

Применение Имупрета у часто болеющих детей

Часто болеющие дети составляют основную группу для диспансерного наблюдения у врачей поликлиник, и из года в год отмечается постоянное увеличение количества таких пациентов. Эта проблема становится очень актуальной при посещении детьми организованных коллективов (детских дошкольных учреждений и школ), так как заболевания являются частой причиной пропусков занятий и увеличивают частоту и длительность временной нетрудоспособности взрослых – родителей часто болеющих детей.

Часто и длительно болеющие дети относятся ко второй группе здоровья, в которую входят пациенты с отсутствием хронических заболеваний, но имеющие функциональные или морфофункциональные нарушения (табл. 1). Контроль состояния здоровья детей, отнесенных ко второй группе здоровья, осуществляется во время профилактических медицинских осмотров и ежегодно – участковым врачом-педиатром. Важная задача диспансеризации часто болеющих детей – их обследование для исключения хронического тонзиллита и аденоидита, рецидивирующего простого и обструктивного бронхита и бронхиальной астмы. При необходимости следует осуществить кожные пробы, определить уровень общего и специфических IgE, провести консультацию аллерголога-иммунолога и ЛОР-врача. У детей старше 4,5-5 лет возможно исследование функции внешнего дыхания. При наличии стойких физических симптомов со стороны легких показаны рентгенография органов грудной клетки и консультация пульмонолога. Особое место в диспансеризации часто болеющих детей занимает организация оздоровительных мероприятий, своевременная санация очагов хронической инфекции, восстановление работоспособности и физическое развитие детей.

Таблица 1. Критерии включения детей в группу часто болеющих (А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, 1986)

Возраст ребенка	Частота эпизодов ОРЗ в год
До 1 года	4 и более
1-3 года	6 и более
4-5 лет	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

ОРЗ у часто болеющих детей

Большую проблему представляет группа детей и подростков с повторными острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ). В педиатрической популяции удельный вес ОРЗ среди всех инфекционных заболеваний составляет 90%. Согласно исследованиям ВОЗ дети раннего возраста переносят 5-8 эпизодов ОРЗ в городах и вдвое меньше – в сельской местности. ОРЗ чаще болеют дети, посещающие организованные дошкольные коллективы. Более трети случаев ОРЗ в дошкольных учреждениях (34,9%) приходится на ясельные группы. Среди школьников ОРЗ отмечаются преимущественно у учащихся начальных классов – на их долю приходится 50% случаев ОРЗ в коллективе. Дети в возрасте 10 лет и старше болеют респираторными заболеваниями в 2-2,5 раза реже. Частые ОРЗ способствуют нарушению физического развития, формированию хронических очагов инфекции и хронической соматической патологии, срыву адаптивных механизмов, что приводит к значительному ухудшению качества жизни детей и сказывается на состоянии здоровья в будущем.

Однако одного инфекционного фактора недостаточно, чтобы вызвать заболевание у ребенка. Известно, что, несмотря на контакт с инфекцией, одни дети болеют, а другие нет. Такими же важными факторами индукции инфекционного процесса могут выступать переохлаждение, большая скученность, состояние иммунной системы организма. При этом на иммунитет ребенка в значительной мере могут влиять отсутствие полноценного питания и рационального режима дня, бытовые условия, состояние экологии, наличие в атмосфере различных техногенных загрязнителей. Однако многие аспекты возникновения частых ОРЗ полностью пока не раскрыты, что затрудняет разработку эффективных мер профилактики и оздоровления детей и подростков с рекуррентными респираторными инфекциями.

Следует отметить, что существует связь между частотой респираторных заболеваний у ребенка и некоторыми другими патологическими состояниями.

