

Т.Е. Привалова¹, С.А. Шадрин¹, Н.А. Шабаета²¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар² Детская краевая клиническая больница, Краснодар

Опыт применения бактериального топического лизата в дошкольных образовательных учреждениях

Контактная информация:

Привалова Татьяна Евгеньевна, ассистент кафедры педиатрии № 2 Кубанского государственного медицинского университета

Адрес: 350007, Краснодар, ул. Площадь Победы, д. 1, тел.: (861) 268-54-18

Статья поступила: 17.03.2011 г., принята к печати: 23.05.2011 г.

В организованных коллективах, как известно, значительно выше риск развития острой респираторной патологии. Авторы изучили состояние здоровья 1340 детей, посещающих дошкольное учреждение, и обосновали целесообразность проведения оздоровительных мероприятий, в том числе применения бактериального топического лизата. В статье продемонстрированы эффективность указанного препарата во время его применения, а также непродолжительность его действия, что обуславливает целесообразность повторных курсов введения препарата с целью профилактики формирования очагов хронической инфекции в носоглотке и снижения частоты острых респираторных инфекций.

Ключевые слова: дети дошкольного возраста, микробиологический мониторинг, состояние здоровья, бактериальный топический лизат.

Одной из нерешенных проблем пребывания детей в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ) является высокая острая заболеваемость инфекциями респираторного тракта. По данным литературы, острые респираторные инфекции (ОРИ) у ребенка возникают в среднем 8–10 раз на первом году посещения детского учреждения, 5–6 раз — на втором и 3–4 раза — на третьем. В группе часто болеющих детей ОРИ регистрируется практически ежемесячно [1–3].

Частота данной патологии обусловлена многими факторами: возрастным несовершенством иммунной систе-

мы, гиперплазией лимфоидной ткани, способствующей в некоторых случаях формированию очагов хронической инфекции, посещение ДОУ детьми с остаточными проявлениями ОРИ и др.

Несмотря на большое количество работ, посвященных этой проблеме, на сегодняшний день нет достаточно эффективных методик оздоровления, поэтому дальнейшее совершенствование и создание альтернативных программ оздоровления остается актуальным.

В последнее десятилетие перспективным направлением оздоровления дошкольников является органи-

T.E. Privalova¹, S.A. Shadrin¹, N.A. Shabaeva²¹ Kubansky State Medical University, Krasnodar² Children's Regional Clinical Hospital, Krasnodar

Experience of bacterial topical lysate use in preschool educational establishments

Substantially higher risk of acute respiratory pathology in organized groups is well known. The authors examined 1340 preschool children and justified the usefulness of the health-improving measures, including topical application of bacterial lysate. The article demonstrates the effectiveness of this drug, as well as the short duration of its action, hence the usefulness of repeated courses of drug administration to prevent the formation of chronic infection focuses in the nasopharynx and reduce the incidence of ARI.

Key words: preschool children, microbiological monitoring, health status, topical bacterial lysate in children's collective.

зация в каждом административном округе Краснодара «Центров содействия укреплению здоровья обучающихся и воспитанников образовательного учреждения», которые должны обслуживать и оказывать медицинскую помощь детям в ДОУ всего округа. Основными задачами деятельности Центра являются оздоровительная работа, валеологическое образование, консультативная деятельность, комплексная диагностика. На наш взгляд, Центры являются важным организационным этапом повышения качества оздоровительной работы в ДОУ.

Кафедра педиатрии № 2 КГМУ на протяжении трех лет активно сотрудничает с одним из Центров Центрального округа Краснодара, расположенного на базе МДОУ «ЦРР-ДС № 90».

Сотрудниками кафедры в течение трех лет изучено состояние здоровья 1340 детей, посещающих ДОУ. К практически здоровым (т.е. I группе здоровья) можно отнести лишь 9,8%, ко II группе — 62,2%, к III — 28% детей. Большинство (до 70%) обследуемых имеют патологию лимфоидных органов респираторного тракта (гипертрофия аденоидов I–III степени, небных миндалин II–III степени, лимфаденопатии). Отмечено, что 70–80% детей в осенне-весенний период года посещают ДОУ с подострыми катаральными явлениями в виде ринитов, фарингитов в стадии разрешения.

Учитывая достаточно длительное пребывание в течение суток детей в ДОУ, логично предположить формирование у них группового лабильного микробиоценоза верхних дыхательных путей. В этой связи попытка создания коллективного иммунитета представляется весьма заманчивой.

Одним из перспективных методов, позволяющих снизить высокую заболеваемость ОРИ в ДОУ, является включение в программу оздоровления топического лизата ИРС 19 — местного иммуномодулятора, в состав которого входят антигены 18 основных возбудителей заболеваний верхних дыхательных путей. Антигены непатогенны, однако их состав, количество и свойства обеспечивают достоверный устойчивый эффект у взрослых и детей при профилактике и лечении ринитов, синуситов, отитов, ларингитов, трахеитов, фарингитов, ринофарингитов, тонзиллитов, бронхитов [2, 4–6].

