

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Профессор, д.м.н.
Т.Г. Маланичева



ПРОБЛЕМА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ОРЗ СОХРАНЯЕТ ВЫСОКУЮ АКТУАЛЬНОСТЬ

- ОРЗ составляют до 90% всей инфекционной патологии около 70% общей заболеваемости
- 40% детей дошкольного возраста и 15% учащихся младших классов страдают рецидивирующими респираторными инфекциями и относятся к группе ЧБД



Часто болеющие дети – группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными заболеваниями, возникающими из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма, не имеющих стойких органических нарушений



КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ В ГРУППУ ЧБД

Возраст детей	Частота ОРЗ (эпизодов/год)
дети 1 -го года жизни	4 и более
дети до 3 лет	6 и более
дети 4 - 5 лет	5 и более
дети старше 5 лет	4 и более

Согласно данным отечественной литературы нормальная частота ОРЗ в дошкольном возрасте составляет до 5

ЭПИЗОДОВ В ГОД
В.Ю.Альбицкий, А.А. Баранов,
1986

Терминология 2

**«Пациент с рекуррентным
(повторным) ОРЗ - болеющий
респираторными заболеваниями 8 и
более раз в году**

(Bartlett J., 2001)



ИНФЕКЦИОННЫЙ ИНДЕКС

При формировании группы ЧБД необходимо учитывать ИР – отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка.

В норме ИР = 0.2-0.3. У ЧБД = 1.1-3.5.

При наблюдении за ребенком менее 1 года ИР равен числу перенесенных ребенком ОРЗ к числу месяцев.

ЧБД это пациент с ИР 0.33 и более.

(Макарова З.С., 2005).

«ИСТИННО» ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ

- ИР выше 0.5, дети представляют собой группу высокого риска по формированию хронической патологии.
- Выделяют 3 основных клинических типа ЧБД:
 - 1-соматический;
 - 2-оториноларингологический;
 - 3-смешанный.



Общая характеристика «истинно» часто болеющих детей

- Выраженная наследственная отягощенность;
- Высокая частота острых заболеваний за год;
- Продолжительное и осложненное их течение;
- Быстрое формирование хронических очагов и заболеваний;
- Морфофункциональные отклонения в различных органах и системах;



Клинические типы ИСТИННО ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

1-й ТИП – СОМАТИЧЕСКИЙ

Фон – перинатальная энцефалопатия,
аллергический диатез

Частота острых заболеваний 8 и более раз, ИР
=0.67 и выше

Заболевание протекает на фоне интоксикации,
высокой лихорадки, фебрильных судорог

Осложнения – поражение бронхолегочной
системы – бронхит, чаще обструктивный,
пневмония



ОТОРИНОЛЯРИНГОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП

Фон для формирования 2 –го типа –
ЛИМФАТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ.

Длительный, затяжной, волнообразный
(до 6 раз в год) характер заболевания



СМЕШАННЫЙ ТИП-1

Это тяжелый (полисистемные, полиорганные отклонения) контингент истинно часто болеющих детей.

Часто наблюдаются:

неврологические отклонения, вследствие перинатального поражения ЦНС (*мозговая дисфункция, гипертензионный синдром, синдром дефицита внимания, синдром повышенной возбудимости*).



КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОБОСТРЕНИЯ У «ИСТИННО» ЧБД

- Нервно-психическое развитие замедленно (*задержка активной речи, сенсорики, логического и наглядно образного мышления, нарушена мелкая моторика – трудности одевания, застегивания пуговиц, завязывание шнурков*).
- Катаральные явления, увеличение и сочность периферических лимфатических узлов, снижение мышечного тонуса и тургора тканей, кожные проявления аллергического диатеза, вегетососудистые нарушения .



«УСЛОВНО» ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ

Дети, болеющие повторными ОРЗ не более 5 раз в год.

Индекс резистентности от 0.33 до 0.49.



Прежде чем отнести ребенка в группу ЧБД, необходимо исключить наследственную и врожденную патологию, проявлением которой могут быть рецидивирующие ОРЗ

- ❖ **Первичные иммунодефициты**
- ❖ **Пороки развития ЛОР-органов и бронхолегочной системы**
- ❖ **Муковисцидоз**



ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЧАСТЫХ ОРЗ



Эндогенные

1. неблагоприятное анте- и/или постнатальное развитие
2. диатезы
3. «поздний старт» иммунных реакций
4. очаги хронической инфекции в носо- и ротоглотке.



