

ки и лечения энуреза у детей. М.: 2000: 24.

21. Студеникин М.Я., Петеркова В.А., Фофанова О.В. и др. Эффективность десмопрессина в лечении детей с первичным ночным энурезом // Педиатрия. 1997; 4: 140–143.

22. Регистр лекарственных средств России «Энциклопедия лекарств». Изд-е 8-е, перераб. и доп. М.: РЛС. 2001; 2000; 1504.

23. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник. М.: АстраФармСервис, 2001: 1536.

24. Маслова О.И., Шелковский В.И. Пантогам и детская психоневроло-

гия // Пантогам. Двадцатилетний опыт применения в психоневрологии. М.: 1998; 50–53.

25. Державин В.М. Вишневецкая Е.Л., Авруцкая Г.Я., и др. Средство для лечения расстройства мочеиспускания – пантогам. Авт. свидетельство № 850083 СССР, 1981.

26. Крыжановская И.Л., Куприянова Т.А., Коновалова В.В. Использование пантогама при различных вариантах интеллектуальной недостаточности у детей. Пантогам. Двадцатилетний опыт применения в психоневрологии. М.: 1998; 58–64.

Значение бактериальной иммунокоррекции в лечении болезней уха, горла и носа у детей

М.Р. Богомильский

Кафедра оториноларингологии
педиатрического факультета РГМУ, Москва

Болезни ЛОР-органов занимают одно из первых мест в структуре заболеваемости у детей. Чаще всего они являются следствием респираторно-вирусной инфекции, по существу их осложнениями.

В последние годы проблема лечения и предупреждения таких осложнений значительно обострилась. Это произошло во многом в связи с ростом резистентности основных возбудителей инфекций верхних дыхательных путей к антибиотикам, появлением антибиотикорезистентных штаммов, продуцирующих бета-лактамазы, усилением роли условно-патогенной микробной флоры (энтеробактерии, синегнойная палочка, внутриклеточные возбудители). Активно внедряемая группа цефалоспоринов III–IV поколения, к сожалению, имеет в 6–10 раз и более низкую активность по отношению к стрептококкам и стафилококкам, а применение фторхинолонов и тетрациклинов в детском возрасте ограничено возможностью серьёзных побочных эффектов.

Такое положение привело к тому, что, несмотря на огромный арсенал имеющихся лекарственных средств, современных хирургических методов, физиотерапии, лечение ЛОР-заболеваний далеко не всегда эффективно, как этого бы хотелось.

Данная ситуация способствовала появлению или возобновлению интереса к иммунодиагностике и иммунокоррекции, в особенности при заболеваниях у детей с факторами риска и, в частности, у часто болеющих.

Согласно рекомендациям ВОЗ (1980) к часто болеющим детям (ЧБД) относятся дети, у которых частота острых заболеваний составляет 4 и более раз в год. В Российской Федерации к группе ЧБД может быть отнесён каждый 4–5-й ребёнок, причём на них приходится более 60 % всех заболеваний детского возраста. Чаще всего (до 80 %) – это болезни органов дыхания, среди которых преоблада-

ют ОРВИ и грипп. Наибольшую группу среди ЧБД составляют дети первых трёх лет жизни, в последующие 2–3 года заболеваемость снижается.

Среди осложнений инфекций верхних дыхательных путей ведущее место занимают риносинуситы, за ними следуют острые средние отиты и тонзиллофарингиты. В свою очередь риносинуситы могут быть причиной тяжёлых орбитальных осложнений (периоститы, абсцессы, флегмона орбиты) и даже внутричерепных (менингит, абсцесс лобной доли мозга), которые весьма опасны, вплоть до летального исхода.

Наиболее частыми возбудителями острых риносинуситов являются пневмококки (25–30 %), гемофильная палочка (15–20 %), моракселла катарралис (15–20 %), пиогенный стрептококк (2–5 %), золотистый стафилококк (6–16 %).

Вторым по частоте встречаемости осложнением инфекции верхних дыхательных путей (ВДП) являются острые средние отиты. Как показали исследования, в течение первого года жизни острый средний отит переносят 62 % детей, к трём годам – 95 % хотя один раз, но переносят это заболевание, многие по 2–3 эпизода. Рецидивам острого среднего отита способствуют анатомо-физиологические особенности, например, наличие аденоидной ткани в носоглотке. Опасность для развития стойкой тугоухости представляет формирование экссудата или транссудата в барабанной полости, которые также могут способствовать, при очередном ОРВИ, обострению процессов среднем уха.