Указанный иммуномодулятор предназначен для ингаляционного введения через носовые ходы. Слизистая оболочка в этой области имеет большую поверхность, интенсивно снабжается кровью и пронизана лимфатическими сосудами. Будучи активной физиологически, она образует входные ворота для большинства возбудителей инфекции и служит своего рода местом их сбора в случае врожденной или приобретенной иммунной недостаточности.

Кроме достоверного лечебного эффекта при острой и хронической патологии верхних дыхательных путей, многие авторы отмечают активное профилактическое действие препарата [5, 6]. Данные свойства позволяют предполагать возможность применения последнего для коллективной иммунизации в группах детей, посещающих ДОУ.

Цель исследования: обоснование применения топического лизата ИРС 19 в оздоровительной программе

детей, посещающих ДОУ, для создания коллективного иммунитета.

Под нашим наблюдением находились 78 детей, постоянно посещающих МДОУ «ЦРР-ДС № 90» Краснодара, в возрасте от 4 до 5 лет 11 мес. Мальчиков (46%) и девочек (54%) было примерно поровну. Топический лизат вводили детям двух старших групп ($n = 52$). Контрольную группу составили дети того же возраста, не получающие лечения ($n = 26$).

Кроме того, в исследование включили 9 взрослых человек, непосредственно принимающих участие в обслуживании детей во время их пребывания в ДОУ — воспитателей, помощников воспитателей.

Критериями включения в исследование были:

- дети, посещающие ДОУ города Краснодара не менее 1 года, в возрасте от 4 до 5 лет 11 мес;
- добровольное информированное согласие родителей на участие в исследовании.

Критериями исключения являлись:

- наличие у ребенка признаков ОРИ;
- применение других иммуномодулирующих средств;
- нерегулярное посещение ДОУ с нарушением режима дозирования препарата;
- отказ родителей.

Все родители перед началом исследования подписали добровольное информированное согласие, в котором были разъяснены цели назначения этого препарата, механизм действия и ожидаемые эффекты, возможные побочные реакции и правила поведения ребенка во время приема препарата (не пропускать дни приема; не получать других иммуномодулирующих, противовирусных, антибактериальных препаратов; сообщать обо всех побочных реакциях).

Топический лизат принимался в течение 3 нед в рекомендуемой дозировке по профилактической схеме — эндоназально, по 1 дозе в каждый носовой ход, двукратно в течение суток: утром перед завтраком и после дневного сна. Для каждого ребенка и взрослого использовался индивидуальный флакон с препаратом, который хранился в личном шкафу. В выходные дни родители вводили препарат дома по тому же регламенту. Все наблюдаемые получили полный курс, из исследования никто не выбыл.

Во время проведения курса эпидемиологическая обстановка в городе была благоприятная. Препарат применялся два сезона: в весенний (март–апрель) и осенний (сентябрь–октябрь) периоды. Выбор сезона применения препарата обусловлен региональными климатическими особенностями. Как правило, в сентябре–октябре и марте–апреле в Краснодарском крае метеорологические условия сохраняются стабильными и сезонного повышения заболеваемости ОРИ не отмечается.

В течение всего периода приема препарата оценивались клинические проявления по специально разработанной индивидуальной карте, в которую входили следующие симптомы: самочувствие, температура, затруднение носового дыхания, выделения из носа, характер выделений, состояние слизистой оболочки носа, задней стенки глотки (гиперемия, гипертрофия, наличие слизи, кашля), небных миндалин (гипертрофия, гиперемия), перифери-

ческих лимфатических узлов, количество эпизодов ОРВИ за истекший период.

Каждый клинический симптом оценивался по 3-балльной шкале: отсутствие патологических признаков — 0 баллов, умеренно выраженный признак — 1, значительно выраженный — 2. Регистрация проявлений проводилась на 7 и 21-й дни приема препарата, затем через 1 и 6 мес после окончания каждого курса. Кроме систематического осмотра педиатром, в начале исследования и через 6 мес пациенты осматривались ЛОР-врачом.

Перед началом курса приема препарата и после его окончания через 1 и 6 мес проведен бактериологический посев со слизистых оболочек носа и зева. Забор материала для посева проводился утром натощак при поступлении в ДОО. Предварительно родителей предупреждали, чтобы дети не чистили зубы, не полоскали полость рта. Для взятия материала использовали стерильные пробирки с носоглоточным тампоном и транспортной средой. Сразу после забора материала образцы доставлялись в бактериологическую лабораторию ДККБ Краснодара.