Экзогенные

1. высокая контагиозность и разнообразие возбудителей ОРЗ
2. ассоциация нескольких респираторных возбудителей
3. неблагоприятные социально-бытовые условия
4. раннее начало посещения ДДУ
5. назначение необоснованной антибактериальной терапии

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ОРЗ СПОСОБСТВУЮТ

- Снижению иммунной резистентности организма
- Срыву компенсаторно-адаптационных механизмов
- Нарушению функционального состояния организма (особенно органов дыхания, ЖКТ, вегетативной нервной системы)
- Раннему развитию хронической патологии



Критерии оценки состояния здоровья ЧБД

**Наличие и/или отсутствие хронических
заболеваний;**

Функциональное состояние организма;

Резистентность организма (ИР);

Степень гармоничности развития.



ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СМЫВОВ ИЗ НОСОГЛОТКИ У ЧБД

1. Обнаружена выраженная инфицированность ЧБД респираторными вирусами и герпесвирусами
2. Зависимость между интенсивностью персистенции вирусов и частотой возникновения ОРЗ в течение года
3. Массивная персистенция различных вирусов определяет высокий уровень острой респираторной заболеваемости
4. Персистенция вируса нередко сочетается с микробной колонизацией бактериальной флорой и грибами рода *Candida*

(Булгакова В.А., Балаболкин И.И., 2007)

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ЧАСТЫХ ОРЗ

- ❖ Изменения иммунного реагирования, которые отражают особенности иммунного ответа на инфекцию
- ❖ Незрелость иммунной системы у детей и особенности ее становления
- ❖ Несостоятельность мукоцилиарной защиты дыхательных путей



ИММУННАЯ СИСТЕМА ЧБД ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- ❖ Отсутствием грубых первичных и приобретенных дефектов
- ❖ Крайней напряженностью процессов иммунного реагирования
- ❖ Нарушением межклеточной кооперации
- ❖ Недостаточностью резервных возможностей



ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЧБД

1. Морфофункциональная незрелость иммунной системы-незрелый инфантильный тип иммунного реагирования, не обеспечивающий оптимальную адаптацию к окружающей среде. Нарушения транзиторные, связаны с дизогтогенезом.
2. Нарушения в системе местного (уровень sJgA) иммунитета и в системе ИФН –первого звена защиты от респираторных вирусов, а также снижение показателей фагоцитоза, изменения в Т-системе иммунитета.
3. Наличие иммунных дисфункций за счет гиперпродукции ИЛ-2,-4 на фоне снижения Т-лимфоцитов с фенотипом CD8, CD25, CD20, CD71.

КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ИММУННОГО ДИСБАЛАНСА

(Л.В. Лусс, 2005)

1. Обострение воспалительных заболеваний различной этиологии
2. Повторные ОРВИ, 5 и более раз/год
3. Обострения герпесвирусной инфекции
4. Субфебрилитет
5. Лимфоаденопатия
6. Слабый или отсутствие клинического эффекта стандартной терапии имеющегося заболевания



**ПРИ ОРВИ, ПОВТОРЯЮЩИХСЯ 6-8
РАЗ В ГОДУ, АДЕКВАТНОГО
ВОССТАНОВЛЕНИЯ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
ХАРАКТЕРИСТИК ИММУННОЙ
СИСТЕМЫ НЕ ПРОИСХОДИТ**



У ЧБД ИМЕЕТ МЕСТО НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ МУКОЦИЛИАРНОЙ ЗАЩИТЫ

**развивается высокая
инфицированность вирусными и
бактериальными патогенами, связанная
с замедленным клиренсом
инфекционных агентов и их антигенов с
эпителия дыхательных путей**



ОРВИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

- ОРВИ обуславливает прогрессирование аллергической патологии
- Известно, что ОРВИ (респираторно-синтициальная, риновирусная инфекция, парагрипп, грипп) обладают способностью индуцировать синтез IgE
- Частые ОРВИ у детей без проявлений атопии могут предшествовать клинической манифестации аллергического заболевания



ОРИ И АЛЛЕРГИЯ

- У больных аллергией повышен уровень межклеточных адгезивных молекул ICAM-1, которые являются рецепторами для большой группы (90%) риновирусов
- Риновирусы используют ICAM-1 для проникновения в эпителиальные клетки человека. Это в значительной степени объясняет склонность больных аллергией к частым ОРВИ
- При вирусной инфекции у пациентов, склонных к аллергическим реакциям, может наступить усиление аллергических симптомов.

