

Применение Трансфер Факторов в комплексной реабилитации детей с атопическими состояниями.

Г.М Летифов, Д.Б. Щербаков, Е. П. Кривоносова

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия.

Начало и дальнейшее прогрессирование соматических и микробно-воспалительных заболеваний в детском возрасте часто протекают на неблагоприятном преморбидном фоне с нарастающими признаками нарушения эндэкологического равновесия и дисфункцией важнейших систем организма. При этом, формирование состояния предболезни поддерживается предшествующими наследственными, анамнестическими факторами риска, такими сопутствующими состояниями как пищевая аллергия, диатезы, дисбиозы кишечника, дисфункция иммунной системы. Неполноценное и неадекватное затратам растущего организма ребенка питание, часто с низким содержанием важнейших эссенциальных факторов (витамины, микроэлементы, ненасыщенные жирные кислоты, незаменимые аминокислоты, пищевые волокна), становится дополнительным фактором перехода предболезни в развернутый вариант болезни и дальнейшего прогрессирования патологического процесса. В этой связи, весьма актуальным является поиск путей и средств регулирования функции органов и систем, участвующих в поддержании эндэкологического равновесия, и, прежде всего, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и иммунитета. Общеизвестно, что между этими системами обеспечения гомеостаза организма имеется тесная связь. Так, наиболее мощное представительство иммунной системы расположено в желудочно-кишечном тракте в виде множественных лимфатических узлов, тканевых макрофагов в кишечнике. Там же происходит постоянный контакт бактериальной флоры с иммунокомпетентными клетками, поддерживая, таким образом, уровень естественного иммунитета и специфической защиты от болезнетворных микроорганизмов.

Санаторно-курортная реабилитация детей, страдающих атопическим дерматитом и бронхиальной астмой, требует комплексного подхода с использованием климатобальнеологических, медикаментозных и физиотерапевтических методов. Актуальным является снижение гиперчувствительности и повышение общей резистентности организма у данной категории больных в санаторных условиях.

По сведениям С.Н. Kirkpatrick и соавт., трансфер факторы представляют собой пептид, состоящий из 44 аминокислот. В отличие от антител, которые имеют большую молекулярную массу, молекулы трансфер факторов имеют достаточно малый размер и представляют собой фракцию молекулярного веса от 3500 до 10000 дальтонов. По данным некоторых авторов эти границы сужены между 3500 и 5000 дальтонов.

Трансфер Фактор компании «4Life Research», США, представляет собой комплекс цитокинов – медиаторов клеточных коопераций, полученных из молозива коров. Его отличает высокая степень очищения от казеина, лактоглобулинов и других крупных белковых молекул, гипоаллергенность. Цитокиновые фракции регулируют активность Т-супрессоров, контролируя реакции гиперчувствительности, Т-киллеров, антигенпрезентирующую функцию макрофагов, обладают антигенспецифичностью.

Достоинство Трансфер Фактора (ТФ) перед другими иммуномодуляторами в том, что он обладает: широким спектром действия, абсолютно безопасен и безвреден, применяется перорально, не имеет противопоказаний к применению, не вызывает побочных действий, одинаково эффективен для взрослых и детей (академик РАМН А.А. Воробьев, 2004).

Цитокины, входящие в состав ТФ, регулируют функцию клеток-супрессоров, адекватную иммунную реакцию и степень активации патологического процесса, т.е. реакция организма может быть предсказуемой и управляемой.

Универсальный механизм действия ТФ, природный характер и отсутствие противопоказаний расширяют показания по их применению при различной патологии.

Антиген специфический компонент ТФ влияет, прежде всего, на активность макрофагов, цитотоксических Т-лимфоцитов, способствуя распознаванию иммунной системой отдельных микроорганизмов и антигенов, значительно ускоряет выработку специфических антител, так как исключаются этапы распознавания антигенов, их презентации антител-продуцирующими клетками, а сразу приводит к синтезу антител на готовой «матрице» антиген-специфического фактора.

За более чем полувековое изучение ТФ со времени их открытия они прочно завоевали позиции в медицине как одно из эффективных средств повышения резистентности организма к различным повреждающим факторам.

Широкий спектр клинических эффектов ТФ, продемонстрированных на 11-ом Международном симпозиуме по Трансфер Факторам, позволяет рекомендовать их использование больным всех возрастов – от самых маленьких детей до пожилых пациентов, находящихся в палатах интенсивной терапии.

Целью исследования явилось изучение эффективности использования нового поколения иммуномодулирующих средств – Трансфер Факторов, полученных из молозива, в комплексной реабилитации детей, страдающих атопической болезнью.

Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от 7-15 лет, направленных на санаторное лечение из районов Сибири и Дальнего Востока. Атопический дерматит (АД) установлен у 25 детей, бронхиальная астма (БА), атопическая форма – у 35 детей.

Основная группа – 35 больных (БА – у 20 детей, АД – у 15 детей) дополнительно к традиционной санаторной программе реабилитации (бальнеотерапия, физиотерапия, витаминно-минеральные комплексы, морские купания, массаж и др.) получали комплекс клеточных медиаторов – ТФ по 200 мг в капсулах 1-2 раза в день курсом 5-7 дней с 5-ти дневным перерывом, всего 2-3 курса.

Группа сравнения – 25 детей (БА- 10, АД – 15) находились на традиционном санаторном лечении.

Эффективность метода комплексной реабилитации оценивали путем клинического наблюдения с учетом частоты интеркуррентных заболеваний, обострений заболевания, параметров адаптационного синдрома и динамики эозинофилии в периферической крови. По уровню лимфоцитов оценивали антистрессорные реакции (по Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакиной, М.А. Уколовой, 1998).

Анализ характера течения атопической болезни позволил отметить, что у 40% больных БА имело место нарушение функции внешнего дыхания 1 степени. У каждого третьего ребенка с АД отмечались ограниченные кожные проявления в локтевых сгибах, подколенных ямках в виде высыпаний, зуда.

Следует отметить, что у каждого четвертого больного имело место сочетание БА и АД.

На первой неделе пребывания в санатории у 12 (q – 0,20) детей отмечались явления острого респираторного заболевания, что указывало на напряженное течение адаптационного периода у этих больных.

Характерным было относительная и абсолютная эозинофилия в периферической крови. Так, при нормальном уровне количество лейкоцитов в обеих группах больных ($6,50 \pm 0,40 \cdot 10^9/\text{л}$) относительное число эозинофилов превышало показатели здоровых детей в 9 – 9,5 раза как в основной группе ($10,5 \pm 1,2\%$), так и в группе сравнения ($9,2 \pm 1,1\%$). Значимыми были изменения и абсолютного числа эозинофилов ($0,70 \pm 0,12$ и $0,58 \pm 0,10$ p > 0,5). Высокий уровень эозинофилов свидетельствовал о напряжении реакций адаптации в период перехода из одной климатогеографической контрастной зоны в другую, хотя место пребывания отличалось более благоприятными климатическими условиями.

Таким образом, уровень эозинофилии в периферической крови является объективным критерием оценки гиперчувствительности замедленного типа на различных этапах течения атопической болезни.

Оценка уровня лимфоцитов в периферической крови свидетельствует о наличии предстрессовой ситуации со снижением их количества в интервале 23-30%, что укладывается в реакцию тренировки (Гаркави Л.Х. с соавт., 1998).

В основной группе к концу санаторного лечения и приема ТФ у всех детей с БА отмечено улучшение общего состояния, отсутствие приступов затрудненного дыхания, кашля, нормализация показателей внешнего дыхания. У больных АД отсутствовали кожные проявления. В группе сравнения за период лечения у 8 детей отмечались обострения хронического тонзиллита и симптомы назофарингита, которые лечились симптоматическими средствами в течение 3-4 дней.

Представляет интерес динамика изменения эозинофилов в сравниваемых группах. В основной группе относительное число эозинофилов к концу лечения снизилось более чем в три раза, и составило $3,2 \pm 0,6\%$ ($p < 0,001$). В пределах возрастной нормы находилось и абсолютное число эозинофилов, ($0,24 \pm 0,03 * 10^{13}/л$, $p < 0,001$).

Вместе с тем в группе сравнения динамика изменения относительного и абсолютного числа этих клеток было статистически недостоверным ($p > 0,5$), и составило соответственно $7,39 \pm 1,1\%$ и $0,50 \pm 0,12 * 10^{13} /л$.

Уровень эозинофилов и лимфоцитов в периферической крови является критерием оценки гиперчувствительности замедленного типа на различных этапах течения атопических состояний.

Таким образом, включение в комплексное лечение больных атопическим дерматитом и бронхиальной астмой ТФ оказывает гипосенсибилизирующий эффект и способствует повышению общей резистентности организма к действию неблагоприятных факторов внешней среды.

Применение иммуномодулирующих препаратов на санаторном этапе лечения больных с атопическими состояниями, по нашему мнению, позволит легче компенсировать реакции адаптации и способствует эффективной реадаптации после возвращения больных детей домой.

Выраженное иммуномодулирующее действие ТФ и ТФ+, его лечебная и профилактическая эффективность при различных формах инфекционной и соматической патологии, сопровождающейся нарушением иммунного статуса, позволяет рекомендовать Трансфер Фактор (Трансфер Фактор Плюс) для широкого применения в медицинской практике.