

Сарбасова Ж.О.

**ИНФИЦИРОВАННОСТЬ И ИНВАЗИРОВАННОСТЬ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ**

Zn.O. Sarbasova

**INFECTION AND SPREADING OF FREQUENTLY SICK CHILDREN AFTER THERAPY**

УДК:616-022.7:578.825.11]-036.22-053.2

*Данные повторного обследования показывают на выжженную положительную динамику состояния инфицированности такими патогенами, как вирус Эпштейна-Барр, протозойной инфекцией (лямблиозом) и инвазированной идами у исследуемых детей под влиянием комлексного лечения с включением иммуномодуляторов.*

*Frequently sick children were inspected again after therapy with immune-correctors the fact of being infected with Epstein-Barr virus, Lambliosis and Ascaridosis. Results of therapy have been analysed and it is were positive.*

Цель исследования являлось изучение клинико-иммунологических особенностей у часто болеющих детей и эффективности лечения индукторами интерферона с разработкой оптимальной тактики лечения.

Для решения поставленной цели в период с 2006 по 2009 год было обследовано 214 часто болеющих респираторными заболеваниями детей, находящихся в хжспансерном учете в Городской детской поликлинике № 7 и школе-интернате №17 г.Алматы. У 210 детей исследуемых групп и у 67 детей референтных групп был изучен иммунокоррирующий эффект статических индукторов эндогенного интерферона: циклоферона и амизона, вводимых внутрь.

Мультифакторный патогенез, системность и полиорганность поражения при частых респираторных заболеваниях, выявленные ранее, обуславливают необходимость комплексной иммунореабилитации. Иммунореабилитация предполагает более длительную клинико-иммунологическую ремиссию (4-8 месяцев). При этом делается упор не на заместительное, а на индуктивное действие препарата, т.е. на активацию собственных иммунопозитивных и иммунорегуляторных механизмов. Указанный подход предполагает малые дозы препаратов, делая их действие безвредным, обеспечивая дешевизну применяемых курсов, открывая перспективны к профилактическому применению иммуно-модуляторов. Следовательно, достижение эффекта иммунореабилитации требует выбора определенной стратегии. Необходим комплексный подход, который включает: диетотерапию; адекватную базисную терапию сновного заболевания; дробную энтеросорбцию курсовую последовательную иммунокоррекцию; санацию очагов хронической инфекции; физиотерапию; мониторинг иммунной системы.

Проведенные нами исследования по выявлению иммунологических нарушений и наличия сопутствующей патологии у часто болеющих детей позво-

лили говорить о необходимости проведения таким больным комплексной патогенетической и симптоматической терапии.

Диетотерапия была щадящей, гипоаллергенной с полноценными характеристиками содержания белка, уровня калорийности, с наличием сбалансированных минеральных добавок.

Традиционным методом лечения респираторного заболевания является применение симптоматической терапии: обильное теплое питье (молоко с питьевой содой или боржомом, чай с медом или вареньем, соки, морсы, компоты из сухофруктов), жаропонижающие (парацетамол и ибупрофен), улучшающие носовое дыхание (аквамарис, салин, физ. раствор; сосудосуживающие капли с 3-х лет и спреи с 6 лет). Противо-кашлевые средства при сухом надсадном кашле (кодипронт, глаувент, синекод, левопронт, бронхолитин и т.д.), при влажном кашле (муколитики – бромгексин, амброксол, карбоцистеин), при присоединении бактериальных осложнений возможно применение антибиотиков; если известен этиологический фактор, то необходимо применение этиотропного лечения.

Несомненно, важным является коррекция сопутствующей патологии (анемии, лямблиоза, аскаридоза, инфицирование ВЭБ и т.д.). У детей с выявленной анемией I степени проводили заместительную терапию с помощью препаратов железа: актиферрин, феррум лек (железа [III] гидроксид полимальтозат), сорбифер и т.д. Доза препарата зависела от возраста ребенка. Коррекцию лямблиоза проводили с помощью немозола в дозе 400 мг (по 1 таблетке) 1 раз в сутки (натощак) в течение 10 дней; аскаридоза – назначением вермокса в дозе 100 мг (по 1 таблетке) 2 раза в сутки (утром и вечером) в течение 3-х дней. Затем давали энтеросорбент: активированный уголь, таганосорбент или полисорб в дозе 2 г 3 раза в сутки в виде водной смеси за 1 час до еды или приема лекарственных средств в течение 5 дней. С шестого дня назначали циклоферон или амизон или виферон в дозе, зависящей от возраста и по схеме, описанной во 2-ой главе. Одновременно с иммунокорректором назначали антиоксиданты: витамин Е по 1 желатиновой капсуле (200 МЕ) 1 раз в сутки во время еды в течение 10 дней или аевит по 1 капсуле (100000 МЕ витамина А и 0,1 г альфа-токоферола ацетата) 1 раз в сутки во время еды в течение 30 дней.