ОРВИ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

- 80% приступов у детей возникают на фоне ОРВИ (причина: системная воспалительная реакция вследствие образования цитокинов и интерлейкинов в ответ на вирусную инфекцию)
- даже слабо выраженное воспаление слизистой оболочки вызывает выраженный бронхоспазм у больных БА



МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЧБД

1. Восстановительные (реабилитационные) мероприятия между эпизодами ОРЗ
2. Рациональная терапия ОРЗ
3. Иммунопрофилактика и иммунотерапия



Реабилитационная терапия

- **Снижение интенсивности антигенного воздействия (санация очагов хронической инфекции, восстановление целостности эпителия слизистой)**
- **Повышение резистентности макроорганизма (полноценное питание, закаливание, гимнастика, массаж, витаминотерапия, адаптогены и др.)**



Местная терапия (совместно с ЛОР-врачом)

- Местная неспецифическая санация:
 - Орошение слизистых
 - Использование бактерицидных пастилок, полосканий, промываний
 - Физиотерапия
 - Аспирация содержимого лакун, использование бактерицидных паст
- Местная антибактериальная терапия



Местная антибактериальная терапия

- Проводится в период относительного благополучия
- Проводится курсовым методом
- Используются антибактериальные препараты местного действия (гексорал, Биопарокс, фарингосепт и др.)

