

К ВОПРОСУ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ С МИКРОБНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

Т.А. Крючко, В.П. Остапенко, Т.В. Кушнерева, Г. П. Сарычева
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Цель: изучение иммуномодулирующего эффекта Рибомунила у детей с хроническим пиелонефритом (ХП).

Пациенты и методы. Проведено клиничко-лабораторное обследование 59 детей с ХП, триггерами обострения которого стала ОРВИ. Первая группа больных (n=30) получала комплексную общепринятую терапию, вторая группа детей (n=29) — комплексное лечение в сочетании с иммуномодулятором Рибомунилом. Группы контроля составили 30 практически здоровых детей.

У всех детей изучали данные анамнеза, проводили общеклинические и специальные лабораторные и инструментальные исследования. Катамнестическое наблюдение осуществлялось в течение года после выписки из стационара.

Результаты. У детей, которым был проведен полный курс терапии Рибомунилом в течение 6 месяцев, продолжительность полной клиничко-лабораторной ремиссии составляла 6–8 месяцев, что превышало продолжительность ремиссии детей первой группы в 2 раза, где этот показатель составил не более 3–4 месяцев. Последующее обострение заболевания у пациентов, как правило, возникало на фоне ОРВИ, но в группе детей, получавших Рибомунил не фиксировались случаи госпитализации, активность процесса была невысокой и купировалась в амбулаторных условиях.

Выводы. Клиническая эффективность бактериального иммуномодулятора «Рибомунил», отсутствие осложнений и побочных реакций при его применении позволяют рекомендовать использование препарата в комплексном лечении детей с рецидивирующим течением ХП, триггерами обострений которого являются ОРВИ.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, острая респираторная вирусная инфекция, Рибомунил.

Введение

Интерес к изучению проблемы пиелонефрита (ПН) среди исследователей, работающих в детской нефрологии, сохраняется на протяжении многих лет. Актуальность определяется высокой распространенностью этого заболевания — 47–68% больных нефрологического профиля и остается серьезной проблемой в достижении длительной ремиссии при его терапии [1]. Постоянно увеличивающееся число детей с хроническими формами ПН заставляет искать более эффективные пути превентивной, клинической и реабилитационной нефрологии [1,2,3].

Изучение механизмов, лежащих в основе микробно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы, позволило сформулировать протокол лечения, который содержит варианты терапии, необходимые при различной степени активности процесса, функционального состояния почек и наличия осложнений [2]. Создание единого протокола диагностики и лечения ПН у детей, обязательного для использования, помогло добиться необходимого минимума диагностических исследований и терапевтических мероприятий для детей вне зависимости от места жительства. Однако наблюдения ведущих нефрологов свидетельствуют, что рецидивирующее течение определяется у 30–50% пациентов, причем у 90% из них первый рецидив возникает в течение ближайших трех месяцев после первого эпизода. Вероятно, единая схема лечения, несмотря на все достоинства, не всегда определяет положительный результат лечения, и следующим этапом должна быть индивидуализация терапии, по принципу «лечить не болезнь, а больного» [3,4]. Все вышеизложенное является предпосылкой к дальнейшему поиску методов индивидуализации терапевтических подходов к больным ПН с целью повышения эффективности лечения на основе знаний осо-

бенностей клиничко-патогенетического варианта развития заболевания у каждого ребенка.

