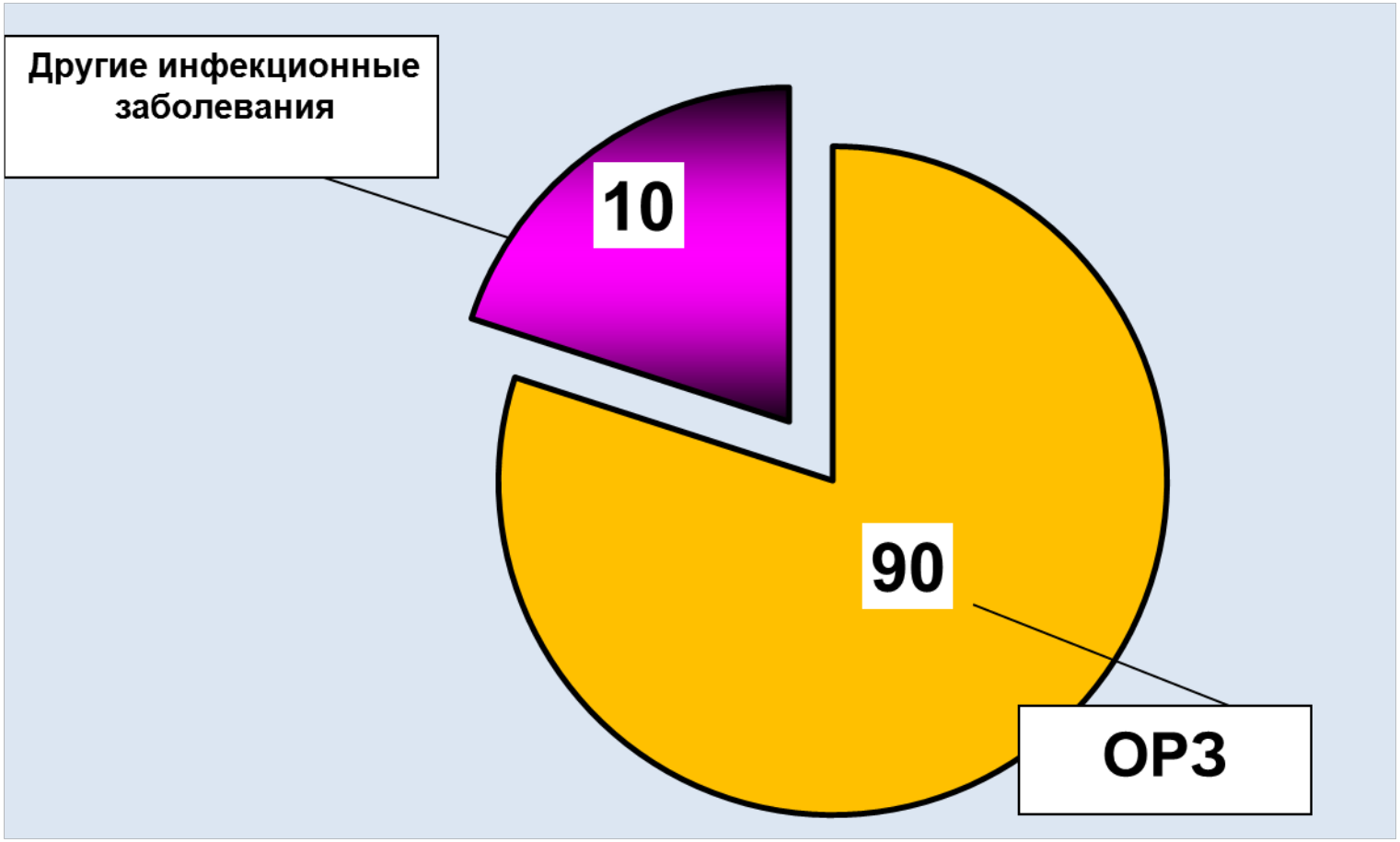
ЛЕЧЕНИЕ ОРЗ И ГРИППА. ВЗГЛЯД ИММУНОЛОГА.

Будалина С.В., к.м.н.
МАУ ДГП №13
Г. Екатеринбург
2015

Структура инфекционной заболеваемости у детей



Global Alert and Response (GAR). Global Influenza *Surveillance Network. Contribute to reducing death and disease due to annual influenza epidemics and prepare for the next influenza pandemic. WHO, 13/01/2011.*

Актуальность проблемы - ОРЗ

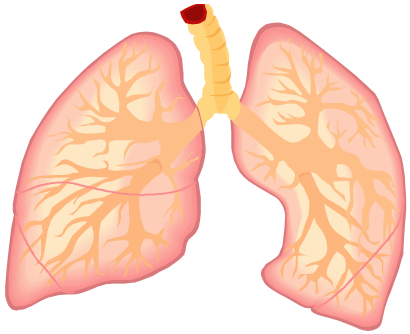
- Самая частая патология детского возраста

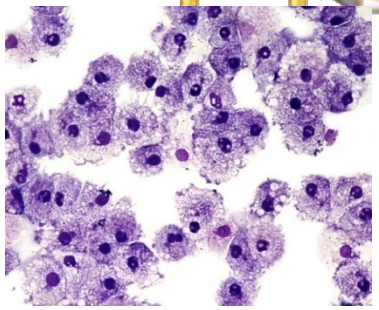
- Самая частая причина полипрагмазии
- Самая частая причина обращения за медицинской помощью, особенно в раннем возрасте **(в этот период частота заболеваемости ОРЗ в достигает в среднем 4-9 эпизодов в год)**
- Самая частая причина госпитализации - до 6 лет

  50% детей госпитализируются с осложненным течением ОРЗ

Самсыгина Г.А. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста. Москва. 2006 г. Стр. 71

Причины высокой подверженности ОРЗ у детей от 2 до 7 лет





- **Высокая степень социализации в этот период** (контакты детей расширяются в несколько десятков раз)
- **Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы** (строение тубарного аппарата, хоан, альвеол и бронхов, система сурфактанта, скорость мукоциалиарного клиренса)
- **Возрастные особенности иммунной системы:**

Bellanti JA (1997); Kilic SS. (2004); De Martino M, Ballotti S. (2007)

Особенности иммунной системы детей раннего и дошкольного возраста

- **Созревание противоинфекционного иммунитета (≈ к 1,5-3 г.), когда завершается переориентация иммунного ответа с превалирования Т-хелпер-2 пути ответа** (плоды, новорожденные, дети 1 года жизни)**, на Th-1 тип иммунного реагирования** (дети старшего возраста и взрослые)

- **Высокая пролиферативная активность лимфоцитов** с преобладанием фракции недифференцированных, «наивных» лимфоцитов

- **Биоценоз дыхательных путей** также находится в процессе становления, приближаясь к таковому у взрослых **к 5–8 годам**

- **Состояние лимфоэпителиальной глоточной системы,** функциональная активность которой достигает «пиков зрелости» к 3-5 годам (нёбные миндалины) и 5-7 годам (глоточная миндалина)

М.Р. Богомильский, В.Р. Чистякова (2001); Bousquet J, Fiocchi A. (2006)

ОРЗ

- **Остро заразные инфекционные заболевания дыхательных путей,** передающихся воздушно-капельным путем и проявляющиеся воспалением слизистых оболочек респираторного тракта и симптомами инфекционного токсикоза.

Выделяют:

1).**ОРЗ/ВДП - воспаление слизистых оболочек, расположенных выше голосовых связок** (ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, отит),

2).**ОРЗ/НДП - поражение дыхательного тракта ниже голосовых связок** (ларингит, трахеит, бронхит, пневмония).

Вирусы – 75-80%

Бактерии – 15-20%

Микст-инфекция – 30-35% (вирусно-вирусные, вирусно-бактериальные, вирусно-бактериально- грибковые ассоциации)

Этиология ОРЗ у детей: Вирусы

В.Ф. Учайкин и соавт., 2004

Этиология ОРЗ у детей: Бактерии

Str. Pneumoniae, Str. pyogenes
30-35%

H. Influenza типа b и Moraxella catarrhalis
30%

Бактерии:
15-23%
(у ЧБД – до 50%)

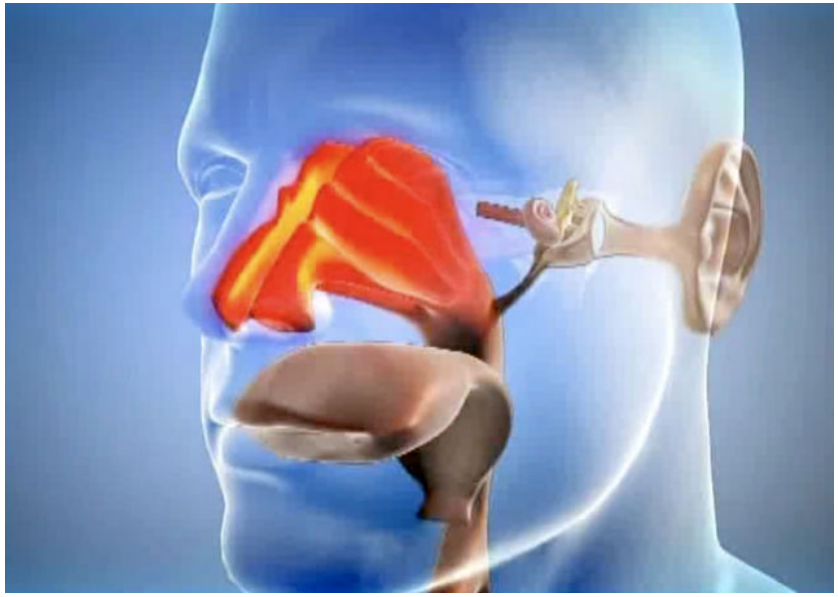
Staphylococcus spp.
20-25%

Грамотрицательные:
клебсиелла, энтерококки, цитробактер и др.