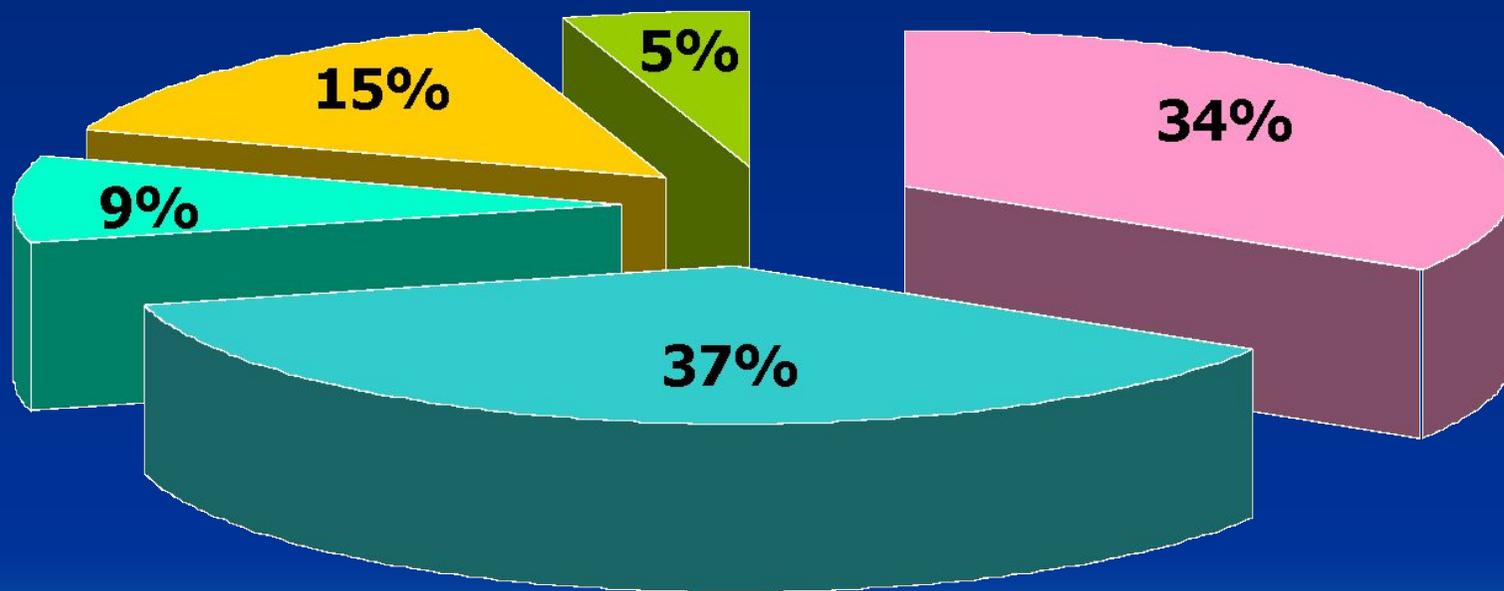


II. Рациональная терапия ОРЗ

- ❑ Противовирусные химиопрепараты (при гриппе – тамифлю, реленза – с 5 лет, римантадин – устойчивость, арбидол – с 2-х лет)
- ❑ Интерфероны-эндогенные белки, обладающие неспецифическим противовирусным и иммуномодулирующим эффектами (виферон, гриппферон).
- ❑ Индукторы интерферонов – соединения, стимулирующие эндогенную выработку интерферонов в организме (с рождения анаферон, с лет – амиксин, циклоферон и др).

МИКРОФЛОРА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ у ЧБД

(Учайкин В.Ф. и соавт, 2002г.)



■ условно-патогенная флора 34%
■ хламидии 9%
■ грибы 5%

■ смешанная флора 37%
■ микоплазмы 15%

Микробные биопленки



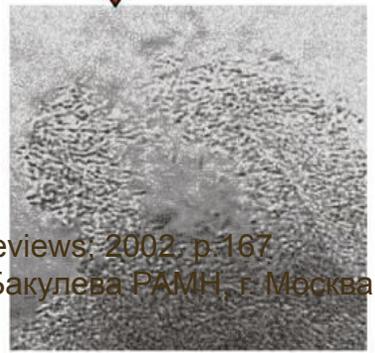
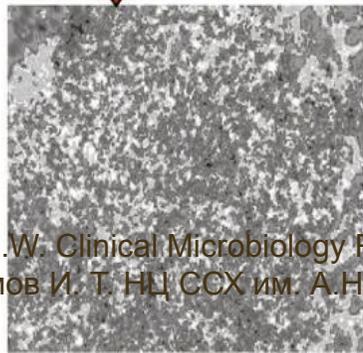
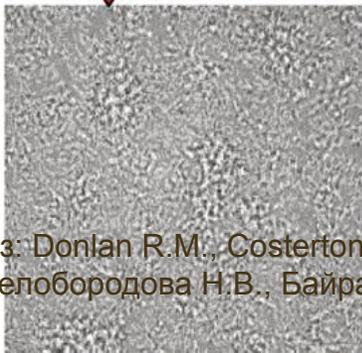
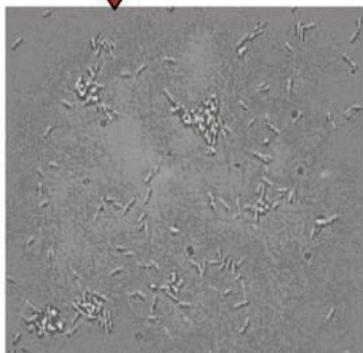
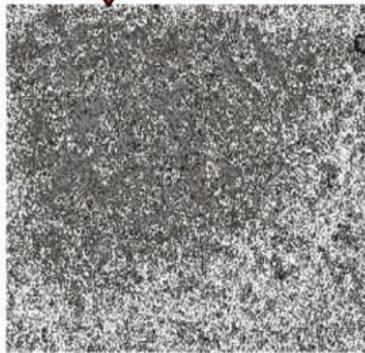
1

2

3

4

5



Из: Donlan R.M., Costerton J.W. Clinical Microbiology Reviews; 2002, p. 167
Белобородова Н.В., Байрамов И. Т. ИЦ ССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, г. Москва, 2009