В развитии ПН большое значение уделяется вирусной и массивной инфекции, способной преодолеть порог сопротивляемости организма, и нарушению микроциркуляции в почках [5,6,8,9]. Транзиторное нарушение местных факторов защиты может быть следствием дефектов микроциркуляции в стенке мочевого пузыря при переохлаждении или после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). Первичный пиелонефрит после ОРВИ возникает у детей со сниженными показателями фагоцитарной активности сыворотки крови и при снижении уровня иммуноглобулинов. Следует отметить, что иммунитет после перенесенных ОРВИ — типоспецифический, что обуславливает повторные заболевания. Часто болеющие ОРВИ дети составляют группу риска по развитию хронического ПН. Риск рецидивов заболевания на фоне ОРВИ высок и составляет, по данным различных источников, до 80%, снижаясь примерно на 20% после каждого очередного рецидива. Наибольшее число рецидивов возникает в течение первых шести месяцев после перенесенной инфекции. У детей, больных пиелонефритом, выявляется ассоциативная связь с иммуногенетическими параметрами, отмечается расстройство локального и системного иммунитета, иммунопатологические реакции, которые оказывают большое влияние на течение и прогноз заболевания. Применение иммуномодулирующей терапии при ПН у детей, триггерами обострения которого в большинстве случаев является ОРВИ, способствует сокращению повторных эпизодов вирусной инфекции и как следствие снижению риска рецидивов заболевания и сроков пребывания больного в стационаре [7,9,12]. Поэтому **целью** нашей работы стало изучение

иммуномодулирующего эффекта Рибомунила у детей с хроническим пиелонефритом (ХП).

Материал и методы исследования

Проведено клиничко-лабораторное обследование 59 детей в возрасте 6–12 лет с ХП, триггерами обострения которого стала ОРВИ, которые находились на стационарном лечении в педиатрическом отделении №2 (нефрологические койки) Полтавской обласной детской клинической больницы (ПОДКБ). Первая группа больных (n=30) получала комплексную общепринятую терапию, вторая группа детей (n=29) — комплексное лечение в сочетании с иммуномодулирующей терапией Рибомунилом. Группу контроля составили 30 практически здоровых детей, состоящих на учете в областной детской поликлинике г. Полтавы. Обследование больных ХП и все лечебные мероприятия осуществлялись с согласия самих пациентов и их родителей.

Критерии включения в исследование. В клиническое исследование были включены дети с ХП, обострение которого было связано с перенесенной ОРВИ. Группы наблюдаемых больных были сопоставимы по возрасту, месту фактического проживания, выраженности клинических проявлений заболевания. Количество больных в группах было достаточным для сравнения предлагаемых программ лечения.

У всех детей изучали данные анамнеза, проводили общеклинические исследования (развернутый общий анализ крови и мочи), биохимический анализ крови (с определением уровня креатинина, мочевины, остаточного азота, общего белка, билирубина и его фракций), а также исследование мочи по А.З. Нечипоренко и пробу С.С. Зимницкого, определение уровня суточной протеинурии. Бактериологическое исследование мочи, с определением микробного возбудителя и его чувствительности к антибиотикам, у большинства больных осуществляли до назначения антибактериальной терапии.

Инструментальные методы исследования проводились детям обследованных групп в условиях отделения функциональной диагностики и рентгенологического кабинета ПОДКБ и включали: ультразвуковое исследование почек, микционную цистоуретерографию и экскреторную урографию при необходимости.

Общеклинические, инструментальные, клиничко-лабораторные и биохимические исследования проводили у наблюдаемых больных ХП общепринятыми методами. Результаты исследования показателей периферической крови и парциальных функций почек сравнивали с данными, полученными у 30 практически здоровых детей того же возраста.

Исследование содержания ИЛ-6 в сыворотке крови у здоровых и больных ХП детей проводили на базе НИИ генетических и иммунных основ развития патологии и фармакогенетики ВДНЗУ «УМСА» методом иммуноферментного анализа с применением наборов реагентов, выпускаемых ЗАО «Вектро-Бест» (г. Новосибирск), по прилагаемым инструкциям; результаты выражали в пг/мл.

У всех больных детей, наряду с исследованием клиничко-лабораторных и иммунологических показателей, осуществляли катамнестическое наблюдение в течение одного года — изучался анамнез, анализировались амбулаторные карты, проводился осмотр и физикальное исследование.