В.К. Таточенко и соавт., 2008

Наиболее частые заболевания В и НДП, заболевания Лор-органов у ЧБД (МКБ-10):

J00 Острый назофарингит
J01 Острый риносинусит
J03 Острый тонзиллит
J02 Острый фарингит
J04 Острый ларингит
J40 Острый бронхит
J18 Острая пневмония
J35.2 Гипертрофия аденоидов
J35.8 Гипертрофия миндалин с гипертрофией аденоидов
H65 и H66 Острый негнойный и гнойный средний отит
H68 Воспаление слуховой трубы



Самсыгина Г.А. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста. Москва. 2006 г. Стр. 71-

Статистика: на долю острых инфекций ВДП приходится свыше 70% всех заболеваний дыхательных путей у детей

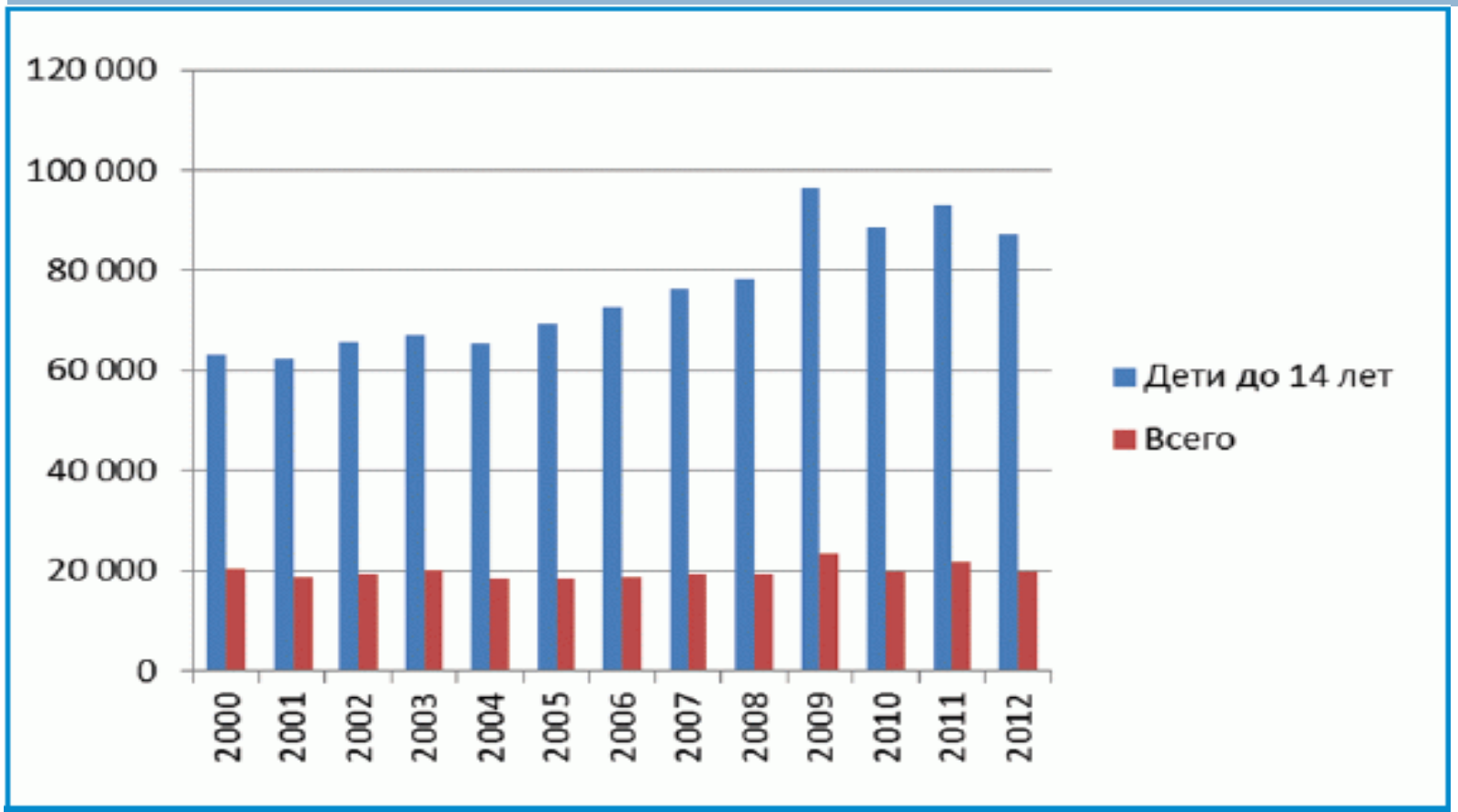


Рис. 1. **Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в РФ (на 100 000 населения)**

Лор-осложнения ОРВИ у детей

- Частые инфекции ВДП ухудшают качество жизни детей и их родителей, наносят ощутимый экономический ущерб

- Дети, часто болеющие ОРВИ, составляют группу риска по развитию хронической ЛОР-патологии

- Воспаление слизистой оболочки ВДП приводит к нарушению функции мерцательного эпителия, как следствие – к скоплению (застою) секрета, что в сочетании с обструкцией естественных соустий ОНП и нарушением функции слуховой трубы может приводить к развитию риносинусита и различных форм среднего отита

Эпидемиология воспалительных заболеваний ЛОР-органов

- **Каждый второй ребенок**, в возрасте до 5 лет, перенес острый средний отит
- **90% детей до 7 лет** имели по 1 эпизоду отита
- **Более 80%** обращаемости к педиатру –это острые воспалительные заболевания носоглотки, придаточных пазух носа и среднего уха и только 7% обращаются к Лор-врачу

- **Принципы лечения риносинусита** должны быть известны каждому врачу, особенно педиатру

Гнойные осложнения отита и синусита

местные осложнения

- Флегмона
- Абсцесс глазницы
- Реактивное воспаление мягких тканей лица, граничащих с пораженной пазухой
- Субпериостальный абсцесс фациальных костных стенок пазух.

общие осложнения

- тромбоз пещеристого синуса и сепсис
- вторичный гнойный менингит
- абсцесс мозга

Методические рекомендации проф. А.И. Крюков 2004

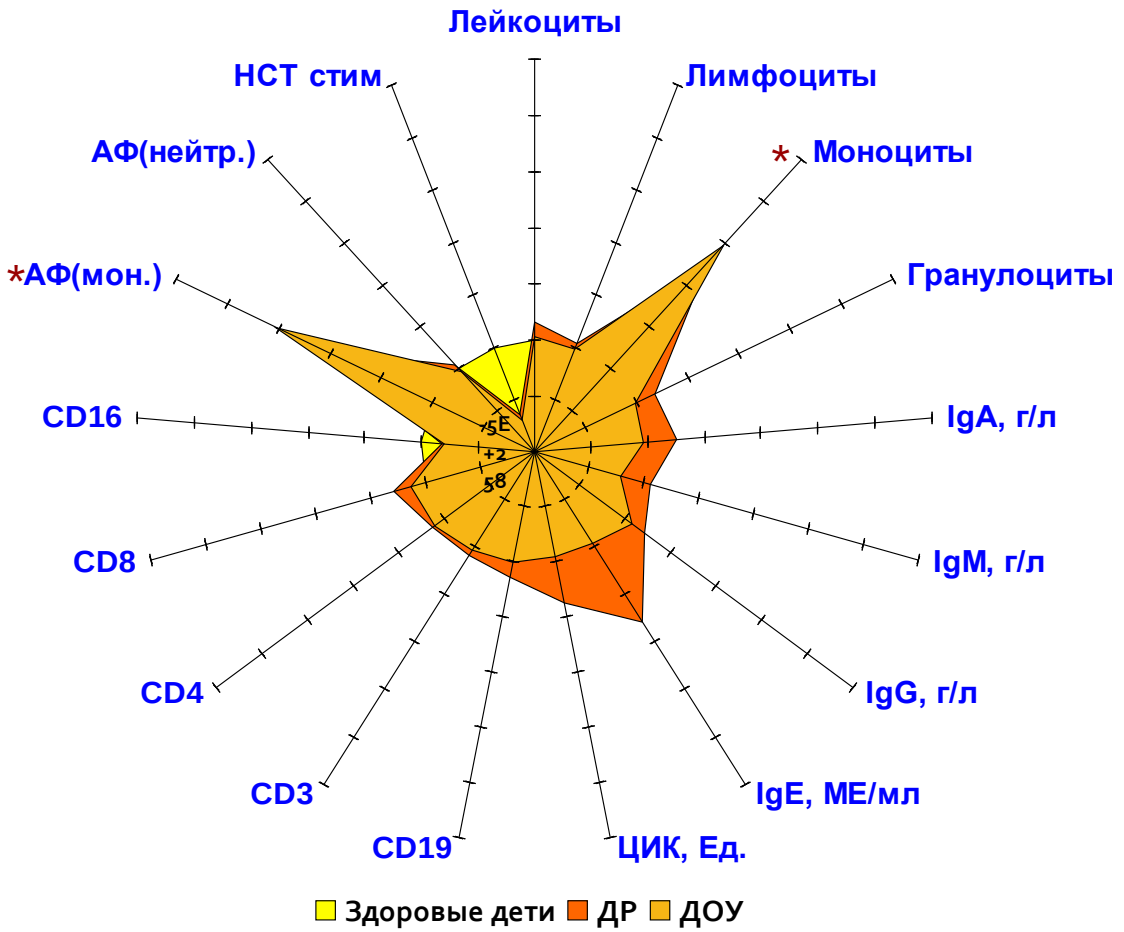
Особенности современных детей в крупном мегаполисе:

- У детей, проживающих в мегаполисе, гипертрофия лимфоидной ткани носоглотки разной степени, сводится к 100%,
- Патологическая (осложненная, требующая интенсивного лечения) гипертрофия носоглоточной миндалины (Аденоиды) - у 50-60 % детей, при этом в большинстве случаев необходимо хирургическое вмешательство
- Носительство одного и более внутриклеточного возбудителя, герпетических вирусов (ВЭБ, ЦМВ ГВ 6 типа) (ПЦР, ИФА) и/или бактериальной микрофлоры
- Для ЧБД, с рецидивирующими ОРЗ, характерны изменения в иммунном статусе

Гемоиммунограмма ЧБД в ДР (n=60) и ДОУ (n=115) г. Екатеринбург, 2009

r = - 0,62 (p < 0,01)
между значением НСТ ст. и уровнем ***носительства H. inf.***

- Направленность иммунного ответа по Th2-типу
- Высокий уровень моноцитов, их поглотительной активности
- Низкие показатели НСТ-теста

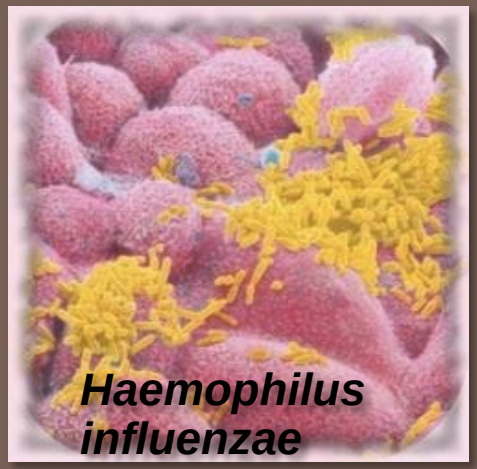


Кандид.диссерт. Будалина С.В. 2009

Исследование бактериальных посевов у ЧБД

- Streptococcus pneumoniae и Haemophilus influence в 60 % случаев
- Streptococcus pyogenes(5%)
- Staphylococcus aureus (5%)
- Moraxella Catarrhalis (15%)
- Стерильный посев

(вирусная этиология) (30%)



Результаты микробиологического исследования материала с задней стенки глотки у воспитанников ДР, часто болеющих ОРЗ, n=60 г.Екатеринбург , 2009

n =60

(+) n = 25 (36,7%)

H. Influenzae
21 (30,0%)

Отрицательный результат
n = 35 (63,3%)

H. Influenzae +
Str. pneumoniae
n = 4 (6,7%)

Кандид.диссерт. Будалина С.В. 2009 г

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МАТЕРИАЛА С ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОРЗ, ИЗ ДОУ, N=115

Отрицательный результат
n = 60 (52,2%)

n=115

Монофлора, n = 39 (33,9%)

Комбинация возбудителей, n = 16 (13,9%)

n = 22(19,1)
H. influenzae

n = 1(0,9)
Str. pneumoniae

n = 14(12,2)
S. aureus

n = 1(0,9)
P. aerugynosae

n = 1(0,9)
Str.pyogenes

n = 3(2,6)
H. influenzae, Str. pneumoniae

n = 7(6,1)
H. influenzae, S. aureus

n = 2(1,7)
Str. pneumoniae, S. aureus

n = 2(1,7)
S. aureus, Str. pyogenes

n = 1(0,9)
H. influenzae, M. cataralis

n = 1(0,9)
S. viridens, N. meningitidis

Кандид.диссерт. Будалина С.В. 2009 г

Отличительной особенностью респираторных заболеваний в настоящее время:

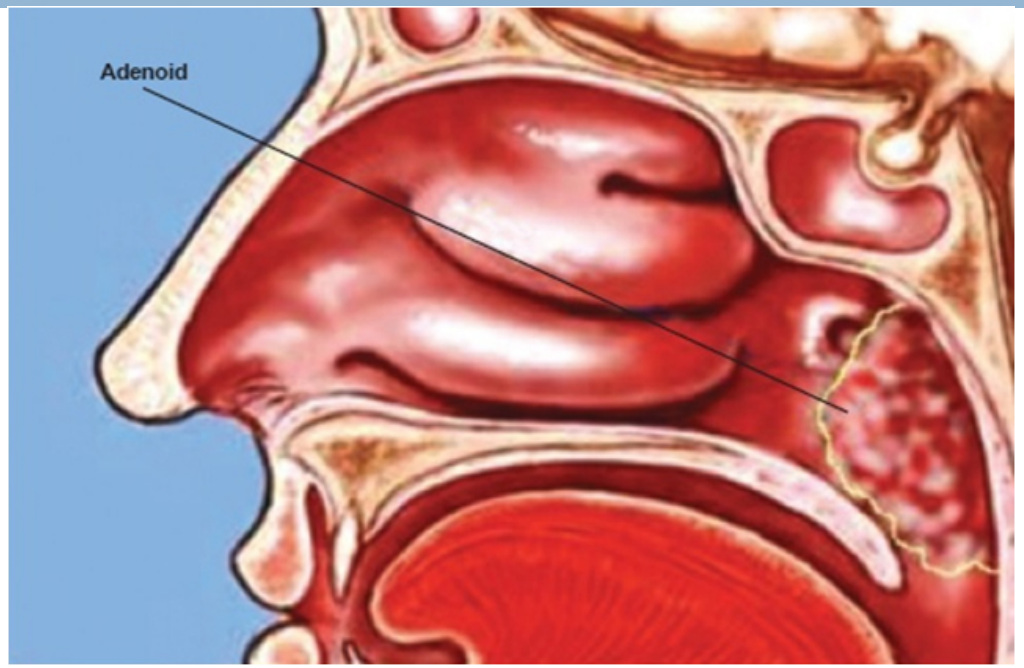
• Увеличение антибиотико-резистентных штаммов возбудителей

•Повышение роли условно-патогенной микробной флоры

• Повышение роли внутриклеточных персистирующих возбудителей

• Формирование хронического воспаления лимфоидной ткани носоглотки (Хронический аденоидит), характеризующееся непрерывно-рецидивирующим течением

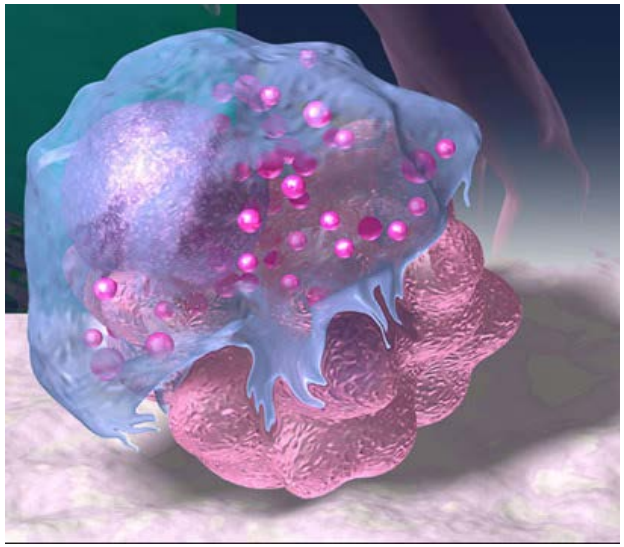
- **Аденоидит** – это воспалительный процесс в увеличенной глоточной миндалине, м.б. изолированным или сочетанным **с синуситом, тонзиллитом.**



В данном случае наблюдается порочный круг: в случае первичности острого синусита патологический секрет из ОНП транспортируется непосредственно в глотку, где ГМ отвечает адекватным воспалением на эту агрессию, с другой стороны - при первичности развития бактериального воспаления в ГМ создаются благоприятные условия для развития синусита вследствие блока носоглотки отечной лимфоидной тканью и ухудшения вентиляции ОНП.

Лимфаденоидное глоточное кольцо Пирогова-Вальдейра

- Это «КПП» микробов, которые попадают в организм с воздухом.
- Здесь вырабатываются **лимфоциты**, обезвреживающие попавших на этот фильтр микробов.



В состав лимфо-глоточного кольца входят :

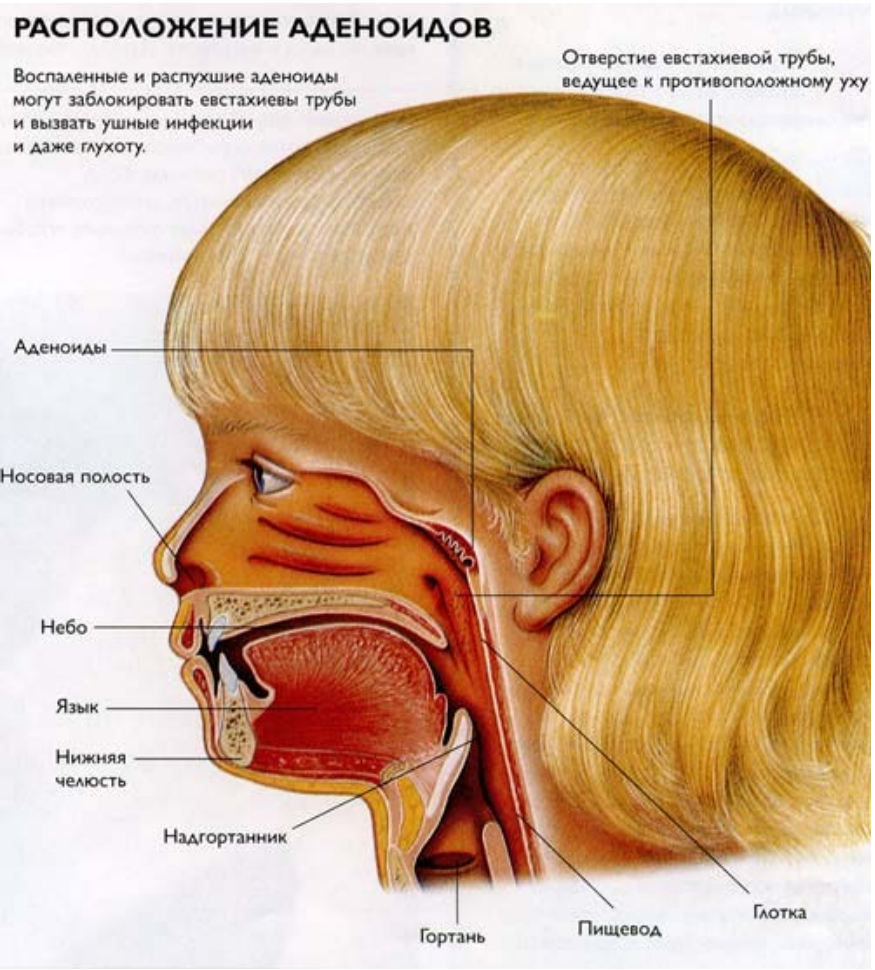
Небные миндалины (1 и 2-я) – tonsillae palatinae