МЕТОДЫ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ И ИММУНОТЕРАПИИ ЧБД

- ❖ Специфическая вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- ❖ Иммуномодуляторы микробного происхождения (бронхомунал, рибомунил, имудон, ИРС-19 и др.)
- ❖ Синтетические аналоги эндогенных веществ (ликопид и др)
- ❖ Синтетические препараты (имунорикс, полиоксидоний и др)

ПЕРЕЧЕНЬ ВАКЦИН, РЕКОМЕНДУЕМЫХ ДЛЯ ИММУНИЗАЦИИ

приказ №116 от 01.09.09. Росздравнадзор по Москве

- ГРИППОЛ
- ГРИППОЛ+ПЛЮС
- ГРИППОВАК
- ВАКСИГРИПП (Франция)
- ИНФЛЮВАК (Нидерланды)
- ФЛЮАРИКС (Англия)
- АГРИПАЛ (Италия)

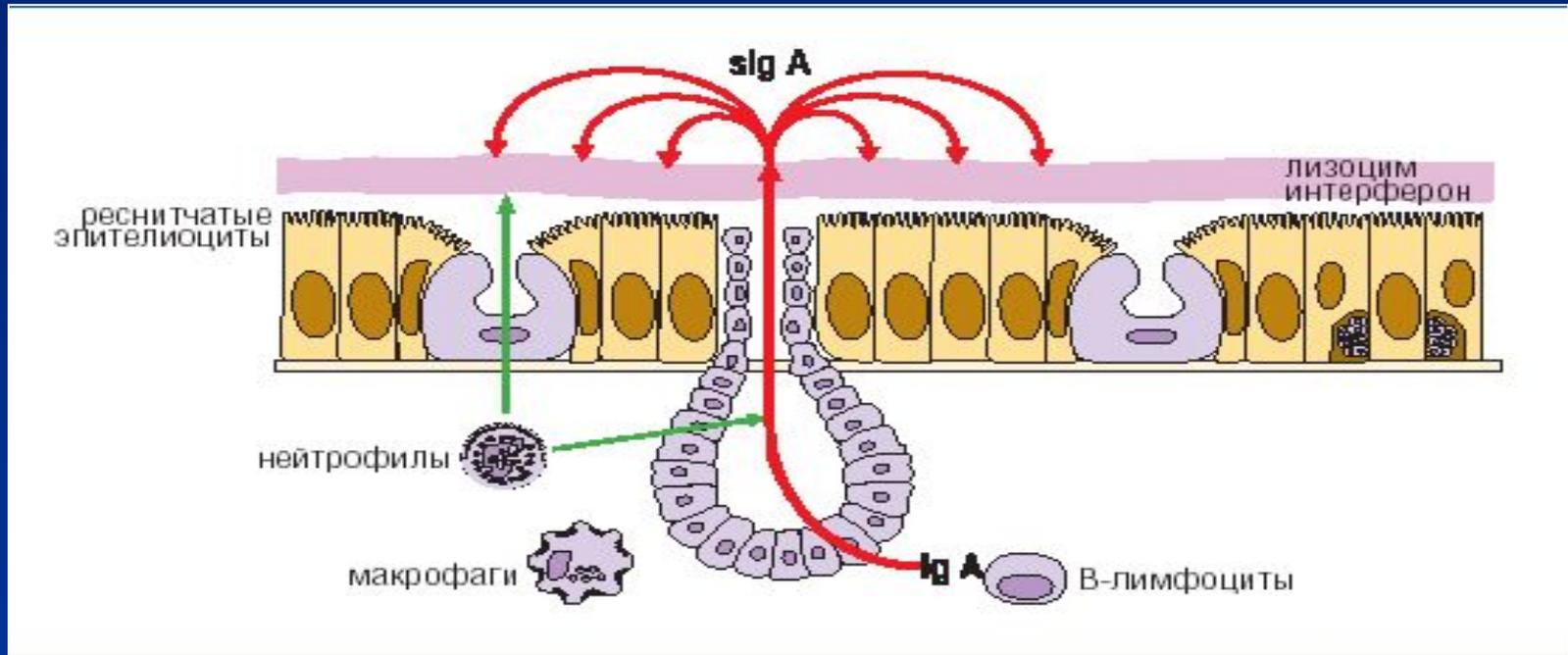


ИРС19

- ИРС 19 – **И**нтраназальный **Р**еспираторный **С**прей, содержащий смесь лизатов 18 штаммов бактерий, наиболее часто вызывающих заболевания верхних дыхательных путей
- ИРС 19 - топический иммуномодулятор, усиливающий собственные защитные силы слизистой оболочки верхних дыхательных путей и обладающий выраженным лечебно-профилактическим действием