Все наблюдаемые больные дети были подразделены на две группы в зависимости от характера проводимой терапии. Первой группе проводили комплексное общепринятое лечение. Им назначалась диета №5, антибактериальная

терапия (защищенные аминопенициллины или цефалоспорины в течение 12–14 дней). Выбор антибактериальных препаратов у наблюдаемых пациентов был обусловлен наличием чувствительности возбудителей заболевания к амоксициллину, цефалоспорином II и III поколения. Вместе с тем пациентам первой группы в течение 1 месяца назначались растительные уроантисептики (канефрон, уролесан), после выписки они продолжали противорецидивную терапию в течение 6 месяцев (фурагин, фурамаг, бактрим), сбор лекарственных растений, поливитамины. Вторая группа, наряду с указанным выше комплексным лечением, в течение 6 месяцев получала препарат «Рибомунил» в дозе 0,75 мг 1 раз в сутки утром (натощак) по следующей схеме: 1 месяц — первые 3 дня в течение 3-х недель, следующие 5 месяцев — первые 4 дня каждого месяца. Рибомунил, являясь рибосомально-протеогликановым комплексом, содержит в составе рибосомальные фракции наиболее часто встречающихся возбудителей инфекций дыхательных путей и ЛОР-органов и обладает иммуномодулирующим действием, активируя гуморальный и клеточный иммунитет. Рибосомы, входящие в состав «Рибомунила», содержат антигены, идентичные бактериальным поверхностным антигенам, поэтому, попадая в организм, стимулируют выработку специфических антител к данным микроорганизмам (так называемый эффект пероральной вакцины). Именно за счет рибосомальных антигенов Рибомунил обладает способностью стимулировать синтез специфических антител к *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*. В качестве адьюванта в данной рибосомальной вакцине используются протеогликаны клеточной мембраны *K. pneumoniae*, обладающие выраженной способностью к активации фагоцитирующих и антиген презентующих клеток (дендритных клеток и макрофагов), NK клеток и индукцией синтеза цитокинов (ИЛ 12, ИЛ 6, ИЛ 1, γ ИФН, ФНО α) и противовирусного интерферона [11,12]. Кроме того, мембранные фракции *K. pneumoniae* действуют как фактор созревания дендритных клеток, что является особенностью рибомунила [13]. Таким образом, в результате уникального сочетания эта рибосомальная вакцина имеет двойной механизм действия, что позволяет эффективно использовать ее для профилактики и бактериальных, и вирусных инфекций. Учитывая, что вышеуказанные микроорганизмы являются наиболее частыми возбудителями острой респираторной вирусной инфекции, которая в свою очередь провоцирует обострения ХП, профилактика основного триггера обострения заболевания может позволить избежать вторичного эндогенного инфицирования в мочевых путях и увеличить длительность ремиссии. Обоснованием для включения рибомунила в комплексное лечение больных хроническим пиелонефритом послужили данные литературы о высокой терапевтической эффективности препарата при многих острых и хронических заболеваниях у детей разных возрастных групп, отсутствие противопоказаний к его применению [10,11,12,13].

Результаты исследования и их обсуждение

Наблюдаемые больные состояли на учёте по поводу ХП у педиатра и нефролога, они неоднократно получали курсы лечения в стационаре и противорецидивную терапию. Общая длительность болезни у пациентов колебалась от 3 до 6 лет, составляя, в среднем, $4,3 \pm 0,1$ года. У половины наблюдаемых детей с ХП была выявлена наследственная отягощённость по заболеваниям мочевой системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь у бли-