Острые средние отиты еще в большей степени, чем риносинуситы, могут стать причиной тяжелейших внутричерепных осложнений (абсцесс головного мозга, мозжечка, менингит, синустромбоз).

Бактериологическая картина при острых средних отитах схожа с риносинуситами – приблизительно в таком же соотношении встречаются пневмококки, гемофильная палочка, пиококк, моракселла. Правда следует отметить, что в последние годы всё более увеличивается роль внутриклеточных возбудителей (хламидии, микоплазмы).

Третья проблема – это рациональная терапия острых ангин и обострений хронического тонзиллита, острого паратонзиллита и гнойного эпиглоттита. Эффективность лечения природными и полусинтетическими пенициллинами, к сожалению, резко снижается, персистенция β-гемолитического стрептококка А в лакунах миндалин после повторных курсов обычными природными пенициллинами может достигать 60 %.

Все эти обстоятельства побуждают искать новые пути повышения эффективности лечения болезней уха, горла и носа у детей и, в частности, обратить внимание на средства иммунотерапии, прежде всего это относится к группе детей с болезнями верхних дыхательных путей и лёгких, среди которых в основном и встречаются осложнённые бактериальные формы риносинуситов, средних отитов, которые на фоне сепсиса и внутричерепных осложнений могут стать даже причиной летального исхода. Особую группу высокого риска при острых респираторных заболеваниях составляют дети с иммуно-

логической недостаточностью, они обычно тяжело болеют, многократно принимают самые разнообразные антибиотики, однако заметного снижения заболеваемости, связанной с бактериальными возбудителями, у них не происходит. Как мы уже подчеркивали выше, это обусловлено ростом резистентности основных возбудителей верхних дыхательных путей (ВДП). Попытки разработки новых антибиотиков пока тоже не решают проблемы. Во-первых, это весьма трудоёмкий и длительный процесс, во-вторых, ряд антибиотиков (фторхинолоны, тетрациклины) в детском возрасте чреват побочными эффектами, в-третьих, далеко не всегда создаваемые антибиотики обладают такой же активностью по отношению к возбудителям инфекций ВДП как пенициллины.

Это и стало основой для активной разработки методов коррекции в системе иммунитета у больных детей с воспалительной патологией ЛОР-органов. Особое значение приобретает это направление у детей младшего возраста, поскольку формирование адекватного специфического иммунного ответа становится возможным приблизительно к 6-летнему возрасту (начало школьного периода). У более младших детей активный иммунитет обеспечивается за счёт активной иммунизации против основных патогенов инфекций ВДП. Особую роль приобретает в этом отношении обеспечение мукозального иммунитета лимфоидно-глоточного кольца, обеспечивающее выгодную защиту ВДП и пищевода.

Одну из групп современных иммуномодуляторов образуют бактериальные иммунокорректоры. В неё входят:

- бактериальные лизаты (бронхомунал, ИРС-19);
- мембранные фракции;
- бактериальные рибосомы, стимулируемые мембранными фракциями (рибомунил).

Бронхомунал предназначен для активной иммунотерапии против возбудителей ЛОР-инфекции у детей: пневмококка, гемофильной палочки, стрептококка *viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*. Целесообразность использования бактериальных лизатов наиболее часто встречающихся бактериальных возбудителей респираторных инфекций определяется необходимостью активного раннего формирования специфического ответа, подготавливающего детей с В-клеточным иммунодефицитом, склонностью к гнойным заболеваниям уха, горла и носа к вхождению в детские коллективы. По нашим данным (М.Р. Богомильский, Т.И. Гаращенко, Т.Л. Маркова, 2001), специфическое действие бронхомунала связано с повышением синтеза IgA, фиксацией IgA на

слизистых оболочках и усилением системы местного иммунитета. Неспецифическое действие заключено в повышении функциональной активности макрофагов к уничтожению бактериальной инфекции. Клинический эффект бронхомунала заключается в снижении количества рецидивов ОРВИ, обострений фарингита и среднего отита в 2 раза за полгода наблюдения.

В целях профилактики респираторных инфекций нами применялся так же ИРС-19 (иммуномодулирующий респираторный спрей). В его состав входят пневмококки I-II-III-V-VII, XII типов наиболее часто встречаемых при острых и хронических инфекциях околоносовых пазух, среднего уха, несколько типов пиогенного стрептококка А, С, G, значимых в патогенезе острых и хронических тонзиллофарингитов, а также гемофильная палочка и моракселла катарралис. Следует отметить, что последние два года возбудители с трудом поддаются антибактериальной терапии пенициллинами, аминопенициллинами и нечувствительны к ряду цефалоспоринов I и II поколения.

