

Иммунопрофилактика обострений хронического аденоидита у детей

Е.П.Карпова

Российская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения РФ, Москва

В целях профилактики респираторных инфекций и, следовательно, профилактики обострения хронического аденоидита у детей нами применялся иммуномодулятор Рибомунил. Рибомунил в комплексной терапии использован у 20 детей в возрасте от 2 до 6 лет с хроническим аденоидитом, аденоидными вегетациями 1–2 степени (исследуемая группа). 18 детям с тем же диагнозом (контрольная группа) проводили стандартную терапию без применения Рибомунила. Рибомунил применяли по стандартной схеме в течение 5 месяцев. В результате проведенного исследования доказано, что препарат Рибомунил обладает хорошей переносимостью, является высокоэффективным средством профилактики ОРЗ и обострения хронического аденоидита у детей. Препарат позволяет снизить частоту и продолжительность ОРЗ, сократить число курсов антибактериальной терапии.

Ключевые слова: дети, профилактика ОРЗ, хронический аденоидит, Рибомунил

Specific features of immune prophylaxis of exacerbations of chronic adenoiditis

E.P.Karpova

Russian Medical Academy of Post-Graduate Education Ministry of Public Health of the Russian Federation, Moscow

The authors applied the immune modulator Ribomunil to prevent respiratory infections and, therefore, to prevent exacerbations of chronic adenoiditis in children. Ribomunil was used in a complex therapy in 20 children from 2 to 6 years old with chronic adenoiditis, adenoid vegetations degree 1–2 (group under study), while 18 children with the same diagnosis (control group) received a standard therapy without ribomunil. Ribomunil was administered according to the standard scheme for a period of 5 months. As a result, the study has shown that the drug Ribomunil is a well tolerable, highly effective means of prevention of ARD and exacerbations of chronic adenoiditis in children. The intake of the drug decreases the frequency and duration of ARD, reduces the number of courses of antibacterial therapy.

Key words: children, prophylaxis of ARD, chronic adenoiditis, Ribomunil

В детском возрасте хронический аденоидит занимает первое место среди патологии верхнего отдела дыхательных путей, причем отмечается дальнейшая тенденция к росту заболеваемости. При длительном течении аденоидита и отсутствии лечения могут развиваться местные и общие осложнения. Важность органосохраняющего лечения аденоидита определяется ролью и положением миндалин лимфоидного кольца в системе иммунологической защиты организма в качестве регионального центра мукозального иммунитета. И только при отсутствии эффекта от консервативной терапии, наличии осложнений по строгим показаниям проводят хирургическое лечение – аденотомию.

У детей с отягощенным преморбидным фоном ОРЗ без адекватного лечения часто принимают осложненное течение и способствуют развитию обострения хронического аденоидита. Хронический аденоидит обусловлен наличием микст-инфекцией (вирусно-бактериальной, вирусно-бактериально-микотической и др.) [1]. Несмотря на широкий спектр антимикробных, антисептических, противовирусных

и других препаратов, микст-инфекции не всегда курабельны [2]. Более того, применение антибактериальной терапии в связи с ее иммуносупрессорным действием может способствовать хронизации процесса и активации условно-патогенной грибковой флоры [3].

В связи с этим большое значение в тактике лечения в последние годы отводится иммунотерапии [4–6].

В целях профилактики респираторных инфекций и, следовательно, профилактики обострения хронического аденоидита у детей нами применялся иммуномодулятор Рибомунил («Пьер Фабр», Франция). В его состав входят иммуномодулирующие вещества, представленные сочетанием бактериальных рибосом (рибосом *Klebsiella pneumoniae* – 35 долей, *Streptococcus pneumoniae* – 30 долей, *Streptococcus pyogenes* – 30 долей, *Haemophilus influenzae* – 5 долей) и протеогликанов мембраны *Klebsiella pneumoniae* [7, 8].

Рибомунил в комплексной терапии использован у 20 детей в возрасте от 2 до 6 лет с хроническим аденоидитом, аденоидными вегетациями 1–2 степени (исследуемая группа); 18 детям с тем же диагнозом (контрольная группа) проводили стандартную терапию без применения Рибомунила.

