

Комплексный подход к терапии ОРВИ у часто болеющих детей

Зав.кафедрой поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ППФГБОУП ВО УГМУ
Минздрава России, д.м.н., профессор **Царькова Софья Анатольевна**
16.05.19

Г. Екатеринбург, ул. Куйбышева, 44 д ЦМТЕ

Презентация подготовлена при поддержке компании Тева ООО «Тева», Россия, Москва, 115054, ул. Валовая, д. 35 | Тел. +7.495.6442234 | Факс. +7.495.6442235 | www.teva.ru

Отпускается по рецепту. Предназначено для информирования специалистов здравоохранения. Не предназначено для демонстрации пациентам

ЧБД - тема непрекращающихся споров в профессиональной среде

Эксперты ВОЗ, специалисты США, Великобритании и других развитых стран

- Отсутствует термин ЧБД.
- Дошкольники в возрасте от 1 до 3-х лет, переносящие до 8 ОРЗ ежегодно, в целом, здоровы и не требуют внимания врачей.

Schaad U.B., Esposito S. Diagnosis and management of recurrent respiratory tract infection in children: A practical guide //Archives of pediatric infectious diseases. Vol. №1, P e31039

Российские эксперты – критерии более жесткие

- При педантичном соблюдении российских критериев к ЧБД можно отнести более половины воспитанников детских дошкольных учреждений.

Заплатников А.Л., Коровина Н.А., Таточенко В.К. и др. ОРЗ у детей лечение и профилактика. М: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка. 2002. 68 с.

Альтернативные отечественные подходы включения в группу ЧБД^{1,2}

Возраст, лет	Количество эпизодов ОРВИ в год
0-1	4 и более
1-3	6 и более
4-5	5 и более
>5	4 и более

Инфекционный индекс (ИИ): отношение суммы эпизодов ОРВИ в течение года к возрасту ребенка	
Норма	Группа ЧБД
0,2 - 0,3	1,1 - 3,5

Степень резистентности организма – индекс острой заболеваемости (ИОЗ) или индекс резистентности (ИР): отношение количества ОРВИ к числу месяцев наблюдения у детей, наблюдаемых не менее года

Резистентность организма	кратность ОРВИ (ИР)	} ЧБД
Хорошая	0-3 раза в год (ИР<0,32);	
Сниженная	4-5 раз в год (ИР 0,33-0,49)	
Низкая	6-7 раз в год (ИР 0,5-0,67)	
Очень низкая	8 раз в год и более (ИР>0,67)	

1. Кузьменко Л. Г. К дискуссии о конституции человека, конституциональных типах и диатезах. Педиатрия. 2005; 5: 76-86. 2. Латышева Е.А. Первичные иммунодефициты: состояние проблемы на сегодняшний день. JMF-центры в России. Вопросы современной педиатрии. 2013;12(6):73-77.
2. Корнеева Л.Н., Казберюк Н.А. К вопросу о критериях определения категории «часто болеющие дети» // Современная медицина. Актуальные вопросы. Сб статей по материалам XXV Междунар. научн. практ. конф. Том 25, №11, Новосибирск СибАК 2013, С 93-97.

Нет консенсуса у специалистов, учитывать ли при отнесении к ЧБД:

- Сезонную заболеваемость
- Тяжесть эпизодов ОРЗ
- Наличие осложнений
- Продолжительность интервалов между эпизодами
- Потребность в этиотропной терапии
- Связь со стойкими приобретенными патологическими состояниями
- Посещение организованных детских коллективов и другие перемены в социальной жизни

Чтобы отнести ребенка к группе ЧБД необходимо исключить хронические заболевания и состояния, способные провоцировать частые ОРЗ или имитировать их:

- Бронхиальную астму
- Аллергические заболевания и гельминтозы
- Хронические инфекции любой локализации
- Врожденные и приобретенные иммунодефициты
- Мукоцилиарную недостаточность и муковисцидоз
- Аномалии строения дыхательных путей
- Гастроэзофагальную рефлюксную болезнь
- Состояние после аспирации инородного тела

Причины и следствия

К факторам, предрасполагающим к частым ОРЗ относят:

1. Отягощенную наследственность
2. Подростковый или старший репродуктивный возраст матери
3. Осложнения беременности, недоношенность, морфофункциональную незрелость плода
4. Раннее искусственное вскармливание, нерациональное питание и дефицит нутриентов
5. Анатомо-физиологические особенности лимфо-эпителиальной глоточной системы, транзиторные ферментопатии и др.
6. Синдром «позднего иммунного старта» на фоне ранней социализации
7. Неадекватную терапию и нерациональное назначение АБП
8. Стрессы, неудовлетворительные экологические, бытовые и санитарные условия, нестабильность режима дня, пассивное курение и т.д.