Высеивали нативный материал на элективные среды (шоколадный, кровяной, желточно-солевой агары, среду Сабуро, энтерококкагар), после чего питательные среды помещали в термостат при температуре 37°C на 24 ч. На 2-е сут определялась видовая принадлежность выявленных микроорганизмов по их биохимической активности, на 3–4-е сут — определение чувствительности к антибиотикам (антибиотикограмма) дискодиффузионным методом.

С целью выяснения субъективной оценки действия препарата было дважды проведено анкетирование родителей после окончания приема первого курса и через 6 мес после окончания второго курса. Анкета для родителей включала следующие вопросы: сведения о негативных проявлениях во время приема препарата (ринорея, чихание, зуд, першение, сыпь), количество эпизодов ОРВИ за истекший период.

Предварительный осмотр детей исследуемой группы показал, что в большинстве случаев (у 68 человек; 87%) отмечались изменения со стороны слизистой оболочки носа в виде гиперемии, сухости, отека различной степени, что, вероятно, было следствием остаточных явлений персистирующих респираторных инфекций. Практически у всех детей определялось увеличение размеров поднижнечелюстных лимфоузлов до 1,5–2,5 см, их уплотнение; пальпировались группы переднешейных и заднешейных лимфоузлов. У 60 (77%) пациентов выявлена гипертрофия небных миндалин I–III степени; у 38 (48%) — изменения состояния слизистой оболочки задней стенки глотки в виде рыхлости, умеренной гипертрофии; у 22 (28%) — диагноз «Гипертрофия аденоидов I–III степени» подтвержден ЛОР-врачом, из них III степени — у 5 (6,4%).

Таким образом, практически здоровых детей не было. Все они находились в состоянии реконвалесценции после перенесенной ранее и/или подостро протекающей респираторной инфекции.

Отметим также, что и все взрослые (воспитатели и помощники воспитателей), обслуживающие детей, имели под-

твержденные ЛОР-врачом явления хронического фарингита, хронического тонзиллита в стадии ремиссии.

Практически во всех случаях препарат переносился хорошо, лишь у 4 детей (7,7%) на 2–3-й день приема отмечались умеренные серозные выделения из носа, у 2 (3,8%) — чихание, что не служило показанием к отмене препарата. Указанные проявления к 7-му дню прекращались.

В течение всего периода наблюдения самочувствие детей было удовлетворительным, температура — в пределах нормы. Остальные симптомы варьировали в широком диапазоне, что отражалось в количественной балльной оценке. Максимальное количество баллов (2) за конкретный симптом присваивалось, в основном, за счет выявления заложенности, отека, гиперемии слизистой и выделений из носа, гипертрофии слизистой задней стенки глотки и небных миндалин, увеличения переднезадней, поднижнечелюстных групп лимфоузлов и их уплотнения.

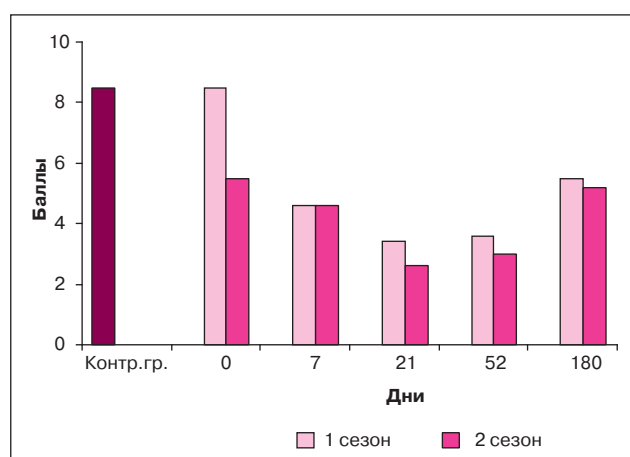
При предварительном осмотре (день 0) детей оценка симптомов в среднем составила $8,5 \pm 0,37$ баллов. Уже на 7-й день у большинства детей отмечалось значительное улучшение в объективном статусе в виде уменьшения гиперемии, сухости слизистой оболочки, заложенности и выделений из носа, некоторого уменьшения плотности лимфоузлов. Балльная оценка симптомов достоверно уменьшилась до $4,6 \pm 0,23$; $p < 0,001$. К моменту окончания курса приема препарата (21-й день) у всех наблюдаемых самочувствие было хорошее. Продолжалось улучшение объективных данных по основным оцениваемым признакам за счет отсутствия гиперемии, сухости, отека слизистой оболочки, прекращения выделений из носа при аденоидитах, уменьшения размеров и плотности определяемых ранее групп лимфоузлов. Балльная оценка объективных признаков достоверно снизилась (по сравнению с оценкой симптомов на 7-й день) до $3,4 \pm 0,15$ баллов; $p < 0,001$.

Осмотр детей через 1 мес после окончания курса приема препарата (52-й день) выявил стабильность объективных данных с балльной оценкой $3,6 \pm 0,20$.

