВА, Т.С. ЛУТКОВА, Н.П. АНДРЕЕВА, О.О. МАГАРШАК

ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОКОРРЕКЦИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, иммуномодуляторы.

Исследовалось клиническое течение атопического дерматита у детей при включении в комплекс лечения иммуномодуляторов. В исследование вошли 106 детей в возрасте от 7 до 15 лет. В результате использования иммуномодуляторов у всех пациентов с атопическим дерматитом уменьшилось количество обострений.

**T.I. PETROVA, T.S. LUTKOVA, N.P. ANDREEVA, O.O. MAGARSHAK
IMMUNOCORRECTION OF THE ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN**

Key words: atopic dermatitis, children, immunomodulators.

The clinical course of atopic dermatitis at children was investigated at inclusion in a complex of treatment of immunomodulators. 106 children entered into research from 7 to 15 years. As a result of use of immunomodulators at all patients with atopic dermatitis the quantity of aggravations decreased.

Атопический дерматит (АД) – одно из наиболее распространенных аллергических заболеваний детского возраста, характеризующееся хроническим стадийным течением, клиническим полиморфизмом на фоне патологических изменений во многих системах организма [5. С. 7]. Именно с него чаще всего начинается аллергический марш. В настоящее время возрос объем знаний об АД, однако остаются вопросы в отношении механизмов взаимосвязи нарушений в иммунной системе и клинического течения заболевания, о чем свидетельствуют малая эффективность традиционных методов лечения, прогрессирующее течение заболевания [6. С. 1892]. Поэтому эта проблема остается крайне актуальной, так как позволяет выявить заболевание на более ранних стадиях развития, разработать и улучшить методы диагностики и профилактики более тяжелых и сочетанных форм аллергических заболеваний [4. С. 9]. Все вышеизложенное определило **цель исследования:** оценить возможность использования препаратов бронхомунал, рибомунил, полиоксидоний в комплексном лечении детей с АД.

Материалы и методы. Нами была изучена сравнительная эффективность современных иммуностропных препаратов (полиоксидоний, бронхо-мунал, рибомунил) у 86 детей в возрасте от 7 до 15 лет с АД. В I группе иммунокорректирующую терапию бронхо-муналом (Lek, Словения) получили 15 детей, из них 7 мальчиков (46,7%) и 8 девочек (53,3%), средний возраст пациентов составил 11,6±0,32 года. В II группе у 21 ребенка провели терапию рибомунилом (Pierre Fabre Medicament, Франция), в данной группе мальчиков 12 (57,1%) и девочек 9 (42,9%), средний возраст пациентов составил 11,9±0,16 года. В III группе у 30 детей в лечении использовали полиоксидоний (ПЕТРОВАКС, Россия), в группе 17 мальчиков (56,7%) и 13 девочек (43,3%), средний возраст пациентов 12,0±0,10 года. В IV группу вошли 20 детей, которым не вводились какие-либо лекарственные препараты и вакцины, в группе 11 мальчиков (55,5%) и 9 девочек (44,5%), средний возраст пациентов 11,8±0,18 года (табл. 1).

Бронхо-мунал дети получали по схеме: 30 дней – ежедневно, затем по 10 дней каждого месяца в течение 2-3 месяцев; рибомунил по 4 дня в течение 3 недель, в по-

следующие 5 месяцев по 4 дня каждого месяца; полиоксидоний вводили в дозе 0,1-0,15 мг/кг массы ребенка через день 5 инъекций, а затем по 2 инъекции в неделю до 5-10 инъекций. Традиционная терапия между сравниваемыми группами не различалась и включала в себя гипоаллергенную диету, антигистаминные препараты, наружную противовоспалительную терапию и лечебно-косметический уход за кожей.

Таблица 1

Возрастно-половой состав детей

Показатели	I группа n = 15		II группа n = 21		III группа n = 30		IV группа n = 20	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мальчики	7	46,7±12,88	12	57,1±10,80	17	56,7±9,04	11	55,5±9,95
Девочки	8	53,3±12,88	9	42,9±10,80	13	43,3±9,04	9	44,5±9,95
Средний возраст	11,6±0,32		11,9±0,16		12,0±0,10		11,8±0,18	

