

С.М. ПУХЛИК, И.К. ТАГУНОВА, К.Г. БОГДАНОВ, А.В. АНДРЕЕВ

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА РЕСПИБРОН В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Одес. гос. мед. ун-т

Нарушение иммунологической активности организма почти всегда сопровождается повышением частоты развития воспалительных процессов в респираторном тракте. У детей младшей возрастной группы иммунная реактивность находится в состоянии становления - характерен выраженный функциональный иммунодефицит, который называется иммунодефицитом дозревания [13]. Поэтому ответ на внедрившиеся инфекционные агенты не всегда является адекватным, что приводит к частым и длительно протекающим острым респираторным инфекциям (ОРИ), формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания и к инвалидизации [4, 5, 9, 12].

Частые ОРИ у детей представляют собой не только медицинскую проблему, но имеют и серьёзные социальные, а также экономические последствия. В зависимости от возраста, эпидемиологических и социальных условий удельный вес количества часто болеющих детей (ЧБД) среди всех детей составляет от 15 до 50%. При этом от всех случаев ОРИ у детей на долю ЧБД приходится до 67,7-75% [8, 10, 11].

В результате контакта с микробами во время инфекции развивается временный или постоянный иммунитет к ним [3]. Иммунопрофилактика позволяет выработать иммунитет до естественного контакта с возбудителем. Активная иммунизация – введение антигена для стимуляции иммунного ответа и развития иммунитета. Повторная иммунизация способствует более выраженному иммунному ответу и повышению устойчивости к возбудителю [1, 2]. В зависимости от типа антигена активная иммуниза-

ция приводит к формированию временного или постоянного иммунитета [5].

В качестве иммуномодулятора при лечении детей с частыми и затяжными ОРИ нами избран препарат микробного происхождения «Респиброн», относящийся к естественным иммуномодуляторам (классификация иммуномодуляторов по Р.М. Хаитову и Б.В. Пинегину).

Иммуномодулятор «Респиброн» - медикаментозный препарат, полученный путем механического лизиса, позволяющего наиболее безопасно и эффективно индуцировать образование специфических антител. Респиброн содержит бактериальные лизаты 13 штаммов наиболее распространённых патогенных микроорганизмов, вызывающих заболевания верхних дыхательных путей. В его состав входят лизаты таких бактерий: *Staphylococcus aureus*, *Neisseria catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus viridians*, *Klebsiella ozaenae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, 6 штаммов *Diplococcus pneumoniae* (*Streptococcus pneumoniae*). Препарат обладает двойным механизмом действия: активация неспецифической защиты антигенами мембран клеток патогенных микроорганизмов путём индукции фагоцитоза, активация макрофагов, нейтрофилов, дендритных клеток, НК-клеток; активации специфического иммунитета за счёт повышения уровня продукции ИЛ-2, специфических сывороточных Ig классов А, G, М и sIgA, активации эффекторных CD<sub>4</sub>, CD<sub>8</sub>, В-лимфоцитов.

Респиброн следует определить как препарат, обеспечивающий профилактику развития и эффективность комплексного лечения пациентов с острыми инфекциями

верхних дыхательных путей. Сублингвальный путь введения «Респиброна» позволяет обеспечить прямой контакт антигена с иммунными клетками слизистой оболочки и сформировать стойкий местный иммунитет. Удобство применения (1 таблетка в сутки), непродолжительный курс (10 дней) способствуют благоприятному восприятию данного препарата пациентами.

Целью нашего исследования было изучение статуса часто и длительно болеющих детей и оценка эффективности применения «Респиброна» в лечении.