Контрольный осмотр детей через 6 мес от начала курса лечения выявил ухудшение состояния по сравнению с объективными данными на момент окончания курса в виде повторного появления гиперемии и отека слизистой носа, затруднения носового дыхания, увеличения и уплотнения периферических лимфоузлов. У половины детей отмечено повторное увеличение и изменение консистенции периферических лимфатических узлов, появление симптомов аденоидита, фарингита, сохраняющаяся гипертрофия небных миндалин.

Это отражено в достоверном увеличении балльной оценки — с $3,4 \pm 0,15$ до $5,5 \pm 0,32$; $p < 0,01$. Однако и через 6 мес от начала введения препарата объективные данные оставались лучше, чем в начале наблюдения, что достоверно отражено в балльной оценке — $5,5 \pm 0,32$ и $8,5 \pm 0,37$, соответственно; $p < 0,001$. Данное обстоятельство указывает на относительно короткий промежуток профилактического действия иммуномодулятора — в пределах нескольких месяцев и необходимость повторного введения препарата.

Рис. 1. Динамика балльной оценки клинических симптомов в основной и контрольной группах



С учетом полученных результатов было принято решение о проведении повторного курса иммуномодулятора с аналогичной оценкой результатов.

Наиболее значимые изменения объективных данных при проведении второго сезона наблюдения отмечались к моменту окончания курса (21-й день). Средний балл оцениваемых симптомов снизился с высокой степенью достоверности с $5,5 \pm 0,32$ до $2,6 \pm 0,29$; $p < 0,001$. Заметим, что средний балл на момент окончания приема препарата (день 21-й) во втором сезоне был максимально низким и достоверно отличался от подобного в первом сезоне ($2,6 \pm 0,29$ и $3,4 \pm 0,15$; $p < 0,05$). Клинически это проявлялось в значимых изменениях при объективной оценке основных пяти признаков состояния ЛОР- и лимфоидных органов: состояние слизистой оболочки носа, задней стенки глотки, степень увеличения небных миндалин, аденоидов и периферических лимфоузлов.

Как и в первом сезоне исследования, наблюдение за детьми, получающими препарат, продолжалось в течение 6 мес. За это время отмечено также некоторое ухудшение объективных данных на 52 и 180-й дни без достоверных различий балльной оценки клинических проявлений в сезонах исследования.

Во время приема препарата явления ОРИ не зарегистрированы ни в одном случае. При анкетировании родителей отмечено, что за истекший период снизилось количество ОРИ до единичных случаев. По данным анкетирования родителей, опроса воспитателей, журнала посещаемости,

сти, дети практически в полном составе посещали ДОО в зимне-весенний период, следующий после окончания второго курса применения топического лизата.

Дети контрольной группы, не получавшие коллективной иммунизации, по данным анкетирования родителей и журнала учета посещаемости, за истекший период перенесли по 3–5 эпизодов ОРЗ. За 1 год наблюдения у 7 детей (26,9%) отмечено значимое увеличение степени гипертрофии небных миндалин, а у 3 — проведена аденомотомия в плановом порядке.

При осмотре в декретированные исследованием сроки детей контрольной группы средний балл объективных признаков находился в пределах $8,7 \pm 0,93$, при этом не прослеживалась достоверная динамика симптомов.

Интересен тот факт, что воспитатели, получающие препарат, также отметили снижение негативных проявлений со стороны носоглотки и отсутствие эпизодов ОРИ в указанный период.

Динамика балльной оценки клинических симптомов основной (получающей иммуномодулятор два сезона исследования) и контрольной групп представлена в табл. 1 и на рис. 1.

Длительная персистенция острой респираторной патологии в организованных дошкольных учреждениях должна способствовать формированию своеобразного лабильного микробиоценоза в верхних дыхательных путях. Эндоназальное применение с профилактической целью топического лизата не может не отражаться на микрофлоре данного отдела респираторного тракта.

Мы провели исследование микробного статуса слизистой оболочки носа и зева у 52 детей дошкольного возраста, получавших иммуномодулятор. Для оценки влияния препарата на микробиологический состав носоглотки трехкратно выполнен динамический контроль: перед введением препарата, через 1 и 6 мес после окончания первого сезона наблюдения (табл. 2).