Действие препаратов оценивали по следующим параметрам: сокращение частоты, длительности и тяжести обострений АД, удлинение периода ремиссии, уменьшение приема лекарственных препаратов, снижение количества обострений АД, острых респираторных заболеваний (ОРЗ) и инфекционно-воспалительных заболеваний кожи. Эффект иммунотерапии оценивали как отличный при отсутствии обострений АД, респираторных заболеваний и уменьшении использования лекарственных препаратов в течение 6 месяцев, стойком улучшении параметров индекса SCORAD (более чем на 50% от исходного) в течение 6 месяцев. При кратности обострений основного заболевания и ОРЗ 1-2 раза в полгода длительностью не более 7-8 дней, отсутствии пиодермии и потребности в антибиотиках, улучшении параметров индекса SCORAD (до 30% от исходного) в течение 6 месяцев эффект считали хорошим. При прежней кратности обострений АД и ОРЗ, но при длительности не более 10 дней, отсутствии рецидивов бактериально-грибковых осложнений со стороны кожи и потребности в антибиотиках, стабильных параметрах индекса SCORAD (в пределах 10% от исходного) в течение 6 месяцев – удовлетворительным. Отсутствие эффекта – при прежней кратности, длительности и тяжести обострений основного заболевания и / или ОРЗ [2. С. 112]. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием критерия Стьюдента, в качестве вероятности ошибки допускалась величина, равная 0,05 ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. При сравнительном клиническом анализе уменьшение количества эпизодов ОРЗ наблюдали при лечении всеми тремя препаратами: в том числе при терапии бронхо-муналом в 2,6 раза (до лечения 4,5±0,39 и после – 1,7±0,18, $p < 0,001$), рибомунилом в 2,8 раза (до лечения 4,3±0,30 и после – 1,5±0,11, $p < 0,001$) и полиоксидонием в 3,1 раза (до лечения 4,6±0,25 и после – 1,5±0,09, $p < 0,001$) (табл. 2). Количество обострений АД уменьшилось, соответственно, в 1,6 раза (до лечения 5,8±0,50 и после – 3,6±0,16, $p < 0,0009$), 1,7 раза (до лечения 5,3±0,32 и после – 3,1±0,24, $p < 0,0001$) и 2,7 раза (до лечения 5,8±0,35 и после – 2,2±0,16, $p < 0,0001$). В группе сравнения статистически значимых изменений количества эпизодов ОРЗ (в начале исследования 4,5±0,31 и после – 3,7±0,29, $p < 0,07$) и обострения АД (в начале исследования 5,5±0,44 и после – 4,7±0,31, $p < 0,1$) не наблюдали.

Таблица 2

Количество эпизодов ОРЗ и обострений АД до и после иммуномодулирующей терапии

	I группа n = 15		II группа n = 21		III группа n = 30		IV группа n = 20	
	эпизоды ОРЗ	обострения АД	эпизоды ОРЗ	обострения АД	эпизоды ОРЗ	обострения АД	эпизоды ОРЗ	обострения АД
До	4,5±0,39	5,8±0,50	4,3±0,30	5,3±0,32	4,6±0,25	5,8±0,35	4,5±0,31	5,5±0,44
После	1,7±0,18	3,6±0,16	1,5±0,11	3,1±0,24	1,5±0,09	2,2±0,16	3,7±0,29	4,7±0,31
	$p < 0,001$	$p < 0,0009$	$p < 0,001$	$p < 0,0001$	$p < 0,001$	$p < 0,0001$	$p < 0,07$	$p < 0,1$

Таблица 3

**Клиническая эффективность
иммунокорректирующей терапии**

Эффективность	I группа n = 15	II группа n = 21	III группа n = 30
Отличная	3 (20,0%)	5 (23,8%)	10 (33,3%)
Хорошая	7 (46,6%)	9 (42,9%)	13 (43,3%)
Удовлетворительная	4 (26,7%)	5 (23,8%)	7 (23,4%)
Без эффекта	1 (6,7%)	2 (9,5%)	-

Отличный и хороший эффект чаще всего наблюдали у детей, получивших полиоксидоний (до 76,6%) (табл. 3). Это проявилось выраженной динамикой со стороны кожного процесса, снижением индекса SCORAD более чем в 2,5 раза, а также снижением интенсивности зуда, восстановлением ночного сна.

Одинаково часто наблюдали отличный и хороший эффект при лечении бронхо-муналом и рибомунилом. Число больных без эффекта составило 6,7% при лечении бронхо-муналом, 9,5% – рибомунилом. Особый интерес вызывало применение у больных с АД полиоксидония, после проведения курса терапии которым неудовлетворительных результатов (без эффекта) мы не выявили. Обострений основного заболевания у детей (АД) и поствакцинальных осложнений не было. Побочных эффектов при иммунотерапии полиоксидонием, рибомунилом и бронхо-муналом не наблюдали.

Лечение АД комплексное, оно включает антибактериальную и противогрибковую терапию, направленную на снижение колонизации кожи такими патогенами, как *Staphylococcus aureus* и грибы рода *Candida* [3. С. 13]. Как известно, в основе АД лежат иммунологические механизмы, определяющие дисбаланс Th₁ и Th₂ клеток и гиперпродукцию IgE. Поводом к применению собственно иммунокорректирующих препаратов у больных АД является часто рецидивирующая пиодермия и наличие очагов хронической инфекции, торпидных к традиционной терапии. В медицинской литературе число строго контролируемых испытаний иммуномодуляторов при atopическом дерматите ограничено лишь отдельными препаратами. Имеются сведения об испытании макролидных иммуносупрессантов – такролимус, или FR506, и пимекролимус [7. С. 65]. Также положительный эффект у больных АД, в особенности с часто рецидивирующей пиодермией, оказывает гистаглобулин, включаемый в схему комбинированной терапии [1. С. 34]. Полученные нами результаты использования таких иммуномодуляторов, как бронхомунал, рибомунил и полиоксидоний, свидетельствуют о возможности их использования в комплексном лечении АД. Полиоксидоний может быть включен в острой и любой другой стадии заболевания, не имеет ограничений для применения по возрасту, обладает выраженным детоксицирующим эффектом. Применение бронхо-мунала и рибомунила возможно в фазе нестойкой ремиссии кожного процесса.