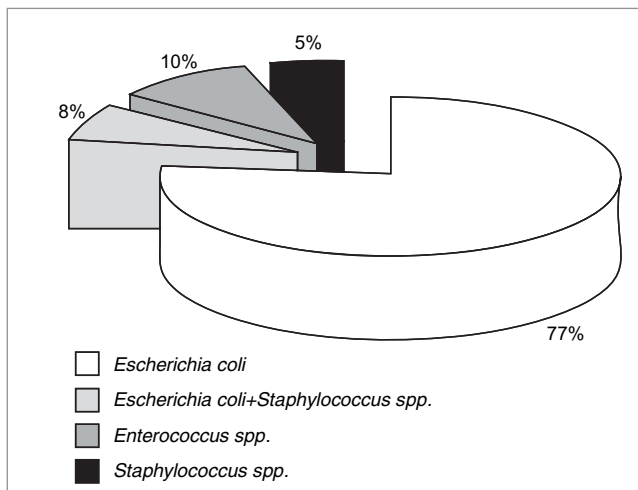


Рис. 1. Результаты бактериального исследования мочи у больных с ХП

жайших родственников). У большинства пациентов (69%) была установлена связь возникновения ПН с острой респираторной инфекцией, у 12% пациентов – с циститом, у 10% пациентов – с вульвовагинитом. Рецидивы заболевания возникали у них 3–4 раза в год (в среднем $3,6 \pm 0,1$ рецидива в течение года) и были связаны с острой респираторной инфекцией (87%), ангиной (10%), проведением профилактических прививок (3%). Учитывая осенне-зимний период проведения клинического исследования, последнее обострение хронического почечного процесса у всех наблюдаемых пациентов было обусловлено перенесенной острой респираторной инфекцией.

При поступлении в стационар у пациентов отмечались клинические проявления и сдвиги лабораторных показателей, свойственные I–III степени активности ПН. При проведении ультразвукового исследования у пациентов были выявлены изменения, характерные для хронического воспалительного процесса. При исследовании биохимических показателей у них были получены данные, свидетельствующие о сохранной функции почек. В активной стадии заболевания у детей с ХП отмечалось небольшое уменьшение количества эритроцитов, понижение уровня гемоглобина и цветного показателя, значительное повышение СОЭ и количества лейкоцитов, сдвиги лейкоцитарной формулы, свойственные микробно-воспалительному процессу. При исследовании мочи у пациентов в активной стадии заболевания констатировалось увеличение суточного диуреза и снижение относительной плотности мочи, кислая реакция мочи, небольшая протеинурия, цидиндурия, выраженная лейкоцитурия, бактериурия. Результаты бактериального исследования мочи показали, что у большинства больных ХП детей выделялась кишечная палочка (77%), у остальных пациентов – энтерококк (10%), микробная ассоциация кишечной палочки со стафилококком (8%), стафилококк (5%) (рис. 1).

Наблюдаемые больные с ХП находились в стационаре в среднем $13,2 \pm 0,5$ суток. Перед выпиской из стационара у них констатировалось наступление стадии частичной клинико-лабораторной ремиссии, состояние пациентов было удовлетворительным, жалобы отсутствовали.

Через три месяца после выписки из стационара у наблюдаемых детей отмечалась стадия полной клинико-лабораторной ремиссии, которая характеризовалась отсутствием каких-либо клинических проявлений заболевания и изменений лабораторных показателей.

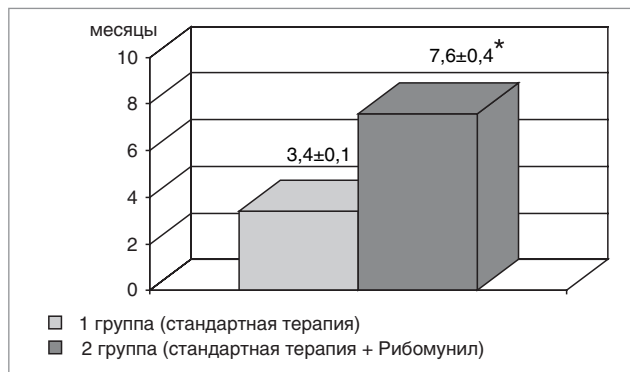


Рис. 2. Продолжительность полной клинико-лабораторной ремиссии у детей с ХП в зависимости от получаемой терапии * $p < 0,05$ в сравнении с группой, получавшей стандартную терапию

Катамнестическое наблюдение, которое осуществлялось в течение года после выписки пациентов из стационара, позволило установить, что у второй группы детей, которым наряду с комплексным общепринятым лечением был проведен полный курс терапии Рибомунилом в течение 6 месяцев, продолжительность полной клинико-лабораторной ремиссии составляла 6–8 месяцев (в среднем $7,6 \pm 0,4$ месяца), т.е. оказалась более чем в два раза выше, чем у детей первой группы, продолжительность полной клинико-лабораторной ремиссии у которых составила 3–4 месяца (в среднем $3,4 \pm 0,1$ месяца), последующее обострение заболевания у пациентов этой группы возникало на фоне ОРВИ (рис. 2).