Исследование микробного статуса носоглотки перед введением препарата выявило следующее. В большинстве случаев (35 детей; 67,3%) со слизистой оболочки носа выделялись единичные микробные агенты, смешанная микрофлора — в 15 (28,8%), в 2 (3,8%) — посев роста микробов не дал. Микрофлора носа, в основном, была представлена нормальной флорой: *Staphylococcus epidermidis* выделен у 29 детей (55,8%), *Streptococcus viridans* — у 5 (9,6%), *Haemophilus parainfluenzae* — у 2 (3,8%), *Corynebacterium pseudodiphthericum* — у 1 (1,9%). Среди условно-патогенной микрофлоры первое место по частоте выявления занимал *Staphylococcus aureus* —

Таблица 1. Динамика балльной оценки клинических симптомов в основной и контрольной группах детей ($M \pm m$)

Группы	Дни наблюдения				
	0	7	21	52	180
1 сезон исследования	$8,5 \pm 0,37$	$4,6 \pm 0,23^{**}$	$3,4 \pm 0,15^{**}$	$3,6 \pm 0,20$	$5,5 \pm 0,32^{*}$
2 сезон исследования	$5,5 \pm 0,32$	$4,6 \pm 0,33$	$2,6 \pm 0,29^{**}$	$3,0 \pm 0,36$	$5,2 \pm 0,31^{**}$
Контрольная группа	$8,6 \pm 0,93$	$8,7 \pm 0,88$	$8,6 \pm 0,99$	$8,7 \pm 0,87$	$8,8 \pm 0,83$

Примечание. * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,001$.

Таблица 2. Частота выделения микрофлоры из носа и зева у детей до и после применения бактериального топического лизата ($n = 52$)

Микроорганизмы	До лечения		Через 1 месяц		Через 6 месяцев	
	нос	зев	нос	зев	нос	зев
<i>S. pneumoniae</i>	5 (9,6%)	24 (46,2%)	6 (11,5%)	8 (9,6%)	5 (9,6%)	5 (3,3%)
<i>S. aureus</i>	13 (25,0%)	19 (36,5%)	8 (15,4%)	10 (19,2%)	20 (38,5%)	30 (57,7%)
<i>E. faecalis</i>	3 (5,8%)	11 (21,2%)	5 (9,6%)	14 (26,9%)	5 (9,6%)	15 (28,8%)
<i>E. faecium</i>	1 (1,9%)	4 (7,7%)	3 (5,8%)	8 (15,4%)	5 (9,6%)	10 (19,2%)
<i>E. durans</i>	–	–	–	3 (5,8%)	2 (3,8%)	5 (9,6%)
<i>S. viridans</i>	5 (9,6%)	13 (25%)	15 (28,8%)	28 (53,8%)	10 (19,2%)	43 (82,7%)
<i>E. coli</i>	–	1(1,9%)	–	3 (5,8%)	–	3 (5,8%)
<i>S. epidermidis</i>	29 (55,8%)	1(1,9%)	35 (67,3%)	5(9,6%)	6 (11,5%)	3(5,8%)
<i>C. albicans</i>	1 (1,9%)	14 (26,9%)	–	15 (28,8%)	3 (5,8%)	15 (28,8%)
<i>H. parainfluenzae</i>	2 (3,8%)	4 (7,7%)	–	10 (19,2%)	4 (7,7%)	7 (13,5%)
<i>S. agalactiae</i>	–	2 (3,8%)	–	2 (3,8%)	2 (3,8%)	3 (5,8%)
<i>S. hemolyticus</i>	–	1 (1,9%)	–	2 (3,8%)	3 (5,8%)	3 (5,8%)
<i>K. pneumoniae</i>	–	1 (1,9%)	–	3 (5,8%)	–	5 (9,6%)
<i>C. pseudodiphthericum</i>	1 (1,9%)	–	2 (3,8%)	5(9,6%)	1 (1,9%)	3 (5,8%)
Mix	15 (28,8%)	37 (71,2%)	13 (25%)	42 (80,8%)	16 (30,8%)	45 (86,5%)
Не обнаружено	2 (3,8%)	2 (3,8%)	3 (5,8%)	–	1 (1,9%)	1 (1,9%)

у 13 (25,0%), *Streptococcus pneumoniae* — у 5 (9,6%), *Enterococcus faecalis* — у 3 (5,8%). Низкая частота выделения из носа характерна для *Enterococcus faecium* и *Candida albicans* — по 1 человеку (1,9%).

Микрофлора зева была более разнообразной и в основном представлена условно-патогенными микроорганизмами. Так, сочетанный высеv от двух до пяти групп микробных агентов встречался у 37 пациентов (71,2%). Почти у половины детей из зева выделялся *S. pneumoniae* (у 24; 46,2%). Второе место по частоте занимал *S. aureus* — у 19 (36,5%). У 1/3 детей выявлялись энтерококки: *E. faecalis* (у 11; 21,2%) и *E. faecium* (у 4; 7,7%). В единичных случаях, не превышающих 2–4% (2–3 человека), выделялись *Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus hemolyticus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*. Нормальная микрофлора зева была представлена *C. albicans* (у 14; 26,9%), *S. viridans* (у 13; 25,0%), *H. parainfluenzae* (у 4; 7,7%) (рис. 2).