Что с иммунитетом у ЧБД?

- **Нет** комплексного нарушения иммунитета.
- **Но** могут быть селективные иммунодефицитные состояния: снижение субпопуляций CD4, CD8, CD95, CD16 T- и B-лимфоцитов, изменение содержания состава IgA, IgM и IgG, нарушении фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов, снижение продукции сывороточного ИФН- γ и ИФН- α .
- **Значит** повышен риск хронических заболеваний дыхательных путей, мочевыделительной системы, ЖКТ, аллергические и аутоиммунные состояния, синдром гиперреактивности и быстрой утомляемости, снижение успеваемости в школе, ухудшение психологического климата в семье.
- **При этом** изолированные вирусные инфекции ВДП не являются показанием для направлению к иммунологу.
- **Когда направлять к иммунологу?** При сочетании вирусных и бактериальных инфекций, либо при тяжелом, затяжном течении заболевания.

Особенности работы участкового педиатра с ЧБД

- Клинические проявления неспецифичны.
- Проводимая терапия, как правило, неэффективна.
- Дети часто получают антибактериальные и иммуностропные препараты (в том, числе, по инициативе родителей).
- Дети несвоевременно или не полностью привиты.
- Состояние пациентов не улучшается, а риск побочных эффектов возрастает.

Частые ОРЗ легче предупредить, чем лечить

- Своевременная специфическая иммунопрофилактика (грипп, пневмококковая и гемофильные инфекции).
- Ограничить контакты со сверстниками.
- Отложить посещение ДДУ до 4-х летнего возраста и дольше.
- При заболевании организовать лечение и медицинское обслуживание в домашних условиях до полного выздоровления.
- Оздоровительные мероприятия без посещения мест общего пользования.
- Полноценный рацион питания, достаточность сна, регулярность проветривания и увлажнения воздуха, умеренная физическая активность, отсутствие контакта с табачным дымом, благоприятная психологическая обстановка.
- Иммуномодуляторы микробного происхождения (моно- и поливалентные лизаты микроорганизмов, минимальные активные биологические молекулы – активный фрагмент [пептидогликана](#) клеточной стенки всех известных бактерий, бактериофаги)

Комплексный подход к терапии ОРВИ^{1,2}

1. Специфическая вакцинопрофилактика
2. **Этиопатогенетическая терапия**
(противовирусная, противовоспалительная, симптоматическая)
3. **Иммуотропная терапия**

Кого нельзя оставить без противовирусной терапии при ОРВИ

1. Дети со сниженной функцией легких (недоношенные, дети с бронхолегочной дисплазией, дети с хронической бронхолегочной патологией).
2. Дети с хронической очаговой инфекцией.
3. Дети, находящиеся в периоде адаптации к детским учреждениям.
4. Дети из семей курящих.
5. Дети от родителей с ВИЧ-инфекцией, инфицированные микобактерией, реконвалесценты острых инфекцией.
6. Дети, проживающие в экологически неблагоприятных регионах.
7. Младенцы, находящиеся на искусственном вскармливании.

Рациональная терапия^{1,2}

Для лечения ОРВИ, особенно при повторных респираторных инфекциях, интерес представляют лекарственные средства с многоцелевым действием (**противовирусное + иммуномодулирующее**), что позволяет избежать полипрогмазии³

ЛС с многоцелевым действием³

Обеспечивают универсальные противовирусные эффекты:
подавление репликации РНК- и ДНК-содержащих вирусов



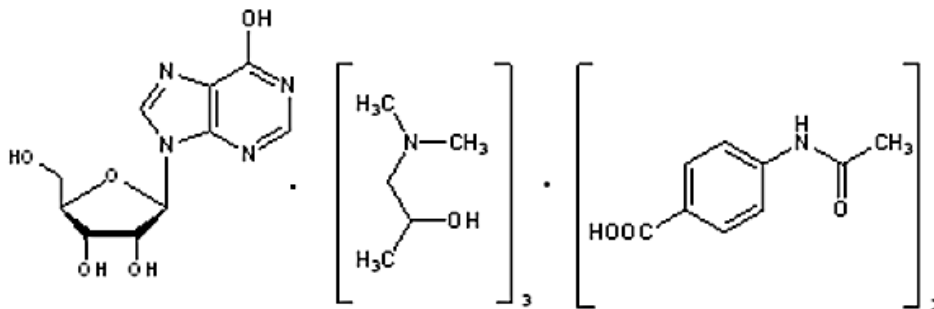
Стимулируют иммунологические реакции, необходимые для разрешения инфекционно-воспалительного процесса

1. Научно-практическая программа Союза педиатров России «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика». Пособие для врачей. М.: 2002. 73 с. 2. Романцов М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия. Руководство для врачей. М.: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2006. 194 с. 3. Елисеева М. Ю., Царев В. Н., Масихи К. Н., Осидак Л. В., Баринский И. Ф., Царева Т. В., Мынбаев О. А. Эффективность вспомогательной иммунотерапии у пациентов с иммунодефицитом и часто болеющих детей: систематический обзор и метаанализ применения инозина пранобекса при ОРВИ. РМЖ. 2010; 18 (5): 313–320.