Механизм действия ИРС-19 связан, прежде всего, с влиянием на систему местного иммунитета респираторного тракта и ЛОР-органы, которое выражается в повышении активности макрофагов, увеличении выработки лизоцима, числа иммунокомпетентных клеток в слизистой оболочке, индукции специфического секреторного IgA, фиксации последнего в виде защитной плёнки на поверхности слизистых. Важно, что ИРС-19 действует местно, т. е. непосредственно у входных ворот инфекции, что уменьшает вероятность развития побочных реакций и повышает эффективность.

Оценка эффективности препарата ИРС-19 в наших наблюдениях у больных с синуситами подтвердила его высокую эффективность, которая заключалась в сокращении длительности заболевания, уменьшении срока пребывания в стационаре, снижению числа необходимых пункций, изменению микробной флоры полости носа. Данные многоцентрового исследования по Тверской области показали, что число заболеваний снизилось в 4,1 раза, средняя длительность заболевания уменьшилась в 2,1 раза, потребность в антибиотикотерапии у этих детей уменьшилась, а общее количество дней заболевания сократилось в 4,5 раза.

Особого внимания заслуживает препарат Рибомунил. Его отличие от уже описанных бактериальных иммунокорректоров заключается в том, что для антигенного эффекта используются особые цитоплазматические структуры бактерий – рибосомы, синтезирующие антигенные белки. Доказано, что рибосомальные фракции бактерий обеспечивают такой же специфический иммунитет, как

Информация о препарате

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Иммуномодулирующее.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Внутрь (взрослым и детям старше 6 месяцев), один раз в сутки, утром, натощак. Разовая доза (вне зависимости от возраста) составляет 3 таблетки по 0,25 мг (с 1/3 разовой дозы), или 1 таблетку по 0,75 мг (с 1 дозой), или гранулы из одного пакетика, предварительно растворенные кипяченой водой комнатной температуры. В первый месяц лечения и/или с профилактической целью Рибомунил принимают ежедневно 4 дня в неделю в течение 3 недель, в последующие 5 месяцев – первые 4 дня каждого месяца. Детям раннего возраста рекомендуется применять гранулы. Рекомендуется проводить 3-месячные профилактические курсы лечения два раза в год, 6-месячные – один раз в год.

РИБОМУНИЛ (Pierre Fabre Medicament Production, Франция)

Таблетки, в упаковке 4 шт. (по одной разовой дозе) и 12 шт. (по 1/3 разовой дозы)
Пакетики для приготовления питьевого раствора, в упаковке 4 шт. (по одной разовой дозе)

ПОКАЗАНИЯ

Профилактика и/или лечение рецидивирующих инфекций лор-органов (отит, синусит, ринит, фарингит, ларингит, ангина) и дыхательных путей (хронический бронхит, трахеит, пневмония, инфекционно-зависимая бронхиальная астма) у пациентов старше 6 месяцев. Профилактика рецидивирующих инфекций у пациентов групп риска (часто и длительно болеющие, перед началом осенне-зимнего сезона, особенно в экологически неблагоприятных регионах, у больных хроническими заболеваниями лор-органов, хроническим бронхитом, бронхиальной астмой, в т. ч. у детей с 6 месяцев и пожилых пациентов).

Разделы: Противопоказания, Применение при беременности и кормлении грудью, Побочные действия, Взаимодействие, Особые указания – см. в инструкции по применению препарата.

живая вакцина. Важно, что этот иммуномодулятор обладает вакцинальным эффектом против наиболее частых возбудителей инфекций верхних дыхательных путей – пневмококка, пиогенного стрептококка, гемофильной палочки, клебсиеллы пневмонии, а также неспецифическим иммуностимулирующим эффектом. Педиатрами достаточно изучена эффективность Рибомунила у ЧБД (Н.Л. Коровина, Л.И. Захарова, А.Л. Заплатников, 2006), в профилактике сезонных ОРВИ в организованных детских коллективах (С.А. Прошин), у детей с аллергическими заболеваниями (М.Р. Хаитов, Л.С. Намазова, 2006).