Через 1 мес после окончания 3-недельного курса приема препарата отмечены значимые изменения в частоте выделения нормальной и условно-патогенной флоры как со слизистой оболочки носа, так и зева. Так, в посевах из носа значительно уменьшилось выделение *S. aureus* (с 25,0 до 15,4%) за счет увеличения частоты выделения нормальной микрофлоры (*S. epidermidis* и *S. viridans*). При анализе посевов из зева произошло снижение выделения *S. pneumoniae* почти в 5 раз (с 46,2 до 9,6%), *S. aureus* (с 36,5 до 19,2%) за счет увеличения нормальной микрофлоры: *S. viridans* — с 25,0 до 53,8%, *H. parainfluenzae* — 7,7 до 19,2%. Частота выделения энтерококков (*E. faecalis*, *E. faecium*, *Enterococcus durans*) осталась почти неизменной.

Через 6 мес после окончания первого курса приема иммуномодулятора проведен повторный мониторинг микробного состава носоглотки и получены следующие результаты. По-прежнему сохранялась низкая высеваемость со слизистых оболочек носа и зева *S. pneumoniae* (9,6 и 3,3%), высокая доля нормальной микрофлоры — *S. viridans* (19,2 и 82,7%), *H. parainfluenzae* (7,7 и 13,5%), *C. albicans* (5,8 и 28,8%). В то же время, по сравнению с предыдущим исследованием, увеличено выделение в носу и зева *S. aureus* (38,5 и 57,7%) более чем в 2 раза.

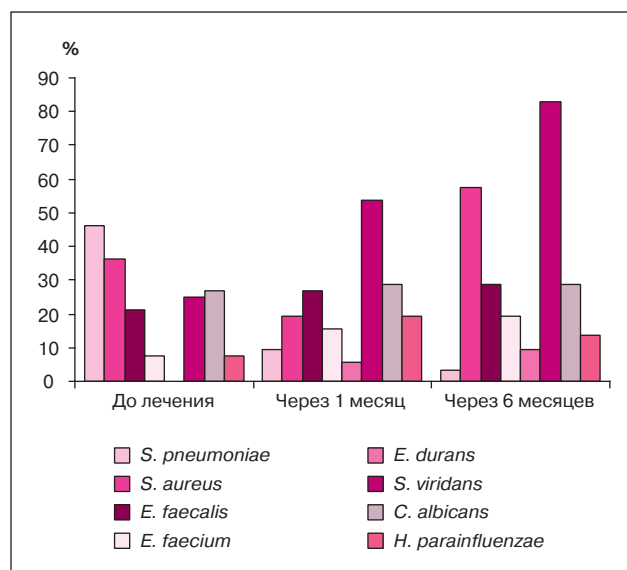
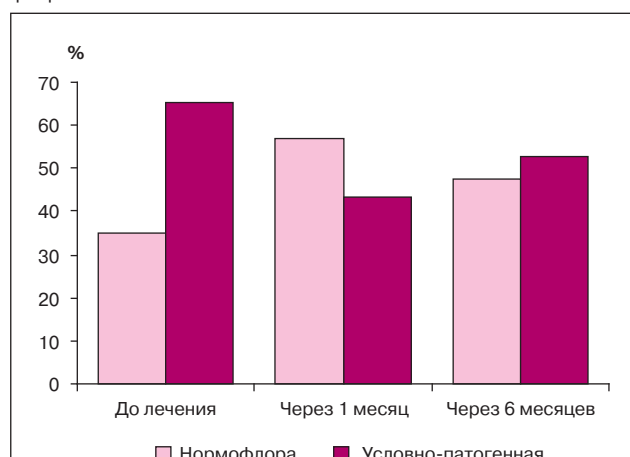
Рис. 2. Частота выделения микрофлоры из зева ($n = 52$)

Рис. 3. Частота выделений нормальной и условно-патогенной флоры зева



Необходимо отметить, что микробиоценоз носа был более скудный, в основном представлен нормофлорой, и существенно не изменялся на фоне приема препарата.

Рис. 3 наглядно демонстрирует суммарное соотношение нормальной и условно-патогенной микрофлоры зева в динамике наблюдения. Как видно, до лечения в зеве преобладала условно-патогенная микрофлора (65,4%), через 1 мес после окончания первого курса приема препарата начинает преобладать нормофлора (56,8%). Однако через 6 мес этот положительный эффект нивелируется.

Сравнительный анализ частоты выделения (см. рис. 2) и структуры микрофлоры зева и носа (рис. 4 А, Б, В) при микробиологическом мониторинге подтверждает вышеизложенные тенденции. Обращает внимание увеличение общего числа высевок, частоты выявления смешанной флоры (более 2 возбудителей), а также изменение структуры высеянной флоры.

Кроме определения микробных культур, выполнены антибиотикограммы с определением чувствительности выделенной условно-патогенной флоры к 18 антибиотикам 6 основных групп: пенициллины, макролиды, цефалоспорины, аминогликозиды, фторхинолоны, карбопенемы.

