

Бронхообструктивный синдром при ОРВИ: эффективность пидотимода

Частота развития бронхиальной обструкции на фоне инфекционных заболеваний дыхательных путей у детей раннего возраста составляет, по данным разных авторов, от 10 до 30%. Согласно национальной программе по бронхиальной астме, каждый четвертый ребенок переносит бронхообструктивный синдром (БОС) до 6-летнего возраста. При этом рецидивирующий характер БОС выявляется у значительного числа детей (от 25 до почти 60%), прежде всего у детей, часто болеющих респираторными инфекциями.

Наиболее важную роль в развитии рецидивирующего бронхита у детей играют острая респираторно-вирусная или вирусно-бактериальная инфекция и персистенция оппортунистической микрофлоры.

К **предрасполагающим факторам развития БОС** у детей раннего возраста, помимо других, относят особенности врожденного и адаптивного иммунитета. Это обусловлено Th2-направленностью иммунного ответа, несостоятельностью макрофагально-фагоцитарного звена, возрастными особенностями функционирования системы интерферонов (ИФН), снижением концентрации компонентов комплемента при альтернативном пути воспаления и продукции иммуноглобулина (Ig)G и IgA, незрелости Т- и В-лимфоцитов.

Причины развития бронхиальной обструкции у детей весьма разнообразны и многочисленны.

В то же время дебют БОС у детей, как правило, происходит на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ) и у подавляющего большинства пациентов является одним из клинических проявлений обструктивного бронхита или бронхиолита. В то же время необходимо учитывать, что развитие бронхообструкции на фоне ОРИ может маскировать проявление основного заболевания. Так, в 1/3 случаев вариантом течения БОС является бронхиальная астма.

Дети с рецидивирующим течением БОС нуждаются в проведении комплексного обследования, своевременной постановке диагноза и назначении адекватной терапии. Применение иммуномодуляторов в комплексной терапии рецидивирующего БОС на фоне ОРИ у детей является одним из перспективных методов профилактики инфекций респираторного тракта, обостре-

ний основного заболевания, в том числе и бронхиальной астмы. При этом при выборе иммуномодулирующей терапии на первый план выходит безопасность используемых препаратов.

В последнее время все большее внимание уделяется разработке новых синтетических иммуномодулирующих средств. За последние годы удалось не только разработать новые иммуномодуляторы с разным химическим строением и механизмом действия, но и установить их клиническую эффективность в многочисленных клинических исследованиях. Однако необходимо отметить, что, несмотря на широкое применение в нашей стране в педиатрической практике иммуномодулирующих средств с доказанной эффективностью и безопасностью, в современной классификации ВОЗ для профилактики и лечения респираторных инфекций указан

лишь один препарат – пидотимод (Имунорикс).

Пидотимод – синтетический иммуномодулирующий препарат, относящийся к группе регуляторных олигопептидов. Он обладает высокой биодоступностью при пероральном использовании. Экспериментальные данные подтверждают истинный иммуномодулирующий эффект пидотимода, т.е. эффективное стимулирующее действие в условиях ослабленного иммунитета.

Согласно данным ряда международных клинических исследований препарата, пидотимод оказывает как неспецифическое, так и специфическое иммуномодулирующее действие. Протективный эффект пидотимода проявляется уже на 5-е сутки после начала введения. Также следует отметить наличие синергизма пидотимода с антибактериальными препаратами из группы β-лактамов.

Оригинальное исследование

С целью оценки эффективности, безопасности и переносимости пидотимода у часто болеющих детей в терапии и профилактике ОРИ, сопровождающихся рецидивирующим БОС, на кафедре педиатрии (зав. – проф., д-р мед. наук О.В.Зайцева) ГБОУ ВПО МГМСУ было проведено открытое сравнительное исследование.

Нами наблюдались 60 детей с ОРИ в возрасте от 3 до 10 лет, находившихся на лечении в отделении острых респираторных заболеваний детской городской клинической больницы Св. Владимира. Все госпитализированные дети имели рецидивирующий характер БОС на фоне ОРИ (начиная с 3-го эпизода обструкции), в том числе часто болеющие дети с отягощенным аллергологическим анамнезом.

Все обследуемые дети были разделены на две группы методом случайной выборки. **Группа наблюдения (группа А)** – 30 больных, которые получали пидотимод (Имунорикс) по схеме: 1 флакон (400 мг) 2 раза в день вне приема пищи. Длительность терапии составила 14 дней. **Группу контроля (группа Б)** составили 30 больных, сопоставимых с группой наблюдения по возрасту, полу, клиническим проявлениям, получающих стандартную терапию без использования иммуномодулирующих препаратов.

Во время исследования у всех пациентов ежедневно оценивали клиническую симптоматику.

Катамнестическое наблюдение за обследованными детьми проводили в течение 1 года (на 15-е сутки, 8-й неделе, через 6 и 12 мес терапии). Кроме того, двукратно (до и после терапии) всем пациентам проводили лабораторное обследование, в том числе иммунологическое.

В анамнезе у большинства обследованных нами детей начало БОС и дальнейшее его рецидивирование были всегда сопряжены с проявлениями респираторной инфекции. Аллергологический анамнез выявлен у достаточно большого числа детей и в наблюдаемых группах достоверно не отличался. Причина госпитализации практически в 99% случаев была обусловлена развитием БОС.