Гораздо меньше известно действие Рибомунила при ЛОР-заболеваниях у детей, хотя впервые этот препарат в нашей стране был применён именно в ЛОР-клинике Республиканской детской больницы (был получен в начале 90-х годов в качестве гуманитарной помощи от компании Пьер Фабр). Рибомунил был включен в комплексную терапию детей с острыми и рецидивирующими средними отитами, тонзиллофарингитами, аденоидитами и риносинуситами. Во время пребывания в стационаре анализировались по сравнению с контрольной группой: тяжесть состояния, длительность заболевания, необходимость применения антибиотиков, пунктат верхнечелюстной пазухи, необходимость парацетоза барабанной перепонки, побочные реакции и т. д. После выписки больных из стационара дети наблюдались в течение года. Основным показанием к применению рибомунила служила частота рецидивов заболевания и тяжесть их течения.

В отличие от большинства препаратов этой группы рибомунил проявлял минимальную реактогенность при высокой эффективности. Антигены бактерий, находящиеся в рибосомах идентичны поверхностным антигенам бактерий и обладают выраженной иммуногенностью, а протеогликаны являются мощным и безопасным адъювантом.

Свидетельством выраженного влияния рибомунила на иммунную систему является повышенная концентрация антител в сыворотке крови к пневмококку, пиококку, гемофильной палочке уже через 24 дня от начала терапии. Параллельно этому формируется и местный иммунитет с увеличением в тонзиллярной ткани числа лимфоцитов, продуцирующих специфические антитела к указанным возбудителям, значительно увеличивается содержание секреторного IGA в бронхиальном секрете. Эффект рибомунила приблизительно одинаков при различных вариантах введения: *per os*, парентеральном и ингаляционном. Поскольку у детей с частыми рецидивирующими заболеваниями основную роль играет слабость противовирусной защиты, важными являются такие свойства рибомунила как повышение продукции ИФН, увеличение в секрете слизистых оболочек респираторного тракта концентрации SgA. Есть данные, что рибомунил приводит к выработке адекватного иммунного ответа на вирусные антигены и формированию более стойкого противовирусного иммунитета у детей с аллергией.

Рибомунил имеет высокую эффективность в качестве средства профилактики респираторно-вирусной инфекции у детей, в том числе ЧБД. Исследования показали достоверное уменьшение не только частоты ОРВИ, но и средней продолжительности и тяжести течения респираторных инфекций.

У детей с 6-месячным курсом лечения Рибомунилом ОРВИ имела место в 3,9 раза реже обычного, протекала гораздо легче без осложнений синуситами и средними отитами. Приём антибиотика у этих больных сократился в 2,8 раза. В течение года наблюдения снижение заболеваемости ОРВИ составляло 30 %.



Мембранные протектиконы * рибосомы

РАЗОРВАТЬ ПОРОЧНЫЙ КРУГ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ЧБД
- ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ
- ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОБОСТРЕНИЙ ХОБЛ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

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

Форма выпуска

Таблетки, в упаковке 4 шт. (по одной разовой дозе)
и 12 шт. (по 1/3 разовой дозы)

Рег. удостоверение №011369/01 от 10.06.2005

Пакетики для приготовления питьевого раствора,
в упаковке 4 шт.

Рег. удостоверение №011369/02
от 10.06.2005



ЗАО "А/О Пьер Фабр"
119048 Москва Улочев 33 стр. 1.
Тел.: (495) 745 26 50; Факс: (495) 745 26 54

В меньшей степени положительный эффект наблюдался при трёхмесячном курсе применения Рибомунила. Двойное слепое исследование в качестве профилактического средства при рецидивирующих средних отитах длительностью 6 месяцев на 84 детей в возрасте от 4 до 14 лет показало значительное уменьшение частоты эпизодов отита (на 25 %) по сравнению с плацебо. Почти у всех пролеченных детей с нарушением слуховой функции наблюдались хорошие результаты (у 76 % – полное восстановление, у 22 % – улучшение более чем на 90 %).

Заслуживают внимания данные Е.П. Карповой (2006) об иммунопрофилактике обострений хронического аденоидита у детей с помощью рибомунила. Препарат был применён у 20 детей. Эффективность лечения оценивали по результатам клинического наблюдения степени выраженности симптомов, потребности в антибактериальной терапии, частоте обострений, их длительности и т. д. Оценка результатов как «хорошая» имела место у 6 больных, «отличная» – у 13. Только у одного ребёнка родители оценили результат как неудовлетворительный.