Следует отметить, что при последующем обострении ХП у пациентов второй группы, которая принимала стандартную терапию и рибомунил, течение болезни было с минимально выраженными клинико-лабораторными проявлениями заболевания, что позволяло осуществлять лечебные мероприятия амбулаторно, в отличие от детей первой группы, где практически у 80% детей наблюдалась высокая степень активности заболевания, требующая проведения лечения в условиях стационара.

В исследованиях последних лет особый акцент делается на изучении механизмов местного воспаления с позиции изучения содержания интерлейкинов в моче и крови. Это продиктовано тем, что интерлейкины синтезируются в ответ на местное воспаление уроэпителиоцитами проксимального отдела тубулярной части нефрона. Анализ цитокинового потенциала уроэпителиоцитов и его реализации посвящена серия работ, в основном экспериментального характера. Так, например, при экспериментально вызванном ПН на мышах показано, что цитокины могут вырабатываться в ответ на бактериальную инфекцию местными клетками, а не только фильтроваться. Есть работы, в которых авторы предлагают использовать определение уровня ИЛ-1 и ИЛ-6 у детей с острым ПН в качестве раннего критерия развития нефросклероза, а также с целью оценки динамики воспалительного процесса, адекватности проводимой терапии и необходимости продолжения уросептической терапии после выписки из стационара [14,15,16,17]. Хотя клиническое значение ИЛ-6 в настоящее время окончательно не определено, существующие работы позволяют предположить что уровень цитокинов у больных ПН может быть связан с выраженностью местного воспалительного процесса. Учитывая, что регуляция иммунных и воспалительных реакций осуществляется с помощью цитокинов, которые, с одной стороны, выполняют защитные функции, а с другой – уча-

**Уровень ИЛ-6 в сыворотке крови у детей с ХП
в зависимости от степени активности и принимаемой терапии (пг/мл)**

Группа	Уровень ИЛ-6 при I ст. активности		Уровень ИЛ-6 при II ст. активности ПН		Уровень ИЛ-6 при III ст. активности ПН	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1 группа (стандартная терапия)	2,49±0,11 (n=16)	2,94±0,24	5,38±0,45 (n=9)	3,32±0,42	21,1±6,75 (n=4)	6,23±1,45
2 группа (стандартная терапия + Рибомунил)	2,71±0,14 (n=16)	3,54±0,27*	6,09±0,73 (n=8)	3,81±0,27*	33,35±7,7 (n=6)	12,72±1,49*

Примечание: * $p < 0,05$ в сравнении с группой, получавшей стандартную терапию.

ствуют в патогенезе заболевания, в рамках нашей работы мы оценили изменения уровня провоспалительного цитокина ИЛ-6 у детей с ХП, получавших как комплексную общепринятую терапию, так и лечение в сочетании с Рибомунилом.

Следует отметить, что у больных детей исходный уровень ИЛ-6 имел большой диапазон значений — в среднем от 2,49±0,11 до 33,35±7,7 пг/мл и зависел от степени активности ПН. Поэтому важным этапом стал анализ уровня ИЛ-6 в зависимости от степени выраженности воспалительного процесса до и после лечения. Показатель уровня ИЛ-6 здоровых детей был взят за условную норму для данной популяции. Для решения поставленной задачи мы сформировали в обеих группах три подгруппы, соответствующие трем степеням активности ПН (табл.).

