

тогенетическим звеном является клеточная (тканевая) инсулинорезистентность. При применении большими Глюкофажа в суточной дозе 1000 мг в течение 30 дней побочных явлений не зарегистрировано.

#### ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatrjournal.ru> № 4/2006, приложение № 9.

© Коллектив авторов, 2005

И.И. Балаболкин, Л.Д. Ксензова, Н.А. Обухова, И.В. Сечко, Е.С. Тюменцева

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РУЗАМА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ГУ НИИ педиатрии НЦЗД РАМН, Москва

За последние годы отмечается рост распространенности аллергических болезней у детей. По данным эпидемиологических исследований, выполненных в нашей стране и за рубежом, аллергическими реакциями и заболеваниями страдает до 25% детского населения, при этом в структуре их отмечается преобладание атопических болезней, таких как бронхиальная астма (БА), атопический дерматит (АД), аллергический ринит (АР). Известно, что в развитии этой группы заболеваний определяющим является IgE-опосредуемый механизм, обусловленный воздействием генетических и средовых факторов, который в свою очередь приводит к формированию аллергического (иммунного) воспаления в шоковом органе (слизистой оболочке, коже, конъюнктиве глаз). В патогенезе аллергических болезней у детей определяющую роль играет сенсibilизация к неинфекционным аллергенам (домашняя пыль, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*, пыльцевые, эпидермальные аллергены, аллергены спор плесневых грибов, пищевые и лекарственные аллергены). В то же время доказана способность бактериальных аллергенов индуцировать развитие аллергического процесса через индукцию синтеза к ним специфических IgE. Эта способность была обнаружена у ряда микроорганизмов и в том числе у *Staphylococcus aureus*. В то же время известно, что пептиды, выделенные из термофильных штаммов *Staphylococcus aureus*, обладают способностью модулировать иммунный ответ и тормозить развитие аллергического воспаления. Препарат Рузам был получен Б.Л. Мазур и Е.Б. Галкиной на основе штамма *Staphylococcus aureus*, подвергнутого термофильной стадии обработки, этот препарат не содержит микроорганизмов и является продуктом жизнедеятельности термофильного штамма *Staphylococcus aureus*. Рузам представляет собой комплекс растворимых низкомолекулярных протеинов.

Последующее изучение механизмов действия Рузама показало наличие у него противовоспалительной активности, ингибирующей активности по отношению к ферментным системам лейкоцитов и макрофагов, проявляемой снижением выработки провоспалительных медиаторов (активных форм кислорода и продуктов окисления арахидоновой кислоты); Рузам снижает чувствительность тканей-мишеней к преформированным медиаторам (Чучалин А.Г. и др., 1995). При изучении влияния Рузама на иммунный ответ было показано, что лечение этим препаратом способствует снижению продукции общего IgE, улучшению показателей фагоцитарных функций, препарат оказывает иммуномодулирующее действие. При изучении клинической эффективности было отмечено благоприятное влияние Рузама на течение таких аллергических болезней, как БА, АР, АД, крапивница, поллинозы [1–3].

Цель данной работы — изучить клиническую эффективность Рузама в лечении детей с аллергическими заболеваниями.

Под наблюдением находилось 913 детей с кожными и респираторными проявлениями аллергии, из них Рузам получали 300 детей с БА, 173 ребенка с круглогодичным АР, 293 ребенка с сезонным АР, 123 ребенка с АД и 24 ребенка с рецидивирующей крапивницей (РК). Из общего числа наблюдаемых больных 279 детей были в возрасте от 2 до 7 лет, 363 ребенка — в возрасте от 7 до 12 лет и 271 ребенок — в возрасте от 12 до 14 лет.

Курс лечения Рузамом состоял из 5–10 подкожных инъекций препарата, проводимых 1 раз в неделю. Разовая доза Рузама составляла для детей 2–4 лет 0,05–0,075 мл, от 3 до 12 лет — 0,1 мл, старше 12 лет — 0,2 мл. Один курс лечения Рузамом получили 100 детей, 2 курса лечения Рузамом — 562 ребенка, 3 курса — 100 детей, 4 курса — 85 детей, 5 курсов — 56 детей. 1–2 курса лечения Рузамом в год получали дети с БА и сезонным АР,

2—3 курса терапии Рузамом в год проводили больным с РК, АД и круглогодичным АР.

Из 300 детей с БА у 69 больных имело место легкое течение болезни и у 231 (77%) — среднетяжелое. Ведущей причиной развития БА у детей была сенсibilизация к аллергенам домашней пыли, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*, эпидермальным аллергенам.