Определённый интерес представляет применение рибомунила после тонзиллэктомии. Известно, что у больных после этой операции существенно понижается уровень сывороточного IgA. Пероральный приём рибомунила приводит к контакту антигенов с макрофагами слизистой желудочно-

кишечного тракта, активации лимфоцитов, миграции В-лимфоцитов из пейеровых бляшек в другие лимфоидные ткани MLT-системы, включая оставшиеся ткани лимфоидно-глоточного кольца. Иногда Рибомунил назначался после аденотонзиллэктомии с целью предупреждения респираторных заболеваний, а так же для профилактики их осложнений – бронхолёгочной инфекции.

Рекомендуемая литература

1. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И., Маркова Т.Л. Бактериальный иммунокорректор бронхомунал в профилактике патологии ЛОР-органов в группе часто болеющих детей. Сб. Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста и фармакотерапии ЛОР-органов. М.: 2001; 171–182.
2. Коровина Н.А., Заплатников А.Л. Часто болеющие дети и современные возможности иммунопрофилактики острых респираторных инфекций. Трудный пациент. Спецвыпуск.
3. Прошин В.А., Куликова Л.И., Заплатников А.Л. и др. Опыт применения рибосомальной вакцины Рибомунил в профилактике сезонных ОРЗ в организованных детских коллективах. В кн. Рибосомальная иммунокоррекция в практике педиатра. М.: 2002; 121–130.
4. Карпова Е.Л. Иммунопрофилактика обострений хронического аденоидита у детей. Там же; 149–152.
5. Хаитов М.Р. Препараты микробного происхождения в модуляции иммунного ответа при аллергических заболеваниях. Там же; 161–168.
6. Намазова Л.С., Балаболкина И.И., Ботвинин В.В. Терапия бактериальными иммунокорректорами детей с аллергическими заболеваниями. Там же; 166–177.

Применение Хилак форте для коррекции микробиологических нарушений и функциональных расстройств у детей и взрослых

Ю.А. Копанев

ФГУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, Москва

О значении кишечной микрофлоры для человека учёные задумались ещё в начале XX века. В последние 25–30 лет за счёт усовершенствования методов микробиологической и иммунологической диагностики появились новые возможности изучения микробиоценоза кишечника человека. В настоящее время доказана роль микробиологии кишечника в осуществлении многих важных функций макроорганизма (пищеварительная, антиаллергическая, иммунная, обменная и многие другие), а также роль нарушений микробиоценоза кишечника – дисбактериоза в развитии ряда патологических состояний (ферментопатии, воспалительные заболевания ЖКТ, аллергические болезни и др.).

Нормальная микробная флора с её специфическими функциями определяет биоценоз кишечника и экологическое равновесие, и нарушение этих

функций приводит к нарушению различных видов метаболизма, возникновению дефицита витаминов, микроэлементов, снижению иммунологического статуса, что ведёт к возникновению необратимых процессов в органах и системах.

В отраслевом стандарте, принятом приказом МЗ РФ в 2003 г., дано такое определение понятия дисбактериоз: «это клинико-лабораторный синдром, возникающий при ряде заболеваний и клинических ситуаций, характеризующийся симптомами поражения кишечника, изменением качественного и/или количественного состава нормальной микрофлоры, а также транслокацией её различных видов в несвойственные биотопы и их избыточным ростом» [6].

Таким образом, дисбиоз (дисбактериоз) представляет собой такое состояние экосистемы, при котором происходит нарушение функционирования её составных частей и механизмов их взаимодействия, результатом чего является развитие заболевания человека. Понятие «дисбактериоз кишечника» является более широким по сравнению с понятием «дисбактериальные реакции». Дисбактериоз кишечника – более выраженное и стойкое состояние.

По данным РАМН, более 90 % населения России страдают от тех или иных проявлений микробиологических нарушений ЖКТ, особенно эти нарушения распространены среди детей. Известны факты значительных отклонений в бактериограмме кишечника у большого количества практически здоровых детей. Следует учитывать также методические особенности выполнения анализа. Следовательно, к трактовке микробиологического анализа фекалий следует подходить с большой осторожностью и делать практические выводы только после сопоставления данных анализа с клинической картиной. Поэтому изучение клинической картины, характерной для микробиологических нарушений, является важной задачей.

Нарушения микробиологии кишечника могут приводить к функциональным нарушениям ЖКТ: явления диспепсии, болевой абдоминальный синд-