При анализе антибиотикограмм установлено, что в большинстве случаев выявленная до начала приема иммуномодулятора условно-патогенная микрофлора, клинически значимая в формировании респираторных заболеваний (*S. aureus*, *S. pneumoniae*, *E. faecalis*, *K. pneumoniae*), была резистентна к наиболее доступным в амбулаторной практике группам антибиотиков (пенициллинам, макролидам, частично — цефалоспорином). Сохранялась чувствительность к фторхинолонам, цефалоспорином второго и третьего поколения, карбопенемам, аминогликозидам, которые, безусловно, не могут быть широко использованы для санации носоглотки.

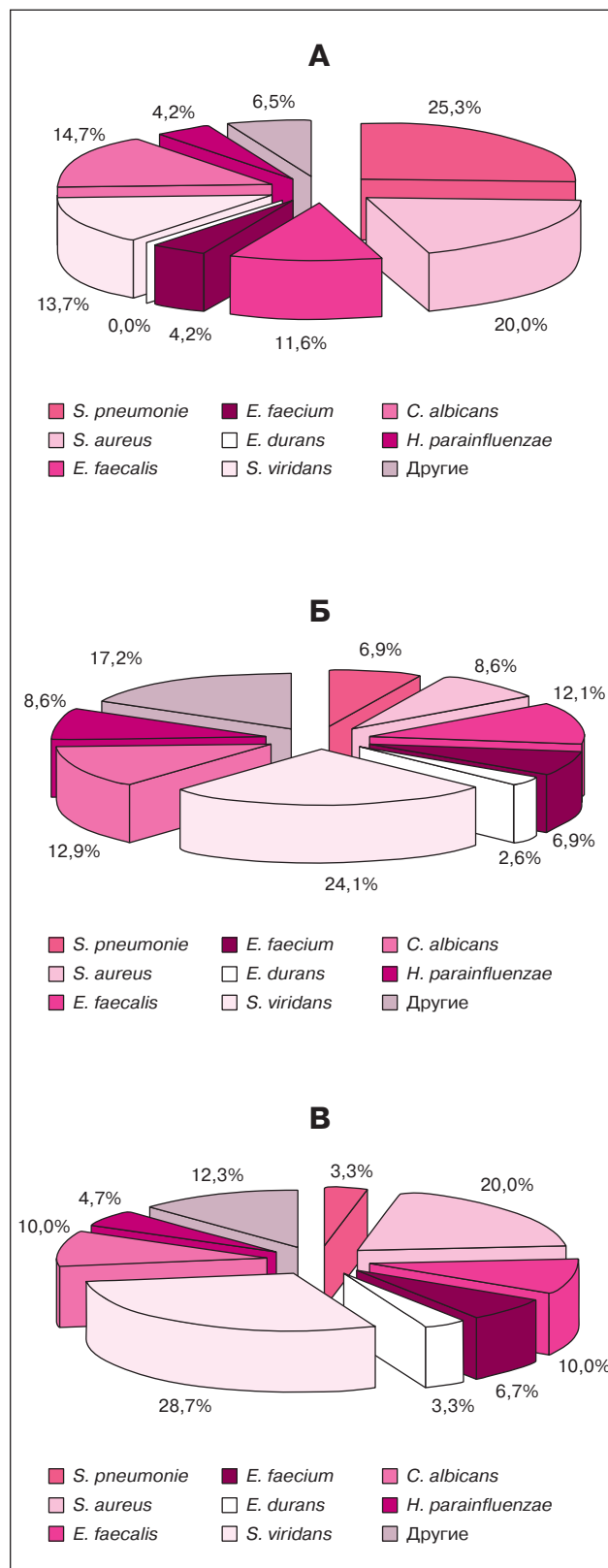
Через 6 мес после окончания первого курса препарата существенно изменилась антибиотикочувствительность микрофлоры. Так, несмотря на количественное увеличение частоты выделения *S. aureus*, *E. faecalis* и *E. faecium*, отмечается изменение их антибиотикорезистентности:

Рис. 4. Структура микрофлоры зева и носа

А — до лечения

Б — через 1 месяц после лечения

В — через 6 месяцев после лечения



появляется чувствительность к Амоксиклаву, азитромицину. Данный факт, вероятно, связан с выделением других серотипов микроорганизмов, которые в настоящем исследовании мы не определяли.

