

**КОРРЕКЦИЯ СОСТОЯНИЯ ИММУНИТЕТА
ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ****Ф. М. Шамсиев, Н. М. Шавази, Д. П. Таджиханова, М. Р. Курбанова, С. Х. Хайдарова**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский Центр педиатрии МЗ РУз, Ташкент,

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: внебольничная пневмония, иммунитет и гуморальный иммунитет**Таянч сўзлар:** шифохонага боғлиқ бўлмаган зотилжам, иммун ҳолат, ҳужайравий ва гуморал иммун ҳолат**Keywords:** community-acquired pneumonia, immunity, cellular and moral immunity.

Целью работы явилась оценка состояния иммунной системы детей с внебольничной пневмонией. Сравнительный анализ по основным параметрам иммунной системы показал, что включение иммунокорректора бронхомунала по схеме способствует более положительной клинико-иммунологической динамике, корригируя нарушенные звенья иммунитета.

ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ БОЛАЛАРДА ИММУН ҲОЛАТИНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ**Ф. М. Шамсиев, Н. М. Шавази, Д. П. Таджиханова, М. Р. Курбанова, С. Х. Хайдарова**Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг
педиатрия тиббиёт маркази, Тошкент,

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Ишнинг асосий мақсади бўлиб бронхомунал билан даволанган болаларда иммун тизимини баҳолашдир. Иммун тизимининг асосий кўрсаткичларнинг солиштирма таҳлили шуни кўрсатадики, бронхомунал иммунокорректорини режа билан қўшиб бериш кўпроқ ижобий клиничко-иммунологик ўзгаришларга ёрдам бериб, бузилган иммун бугинларни коррегирлайди.

CORRECTION OF IMMUNITY CONDITION AT NON-COMMUNITY PNEUMONIA IN CHILDREN**F. M. Shamsiev, N. M. Shavazi, D. P. Tadzhikhanova, M. R. Kurbanova, S. Kh. Khaydarova**

Republican specialized scientific and practical Medical Center of Pediatrics

of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The aim of the work was to assess the state of the immune system of children with out-of-hospital pneumonia. A comparative analysis of the main parameters of the immune system showed that the inclusion of an immunocorrector for bronchomunal according to the scheme contributes to a more positive clinical and immunological dynamics, correcting the broken links of immunity.

Актуальность. Несмотря на достижения в изучении патогенеза в терапии пневмоний до настоящего времени не удалось достигнуть существенных изменений в уровнях заболеваемости и смертности. Наиболее частой причиной внебольничных пневмоний является *Streptococcus pneumonia* (20-60%).

Проблема внебольничной пневмонии до сих пор остается недостаточно изученной. Многообразие этиологических агентов, а также путей и факторов передачи возбудителей обуславливают их широкую распространенность среди населения всего мира, что затрудняет контроль над этими заболеваниями, они наносят огромный экономический ущерб и уносят жизнь многих людей [4, 5].

В литературе указывается, что у лиц, переболевших внебольничной пневмонией, отмечались повторные инфекции дыхательных путей, протекающие с обструкцией, тенденцией к затяжному течению и рецидивированию. Это связано с тем, что развитие внебольничной пневмонии, как правило, происходит на фоне снижения антиинфекционной резистентности организма, обусловленного угнетением иммунитета [2, 3].

Таким образом, данная проблема нуждается в значительном и более детальном изучении с использованием современных лабораторных методов диагностики и анализе полученных результатов, а также в адекватном лечении данных состояний.

Целью настоящего исследования явилось изучение показателей иммунной системы детей, больных внебольничной пневмонией в динамике лечения препаратом Бронхомунал П 3,5 мг.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 100 больных ВП в возрасте от 6 мес. до 15 лет, поступивших на стационарное лечение в отделение пульмонологии Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии (РСНПМЦ) МЗ РУз и в отделении пульмонологии Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра (СОДММЦ).

Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей аналогичного возраста.

Все дети находились на обследовании и лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз и в отделении пульмонологии СОДММЦ.

В зависимости от проводимой терапии были сформированы следующие группы наблюдения:

I группа – 40 больных, внебольничной пневмонией получавших базисную терапию (БТ). Базисная терапия включала в себя антибактериальную, симптоматическую терапию (противокашлевые, отхаркивающие, антигистаминные препараты).

II группа – 60 больных внебольничной пневмонией, получали на фоне базисной Бронхомунал П 3,5 (по 1 капсуле 1 раза в сутки, длительность приема основного курса составляла 1 месяц).