Анализируя полученные результаты, следует отметить, что исходный уровень ИЛ-6 при I степени активности воспалительного процесса практически на 25% был ниже условной нормы (3,43 пг/мл), в отличие от показателей при II и III степени активности, где диапазоны значений ИЛ-6 практически в 2 и 10 раз (5,36–6,09 пг/мл и 21,1±6,75–33,35±7,7 пг/мл) соответственно превышали условную норму.

После лечения в обеих группах с I степенью активности наблюдалось повышение уровня ИЛ-6 по сравнению с исходными показателями, которое достоверно было выше во второй группе и находилось в границах условной нормы (3,54±0,27). Низкий уровень ИЛ-6 даже после лечения в группе детей, находящихся на стандартной терапии, может свидетельствовать о незавершенности воспалительного процесса в тубуло-интерстициальной системе почек и, вероятно, истощении механизмов выработки противовоспалительного цитокина, что в свою очередь может рассматриваться как фактор риска развития обострения ХП.

Лечение детей со II степенью активности, независимо от применяемой терапии, приводило к снижению уровня ИЛ-6. Применение Рибомунила в комплексной терапии детей с ХП II степени активности способствовало достоверно более выраженному, практически вдвое ($p < 0,05$), снижению содержания ИЛ по сравнению с исходными, в отличие от показателей детей, получавших стандартную терапию.

Результаты анализа содержания ИЛ-6 в сыворотке крови детей с ХП III степени активности после лечения

выявляли достоверно более выраженное снижение ИЛ-6 во второй группе, что может указывать на целесообразность применения иммуномодулятора даже у больных с крайне высоким исходным уровнем этого показателя.

Таким образом, у детей с ХП при II и III степени активности процесса наблюдалась усиленная (неконтролируемая) генерация провоспалительного медиатора, что, возможно, способствовало поддержанию и усилению процессов воспаления. Показатели ИЛ-6 достоверно менее выражены уменьшались у детей, находящихся на стандартной терапии, что, по нашему мнению, свидетельствует о персистирующей активации иммунной системы на фоне ХП, что значительно ухудшает прогноз заболевания и повышает риск фиброзирование почечной ткани.

Выводы

Включение рибомунила в комплексную терапию детей с хроническими пиелонефритами продемонстрировало выраженный клинико-иммунологический эффект, который характеризовался удлинением более, чем в 2 раза продолжительности полной клинико-лабораторная ремиссии у больных детей.

Проведение курса лечения рибомунилом в течение 6 месяцев привело к изменению цитокинового профиля сыворотки крови больных. Модулирующий эффект проявлялся стимуляцией выработки ИЛ-6 у детей с исходно низким его показателем и снижением у детей с первоначальным высоким его значением.

Таким образом, клиническая эффективность использования бактериального иммуномодулятора «Рибомунил» в комплексном лечении больных ХП, отсутствие осложнений и побочных реакций при его применении позволяют рекомендовать использование препарата в комплексном лечении детей с рецидивирующим течением хронического пиелонефрита, обострения которого обусловлены ОРВИ. Курс иммуномодулирующей терапии следует начинать в стадии частичной клинико-лабораторной ремиссии пиелонефрита на амбулаторном этапе, преимущественно в осенне-зимний период, проводить повторные курсы лечения по схеме в течении 6 месяцев в сочетании с общепринятой противорецидивной терапией заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Д. Д. Нефрологія в практиці сімейного лікаря / Д. Д. Иванов, М. О. Корж. — К. : Аврора плюс, 2006. — 272 с.
2. Інфекції сечових шляхів і нирок у практиці сімейного лікаря: метод. реком. / Иванов Д. Д., Кушніренко С. В., Мехатішвілі Н. П., Резник Т. К. — К.—Д., 2006. — 20 с.
3. Иванов Д. Д. Аналіз стану надання медичної допомоги дітям з нефрологічними захворюваннями в Україні за 2008 рік / Д. Д. Иванов. — 15 с.
4. Сеймівський Д. А. Запалення нирок і сечового міхура в дітей раннього віку / Д. А. Сеймівський. — К. : Медкнига, 2009. — 60 с.
5. Иванов Д. Д. Коментарій к Европейскому руководству по лечению инфекций мочевой системы / Д. Д. Иванов // Клін. імунол. Алергол. Інфектол. — 2007. — № 6 (11). — С. 53—57.
6. Основи нефрології : довідник лікаря / І. В. Багдасарова, М. Б. Величко, Ю. І. Гончар [та ін.]; за ред. проф. М. О. Колесника. — К. : Здоров'я України, 2008. — С. 172—183.