В ОДГБ №3 проведено изучение эффективности применения препарата «Респиброн» по показателям противовирусной защиты у ЧБД до и после лечения. Под наблюдением в течение 6 мес находилось 29 ЧБД от 3 до 8 лет. Кратность острых респираторных заболеваний у них составляла от 6 до 10 случаев за предшествующий год. При первичном осмотре отоларингологом у абсолютного большинства детей (78%) диагностированы хронические заболевания органов носовой части глотки или морфофункциональные отклонения (аденоидные вегетации, хронический аденоидит, гипертрофия небных миндалин). У всех детей были выявлены признаки умеренного воспаления в ротовой и носовой частях глотки, которые проявлялись различным сочетанием таких симптомов, как гиперемия задней стенки глотки и небных дужек, рыхлость слизистой оболочки и её зернистость (у 83%), увеличение миндалин различной степени (у 48%), у части детей отмечалось гнойное отделяемое из носа, стекание слизистого отделяемого по задней стенке глотки. Почти у каждого третьего ребенка был диагностирован аденоидит. За последний год наблюдения дети перенесли в среднем  $6,42 \pm 1,9$  инфекций. Большинство обследуемых было пролечено антибиотиками широкого спектра действия от 2 до 5 раз.

В комплексе реабилитационных мероприятий 19 (48%) детей получали «Респиброн» сублингвально по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 10 дней, перерыв в приеме препарата составлял 20 дней. Всего проведено 3 курса терапии в течение 3 мес. Отдаленные результаты фиксировались в течение 6 мес. Дети, получавшие «Респиброн»,

составили основную группу, а в группу сравнения было включено 20 (52%) детей, получавших комплекс реабилитационной терапии без «Респиброна».

По истечении реабилитационного курса через 3 мес результаты исследования мазков содержимого носовой части глотки свидетельствовали о значительно более выраженной динамике в группе детей, получавших «Респиброн», у которых зафиксировано уменьшение в 2 раза количества лейкоцитов в мазках и частоты обнаружения кокковой флоры. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что через 6 мес после курса реабилитации с использованием препарата «Респиброн» и спустя 3 мес после прекращения этой терапии микрофлора носовой части глотки у детей существенно отличалась в лучшую сторону от таковой у пациентов, получавших реабилитацию без препарата «Респиброн». При цитологическом исследовании мазков из носовой части глотки у детей, получавших «Респиброн» не было случаев с количеством лейкоцитов в мазке более 20 в поле зрения, в то время как у ЧБД, не использовавших «Респиброн» в комплексе реабилитационных мероприятий, такие результаты цитологии встречались у каждого третьего ребенка (29%); единичные лейкоциты (до 5 в поле зрения) обнаруживались, соответственно, у 36 и 12% детей. Обильная кокковая флора выявлена у 41% ЧБД, не получавших «Респиброн», и только у 21% пациентов, применявших данный препарат (табл. 1).

По кратности ОРВИ в течение шестимесячного периода наблюдения обе сравниваемые группы детей не отличались: наблюдались единичные ОРВИ, обострения хронических заболеваний не было, однако следует отметить то, что дети, получавшие «Респиброн», болели легче, течение заболевания у них было менее продолжительным (в 2,1 раза) (табл. 2). Лучшие результаты получены в группе пациентов, клинико-лабораторные показатели у которых указывали на активность воспалительного процесса, у них нормализовался состав микробного «пейзажа» носовой части глотки (преобладающее воздействие на стрептококковую флору). Менее выраженными были изменения у детей в группе сравнения.

Таблица 1

## Показатели микрофлоры в носовой части глотки у обследуемых детей

Микроорганизмы ( $10^5$ )	Терапия препаратом «Респиброн» в основной реабилитационной группе (n=19)			Реабилитационная группа сравнения (n=20)	
	до лечения	после лечения		до лечения	после лечения
		через 10 дней	через 3 мес		
количество детей, % (M±m)					
Staphylococcus aureus	35±7,54	15±6,32	24±7,24	34,4±7,24	31,4±7,19
Staphylococcus epidermidis	5±3,45	15±5,65	5±3,45	4,3±3,09	4,3±3,09
Streptococcus β-haemolyticus	30±7,25	3±0,5	5±3,45	30,1 ±6,99	30,1 ±6,99
Candida albicans	5±3,45	0	3±0,5	5±3,32	5±3,32
E. coli	4,3±3,09	2,7±2,66	3,4±3,09	4,32±2,91	3,5±1,75
Streptococcus pyogenes	10±4,74	3,1 ±4,49	4,45 ±3,49	9±4,84	9±3,45