Относительно новым, но встречающимся у многих детей состоянием является синдром хронической усталости. Этом синдромом впервые был описан А. Ллойдом как иммунодефицитное состояние, которое наблюдается у людей с длительной, полиморфной, недифференцированной клинической симптоматикой со стойким чувством утомляемости, которое не исчезает после отдыха, снижением трудоспособности, апатией, ухудшением памяти, диффузными миалгиями, умеренными артралгиями, периодическим субфебрилитетом, повышенной заболеваемостью ОРЗ и герпетической инфекцией с рецидивирующим течением. В настоящее время к этому определению также добавляются постоянное прогрессирующее состояние усталости и нарастание клинической симптоматики. В последние годы отмечается увеличение частоты артралгий и артритов у детей. Чаще всего боль в суставах возникает во время острых или обострения хронических инфекционных заболеваний как проявление общеинтоксикационного синдрома, что обусловлено обильной васкуляризацией и иннервацией суставных тканей, большим количеством лимфоидных клеток в синовиальной оболочке. Также при ОРЗ часто наблюдается ЛОР-патология – ларингит, тонзиллит и фарингит.

Нарушения иммунитета и рецидивы ОРЗ

В основе большинства нарушений у часто болеющих детей лежат изменения со стороны иммунной системы.

Местный иммунитет включает в себя сложный комплекс защитных приспособительных реакций, обеспечивающий защиту организма при непосредственном контакте с внешней средой. Слизистые оболочки первыми взаимодействуют с патогенами, их поверхность покрыта слизью, в состав которой входят как неспецифические защитные факторы (лизоцим, лактоферрин, дефенсин, миелопероксидаза, низкомолекулярные катионные пептиды, компоненты комплемента и др.), так и специфические иммуноглобулины. Вместе с эпителиоцитами они составляют первый барьер на пути антигена. Нарушения мукоцилиарного клиренса сами по себе могут стать важным патогенетическим фактором в формировании инфекционного процесса. Нарушение дренажной функции миндалин и бронхолегочной системы играет негативную роль в росте заболеваемости инфекциями верхних дыхательных путей среди детей. Неспецифические иммунные реакции на слизистых оболочках связаны не только с гуморальными, но и с клеточными факторами иммунитета. Нейтрофилы и макрофаги, мигрирующие из кровеносного русла, способны проникать на поверхность слизистой оболочки и уничтожать микроорганизмы путем фагоцитоза, секретируют протеолитических ферментов и продукции свободных радикалов. Дальнейшая активация мононуклеарных фагоцитов опосредствует взаимосвязь неспецифического и адаптивного иммунитета. Макрофаги могут активно поглощать относительно большие частицы (погибшие клетки, их ядра или фрагменты, иммунные комплексы и т.п.), тогда как нейтрофилы фагоцитируют преимущественно мелкие частицы (бактерии). У часто болеющих детей может наблюдаться снижение фагоцитарной активности.

Следующий важный элемент иммунной защиты – лимфоидные фолликулы эпителиального слоя слизистых оболочек.

Лимфоциты этих фолликулов, как и иммунокомпетентные клетки носоглоточного кольца, формируются еще в процессе

эмбрионального развития, и в дальнейшем их функционирование не зависит от центральных органов иммунной системы. Известно, что лимфоидные органы носоглоточного кольца играют ведущую роль в иммунной защите организма в детском возрасте. Особенностью функционирования миндалин, как и всех периферических органов иммунной системы человека, является относительная независимость от центральных органов системы иммунитета и выполнение эффекторных функций путем лимфоэпителиальной кооперации. Структурные изменения подслизистой основы и клеточных мембран могут приводить к нарушениям взаимодействия иммунокомпетентных клеток, генерализации инфекционных процессов и росту заболеваемости респираторной патологией.

Основными классами синтезируемых в секретах слизистых оболочек антител являются иммуноглобулины E, A и M. Иммуноглобулин G попадает в состав секрета по межклеточным пространствам, и его появление свидетельствует о повышении проницаемости эпителиального слоя слизистых в условиях воспаления. Тем не менее как раз он придает наибольшую специфичность иммунным реакциям, ускоряет фагоцитоз и комплементзависимый лизис. IgE практически полностью остается в рыхлой соединительной ткани подслизистой основы, где связывается с рецепторами тучных клеток, что ведет к сенсибилизации организма и развитию аллергической воспалительной реакции при повторном контакте с соответствующим антигеном.