Развитие сезонного АР у наблюдаемых детей было обусловлено сенсibilизацией к аллергенам деревьев, злаковых и сорных трав.

Круглогодичный АР у находившихся под наблюдением детей был обусловлен сенсibilизацией к аллергенам домашней пыли, *Dermatophagoides pteronyssinus*, аллергенам домашних животных, спор плесневых грибов.

АД у наблюдаемых детей был представлен эритематозно-сквамозной формой данного заболевания в подостром периоде болезни и был обусловлен сенсibilизацией к пищевым аллергенам, аллергенам домашней пыли, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*, эпидермальным аллергенам.

Развитие РК у детей, находившихся под нашим наблюдением, было связано с сенсibilизацией к пищевым, лекарственным и аэроаллергенам жилищ.

Терапию Рузамом детям с БА начинали после снятия симптомов болезни назначением  $\beta_2$ -агонистов короткого действия. Лечение Рузамом проводили на фоне базисной терапии кромоном (инталом, тайледом).

Детям, страдающим сезонным АР, терапию Рузамом проводили вне сезона цветения причинно значимых растений. Эта группа больных в период проведения курса лечения Рузамом не получала какой-либо другой терапии.

Детям с круглогодичным АР в случае возникновения симптомов болезни на фоне лечения Рузамом назначали деконгестанты и антигистаминные препараты.

Больным АД в период лечения Рузамом назначали диетотерапию, при необходимости негормональные наружные противовоспалительные средства и уменьшающие сухость кожи кремы. У детей с РК лечение Рузамом проводили на фоне соблюдения гипоаллергенного режима, в случае возникновения элементов крапивницы назначали антигистаминные препараты.

Основным критерием эффективности лечения Рузамом было уменьшение числа обострений аллергического заболевания. Эффективность терапии Рузамом оценивали по данным динамики клинической картины заболевания и, в частности, тяжести симптомов болезни, продолжительности ринита, объему используемой фармакотерапии. За отличный результат лечения принимали случаи значительного улучшения, полного или почти полного исчезновения симптомов болезни. Хороший результат лечения характеризовался частичной ремиссией проявлений болезни. При удовлетворительном результате лечения отмечалось небольшое

улучшение состояния больного. Отсутствие позитивных изменений на фоне лечения препаратом расценивали как неэффективный результат терапии.

Положительный результат лечения Рузамом был отмечен у 248 (82,7%) детей с БА, при этом у больных с легким и среднетяжелым течением болезни терапия Рузамом была эффективной в 82,6% и в 81,1% соответственно.

Отличный результат лечения БА Рузамом с достижением ремиссии был достигнут у 7,8% детей, хороший — у 66,1% и удовлетворительный — у 13,4% больных.

Достижимый клинический эффект при лечении Рузамом детей с БА проявлялся урежением обострений болезни, уменьшением количества используемых ингаляционных  $\beta_2$ -агонистов, улучшением качества жизни больного.

Стойкая ремиссия БА у детей после первого года лечения Рузамом была отмечена у 3,8% больных, после 2-го года терапии данным препаратом — у 6,6% и после 3-го года лечения — у 12,7% детей. Общее количество пациентов, у которых была достигнута ремиссия болезни после лечения Рузамом, составило 23,2%. При легкой степени тяжести БА на 2-м году лечения Рузамом была отменена базисная терапия у 11,1% детей, а после 3-го года лечения этим препаратом ее удалось отменить у 23,9% больных. Более эффективным лечение Рузамом было при БА у детей в возрасте от 3 до 7 лет. Неэффективным лечение Рузамом было в случаях наличия у больных БА высокого уровня экспозиции к аэроаллергенам жилищ, проживания в неблагоприятных жилищно-бытовых условиях.

При лечении Рузамом детей с круглогодичным АР положительный результат терапии был отмечен у 142 (81,2%) больных, при этом отличный результат (полное восстановление назальной проходимости) был достигнут у 3,3%, хороший результат (улучшение назальной проходимости) — у 64,4%, удовлетворительный (небольшое улучшение назальной проходимости) — у 13,5%.

Наиболее эффективным лечение Рузамом было при сезонном АР. Благоприятное влияние его на течение сезонного АР было выявлено у 275 (93,8%) больных. Ремиссия болезни (отличный результат) была достигнута у 8,1% детей с сезонным АР, значительное уменьшение его симптомов (хороший результат) — у 74,3% и небольшое уменьшение выраженности симптомов — у 11,5% больных. Наиболее значительным было уменьшение таких симптомов сезонного АР, как ринорея, зуд в носу, чихание, улучшение назальной проходимости.