Инозин пранобекс – ЛС с многоцелевыми эффектами: противовирусным и иммуномодулирующим действием^{1,2}

Инозин пранобекс (**Изопринозин**) — синтетический аналог инозина, получен путем соединения инозина с вспомогательной молекулой, которая **повышает доступность инозина для лимфоцитов** и, таким образом, усиливает его иммуностимулирующие свойства²

Инозин является природным пуриновым соединением, присутствующим в пище и входящим в состав некоторых важных веществ: пуриновых коэнзимов, высокоэнергетических фосфатных соединений (АТФ, ГТФ) и циклических пуриновых нуклеотидов¹



ацидобен : димепранол : инозин комплекс в соотношении 1:3:3

Целевые иммуномодулирующие свойства Инозин пранобекса, важные для лечения ЧБД

Изменения со стороны иммунной системы у ЧБД ^{1,3}	Фармакологические свойства Изопринозина ²
снижение субпопуляций CD4, CD8, CD95, CD16 Т- и В-лимфоцитов	<ul style="list-style-type: none">• восстанавливает функции лимфоцитов в условиях иммунодепрессии• повышает бластогенез в популяции моноцитарных клеток,• стимулирует экспрессию мембранных рецепторов на поверхности Т-хелперов• предупреждает снижение активности лимфоцитарных клеток под влиянием глюкокортикостероидов, нормализует включение в них тимидина• оказывает стимулирующее влияние на активность цитотоксических Т-лимфоцитов и естественных киллеров, функции Т-супрессоров и Т-хелперов
изменение содержания состава IgA, IgM и IgG	<ul style="list-style-type: none">• повышает продукцию иммуноглобулина (Ig) G, интерферона-гамма, интерлейкинов (ИЛ)-1 и ИЛ-2• снижает образование провоспалительных цитокинов - ИЛ-4 и ИЛ-10
нарушения фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов	потенцирует хемотаксис нейтрофилов, моноцитов и макрофагов
снижение продукции сывороточного ИФН-γ и ИФН-α	повышает продукцию лимфоцитов, обладающих противовирусными свойствами ИФН-γ и ИФН-α

1. Зыблева С.В., Новиков П.Д. Мониторинг иммунного статуса и иммунореабилитация детей с рецидивирующими заболеваниями верхних дыхательных путей. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2012, №4:51-60. 2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения ИЗОПРИНОЗИН. 3. Намазова Л.С., Ботвиньева В.В. Современные возможности иммунотерапии часто болеющих детей с аллергией. Педиатрическая фармакология/ 2007/ ТОМ 4/ № 1.

Инозин пранобекс снижает потребность в дополнительном назначении антибиотиков и других лекарственных средств^{1,2,3}

Количество случаев применения антибиотиков в течение года^{*,2,3}



СНИЗИЛОСЬ НА 93.5%

1. Булгакова В.А. Лечение респираторных инфекций у детей: возможности снижения лекарственной нагрузки. Фарматека. 2015; 11: 23-29. 2. Елисеева М.Ю., Царев В.Н. и другие. Вспомогательная иммунотерапия у пациентов с иммунодефицитом и часто болеющих детей //Справочник поликлинического врача 2010. №9. С 7-14. 3. Golebiowska–Wawrzyniak M, Markiewicz K, Kozar A, Derentowicz P, Czerwinska–Kartowicz I, Jastrzebska–Janas K, Wacławek J, Wawrzyniak ZM, Siwinska–Golebiowska H. Immunological and clinical study on therapeutic efficacy of inosine pranobex. Pol Merkur Lekarski. 2005;19(111):379–82. * после лечения инозин пранобексом.