7. Интерфероно- и иммунотерапия в практике лечения часто и длительно болеющих детей и взрослых / Нестерова И. В., Малиновская В. В., Тараканов В. А., Ковалева С. В. — М., 2004. — 160 с.
8. Сидоренко С. В. Клиническое значение антибиотикорезистентности грамположительных микроорганизмов / С. В. Сидоренко // Инфекции и антимикробная терапия. — 2003. — Т. 5, № 2. — С. 48—55.
9. Мальченко Л. А. Состояние иммунной системы при различных формах микробно-воспалительных заболеваний мочевой системы у детей / Л. А. Мальченко, А. Д. Петрушина, С. Я. Моргунова // Материалы II съезд педиатров-нефрологов России. — М., 2000. — С. 34.
10. Безопасность и переносимость рибосомального иммуномодулятора у взрослых и детей / D. Olivieri, A. Fiocchi, F. Pregliasco [et al.] // Совр. педиатрия. — 2010. — № 4 (32). — С. 1—3.
11. Иммунопрофилактика рибомунилом рекуррентных респираторных инфекций у детей первых 5 лет жизни / Бережной В. В., Охотникова Е. Н., Коломиец Е. Н., Гайдучик Г. А. // Совр. педиатрия. — 2008. — № 5 (22). — С. 56—60.
12. Рекуррентные инфекции респираторного тракта у детей и их иммунопрофилактика в свете современных представлений об иммуномодулирующей активности иммуотропных препаратов / Охотникова Е. Н., Руденко С. Н., Коломиец Е. Н. // Совр. педиатрия. — 2013. — № 1 (49). — С. 1—8.
13. Maturation of dendritic cells by bacterial immunomodulators / R. Spisek, J. Brazova, D. Rozkova [et al.] // Vaccine. — 2004. — Vol. 22. — P. 2761—2768.
14. White C.T., Matsell D.G. Children's UTIs in the new millennium. Diagnosis, investigation, and treatment of childhood urinary tract infections in the year 2001. // Can. Fam. Physician. 2001. — Vol.47. — P. 1603—1608.
15. Devine D.A., Robinson L., Robert A.P. Occurrence of KI, K5 and O antigens in Escherichia coli isolates from patients with urinary tract infections or bacteraemia. // Journal of Medical Microbiology. 1989. — Vol.30 — P. 295—299.
16. Tullus K. et al. Soluble receptors to tumor necrosis factor and interleukine-6 in urine during acute pyelonephritis. — Acta Paediatr 1997; 86; 1198—1202.
17. Tullus K. et al. Interleukine-1a and interleukinc-1 receptor antagonist in the urine of children with acute pyelonephritis and relation to renal scarring. — Acta Paediatr 1996; 85; 158—62.

ДО ПИТАННЯ ІМУНОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВЕДЕННІ ДІТЕЙ З МІКРОБНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

Т.О. Крючко, В.П. Остапенко, Т.В. Кушнерева, Г.П. Саричева

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Мета: вивчення імуномодулюючого ефекту Рибомунілу у дітей з хронічним пієлонефритом (ХП).

Пацієнти і методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 59 дітей з ХП, тригерами загострення якого стала ГРВІ. Перша група хворих (n=30) отримувала комплексну зазальноприйнятну терапію, друга група дітей (n=29) — комплексне лікування у поєднанні з імуномодулятором Рибомунілом. Групу контролю склали 30 практично здорових дітей.