Глоточная миндалина (3-я) - tonsilla pharyngea

Язычная миндалина(4-я) – tonsilla lingualis

Трубные миндалины (5 и 6-я) – tonsillae tubariae

Глоточная миндалина



•Формируется активнее других структур кольца, так как

• расположена ***в самом начале*** дыхательного тракта

• в месте первого контакта с антигенами из вдыхаемого воздуха.

max развитие в 2-6 лет

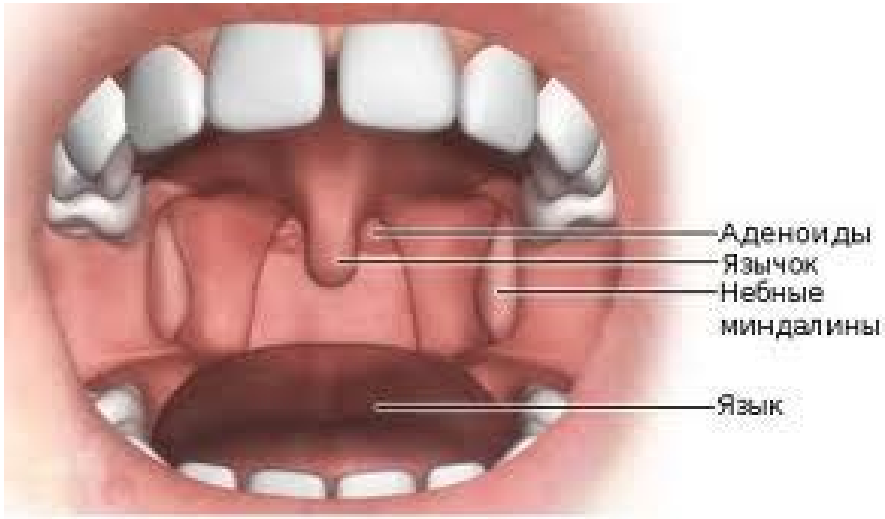
в период полового созревания – **инволюция**

встречается у 20% взрослых.

Увеличенные аденоиды

- Во время ОРЗ ВДП - аденоиды, увеличиваются, а потом возвращаются в нормальное состояние. Если ребенок болеет часто – аденоиды постоянно воспалены и, как следствие, сильнее разрастаются.
- **затрудняют носовое дыхание**
- **приводят к снижению защитной функции слизистой**

увеличение бактериальной обсемененности слизистой оболочки



Habitus adenoidicus

- **Полураскрытый рот, укороченная верхняя губа. Гнусавость. Снижение слуха, храп, обструктивные апноэ во сне**
- **Апатичное выражение лица. Сглаженная носогубная складка. Легкий экзофтальм**
- **Неправильное развитие зубочелюстной системы, готическое небо**
  - Отставание развития скелета
  - Нарушение поведения и когнитивных функций (концентрации внимания, памяти, способности к обучению)
  - Неспокойный сон, сонливость днем вследствие плохого сна ночью
  - Вегетативные расстройства - энурез
  - Головная боль
  - Боли или першение в горле

Показания к аденотомии у детей

- апноэ во сне
- снижение слуха
- хронический отит
- деформация лицевого скелета

У детей с АР после аденотомии нередки случаи дебюта бронхиальной астмы

Синусит (риносинусит)

- В структуре заболеваний ВДП у детей 28-30%
- У детей с заложенностью носа в анамнезе в 50% случаев диагностируются синуситы
- в 81% - после перенесенных респираторных вирусных инфекций
- в 100% - при наличии гнойного отделяемого из носа

European position paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2005 , 2012

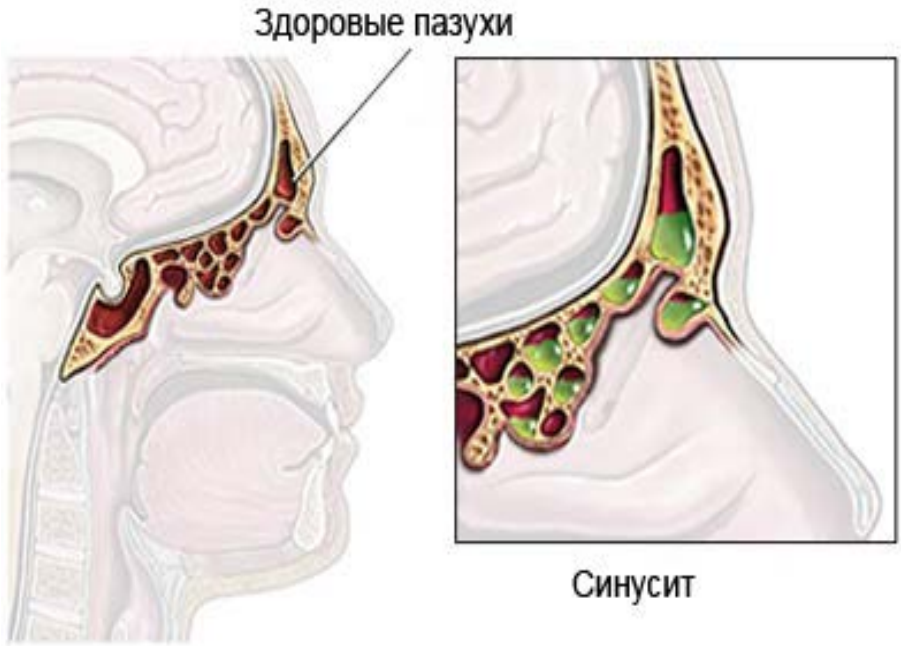
Риносинусит - заболевание слизистой оболочки в пределах узких и сложных анатомических структур

1. **Нарушению равновесия между продукцией секрета** в бокаловидных клетках и серозно-слизистых железах и **эвакуацией секрета** клетками мерцательного эпителия
2. Выработка **более густого**, чем в норме, **секрета**
3. **Снижение** эффективности **МЦТ**
4. **Воспалительный отек ОНП** с присоединением **микробной флоры** и ее колонизации

"Без носа человек - черт знает что: птица не птица, гражданин не гражданин; просто возьми да и вышвырни за окошко!»

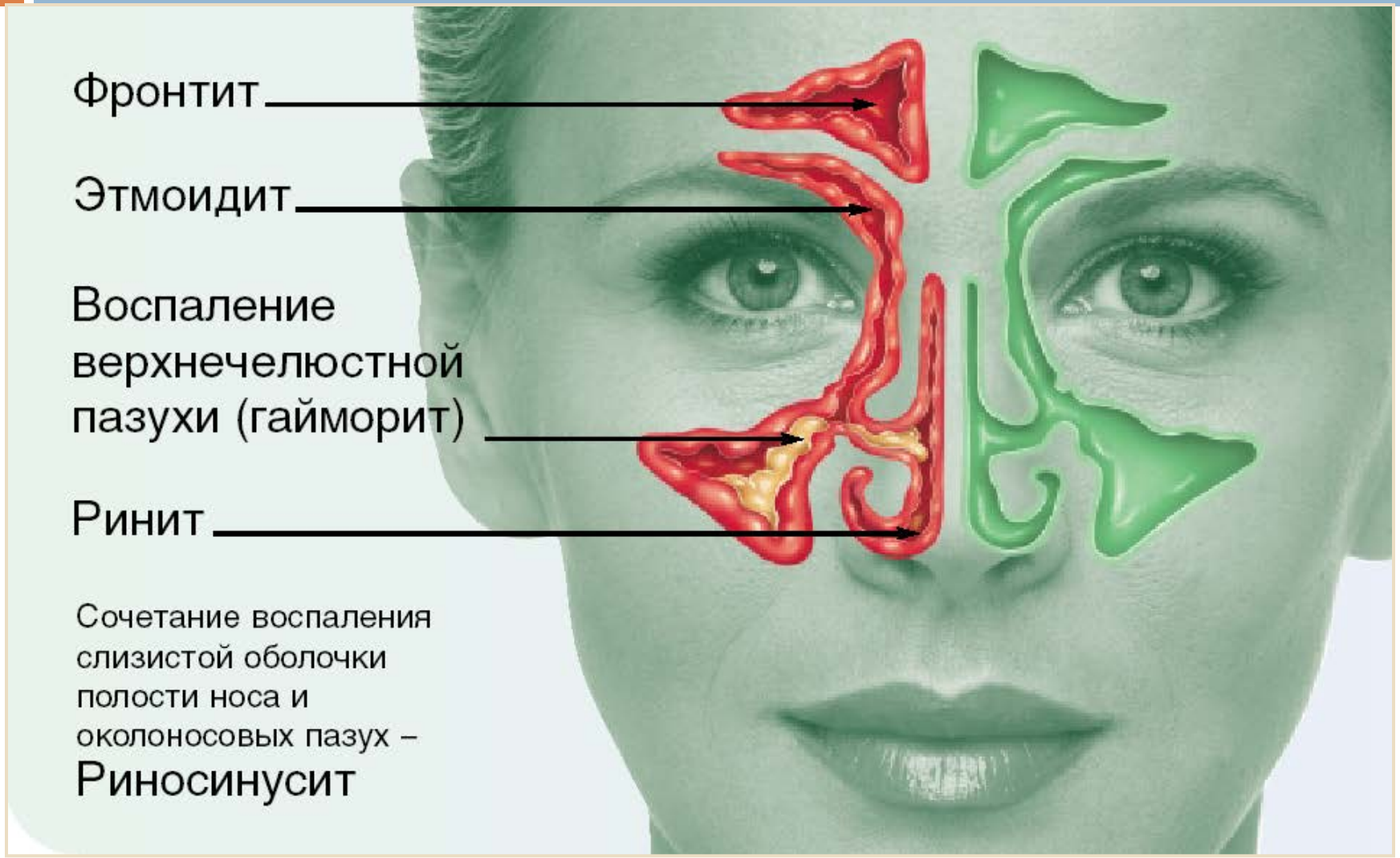
Н.В. Гоголь, повесть «Нос»

Острый риносинусит (этмоидит).