Собственные факторы местной защиты



НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ
мукоцилиарный клиренс
фагоцитоз
лизоцим
интерферон

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ
секреторный IgA
блокирует возможность адгезии возбудителя
элиминирует патогенного возбудителя
эффективно нейтрализует вирусы
усиливает фагоцитоз
активизирует систему комплемента
нейтрализует токсины

Способ применения и дозировка ИРС19

- В целях профилактики распыляют по 1 дозе препарата в каждый носовой ход 2 раза в день в течение 14 дней
- В острой стадии заболевания распыляют по 1 дозе препарата в каждый носовой ход от 2 до 5 раз в день до исчезновения симптомов инфекции



ИРС 19 одобрен к применению МЗ РФ у взрослых и детей с 3-х месяцев.

Общетерапевтические эффекты

Благодаря своей способности влиять на местные факторы неспецифической защиты и специфический иммунный ответ слизистых оболочек полости рта и глотки

ИМУДОН® :

- обладает как лечебным, так и профилактическим действием
- усиливает борьбу против инфекции
- препятствует возникновению рецидивов заболевания

Имудон

Способ применения и режим дозирования



Упаковка содержит 40 таблеток для рассасывания (5 блистеров по 8 таблеток), без сахара

Острые заболевания: 6 – 8 таблеток в день.

Средняя продолжительность курса – 10 дней

Хронические заболевания: 6 таблеток в день в течение 20 дней

Профилактика и лечение послеоперационных инфекций: 8 таблеток в день за 1 неделю до операции и 8 – 10 таблеток в день в течение 1 недели после операции

Чтобы избежать снижения терапевтической активности препарата Имудон, полоскать рот следует не ранее, чем через 1 час после применения препарата.

**МОБИЛИЗАЦИЯ ИММУННОЙ
СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ ЧБД
ОКАЗЫВАЕТ СУЩЕСТВЕННЫЙ
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ЭФФЕКТ, ПОЭТОМУ
ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ
ОСТАЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА
ЛЕЧЕНИЯ ЧБД**

(Ярцев М.Н., 2006)



ИМУНОРИКС – дирижер иммунологического оркестра



Giagulli C. et al. Pidotimod promotes functional maturation of dendritic cells and displays adjuvant properties at the nasal mucosa level. International Immunopharmacology 9 (2009) 1366-1373

Т.А.

Дозы и длительность терапии

Возраст	Острые инфекции 15 дней	Рецидивирующие инфекции 15-90 дней
Дети старше 3 лет	1фл 2раза в день	1фл 1 раз в день
Взрослые	2фл 2 раза в день	2фл 1 раз в день



ИМУНОРИКС – доказанная профилактика рецидивов ОРВИ

	Доза	Результат
Острый период	 + в день, 15 дней	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение тяжести и продолжительности симптомов¹ • Снижение потребности в антибиотиках и жаропонижающих на 40%² • Профилактика осложнений^{1,2}
Профилактика рецидивов ОРВИ	 в день, 30 дней	35% детей не болели ни разу в течение 3 месяцев ³
	 в день, 60 дней	71% детей не болели ни разу в течение 5 месяцев ²

Для взрослых дозы удваиваются



ВВ! ВНЕ приема пищи

1. Сокурова М.С., Романюк Ф.П. с соавт. Современные подходы к ведению больных детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом с применением иммунокорригирующей терапии. Дермские инфекции, 2011, №1, стр. 53-60
2. Careddu P. Role of immunocactivation with pidotimod in recurrent respiratory infections in childhood. Arzneim-Forsch. 1994 Dec; 44(12A):1506-1511
3. Намазова-Баранова Л.С. с соавт. Результаты многоцентрового исследования применения препарата пидотимод для профилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей. Вопросы современной педиатрии, 2010, Том 9 №2, стр. 40-44.