Эффективность лечения Рибомунилом оценивали по результатам клинического наблюдения, степени выраженности симптомов, потребности в антибактериальной терапии, частоте обострений, длительности обострения, оценки

Для корреспонденции:

Карпова Елена Петровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры детской оториноларингологии Российской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения РФ

Адрес: 123995, Москва, ул. Баррикадная, 2/1

Телефон: (095) 496-6401

Статья поступила 14.10.2003 г., принята к печати 25.01.2004 г.

Рецидивирующие инфекции уха, горла, носа и дыхательных путей

РИБОМУНИЛ

Мембранные протеоглики + рибосомы

Сочетание свойств пероральной вакцины и неспецифического иммунокорректора

Пероральная вакцина:

- Максимальная степень очистки и наименьшая токсичность
- Вырабатывает длительную иммунную память
- Не вызывает активизации аллергических заболеваний
- Может применяться в острой стадии заболевания в сочетании с антибиотиками

Корректор неспецифического иммунитета:

- Не требует исходного определения иммунного статуса
- Увеличивает сопротивляемость организма респираторным вирусным и бактериальным инфекциям
- Облегчает течение болезни и ускоряет выздоровление
- Укрепляет защитные свойства организма

РИБОМУНИЛ – ключевое решение проблемы рецидивирующих инфекций:

- В педиатрической практике: часто и длительно болеющие дети, сезонная профилактика простудных заболеваний в организованных детских коллективах
- Клиническая целесообразность и экономически обоснованная альтернатива частому приему антибиотиков и противовоспалительных средств
- Прекрасная переносимость
- Отсутствие значимых побочных эффектов

Состав и форма выпуска

Таблетки, в упаковке 12 шт.

Пакетики для приготовления питьевого раствора, в упаковке 4 шт.

Состав	1 таблетка	1 пакетик
Рибосомы, титрованные до 70% РНК (включая рибосомы <i>Klebsiella pneumoniae</i> 35 долей, рибосомы <i>Streptococcus pneumoniae</i> 30 долей, рибосомы <i>Streptococcus pyogenes</i> 30 долей, рибосомы <i>Haemophilus influenzae</i> 5 долей)	0,250 мг	0,750 мг
Протеоглики мембранной части <i>Klebsiella pneumoniae</i>	0,375 мг	1,125 мг

Отпускается по рецепту врача. Регистрационное удостоверение:

Таблетки: П № 011369/01-1999 от 07.09.1999.

Гранулы (пакетики): П № 011369/02-2001 от 16.07.2001.



Pierre Fabre

ЗАО «А/О Пьер Фабр»
119048, Москва,
ул. Усачева, д. 33, стр. 1
тел.: (095) 745-26-50
факс: (095) 745-26-54

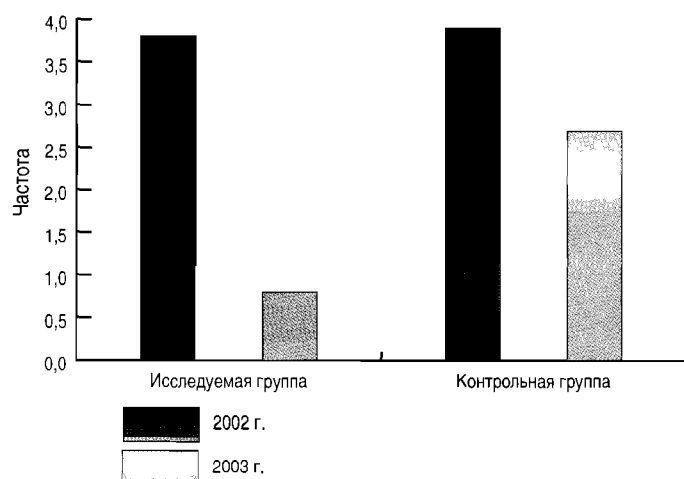


Рисунок. Динамика частоты ОРЗ и обострения хронического аденоидита.

эффективности лечения родителями (частота посещений ребенком детских учреждений, частота выдачи больничных листов по уходу за ребенком).

Рибомунил применяли по стандартной схеме в течение 6 мес. Первый месяц: 1 табл. (с одной разовой дозой) или 3 табл. (с $\frac{1}{3}$ разовой дозы) или гранулят из 1 пакетика, предварительно растворенного в воде. Препарат назначали один раз утром натощак в первые 4 дня недели в течение 3 нед, последующие 5 мес – первые 4 дня каждого месяца.