При сильном отеке в полости носа и слуховой трубе выход слизи из барабанной полости затруднена, вследствие чего развивается воспаление в среднем ухе

Классификация по анатомической локализации процесса



Классификация риносинусита – на основании длительности симптомов

- **Острый** – длительность симптомов менее 3-х мес с полным исчезновением симптомов
- **Рецидивирующий** – 2-4 случая о.синусита в год
- **Хронический** – длительность симптомов более 3 месяцев

Классификация риносинусита – по этиологии

- **экзогенные факторы:**

  вирусы,

  бактерии,

  аллергены

- **эндогенные факторы:**

  (например, одонтогенный)

ОРВИ- наиболее частая причина

Вирусы: риновирусы (50%), парагриппа, RS, коронавирусы, энтеровирус и др.

Простуда

Острый катаральный ринит

Насморк

ВИРУСНЫЙ РИНОСИНУСИТ

90% всех больных ОРВИ имеют признаки синусита при КТ

Длительность более 7-10 дней

Сохранение/утяжеление симптомов

Евстахеит

Воспаление слуховой трубы

Бактериальная суперинфекция

Только у 0,5-2,0% всех ОРВИ

Острый бактериальный синусит

пневмококк, синегнойная палочка, моракселла и др.

Рецидивирующие и хронические формы

Острый средний отит

Экссудат в 50%

Особенно актуально у детей

Рецидивирующие и хронические формы

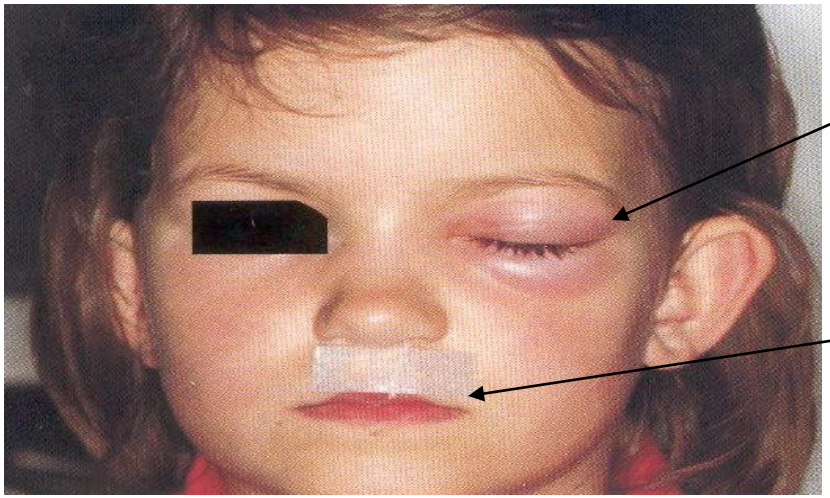
Бактериальный риносинусит у детей

- Быстрое распространение и генерализация процесса в связи с выраженным отёком
- Частые орбитальные осложнения, сепсис, остеомиелит верхней челюсти
- Отчётливая связь с частыми ОРВИ, аденоидами, персистирующей инфекцией (HHV-6, CMV, VEB, хламидиоз и т.д.)

Острый фронтит

Субпериостальный абсцесс в области передней стенки лобной пазухи

Острый гаймороэтмоидит слева



отёк век слева

дренажная трубка в полости носа

ЛОР-клиника педиатрического факультета РНИМУ

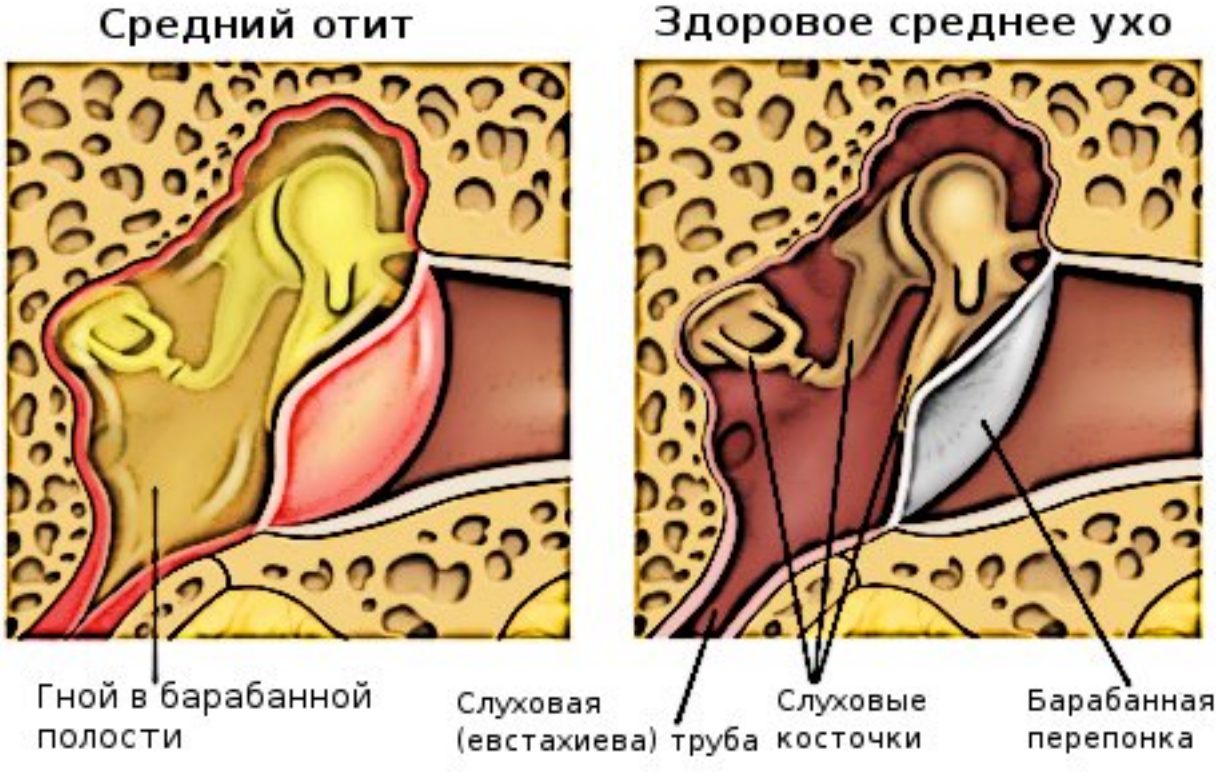
Принципы лечения риносинусита

- Эрадикация возбудителя
- Восстановление нормальной аэрации ОНП
- Восстановление МЦК
- Предотвращение развития возможных осложнений
- Предотвращение перехода в хроническую форму

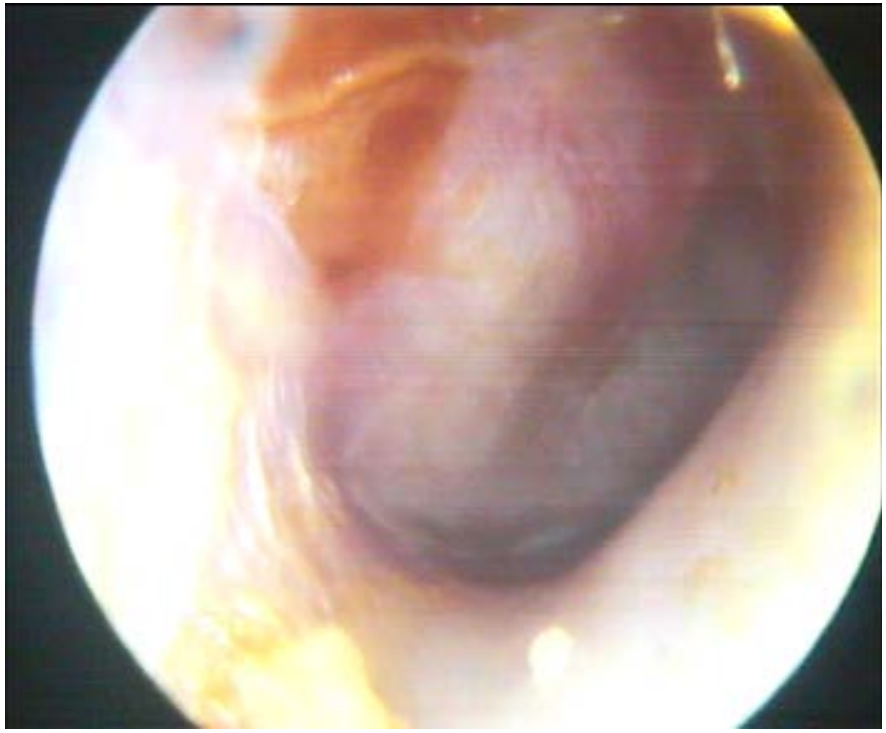
European position paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2005 , 2012