Выводы. Возможность использования полиоксидония и бактериальных пероральных вакцин (бронхомунал, рибомунил) при АД широка. При включении иммуномодуляторов в комплекс лечения АД мы наблюдали уменьшение количества эпизодов ОРЗ: при терапии бронхо-муналом в 2,6 раза, рибомунилом в 2,8 раза и полиоксидонием в 3,1 раза. Количество обострений АД уменьшилось соответственно в 1,6 раза, 1,7 раза и 2,7 раза. Это сопровождалось уменьшением использования лекарственных препаратов и стойким улучшением параметров индекса.

Литература

1. Катина М.М., Потрохова Е.А., Антонов О.В. Осложненные формы atopического дерматита у детей: клинко-иммунологические особенности // Педиатрия. 2010. Т. 89, № 4. С. 32-35.
2. Лечение аллергических болезней у детей / под ред. И.И. Балаболкина. М.: МИА, 2008. 218 с.
3. Маланичева Т.Г., Хаерудинова Л.А., Глушко Н.И. Антибактериальная и антимикотическая терапия детей, больных atopическим дерматитом, осложненным стафилококковой и грибковой инфекциями // Казанский медицинский журнал. 2007. № 1. С. 13-15.
4. Пампура А.Н., Смирнова М.О. Atopический дерматит у детей // Медицинский вестник. 2009. № 20(489). С. 9-10.
5. Потрохова Е.А., Катина М.М., Грибовская Е.Г. Atopический дерматит у детей: диагностика, прогноз, лечение: метод. рекомендации. Омск: Lprint, 2007. 24 с.

6. Epidermal Barrier Dysfunction in Atopic Dermatitis / M.J. Cork et al. // J. Inv. Dermatol. 2009. Vol. 129. P. 1892-1908.

7. Improvement in pruritus in children with atopic dermatitis using pimecrolimus cream 1% / J. Fowler, A. Johnson, M. Chen et al. // Cutis. 2007. Vol. 79. P. 65-72.

ПЕТРОВА ТАМАРА ИВАНОВНА. См. с. 465.

ЛУТКОВА ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии, клинической иммунологии и аллергологии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (kafedraimmun@mail.ru).

LUTKOVA TATIANA SERGEEVNA – candidate of medical sciences, assistant professor of Pediatrics, Clinical Immunology and Allergology Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

АНДРЕЕВА НАТАЛИЯ ПЕТРОВНА. См. с. 268.

МАГАРШАК ОЛЬГА ОЛЕГОВНА – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний, Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Российской академии медицинских наук, Россия, Москва (mech.inst@mail.ru).

MAGARSHAK OLGA OLEGOVNA – candidate of medical sciences, senior scientific worker of vaccinal allergic diseases prevention and an immunotherapy laboratory, Mechnikov Research Institute of Vaccines and Sera, Russian Academy of Medical Sciences, Russia, Moscow.

УДК 616-051+159.9:61

С.Н. РОМАНОВ, Е.Л. НИКОЛАЕВ, А.В. ГОЛЕНКОВ

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АДАПТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ

Ключевые слова: адаптивные характеристики личности, временная перспектива, социальная поддержка, профессиональная дезадаптация, врачи, студенты.

Исследованы взаимосвязи психологических особенностей восприятия временной перспективы и адаптивных характеристик личности у 37 врачей и 42 студентов медицинских специальностей. В обеих группах выявлено общее снижение адаптивного потенциала и антисуицидального барьера личности. Врачи представляют группу риска по тревожным и депрессивным расстройствам, аутоагрессивному поведению. Адаптивными характеристиками личности являются позитивное отношение к прошлому и направленность на будущее, удовлетворенность социальной поддержкой. Для врачей особо значима инструментальная и эмоциональная поддержка, для студентов – социальная интеграция.

S.N. ROMANOV, E.L. NIKOLAEV, A.V. GOLENKOV
COMPARATIVE STUDY OF PERSONALITY ADAPTIVE TRAITS
IN MEDICAL STUDENTS AND DOCTORS

Key words: personality adaptive traits, time perspective, social support, professional maladjustment, medical doctors, students.

The interrelations of psychological specific features of time perspective perception and adaptive personality traits in 37 doctors and 42 medical students are studied. Decrease in level of adaptive potential and antisuicidal personality barrier is revealed in both groups. Doctors are at risk for anxiety and depressive disorders, auto-aggressive behavior. Positive attitude to the past and focus on the future, social support satisfaction are among personality adaptive characteristics. Instrumental and emotional support are especially important for doctors, social integration – for students.

Необходимость повышения качества медицинской помощи, оказываемой населению, ставит перед государством и обществом, помимо множества организационных и экономических вопросов, проблему сохранения и подготовки кадрового потенциала для отечественного здравоохранения. В этой связи остро стоит задача поддержания здоровья