Практически все дети и их родители отмечали хорошую переносимость препарата. Только у одного ребенка из 1 группы отметили мелкопапулезную сыпь на вторые сутки приема препарата. В анамнезе этого ребенка отмечали ранее аллергические реакции на пенициллиновый ряд антибиотиков.

Динамика частоты ОРЗ и обострения хронического аденоидита в течение года представлена на рисунке.

Длительность обострения хронического аденоидита при развитии ОРЗ у 17 детей в исследуемой группе составила 7–10 дней, у 3 больных – 15–18 дней. В контрольной группе

практически у всех детей (у 16 из 18) длительность обострения составила 10 и более дней.

Применение антибактериальных препаратов в основной группе потребовалось только трем больным, в контрольной группе – десяти.

Оценка эффективности лечения детей родителями подразделялась на неудовлетворительную, удовлетворительную, хорошую и отличную. В исследуемой группе только у одного ребенка родители оценили результат как неудовлетворительный, в контрольной группе – у 4 из 18 человек. Оценки «удовлетворительный результат» не было ни в исследуемой, ни в контрольной группах. Оценка «хороший» в 1-й группе – у 6 из 20, во 2-й группе – у 7 из 18, а «отличный» соответственно у 13 и 7.

Таким образом, препарат Рибомунил обладает хорошей переносимостью, является высокоэффективным средством профилактики ОРЗ и обострений хронического аденоидита у детей. Препарат позволяет снизить частоту и продолжительность ОРЗ, сократить число курсов антибактериальной терапии.

Литература

1. Алферов В.П., Романюк Ф.П., Симбирцев А.С. и др. Рибомунил в терапии микст-инфекций у детей. Опыт применения Рибомунила в российской педиатрической практике. М., 2002; 82–6.
2. Коровина Н.А., Чебуркин А.В., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Иммунокорригирующая терапия часто и длительно болеющих детей. М., 1998.
3. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Саратов, 1986.
4. Романюк Ф.П., Сидорова Т.А., Алферов В.П. Часто болеющие дети. СПб., 2000.
5. Fischer A. Is it wrong to use immunostimulants in pediatric practice. Arch Pediatr 1999; (6): 427–8.
6. Заплатников А.Л. Рибомунил: механизм действия и клинко-иммунологическая эффективность. Опыт применения Рибомунила в российской педиатрической практике. М., 2002: 21–34.
7. Michel F.B. Ribomunil. Adis International Ltd. 1996.
8. Bene M.C., Zanin C., Perrin P., et al Specific antibody-producing cells in humans after oral immunization with a ribosomal vaccine Ribomunil. Adv Exp Med Biol 1995; 371B: 1563–6.

МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПЕЧАТЬ

Сравнительное исследование эффективности назначения высоких и стандартных доз амоксициллина для лечения острого среднего отита

Появление устойчивых к антибиотикам штаммов бактерий позволяет рекомендовать для лечения острого среднего отита (ОСО) у детей высокие (80–90 мг/кг в сутки), по сравнению со стандартными (40–45 мг/кг в сутки), дозы амоксициллина. Целью исследования было сравнение эффективности и переносимости высоких доз (ВД) и стандартных доз (СД) амоксициллина у детей с ОСО с заведомо низким риском инфицирования устойчивыми штаммами. В двойное слепое рандомизированное 3-летнее клиническое исследование были включены дети с диагнозом острый средний отит и отвечающие следующим критериям: возраст старше 3 мес, масса тела более 18 кг. Оценивались следующие параметры: неэффективность терапии, продолжительность заболевания, количество обращений к врачу, общее количество эпизодов ОСО и наличие побочных эффектов. Абсолютные различия в уровне неэффективности терапии СД и ВД амоксициллина в последующие обращения были незначительными (95% CI -1,5% к 3,4%; $p = 0,78$). Средняя продолжительность заболевания была одинакова при обоих вариантах терапии (3 ± 2 дня). Количество обращений к врачу, число эпизодов ОСО в последующем и частота возникновения побочных эффектов также не различались между двумя вариантами терапии амоксициллином. Таким образом, назначение высоких доз амоксициллина не имеет значительных преимуществ у пациентов с низким риском инфицирования штаммами, устойчивыми к амоксициллину.