Казюкова Т.В., Панкратов И.В., Самсыгина Г.А., Алеев А.С., Дудина Т.А. возможности семейной профилактики гриппа и острых респираторных вирусных инфекций. Педиатрия им. Сперанского. 2010; 6: 117-122

«Острый средний отит»



Острый средний отит



Острый средний отит у детей – осложнение острого риносинусита или аденоидита в 98% случаев

Симптомы острого среднего отита (ОСО) у детей

- В большинстве случаев неспецифичны:
- Только 68%* детей в возрасте до 2 лет

с ОСО имеют характерные “ушные” симптомы

- Лихорадка, боль в ухе и сильный крик отмечаются у 90%* детей с ОСО **и у 72%*** детей с другими острыми заболеваниями
- Многие симптомы, которые считают характерными для ОСО (лихорадка, кашель, плохой аппетит, диарея, рвота) встречаются и при других острых заболеваниях
- Длительность любого симптома при ОСО не отличается от таковых при других острых заболеваниях

*M. Niemela e.a. Pediatr Infect Dis J, 1994; 13: 765-8

Тонзиллофарингиты

Бактериальный тонзиллит

Вирусный тонзиллофарингит

Тонзиллит острый (J03)

- Воспаление небных миндалин при наличии более или менее выраженных воспалительных изменений слизистой ротоглотки.

- Воспаление ротоглотки без преимущественного поражения миндалин обозначают как «фарингит».

Этиология острого тонзиллита

- Вирусные инфекции (аденовирус, VEB) – дети раннего возраста
- Бактерии – БГСА, иногда стрептококки групп G и C чаще вызывают тонзиллит у детей после 5 лет
- Редкие возбудители- Neisseria gonorrhoeae, анаэробы, Franciscella tularensis, микоплазмы и хламидии.

Ангины небных миндалин

Одно из проявлений ОРВИ.

Вирусы способствуют активизации бактериальной инфекции, которая, получая условия для своей жизнедеятельности, вызывает острое заболевание небных миндалин.

Совместное существование бактериальной и вирусной инфекции определяет тяжесть и исход заболевания.

Стандартный алгоритм действия при острых инфекциях ВДП и воспалительных заболеваниях Лор-органов

Противовирусные препараты

Антибактериальная препараты – по показаниям

Ирригационная и аспирационная терапия (полоскание горла, промывание носа и носоглотки физиологическими и солевыми растворами, аспирация экссудата).

Комбинированные препараты местного действия (ушные капли) (отит)

Топические деконгестанты (Устранение отека слизистой оболочки полости носа, зоны евстахиевой трубы и соустий пазух)

Муколитики (Снижение вязкости секрета и повышение его кинетических – свойств)

Иммуномодуляторы- по показаниям

Показания для назначения АБ

- Длительная, более 3-х дней, фебрильная лихорадка
- Выраженная интоксикация
- Появление гнойных налетов и гнойного или слизисто-гнойного отделяемого
- При отсутствии гипертермии и выраженной интоксикации – **затяжной характер респираторной инфекции** (более 2-х недель).
- Тяжелая сопутствующая патология (эндокринные заболевания, заболевания почек, крови и т.д.
- Дети с ОСО: до 2-х лет

  выраженный болевой синдром, длительная лихорадка

  отсутствие положительной динамики > 24 часов

ПРИЧИНЫ РОСТА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В РОССИИ

1. Нерациональная тактика антибактериальной терапии

- неправильный выбор антибиотика
- применение недостаточным курсом

2. Широкое применение нерациональных комбинаций, неоправданно частое использование парентерального пути введения, ошибки в режимах дозирования антибиотиков

3. Частое необоснованное назначение антибиотиков

4. Безрецептурная продажа антибиотиков

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ПМС

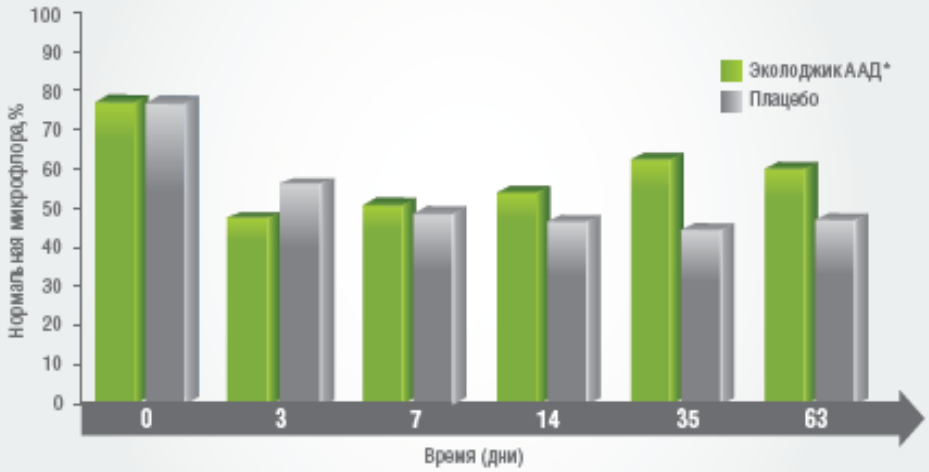
Препараты первого выбора: Аминопенициллины	- ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ): - АМОКСИЦИЛЛИН - АМОКСИЦИЛЛИН-КЛАВУЛАНАТ
Цефалоспорины I Цефалоспорины II Цефалоспорины III	- ЦЕФАЗОЛИН - ЦЕФУРОКСИМ - ЦЕФОТАКСИМ - ЦЕФТРИАКСОН - ЦЕФИКСИМ
Макролиды	- СТАРТОВЫМ ПРЕПАРАТОМ МОГУТ БЫТЬ ПРИ ОРЗ, ВЫЗВАННЫХ АТИПИЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ, МИКОПЛАЗМОЙ И ХЛАМИДИЯМИ; - ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ АМОКСИЦИЛЛИНОВ; - ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕПАРАТОВ 1- и 2-го ВЫБОРА В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 3-6 МЕС.

РиоФлора Баланс Нео – современный пробиотик направленного действия. При приеме антибиотиков!

Пробиотический комплекс

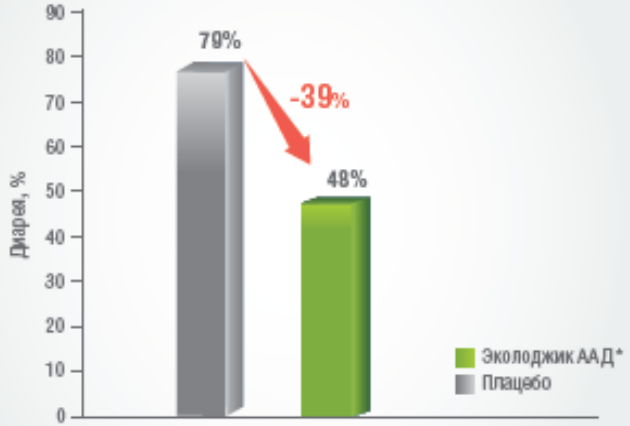
Takeda

РиоФлора Баланс Нео восстанавливает нарушенную приемом антибиотиков микрофлору кишечника



Минимальный курс приема – 10 дней!

РиоФлора Баланс Нео снижает риск развития ААД[1]



Результаты двойного слепого плацебоконтролируемого исследования на здоровых добровольцах, получавших амоксициллин

*РФ продукт зарегистрирован под торговым наименованием РиоФлора Баланс Нео.

1. Koning C.J.M. et al. The Effect of a Multispecies Probiotic on the Intestinal Microbiota and Bowel Movements in Healthy Volunteers Taking the Antibiotic Amoxycillin. Am J Gastroenterol. 2008;103:178-189.

РиоФлора Баланс Нео

Благодаря чему РиоФлора может справиться с антибиотикоассоциированными повреждениями биоты за 10 дней?

Благодаря технологии повышения эффективности пробиотика - ProbioAct

Пробиотический комплекс
РиоФлора

Технология ProbioAct обеспечивает:

высокую выживаемость бактерий
в агрессивной среде ЖКТ

высокую метаболическую
активность бактерий

- Может храниться **без** холодильника!
- Можно принимать в капсуле или порошке

* Представленное изображение отличается от действительного внешнего вида капсул, которые не имеют надписи «РиоФлора».

Takeda

ProBioAct включает **различные группы ингредиентов, служащие для питания и защиты пробиотических бактерий в пробиотическом продукте**

ProBioAct: Бактерии:

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

ДОСТАТОЧНО 10 ДНЕЙ!

Поддержка и питание

Синергичное направленное действие

Можно ли уберечься от ОРЗ?