Положительный результат лечения Рузамом был отмечен у 101 (82,1%) ребенка с АД, из них ремиссия была достигнута у 3 (2,4%) больных, значительное уменьшение кожного воспалительного процесса и зуда кожи — у 75 (60,9%) и небольшое уменьшение воспаления и сухости кожи — у 23 (18,6%) детей.

При РК положительный результат лечения Рузамом был достигнут у 19 (79,3%) больных, при этом стойкая клиническая ремиссия была отмечена у 5 (20,8%) детей, значительное урежение эпизодов крапивницы — у 9 (37,5%) и небольшое урежение возникновения ее эпизодов — у 6 (25%).

На фоне лечения Рузамом у 49 (5,3%) больных с аллергической патологией было отмечено легкое или умеренно выраженное обострение основного заболевания, из них у 13 детей имело место обострение БА, у 29 больных — АД и у 7 детей — круглогодичного АР. У 11 детей после введения препарата отмечались подъем температуры тела до субфебрильных цифр, у 7 детей — кожный зуд, у 4 детей — кратковременная болезненность в области плечевого сустава.

У детей с аллергическими заболеваниями, получавших лечение Рузамом, отмечена тенденция к снижению частоты интеркуррентных ОРВИ.

Таким образом, результаты проведенного изучения клинической эффективности Рузама при аллергических заболеваниях у детей свидетельствуют о способности данного препарата оказывать позитивное влияние на течение аллергического процесса за счет уменьшения выраженности симптомов болезни и снижения частоты обострений аллергических заболеваний у детей. Наличие у Рузама превентивного действия и хорошая его переносимость дают основание рекомендовать его для применения в детской аллергологической практике.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А.Г., Ковалева В.Л., Колганова Н.А. // РМЖ.— 2003.— Т. 11, № 22.— С. 1248—1252.
2. Осипова Г.Л. // РМЖ.— 2002.— Т. 10, № 5.— С. 278—282.
3. Суворова К.Н. // РМЖ.— 1998.— Т. 6, № 6.— С. 363—367.
4. Пыжева Е.С. Отдаленные результаты клинического применения препарата Рузам в комплексной терапии больных бронхиальной астмой: Дисс... канд. мед. наук.— М., 1997.— 150 с.

© Коллектив авторов, 2005

А.А. Рыжов, М.П. Костинов, О.О. Магаршак, И.К. Волков, Л.К. Катосова

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

ГУ НИИВС им. И.И. Мечникова РАМН, ГУ НИИ педиатрии НЦЗД РАМН, Москва

В последнее время инфекционно-воспалительные заболевания, обусловленные *Haemophilus influenzae* тип *b*, широко распространены среди детей во многих странах мира и представляют серьезную проблему педиатрии. Заболевания, этиологическим фактором которых является *H. influenzae* тип *b*, характеризуются воздушно-капельным механизмом передачи, что обуславливает их широкое распространение. Наиболее восприимчивыми к этой инфекции являются дети первых 5 лет жизни.

Выявлено 6 типов капсулированных штаммов гемофильной палочки (a, b, c, d, e, f), из них тип *b* наиболее вирулентен и является самой частой причиной инвазивных заболеваний у детей.

Гемофильная инфекция может проявляться различными клиническими формами — менингитом, пневмонией, бактериемией, эпиглоттитом, отитом и др. Все нозологические формы *Hib*-инфекции имеют серьезный прогноз и требуют госпитализации. Высокая летальность (40%) характеризует септицемию, при которой может развиваться токсический

шок и в считанные часы заболевание заканчивается смертью [1].

Немаловажную роль в недостаточной эффективности терапии в ряде случаев заболевания играет высокая распространенность антибиотикорезистентных штаммов гемофильной палочки; до 80% выделенных в России возбудителей *Hib*-инфекции, резистентны к антибиотикам, применяемым в нашей стране [2].

Л.К. Катосовой и др. была исследована роль гемофильной палочки при гнойных менингитах у детей. При обследовании 35 больных в возрасте от 3 месяцев до 5 лет с диагнозом «гнойный менингит» менингококковая этиология заболевания была установлена в 57%, *Hib*-этиология — в 5,7%. Отмечается также, что выделенный возбудитель был резистентен к антибиотикам пенициллинового ряда [3].

В связи с этим особое значение приобретает вакцинапрофилактика *Hib*-инфекции [4].

Цель нашего исследования — оценить влияние вакцины против гемофильной инфекции тип *b* на