Инозин пранобекс способствует уменьшению количества осложнений ОРВИ у ЧБД¹

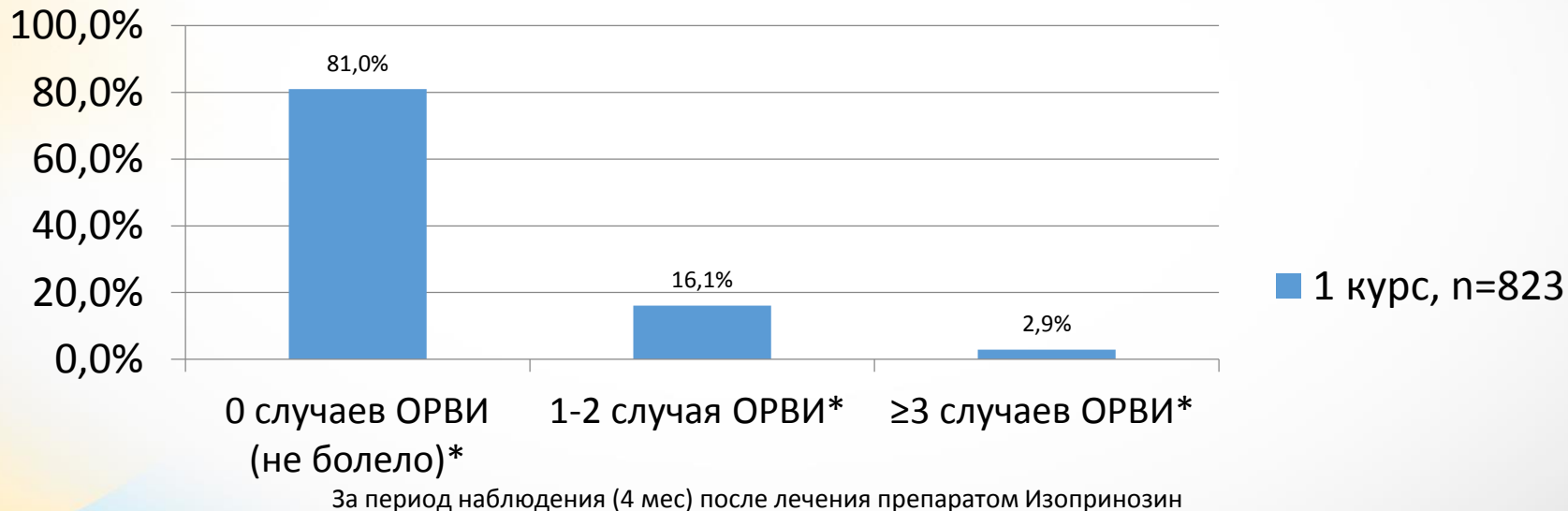
При применении инозин пранобекса:

- В 4 раза меньше* количество случаев острого бронхита, пневмонии, отита
- В 3,3 раза меньше* количество других осложнений ОРВИ

Инозин пранобекс способствует
сокращению количества осложненных форм ОРВИ
в 4,1 раза²

1. Булгакова В.А. Лечение респираторных инфекций у детей: возможности снижения лекарственной нагрузки. Фарматека. 2015; 11: 23-29.. 2. Парамонова Н.С., Волкова О.А. Проблемы острых респираторных вирусных заболеваний в педиатрии // Медицина 2006. № 4. С. 66–67. * у детей группы лечения по сравнению с контрольной группой, не получавшей лечения инозин пранобексом (различия статистически достоверны).

Инозин пранобекс способствует уменьшению количества эпизодов ОРВИ у ЧБД^{1,2}




1. Л. В. Осидак, В. В. Зарубаев, Е. В. Образцова с соавт. Изопринозин в терапии ОРВИ у часто болеющих детей. «Детские инфекции»; № 4; 2008; стр. 3541. 2. Подразумеваются дети, которые получили лечение препаратом Изопринозин по поводу ОРВИ. * различия статистически значимы по отношению к частоте ОРВИ за 4 месяца до применения Изопринозина.

Рекомендуемые дозы Изопринозина при ОРВИ и гриппе у детей¹

1/2 таблетки на 5 кг
массы тела в сутки в 3-4 приема,
принимать до исчезновения симптомов заболевания
плюс еще два дня.
Обычно от 5 до 14 дней.



Масса тела ребенка, кг	15	20	25	30	35	40	45	50
Суточная доза, таб. 	1 ¹ / ₂	2	2 ¹ / ₂	3	3 ¹ / ₂	4	4 ¹ / ₂	5

В качестве заключения

- При правильной организации диспансерного наблюдения - нужно не только фиксировать текущее состояние здоровья, но и активно оздоравливать ребенка.
- Важные сопутствующие моменты – восстановление физиологической гетерогенности микробиома ЛОР-органов, хронических инфекций, метаболических нарушений и аутоиммунных процессов.
- Для лечения детей с рекуррентным ОРЗ необходимо использование комплексных препаратов с доказанной эффективностью и назначение антибиотиков и иммуномодуляторов только по показаниям.



**БЛАГОДАРЮ ЗА
ВАШЕ ВНИМАНИЕ**