Как известно, инфицирование ВЭБ и лямблиозом, инвазирование аскаридами утяжеляло течение и способствовало рецидиву респираторных заболе-

ваний у исследуемых детей. Для оценки влияния комплексной терапии на динамику иммунологических показателей мы проанализировали результаты обследования после завершения курса иммунореабилитации у 210 детей исследуемых групп и 67 больных детей референтных групп, которые не получали иммунокорректоров в составе терапии.

Результаты обследования показали, что у больных всех исследуемых нозологических форм уровень антител к ядерному, раннему и капсидному антигенам ВЭБ (ЕВИА, ЕА, УСА) снизился после проведенной терапии, указывающий на эффективность лечения (таблица 1). При этом эти различия

были достоверными относительно капсидного антигена у всех больных с патологией ВДП ( $p < 0,05$ ), с РПБ ( $p < 0,05$ ) и РОБ ( $p < 0,001$ ); относительно раннего антигена у больных с патологией ВДП ( $p < 0,05$ ) и РПБ ( $p < 0,01$ ); относительно ядерного антигена у больных с поражением ВДП ( $P < 0,01$ ).

При рассмотрении этих изменений в зависимости от современной интерпретации результатов серологических исследований, то выявляется следующая картина: большинство детей с острыми формами перешли в не активную, хроническую форму носительства

Таблица 1

**Показатели инфицированности вирусом Эпштейна-Барр часто болеющих детей в зависимости от нозологии после иммунореабилитации**

Показатели	Нозологические формы заболеваний					
	рецидивирующие заболевания ВДП		рецидивирующий бронхит			
			простой		обструктивный	
	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
ЕВИА	0,82±0,04 полож.(+)	0,64±0,04 (+)	0,78±0,08 полож (+)	0,64±0,04 (+)	0,81±0,12 полож.(+)	0,62±0,05 С+
P	p<0,01		p>0,05		p>0,05	
ЕА	0,43±0,03 полож.(+)	0,18±0,03 (-)	0,42±0,05 полож.(+)	0,27±0,04 (-)	0,47±0,134 полож.(+)	0,21±0,056 (слабо+)
P	p<0,001		p<0,01		p>0,05	
УСА	0,097±0,006 отрицат (-)	0,070±0,009 (-)	0,109±0,01 отрицат.(-)	0,079±0,006 (-)	0,109±0,03 отрицат(-)	0,075±0,007 (-)
P	p<0,05		p<0,05		p<0,001	

инфекции вирусом Эпштейна-Барр, уменьшилось количество детей с типичной и атипичной реактивацией. Достоверными эти различия были в снижении количества детей с поздней первичной инфекцией у больных с патологией ВДП и РПБ ( $p < 0,05$ ), в увеличении количества детей с носительством ВЭБ в не активной форме у всех групп больных (поздняя паст инфекция,  $p < 0,001$ ); в значительном снижении количества детей с атипичной реактивацией таюке при всех изученных нозологических формах ( $p < 0,001$ ).

Как видно из таблицы 2, концентрации общих антител к антигенам лямблий и аскарид были выше до лечения у всех больных детей и достоверно снизились после лечения, кроме больных с патологией ВДП - у них снижение концентрации общих антител к антигену аскарид было не достоверным ( $p > 0,05$ ).

Рассматривая частоту выявления лямблиоза и аскаридоза до и после лечения было установлено, что лямблиоз (более чем в 2 раза) достоверно реже ( $p < 0,001$ ) стал выявляться у всех исследуемых детей независимо от нозологической формы, а аскаридоз достоверно (в 7 раз) реже ( $p < 0,001$ ) стал наблюдаться у больных с ВДП и даже произошло полное выздоровление у больных с РПБ и РОБ.

Таблица 2

**Показатели инвазированности гельминтами часто болеющих детей после иммунореабилитации**

Показатели	Нозологические формы заболеваний					
	рецидивирующие заболевания ВДП		рецидивирующий бронхит			
			простой		обструктивный	
	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
Концентрация а/г lо1а1 к а/г лямблий	0,54±0,06 (+)	0,21±0,02 (-)	51±0,08 (+)	0,22±0,03 (-)	0,67±0,29 (+)	0,27±0,15 (-)
P	p<0,001		p<0,01		p<0,05	
Концентрация а/г Ю1а1 к а/г аскарид	0,11 ±0,07 (+)	0,065±0,003 (-)	0,13±0,01 (+)	0,078±0,006 (-)	0,12±0,03 (-)	0,066±0,007 (-)
P	p>0,05		p<0,001		p<0,05	

Таким образом, полученные данные показывают на выраженную положительную динамику состояния инфицированности такими патогенами, как вирус Эпштейна-Барр, протозойной инфекцией (лямблиозом) и инвазированности аскаридами у исследуемых детей под влиянием комплексного лечения с включением иммуномодуляторов.

**Рецензент: д.м.н., профессор Испаева Ж.Б.**