У всіх дітей вивчали дані анамнезу, проводили загальноклінічні і спеціальні лабораторні та інструментальні дослідження. Катамнестичне спостереження здійснювалося протягом року після виписки із стаціонару.

Результати. У дітей, яким було проведено повний курс терапії Рибомунілом протягом 6 місяців, тривалість повної клініко-лабораторної ремісії становила 6–8 місяців, що перевищувало тривалість ремісії дітей першої групи в 2 рази, де цей показник склав не більше 3–4 місяців. Подальше загострення захворювання у пацієнтів, як правило, виникало на тлі ГРВІ, але в групі дітей, які отримували Рибомуніл, не фіксувалися випадки госпіталізації, активність процесу була невисокою і усувалося в амбулаторних умовах.

Висновки. Клінічна ефективність бактеріального імуномодулятора «Рибомуніл», відсутність ускладнень та побічних реакцій при його застосуванні дозволяють рекомендувати використання препарату в комплексному лікуванні дітей з рецидивуючим перебігом ХП, тригером загострень якого є ГРВІ.

Ключові слова: хронічний пієлонефрит, гостра респіраторна вірусна інфекція, Рибомуніл.

TO THE PROBLEM OF BIOLOGIC RESPONSE MODIFIER THERAPY DURING THE COURSE OF MICROBIAL AND INFLAMMATORY DISEASES OF THE URINARY SYSTEM IN CHILDREN

T.A. Kryuchko, V.P. Ostapenko, T.V. Kushnereva, G.P. Sarycheva

CSHEI «Ukrainian Medical Dental Academy»

Objective: To study the immunomodulatory effect of Ribomunil in children with chronic pyelonephritis.

Patients and methods. A clinical and laboratory examination of 59 children with chronic pyelonephritis the trigger of which was acute viral respiratory infections is conducted. The first group of patients (n = 30) received a comprehensive conventional therapy, a second group of children (n = 29) — a comprehensive treatment in combination with an immunomodulator Ribomunil. The control group consisted of 30 healthy children.

Clinical history was studied in all children. General clinical and special laboratory and instrumental examinations were carried out. Follow-up study was carried out during the year after discharge from the hospital.

Results. The children who completed a full course of therapy Ribomunil for 6 months, the duration of a complete clinical and laboratory remission was 6–8 months, which was more than the duration of remission of the first group of children to 2 times, where the figure was no more than 3–4 months. The subsequent worsening of the disease in patients occurred in the setting of ARVI, but in the group of children who received Ribomunil no recorded cases of hospitalization, the activity was low and the process was stopped on an outpatient basis.

Conclusions. Clinical efficacy of bacterial immunomodulator «Ribomunil», absence of complications and adverse reactions when used allow us to recommend the use of the drug in treatment of children with chronic pyelonephritis, which are aggravated with ARVI as triggers.

Key words: chronic pyelonephritis, acute respiratory viral infection, Ribomunil.

Сведения об авторах:

Крючко Татьяна Александровна — проф., д-р мед. н., зав. каф. педиатрии №2 ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия».

Адрес: 36040, Украина, г. Полтава, ул. Шевченко 36, р.т. (0532)606-491; E-mail: drkryuchko@gmail.com

Остапенко Вера Петровна — аспирант каф. педиатрии № 2 ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия».

Адрес: 36040, Украина, г. Полтава, ул. Шевченко 36, р.т. (0532)606-491; E-mail: gold-ostap2@mail.ru

Кушнерева Татьяна Викторовна — канд. мед. н., доц. каф. педиатрии №2, ВДНЗУ

«Украинская медицинская стоматологическая академия». Адрес: 36040, Украина, г. Полтава, ул. Шевченко 36, р.т.(0532) 606-491

Саричева Галина Павловна — областной нефролог, детский нефролог высшей категории отделения педиатрии № 2

Полтавской областной детской клинической больницы. Адрес: 36040, Украина, г. Полтава, ул. Шевченко 36, р.т. (0532)563-170

Статья поступила в редакцию 20.06.2013 г.