Таблица 2. Основные фармакологические эффекты компонентов препарата Имупрет

Компоненты	Ингредиенты	Эффекты			
		Противовоспалительный	Иммуномодулирующий	Обволакивающий	Антибактериальный
Корень алтея	Муцины полисахариды		+		
Цветки ромашки	Эссенциальные масла, полисахариды, флавоноиды	+	+		+
Трава хвоща	Кремниевая кислота, сапонины, флавоноиды	+	+		
Листья ореха	Танины, эссенциальные масла	+		+	+
Трава тысячелистника	Горечи, хамазулен, азуленогены	+		+	+
Кора дуба	Танины			+	противовирусный
Трава одуванчика	Горечи, производные стеролов	+			

Постоянная адаптация патогенных агентов к действию защитных систем организма способствует преодолению иммунного ответа и возникновению системных иммунопатологических синдромов. Необходимо отметить, что в случае нарушения процессов лимфоэпителиальной кооперации в любом участке слизистых существенно снижаются защитные ресурсы организма и, следовательно, возможности иммуномодулирующей терапии.

Профилактика и лечение ОРЗ у часто болеющих детей

В настоящее время в основе мер по профилактике и лечению ОРЗ у часто болеющих детей лежит повышение защитных функций организма.

Система мероприятий, направленных на повышение резистентности организма к респираторным заболеваниям, может носить общий и медицинский характер. Медицинская профилактика, в свою очередь, делится на неспецифическую и специфическую. Часто болеющим детям целесообразно проводить с профилактической и лечебной целью курсы с применением различных иммуностимуляторов. В последние годы заметно возрос

научно-практический интерес к назначению препаратов растительного происхождения, которые, не имея каких-либо побочных действий, характеризуются иммунокорригирующим, иммуномодулирующим, противовоспалительным, бактерицидным и неспецифическим противовирусным свойством.

Для лечения инфекций верхних дыхательных путей (ринит, тонзиллит, ларингит, трахеит, бронхит) традиционно используют фитопрепараты с иммуномодулирующими свойствами, так как они оказывают положительное действие и не имеют побочных эффектов. Особенно целесообразно использование иммуномодулирующей терапии фитопрепаратами у детей с рецидивирующими инфекциями дыхательных путей для облегчения симптомов, сокращения продолжительности заболевания и во избежание бактериальной суперинфекции.

Имупрет – растительный комбинированный препарат, представленный в двух лекарственных формах: каплях и драже. Его активными составляющими являются корень алтея, цветы ромашки, трава тысячелистника, кора дуба, листья грецкого ореха, трава хвоща и одуванчика. Эти лекарственные растения обладают иммуномодулирующим, противовоспалительным, антибактериальным и противовирусным свойствами (табл. 2). Активные компоненты ромашки, алтея и хвоща, входящие в состав препарата, стимулируют защитные механизмы организма за счет повышения фагоцитарной активности макрофагов и гранулоцитов, а также усиливают внутриклеточное разрушение поглощенных микробов вследствие повышенного образования бактерицидных кислородных метаболитов. Полисахариды, эфирные масла и флавоноиды ромашки, алтея и одуванчика оказывают противовоспалительное действие и уменьшают отек слизистой оболочки дыхательных путей. Кора дуба, богатая танинами,

обладает антивирусной активностью, в том числе против вируса гриппа А, респираторно-синцитиального вируса.

Имупрет в клинических исследованиях

Свойства Имупрета для лечения и профилактики заболеваний у часто болеющих детей были изучены во многих зарубежных и отечественных исследованиях.

Т. Бергер и соавт. (г. Франкфурт-на-Майне, Германия) провели исследование, целью которого было изучение эффективности и переносимости растительного комбинированного препарата Имупрет (капли и драже) у детей в возрасте от 2 до 17 лет с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей. В исследовании участвовали 1190 детей и подростков с острой фазой рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей в 127 частных врачебных практиках. Фаза наблюдения длилась 14 дней. Врачи оценивали степень тяжести заболевания по четырем объективным и семи субъективным симптомам. К формированию клинической картины добавлялась оценка симптомов (диапазон оценивания 0-16), а также субъективная оценка (диапазон оценивания 0-28). При анализе результатов оказалось, что