Проводились общеклинические и иммунологические исследования. Статистическая обработка полученных данных проведена на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ. Всем детям проводились иммунологические исследования путем изучения количественного определения лимфоцитов с фенотипом CD3, CD4, CD8, CD16, CD20 с помощью моноклональных антител серии LT (Институт иммунологии АН РУз, ТОО «Сорбент», Москва, Россия). Фагоцитарную активность нейтрофилов определяли с использованием латексных частиц (1,5 микрон) производства Российского НИИ биологического приборостроения (Москва). Концентрацию иммуноглобулинов определяли общеизвестным методом радиальной иммунодиффузии по Manchini et al.

Для оценки клинической эффективности использования препарата изучалась динамика изменения ряда факторов клеточного и гуморального иммунитета у данного контингента детей.

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ анамнестических данных по бронхолегочной патологии показал, что частые ОРВИ встречались у 100% больных, неоднократно переносили пневмонию 55,4%. В общей сложности, количество детей с отягощенным по бронхолегочным заболеваниям анамнезом составило 100%. Среди фоновых состояний у детей преобладали анемия (92%), обструктивный синдром (55%), слабость (82%), снижение веса (74%) и кашель (76%).

Анализ клинической эффективности включения Бронхомунала П (3,5) в комплексную терапию детей с бронхолегочной патологией по новой схеме позволил установить, что данный препарат оказывает благоприятное действие на течение заболевания.

У больных в более короткие сроки купировались проявления интоксикации, уменьшалась длительность сухого и влажного кашля по сравнению с детьми контрольной группы, снижение температуры и улучшение общего состояния в 1-2 дня после начала лечения. Длительность заболевания сократилась до $7,8 \pm 0,3$ дня по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$), снижение температуры и улучшение общего состояния в первые 1-2 дня от начала лечения.

Обследование больных детей через 1 месяц после проведенного лечения показало, что включение в общепринятую терапию препарата Бронхомунала способствовало

количественному изменению изученных параметров. Так, во второй группе детей достоверно возросло количество CD3-лимфоцитов ($p < 0,001$). Несмотря на то, что число CD3-лимфоцитов достоверно возрастает и в первой группе больных детей нормализации эти значения не достигли. Известно, что ИК-клетки обладают способностью секретировать ряд цитокинов, благодаря чему участвуют в регуляции реакции гуморального и клеточного иммунитета. У больных детей CD16-клеток в 1,9 раза превышал контрольные значения ($p < 0,01$). Проведенная иммунокоррекция способствовала достоверному снижению количества CD16-клеток. Показатели гуморального иммунитета (количество CD-16 клеток), показатели гуморального иммунитета (количество CD 20+ клеток, уровни IgA, IgM и IgG), а также фагоцитарная активность лейкоцитов у этих больных детей приближались к контрольным значениям.

Полученные результаты свидетельствуют об иммунокорректирующих свойствах Бронхомунала. Сравнительный анализ влияния проводимой терапии показал, что во II – й группе обследованных больных выявлено больше значений, направленных на восстановление изучаемых параметров, в сравнении с детьми I-й группы.

При изучении параметров иммунной системы у больных детей через 1 месяц после терапии были выявлены существенные однонаправленные изменения в общем числе Т-лимфоцитов, включая иммунорегуляторные субпопуляции. Известно, что абсолютное содержание В-лимфоцитов весьма лабильно и изменяется в соответствии с колебаниями лейкоцитов периферической крови. Для обследованной группы больных детей было характерно повышенное содержание CD8⁺ - клеток в 1,55 раза.

Таким образом, включение в комплекс традиционной терапии Бронхомунала приводит к улучшению клинической симптоматики болезни, коррекции иммунологических показателей детей, больных внебольничной пневмонией.

Выводы: Включение в комплексную терапию препарата Бронхомунала является не только обоснованным и эффективным, но и безопасным, а также усиливает эффективность базисных средств, позволяет сократить, продолжительность острого периода заболевания, уменьшить степень тяжести заболевания, способствует восстановлению нарушенных параметров иммунной системы у детей с внебольничной пневмонией.

Использованная литература:

1. Геппе Н.А., Розина Н.Н., Волков И.К., Мизерницкий Ю.Л. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей // Российское респираторное общество. М., 2009. 18с.
2. Дудина К.Р., Кутателадзе М.М., Знойко О.О., с соавт. Клиническая значимость маркёров острого воспаления при инфекционной патологии //Казанский медицинский журнал. 2014. Том 95. №6. С.909-915.
3. Колосов В.П., Кочегарова Е.Ю., Нарышкина С.В. Внебольничная пневмония (клиническое течение, прогнозирование исходов) - Благовещенск, 2012. 124с.
4. Хаитов Р.М. Физиология иммунной системы // М., 2005. 375с.
5. Ярилин А.А. Основы иммунологии. Москва «Медицина», 1999, С. 608.