Таким образом, создание «Центров содействия укреплению здоровья обучающихся и воспитанников образовательного учреждения» является удачным плацдармом разработки, апробации и внедрения оздоровительных программ в ДОУ. Проведенное исследование показывает целесообразность коллективного применения топического лизата ИРС 19 для оздоровления детей, посещающих ДОУ. Клиническое наблюдение в группе детей, получающих препарат, выявило достоверное улучшение здоровья по оцениваемым параметрам и его сохране-

ние в течение 6 мес. Микробиологический мониторинг носоглотки подтверждает положительную клиническую динамику: происходит значимое уменьшение условно-патогенной микрофлоры и увеличение нормофлоры через 1 мес после окончания приема препарата. Через 6 мес данная тенденция нивелируется, что является клинико-микробиологическим показанием для повторного введения препарата с целью профилактики формирования очагов хронической инфекции в носоглотке и снижению частоты ОРИ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вельтищев Ю.Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2000; 1: 5–9.
2. Намазова Л.С., Ботвиньева В.В., Торшоева Р.М. и др. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей, проживающих в мегаполисах // Детские инфекции. — 2007; 2: 49–52.
3. Рапопорт И.К., Котомина Е.В. и др. Заболеваемость по результатам профилактических медицинских осмотров детей дошкольного и младшего школьного возраста, посещающих образовательные учреждения Южного административного округа Москвы // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2005; 1: 5–9.

4. Катосова Л.К., Намазова Л.С. и др. Мониторинг носительства условно-патогенной микрофлоры ротоглотки здоровых детей // Педиатрическая фармакология. — 2007; 4 (2): 9–13.
5. Маркова Т.П., Чувиров Д.Г., Гаращенко Т.И. Применение и механизм действия ИРС 19 в группе длительно и часто болеющих детей // Иммунология. — 2000; 5: 56–58.
6. Полевщиков А.В., Рязанцев С.В., Хлебникова Н.А. Оценка клинической эффективности препарата ИРС 19 при лечении острых ринофарингитов // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 2000; 3 (23): 231–234.

**ПРОСТУДЕ
И ГРИППУ
ДОСТУПА
НЕТ**



**НЕ ДАЙТЕ
ИНФЕКЦИИ
ПРОНИКНУТЬ
В ОРГАНИЗМ**

ИРС®19 — Иммуномодулирующий Респираторный Спрей — активизирует все звенья местного иммунитета в «воротах инфекции» против вирусов и бактерий.

Быстрый лечебный эффект с первых дней заболевания. Надежная профилактика респираторных инфекций на 3-4 месяца. Дополнительный эффект элиминации патогенов.

Разрешен к применению у взрослых и детей с 3-х месяцев

ИРС® 19 (лизат бактерий смесь)

Регистрационный номер в России: П №012103/01. Спрей назальный. Фармакологическая группа: Иммуностимулирующий препарат на основе бактериальных лизатов. Показания к применению: Профилактика хронических заболеваний верхних дыхательных путей и бронхов. Лечение острых и хронических заболеваний верхних дыхательных путей и бронхов, таких как ринит, синусит, ларингит, фарингит, тонзиллит, трахеит, бронхит и др. Восстановление местного иммунитета после перенесенных гриппа или других вирусных инфекций. Подготовка к плановому оперативному вмешательству на ЛОР-органах и послеоперационный период. Противопоказания: Повышенная чувствительность к компонентам препарата, аутоиммунные заболевания. Применение во время беременности: Использование препарата во время беременности не рекомендуется. Способ применения и дозы: ИРС® 19 применяют интраназально путем аэрозольного введения, 1 доза = 1 короткое нажатие пульверизатора. В целях профилактики взрослым и детям с 3 мес.: по 1 дозе в каждый носовой ход 2 раза в день в течение 2 нед. Для лечения: детям с 3 мес. до 3 лет: по 1 дозе в каждый носовой ход 2 раза в день до исчезновения симптомов инфекции. Детям старше 3 лет и взрослым: по 1 дозе в каждый носовой ход 2 — 5 раз в день до исчезновения симптомов инфекции. Побочное действие: возможны эритемоподобные и экземоподобные реакции, крапивница, ангионевротический отек; приступы астмы и кашель, тошнота, рвота, боль в животе, диарея, повышение температуры тела (>39°C), в единичных случаях — тромбоцитопеническая пурпура и узловатая эритема. В начале лечения может наблюдаться ринофарингит, синусит, ларингит, бронхит. Особые указания: В начале лечения могут иметь место кратковременное чиханье и усиление выделений из носа. Если эти реакции примут тяжелое течение, следует уменьшить кратность введения препарата или отменить его. В начале лечения в редких случаях возможно повышение температуры тела > 39°C, требующее отмены препарата. У пациентов с бронхиальной астмой возможно учащение приступов, требующее прекращения лечения. Предостережение: До настоящего времени о случаях передозировки не сообщалось. Условия хранения: в строго вертикальном положении при температуре не выше 25°C, не замораживать, в недоступном для детей месте. Условия отпуска из аптек: без рецепта. См. полную информацию о препарате в инструкции по применению. Информация предназначена для медицинских работников, не для пациентов.

www.prostude.net
www.abbott-products.ru

119334, Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5
Тел.: (495) 411 6911, факс: (495) 411 6910

Abbott
A Promise for Life