Оценка лечебной и профилактической эффективности пидотимода

Оценка эффективности терапии проведена при заключительном осмотре на 15-е сутки наблюдения. Средняя продолжительность лихорадки у детей, продолжительность симптомов интоксикации была сопоставима в обеих группах. Явления ринита в группе А разрешились уже на 4-е сутки, в то время как в группе Б заложенность и отделяемое из носа сохранялись до 6-х суток наблюдения. У пациентов обеих групп кашель после 7-х суток носил эпизодический характер, не нарушающий качество их жизни.

Оценка продолженных эффектов терапии. Мы изучили состояние здоровья обследуемых детей **через 8 нед терапии.** Среди получивших пидотимод лишь у одного ребенка отмечался эпизод ОРИ. При этом респираторная инфекция у него не сопровождалась БОС и протекла в виде ринофарингита умеренной степени выраженности в течение 3 дней. В то же время в группе контроля у 5 (16,7%) детей отмечены проявления ОРИ через 5–7 сут после выписки из стационара. У 2 из них на фоне респираторной инфекции развился БОС, который потребовал дополнительного назначения базисной противовоспалительной терапии.

Через 6 мес терапии в обеих группах зарегистрировано примерно одинаковое число эпизодов острых респираторных заболеваний. В то же время выраженность проявлений респираторного заболевания была достоверно меньше в группе А. Важно отметить, что у детей, получавших препарат пидотимод, к 6 мес после начала терапии проявлений БОС не зарегистрировано, а в группе Б таких детей было 3 (10%).

В результате анализа анкетных данных **через 1 год после начала терапии** можно отметить достоверно более выраженное снижение частоты ОРИ у детей группы А (см. рисунок).

За период катамнестического наблюдения в группе А только один ребенок получал антибакте-

риальную терапию ОРИ (курс макролида в связи с выявленной микоплазменной инфекцией). В группе сравнения частота назначения антибактериальной терапии на фоне ОРИ в течение 1 года наблюдения достоверно отличалась и составила 43,3%.

В результате снижения частоты заболеваемости ОРИ у детей из группы А кратность эпизодов бронхиальной обструкции сократилась, чего не отмечалось в группе сравнения (см. таблицу).

Результаты иммунологического обследования. В иммунологическом статусе обследованных нами детей на фоне терапии препаратом пидотимод выявлено достоверное снижение уровней цитокинов – интерлейкин (ИЛ)-2, ИЛ-8, ИФН-γ – и повышение уровня секреторного IgA в слювах со слизистой оболочки носоглотки, что свидетельствует о восстановлении состояния местного и системного иммунитета у детей с частыми ОРИ в анамнезе, сопровождавшимися БОС.

Выводы

По данным нашего исследования, препарат пидотимод показал хороший профилактический эффект у детей с частыми ОРИ, протекавшими с рецидивирующим течением БОС.

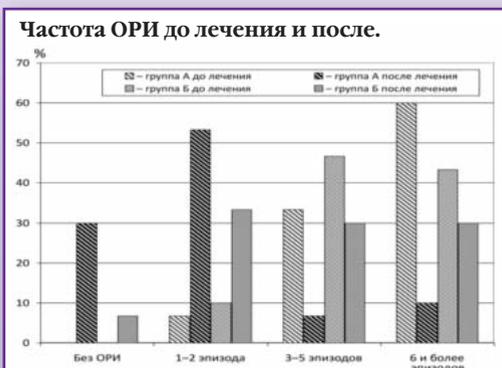
В то же время наш клинический опыт показал, что наилучший профилактический эффект отмечался при более продолжительном приеме препарата. Так, одновременно с проводимым исследованием у нас сформировалась дополнительная группа детей, которые принимали препарат в течение 1,5–2 мес (в профилактической дозировке по 1 флакону 1 раз в день). У всех этих детей мы отмечали значительное уменьшение частоты заболеваемости и выраженности симптомов ОРИ и БОС, вплоть до полного их отсутствия в течение 1 года наблюдения.

Также необходимо отметить положительную субъективную оценку эффективности препарата пидотимод (Имунорикс), данную родителями всех обследованных нами детей.

Также мы можем сделать вывод о достаточно высокой его безопасности для применения в том числе и у детей атопиков. Однако нельзя забывать, что дети с проявлениями аллергии составляют особую группу пациентов и назначение им любых новых препаратов должно быть под контролем.

Таким образом, анализируя данные, полученные в ходе клинико-лабораторного наблюдения, можно говорить о хорошей клинико-иммунологической эффективности и безопасности препарата Имунорикс в составе комплексной терапии рецидивирующего БОС на фоне ОРИ у детей старше 3 лет.

О.В.Зайцева, О.В.Кравченко, Э.Э.Локишина,
Кафедра педиатрии ГБОУ ВПО МГМСУ
им. А.И.Евдокимова Минздрава России



Динамика частоты БОС в течение 1 года после терапии

Число БОС	Группа А		Группа Б	
	абс.	%	абс.	%
0	24	80	10	33,3
1-2	6	20	17	56,7
3-5	0	0	3	10