Неспецифическая профилактика респираторной заболеваемости

- **Лечебно-охранительный режим**, диета, питание, закаливание

- **Лечебная физкультура,** направленная на выработку правильного дыхания, тренировку глубокого дыхания

- **Спортивные упражнения и игры с максимальным пребыванием на свежем воздухе:** волейбол, плавание, лыжи;

- **Массаж:** сегментарный и классический массаж грудной клетки с элементами поглаживания, растирания, разминания и вибрации;

- **Физиотерапия с применением природных** (климатотерапия, гелиотерапия, аэротерапия, бальнеотерапия, спелеотерапия, талассотерапия, грязелечение) **и преформированных факторов** (ингаляционная небулайзерная терапия);

- **Галотерапия** – ингаляции NaCl в режиме спелеотерапии;

- **Теплолечение, свето-, магнито-, лазеротерапия, электролечение и др.**

Медикаментозная профилактика

Минимальные вмешательства*)

- **Витаминотерапия** (монопрепараты, поливитамины, витаминно-минеральные комплексы)

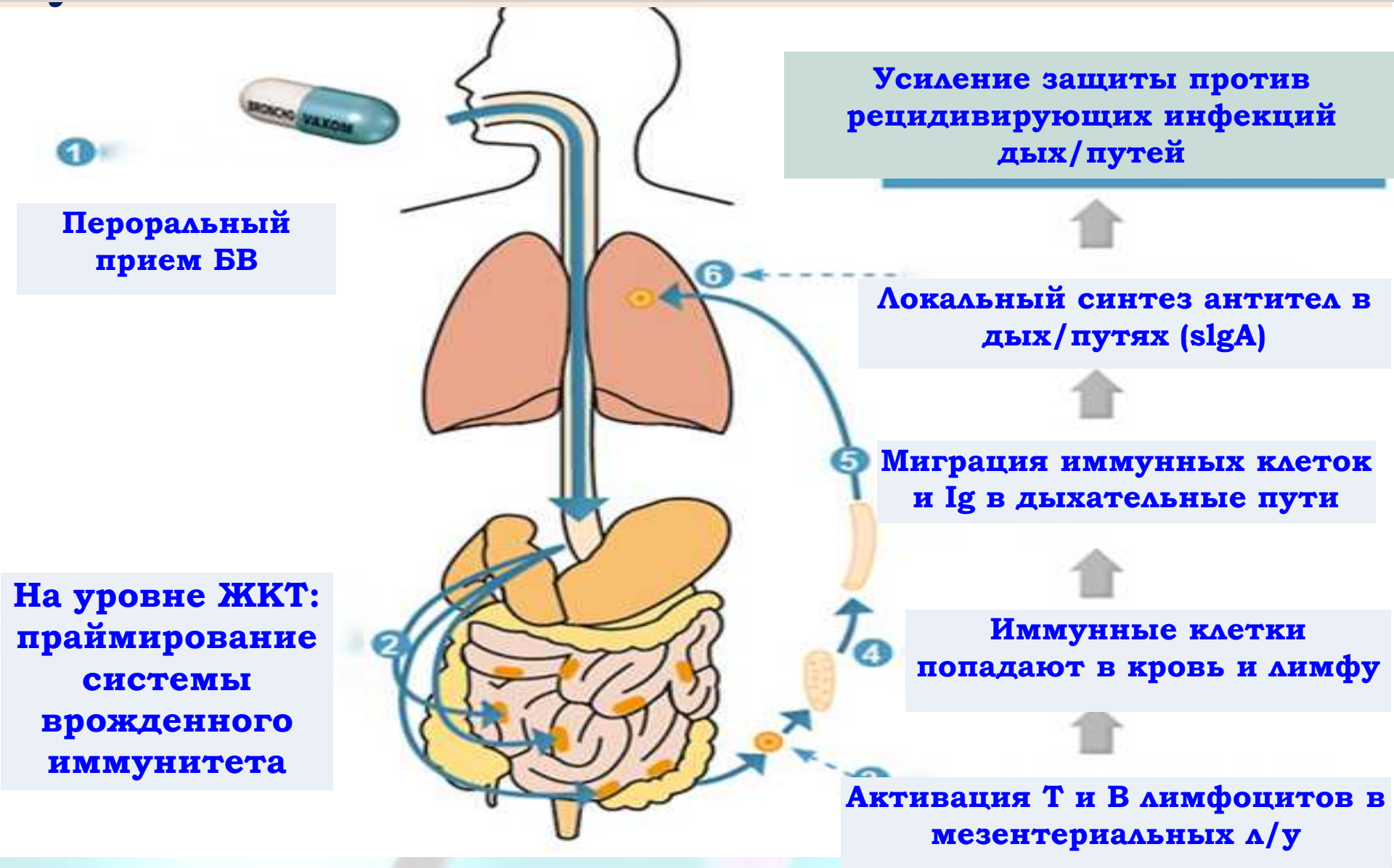
- **Фитопрепараты: растительные адаптогены** (аралия, женьшень, элеутерококк, эхинацея и др.) – назначаются **только врачом**

- **Иммунокорригирующая терапия – только в случаях лабораторно подтвержденного ИДС:**
  - ***«естественные» иммуностимуляторы*** (вакцины, эндотоксины)
  - ***синтетические иммуномодуляторы***

*) Острые респираторные заболевания у детей: Научно-практическая программа Союза педиатров России, 2002; Pessey J, 2003; Bousquet J, 2006; Намазова Л.С., 2008; Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин, 2010; Самсыгина Г.А., 2011; Заплатников А.Л., 2012

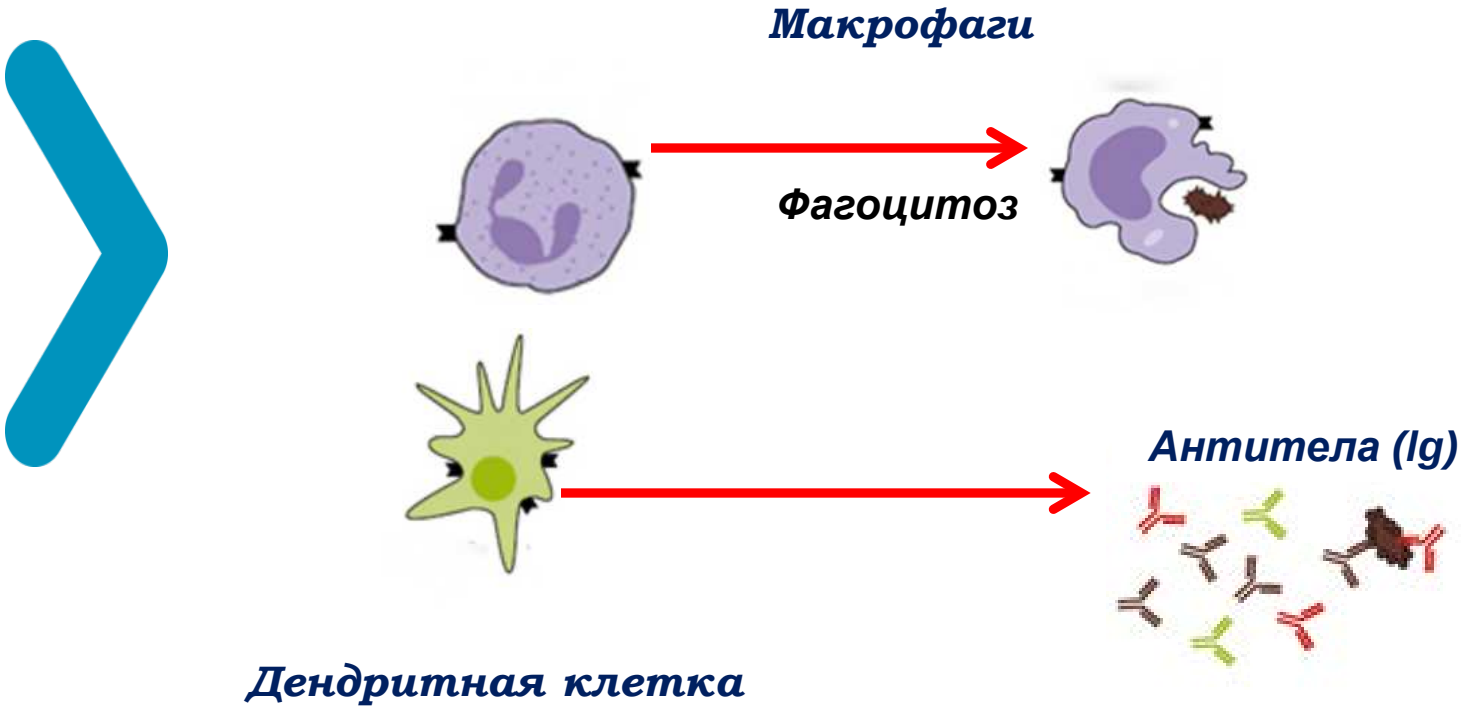
БРОНХО-ВАКСОМ: Механизм действия

Увеличивает эффективность защиты от респираторных инфекций



Механизм действия БРОНХО-ВАКСОМА: Макрофаги и дендритные клетки

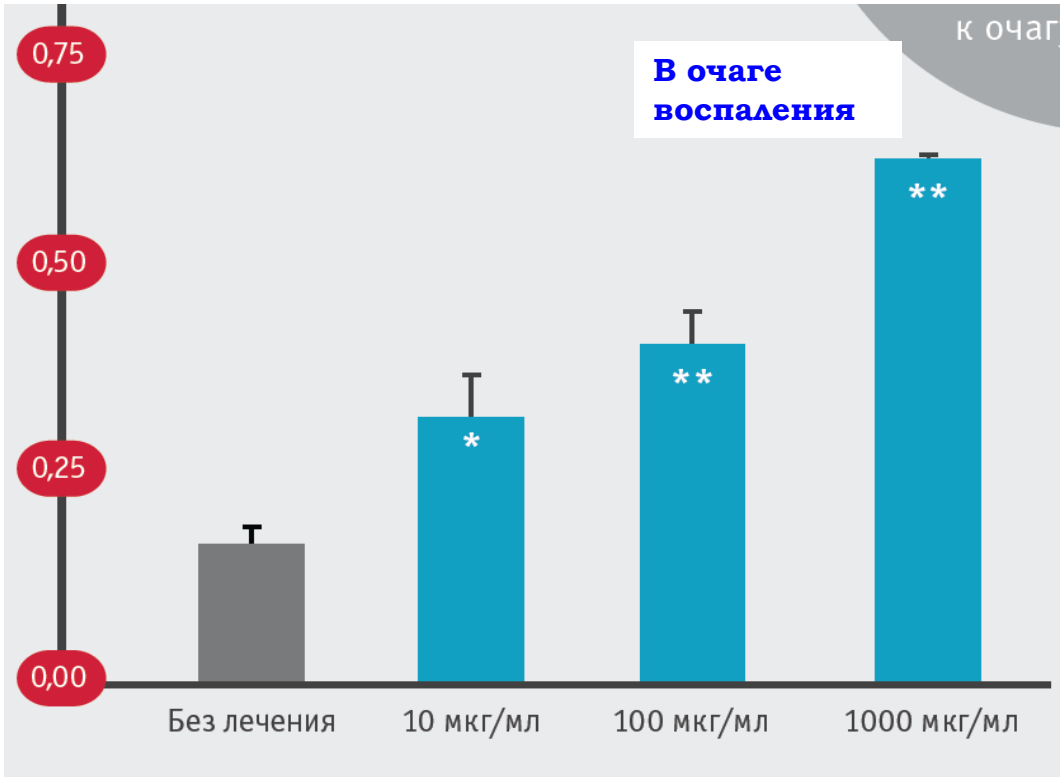
Прием капсулы →→ Усиление защиты против рецидивирующих инфекций дых/путей