Таблица 2

Динамика снижения показателей ОРИ на протяжении 6 месяцев  
у ЧБД, получавших препарат «Респиброн»

Динамика показателей ОРИ	Основная группа (n=19)	Группа сравнения (n=20)
	количество детей, %	
Снижение частоты (число эпизодов ОРИ)	71,4	21,7
Сокращение продолжительности заболевания	40,5	21,7
Уменьшение тяжести течения (наличие осложнений), число случаев до и после применения «Респиброном»	80	25
Наличие интоксикации	47,6	57,1
Наличие лихорадки	20,7	22,1

Примечание: группа сравнения оценивалась за последние 6 мес, а основная группа - до и после лечения «Респиброном»

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение препарата «Респиброн» в схему реабилитационных мероприятий повышает эффективность восстановительного лечения, ускоряет процесс санации верхних дыхательных путей. Позитивные изменения микрофлоры носовой части глотки у ЧБД сохраняются и после

прекращения приема препарата «Респиброн».

Таким образом, доступность, простота применения, отсутствие побочных эффектов и выраженная терапевтическая эффективность препарата «Респиброн» позволяют рекомендовать его к широкому применению в практике лечения часто болеющих ОРИ детей.

1. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И., Маркова Т.П. Бактериальный иммунокорректор Бронхомунал П в профилактике патологии ЛОР-органов в группе часто болеющих детей (результаты многоцентрового клинико-иммунологического исследования) // Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста и фармакотерапии болезней ЛОР-органов. – М., 2001. – С. 171-182.
2. Гаращенко Т.И. Результаты многоцелевого исследования по применению препарата ИРС-19 в профилактике ЛОР-заболеваний часто болеющих детей // Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста и фармакотерапии болезней ЛОР-органов. – М., 2001. – С. 195-201.
3. Иммунология инфекционного процесса (руководство для врачей) / Под ред. В.И. Покровского, С.П. Гордиенко, В.И. Литвинова. – М.: РАМН, 1994. – 305 с.
4. Коровина Н.А., Чебуркин А.В., Заплатников А.А., Захарова И.Н. Иммунокорректирующая терапия часто и длительно болеющих детей // Руководство для врачей. – М., 1998.
5. Лолор Г., Фишер Т., Адельман Д. Клиническая иммунология и аллергология. – М.: Практика, 2000. – 806 с.
6. Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. Профилактика респираторных инфекций // Рус. мед. журн. – 2004. – № 1. – 24 с.
7. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. – М., 2002. – 73 с.
8. Романцов М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2006. – 192 с.
9. Стефани Д.В., Вельтищев Ю.Е. Иммунология и иммунопатология детского возраста. – М., 1996.
10. Тарасова И.В. Рецидивирующая респираторная инфекция у детей и понятие «часто болеющие дети» // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2006. – № 2-3. – 34 с.
11. Торшхоева Р.М., Ботвиньева В.В., Таги-Заде Т.Г., Намазова Л.С., Т.Е. Таранушенко. Часто болеющие дети мегаполисов: лечение и профилактика острых респираторных инфекций // Научно-практический журн. Союза педиатров России «Педиатрическая фармакология». – 2006. – №1. – 13 с.
12. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. – М., ГЕОТАР Медицина, 1999. – 810 с.
13. Ярцев М.Н., Яковлева К.П. Иммунная недостаточность, часто болеющие дети и иммунокоррекция // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – Т. 4, № 6. – С. 33-38.

Поступила в редакцию .04.12.

© С.М. Пухлик, И.К. Тагунова, К.Г. Богданов, А.В. Андреев, 2012