суммарная оценка объективных симптомов улучшилась с $3,8 \pm 2,4$ до $1,1 \pm 1,8$; сумма субъективных симптомов снизилась с $8,6 \pm 4,5$ до $1,0 \pm 2,6$. Показатель ответа в целом составил 92,1%. Только 6,6% от всего количества пациентов в период наблюдения были переведены на антибиотики и лишь 2 пациента сообщили о гастроинтестинальных побочных эффектах. Частота побочных явлений составила 0,17%. Большинство пациентов и врачей оценили общую переносимость препарата как «очень хорошую» или «хорошую». Таким образом, Имупрет продемонстрировал хорошую переносимость и эффективность вне зависимости от возраста ребенка и лекарственной формы самого препарата.

Т.И. Гарашенко (г. Москва, Россия) и соавт. показали, что Имупрет эффективен в сезонной профилактике острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и их осложнений в организованных детских коллективах. Была доказана его высокая эффективность: заболеваемость по сравнению с группой детей, не получавших этот препарат, уменьшилась в 3,6 раза, среднее количество пропущенных из-за болезни учебных дней на фоне приема Имупрета уменьшилось в 6,5 раза, значительно сократилась доля тяжелых форм заболевания (с 48 до 12,5%). При этом заболеваемость по сравнению с группой детей, привитых одной из противогриппозных вакцин, была ниже в 1,2 раза, а по сравнению с группой детей, принимавших гомеопатические препараты, — в 1,4 раза. Позитивные результаты исследования, а также хорошая переносимость и удобство приема препарата позволили сделать вывод о том, что **Имупрет может использоваться как средство неспецифической профилактики в период эпидемии гриппа и ОРЗ.**

Т.Е. Привалова и соавт. (г. Краснодар, Россия) провели исследование по изучению эффективности лечения с использованием препарата Имупрет у часто болеющих детей с ЛОР-патологией. Под наблюдением находилось 55 детей дошкольного возраста. На момент начала исследования возраст детей составил 3,5-4 года. Все дети полностью завершили исследование.

Критериями включения детей в исследование являлись:

- наличие у детей гипертрофии небных миндалин I-III степени в сочетании с гипертрофией глоточных миндалин I-II степени, подтвержденное ЛОР-врачом;
- отсутствие признаков острого воспаления на момент начала исследования;
- добровольное согласие родителей на участие в исследовании.

Методом случайной выборки дети были разделены на три группы: первая — 20 детей, получавших фитопрепараты (Имупрет или Синупрет) в виде монотерапии, вторая — 20 детей, получавших курсы фитопрепаратов в комплексе с физиотерапевтическим лечением, третья — 15 детей, получавших симптоматическое лечение при возникновении острых симптомов (ринит, аденоидиты, фарингит) местными и системными деконгестантами, антисептиками.

На момент окончания исследования детям исполнилось 5,5-6,5 года. За весь период наблюдения у детей первой и второй групп уменьшилось количество эпизодов ОРЗ (с 7-8 до 1-3 раз в год). В контрольной группе отмечалось сохранение высокой частоты заболеваемости ОРЗ, в периоды отсутствия острых симптомов постоянно наблюдались затруднение носового дыхания, скудное слизистое отделяемое. Лучший эффект отмечен у детей во второй группе. Ни одному ребенку из этой группы не было проведено хирургическое лечение (аденотомия, тонзиллотомия, тонзилэктомия) в связи с отсутствием показаний. В первой группе был прооперирован один ребенок (аденотонзиллотомия) на втором году наблюдения. При этом наблюдение не прекращалось, и ребенок продолжал принимать фитопрепараты в качестве предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде. Послеоперационный период у всех детей протекал гладко, без осложнений. При применении фитопрепаратов в связи с острым заболеванием, по мнению родителей, гораздо быстрее наблюдалось исчезновение катаральных явлений, чем в предыдущие эпизоды ОРЗ, которые лечились

другими симптоматическими средствами. Препараты хорошо переносились детьми, не было зарегистрировано никаких побочных эффектов. Следует отметить хорошую переносимость этих фитопрепаратов у детей с отягощенным аллергофоном.