Emmerich et al. Lung, 1990; WHO, 2010

Иммуномодулирующий эффект Бронхо-Ваксома: Дендритные клетки

Прием капсулы →→ Усиление защиты против рецидивирующих инфекций дых/путей



Без лечения
Бронхо-Ваксом®

*p<0,05
**p<0,005

Антитела (Ig)

Бронхо-Ваксом опосредованно через дендритные клетки индуцирует синтез специфических хемокинов, привлекающих эффекторные клетки (нейтрофилы и макрофаги) в очаг инфекции

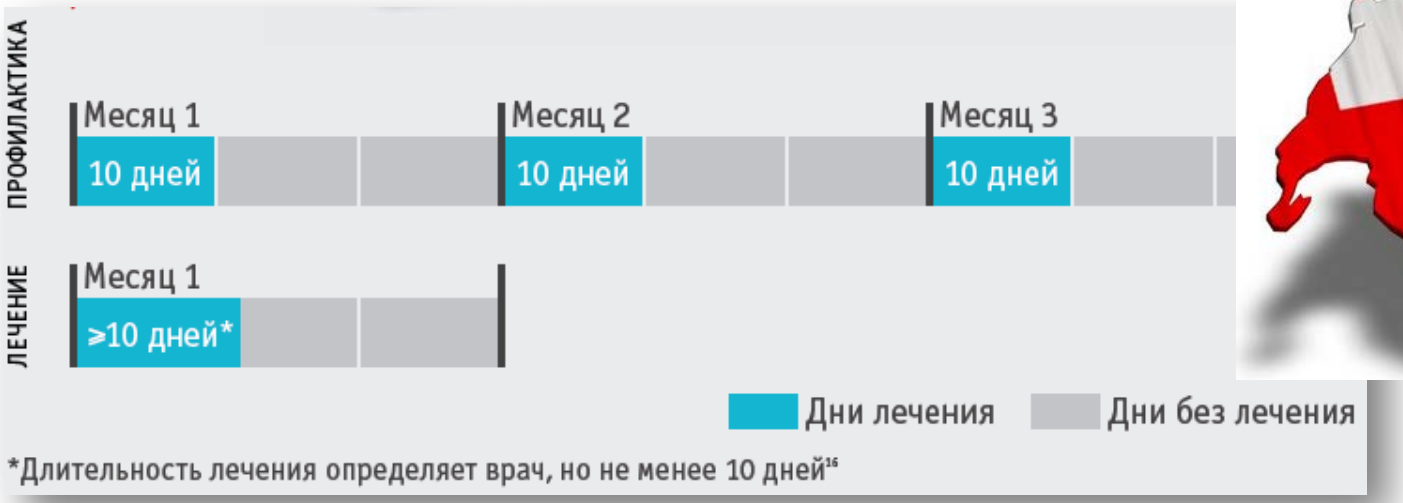
Bosisio D, et al. Eur Respir J. 2011; 38: Suppl. 55, 701.

Бронхо-Ваксом.

Показания: Частые респираторные заболевания ВДП, рецидивирующие заболевания ЛОР-органов: риносинуситы, отиты, тонзиллиты; пневмония, бронхиальная астма

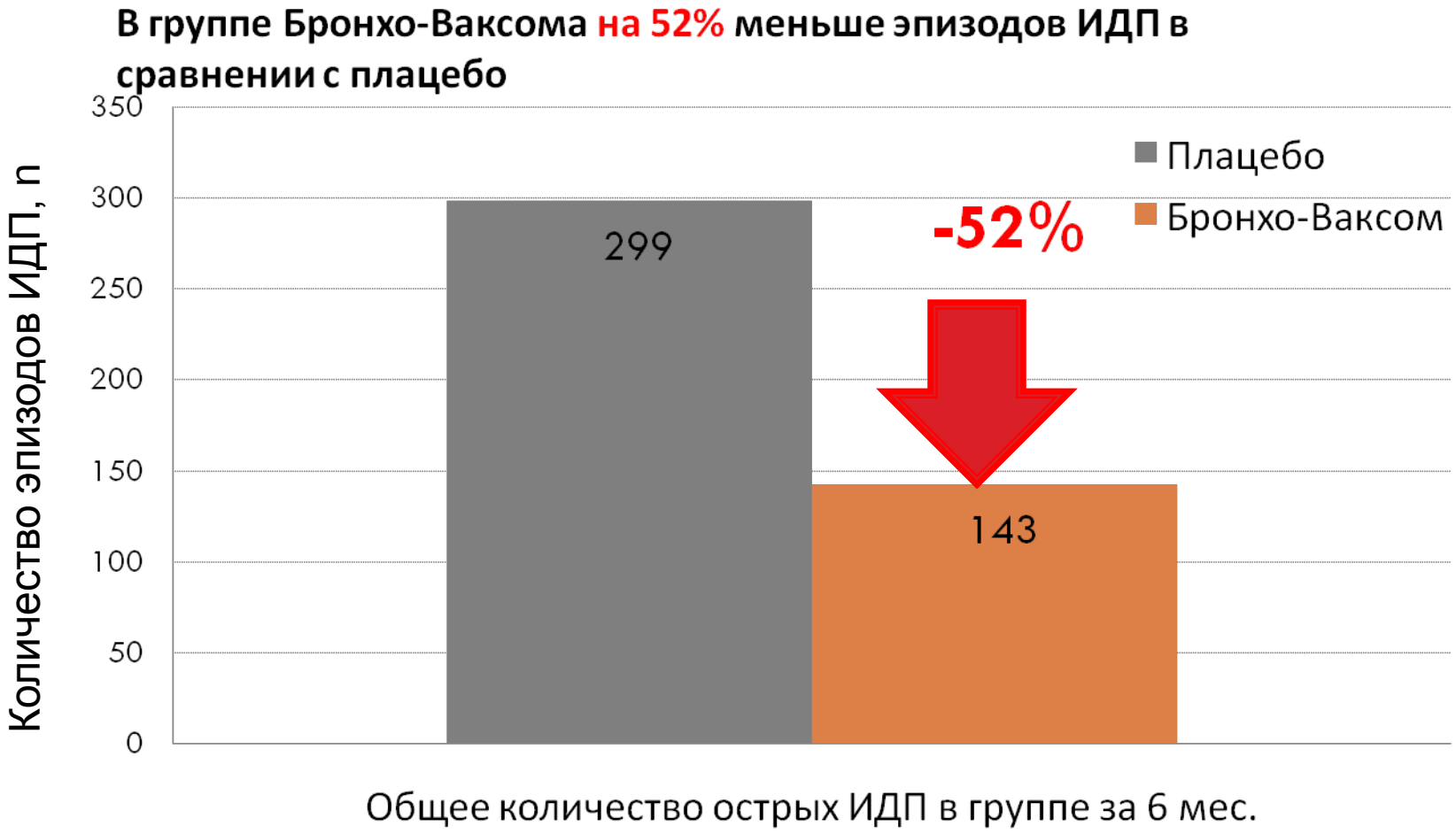
ПРОФИЛАКТИКА:
1 капсула в день х 10 дней,
курс 3 цикла,
интервал между циклами 20 дней

ЛЕЧЕНИЕ:
1 капсула в день ≥ 10 дней



60 млн. пациентов во всем мире используют Бронхо-Ваксом

Эффективность применения Бронхо-Ваксома у детей острыми инфекциями респираторного тракта и Лор-органов



ИДП – инфекции дыхательных путей

Jaime V Jara-Perez et al., *Clinical Therapeutics*, 2000

При приеме Бронхо-Ваксома **на 68% меньше** случаев отита по сравнению с плацебо

Jaime V Jara-Perez et al., *Clinical Therapeutics*, 2000

Эффективность применения Бронхо-Ваксома у детей

- **Бронхо–Ваксом назначали для профилактики ИВДП у детей**, посещающих дошкольные и школьные учреждения, детям из групп риска (часто болеющие), детям с иммунодефицитными состояниями.
- **Повторный курс препарата проводили через 6 месяцев от начала лечения**
- Препарат оказывал профилактическое действие.
- **Эффект Бронхо–Ваксома проявлялся:**
  - в снижении частоты и длительности инфекций верхних дыхательных путей
  - в двукратном снижении числа обострений хронических заболеваний ЛОР–органов
  - уменьшении частоты и тяжести инфекций
  - Уменьшение потребности в назначении антибиотиков

Кубылинская И.А. Фармакотерапия: Применение БронхоВаксома в профилактике и лечении острых и хронических заболеваний ЛОРорганов у детей. Конспект, 2006, № 15 (420).

Спасибо за внимание