Л.И. Омельченко и соавт. (ГУ «Институт акушерства, педиатрии и гинекологии НАМН Украины», г. Киев) изучили эффективность и безопасность препарата Имупрет у часто болеющих детей в возрасте 3-18 лет с проявлениями дисплазии соединительной ткани (ДСТ). В рамках ограниченного клинического исследования были обследованы 20 часто болеющих детей с клиническими признаками ДСТ, которым назначался Имупрет в возрастных дозах 3 раза в сутки на протяжении 4 недель. В процессе исследования проводилась оценка эффективности терапии согласно следующим критериям: динамика изменений локального статуса, кратность заболеваний в анамнезе, положительная динамика данных лабораторных исследований. Отмечено улучшение как общего состояния больного (уменьшились проявления эндогенной интоксикации), так и его самочувствия (дети перестали жаловаться на утомляемость, повысилась их эмоциональный тонус). Согласно учету данных осмотра оториноларингологом со стороны локальных изменений в зеве также отмечено существенное улучшение у большинства детей. Назначение Имупрета обследованным детям приводило к нормализации иммунных процессов. При этом отмечались достоверное нарастание содержания иммуноглобулина А в слюне и тенденция к нормализации показателя фагоцитоза в крови обследованных детей. Улучшение иммунного статуса способствовало нормализации биоценоза ротоглотки и уменьшению заболеваемости у обследованных детей. В целом эффективность проведенной терапии Имупретом была достаточно высокой при оценке врачом и родителями пациентов. Переносимость препарата, по результатам проведенного исследования, расценена как хорошая (не отмечены побочные эффекты) в 19 случаях (95%) и лишь в одном случае — как удовлетворительная (отмечен незначительный побочный эффект в виде скудных пятнистых высыпаний на коже щек, не доставляющий особого беспокойства пациенту и не требующий отмены препарата). Применение препарата Имупрет также способствовало повышению показателей местного иммунитета, усилению фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови и уменьшению кратности ОРЗ и обострений хронической инфекционной патологии.

Заключение

Полученный положительный эффект применения Имупрета в профилактике и лечении ОРВИ у детей обусловлен комплексным воздействием растений, входящих в состав препарата, на иммунный статус и организм в целом:

- препарат стимулирует иммунную систему, обладает антибактериальным и противовирусным свойством и снижает симптомы воспаления слизистой дыхательных путей;
- применение растительного препарата Имупрет эффективно для лечения и профилактики ОРЗ у детей;
- Имупрет может использоваться как средство неспецифической профилактики в период эпидемии гриппа и ОРЗ;
- включение Имупрета в курс лечения ОРВИ сопровождается более легким их течением и меньшей продолжительностью заболевания;
- если прием Имупрета начат своевременно, он может предотвратить развитие бактериальной инфекции;
- препарат выпускается в форме драже и капель, что служит дополнительным удобством для врача-педиатра в процессе выбора и позволяет подобрать форму препарата в зависимости от возраста пациента;
- доказанная в результате проведенных исследований хорошая переносимость Имупрета является основанием для рекомендации широкого применения препарата в практике детского и семейного врача с целью профилактики и лечения ОРЗ.

Список литературы находится в редакции.

Подготовил **Владимир Савченко**



phytoneering

Розкриваючи силу рослин

Імупрет®

Рослинний імуномодулятор



Зміцнить імунітет та захистить всю родину

- ☆ від застуди
- ☆ від запалення
- ☆ від вірусів та бактерій

Р.П. МОЗ України № UA/6909/01/01

від 17/08/2007 (краплі),

№ UA/6909/02/01 від 17.08.2007 (таблетки).

Реклама лікарського засобу.

Перед застосуванням уважно ознайомтеся з інструкцією. Зберігати у місцях, недоступних для дітей. Виробник: Біонорика АГ (Німеччина)


BIONORICA®
The phytoneering company

ТОВ «БІОНОРИКА»
м. Київ, вул. Мініна, 9. Офісний поверх.
тел.: 521-86-00;
факс: 521-86-01
e-mail: office@bionorica.com.ua