2. В 94% случаев методом ПЦР был выделен вирус гриппа А.
3. Грипп у больных чаще принимал среднетяжелое течение (86%).
4. Беременные женщины с гриппом составили 43% больных. В 98% случаев пациентки перенесли грипп в среднетяжелой форме.
5. Осложнения гриппа наблюдались у 17% больных. Из них 2 пациента (4%) были переведены в ОРИТ.

1. Методические рекомендации. Диагностика и лечение гриппа у взрослых пациентов в эпидемический сезон 2016-2017 гг. МЗ РФ. 2016 г.
2. Карпова Л.С., Бурцева Е.И., Соминина А.А. Заболеваемость гриппом и ОРВИ и летальность от гриппа в период 2009-2016 гг. в городах Российской Федерации по материалам 2-х Национальных Центров ВОЗ. ФГБУ «НИИ гриппа» Минздрава России. 2016 г.
3. Грипп у взрослых: методические рекомендации по диагностике, лечению, специфической и неспецифической профилактике / под редакцией академика, профессора А.Г. Чучалина, главного внештатного инфекциониста СЗФО проф. Т.В. Сологуб. – Санкт-Петербург: Издательско-полиграфический комплекс «НП-Принт». 2014 г.
4. Хохлова Н.И., Краснова Е. И., Ульянова А.С. и др. Грипп у взрослых в эпидемическом сезоне 2016 года и возможности противовирусной терапии // Лечащий врач. №12. 2016 г.

Левкова Е.А., Савин С.З.

Педиатрические аспекты иммунореабилитации

*Российский университет дружбы народов
(Россия, Москва)*

*Тихоокеанский государственный университет
(Россия, Хабаровск)*

doi:10.18411/lj-31-03-2018-30

idsp: 000001:lj-31-03-2018-30

Аннотация

В статье представлен лонгитюдный проект наблюдения за детьми различных возрастных групп с функциональной иммунодефицитной болезнью. Продемонстрирован опыт назначения комбинированных видов лечения в виде четырехэтапной системы иммунореабилитации.

Ключевые слова: Иммунотерапия, дети, иммунодефицитная болезнь, этапы иммунореабилитации.

Актуальность проблемы определяется с одной стороны всевозрастающей ролью иммунологии – фундаментальной общебиологической науки, в понимание генеза заболеваний, а с другой стороны – непозволительно широким использованием препаратов, обладающих влиянием на параметры иммунного ответа. Такие виды терапии имеют и многообразные обозначения от иммуномодулирующей до иммуноориентированной. Особую остроту проблема иммунореабилитации приобретает в педиатрии, когда процессы становления иммунного гомеостаза не закончены [1,2,3].

Целью проведенного исследования было представить обобщенный многолетний опыт применения методов иммунореабилитации у детей, различных возрастных групп.

Материалы и методы. Дизайн исследования охватывал временной интервал с 1996 года по 2016 год. Количество детей, получивших иммунореабилитационную терапию (все 4 этапа), составило 12 тыс., чел. Возрастное распределение было представлено в диапазоне 7,03+_4,18 лет. Все дети имели доминирующий иммунопатологический синдром – иммуносупрессорный или иммунодефицитный с

клиническими проявлениями разнообразной инфекционной патологии. Нарушения иммунологической толерантности по периферическому типу (IV типу) имели 4200 чел (35%).

Результаты собственных исследований. Лонгитюдное исследование включало в себя различные аспекты интерпретации основных патонозологических синдромом и причин, их запускающих. В своих работах авторы неоднократно приводили разъяснения и доказательства собственных позиций в области клинической иммунологии. Основные положения в аспектах трактовки иммунодефицитных болезней, предложенной Новиковым Д.К., (2009), инфекционной индукции в генезе данной патологии [4, 6] и иммунореабилитационные, базирующие на исследованиях Р.И. Сепиашвили [5](2000 - 2017) изложены в научных трудах авторов [1,2,3].

Цель первого этапа. Снижение антигенной нагрузки на иммунную систему ребенка.

I. Основные элементы первого этапа:

- элиминационная терапия (гипоаллергенная диета и быт)
- сорбенты
- кишечные и топические иммунокорректоры
- туалет носа
- сезонная профилактика респираторных заболеваний (терапия по требованию)
- препараты системной иммунотерапии.

Особое внимание на первом этапе необходимо обращать на информационное обеспечение пациентов и их родителей.

Неспецифическая гипоаллергенная диета или диета по А.Д. Адо — не исключает те или иные продукты (для исключения необходимо наличие доказанного причинно-значимого аллергена), а ограничивает питание по четырем направлениям.

1. Ограничение традиционных «ярких» продуктов — желтых, оранжевых, красных
2. Ограничение до исключения — курицы (производных от нее) и рыбы;
3. Ограничение кондитерских изделий (в том числе шоколада);
4. Ограничение Е — содержащих продуктов (продуктов, содержащих красители, стабилизаторы, эмульгаторы и т. д.).

В рекомендациях по оздоровлению быта обязательно должно быть озвучено ограничение по приему фито- и аромопрепаратов, контактов с животными и бытовыми химическими и косметическими веществами. Сделан акцент на ежедневных влажных уборках и необходимости поддержания влажности в помещении не выше 40-45%.

Системная иммунотерапия назначается в зависимости от доминирующей инфекционной флоры и сочетания инфекционного синдрома с нарушением процессов иммунологической толерантности:

- Препараты интерферонов (альфа, гамма) и его индукторов
- Бактериальные лизаты и их аналоги (мурамилдипептид)
- Гормональные препараты (гормоны тимуса)
- Препараты неспецифической иммунотерапии;
- Препараты пассивной иммунотерапии (иммуноглобулины общего и направленного действия);
- Адаптогены

Необходимо помнить, что целью первого этапа является уменьшение частоты инфекционной патологии и предотвращение бактериальных осложнений. В этой связи в процессе первого этапа необходимы контрольные исследования, включающие в себя оценку функционального состояния желудочно-кишечного тракта с выявлением косвенных признаков дисбиотических реакций (грибковая и/или паразитарная контаминация), микробиологические и цитологические (носовой секрет) исследования, общие (первичные) параметры иммунной системы (лейкоциты, лимфоциты, соотношение лимфоцитов и нейтрофилов):

Лабораторная составляющая первого этапа:

1. Общий анализ кала + кал на лямблиозный антиген;
2. Цитология носового секрета;
3. Микробиологические исследования мазков со слизистых ротоглотки и носа
4. ПЦР исследования мазков со слизистых ротоглотки (возможно слюны) и носа на инфекции семейства герпес — ВПГ 1,2 типы, ЦМВ, ВЭБ
5. Общий анализ крови.

Второй этап реабилитации – немедикаментозный и включает в себя физиореабилитационные методы лечения (магнитолазер на миндалины, УФО на слизистые оболочки носа и зева, магнитолазер на биологические активные точки, светолечение). Конечной целью второго этапа является достижение низкой частоты инфекционных заболеваний (согласно классификации Альбицкого и Баранова (1985)) и отсутствия бактериальных осложнений.

Третий этап – вакцинопрофилактика. Целью третьего этапа является первичная и/или вторичная профилактика инфекционных заболеваний и бактериальных осложнений.

Четвертый этап – этап санаторно-курортного лечения или использования элементов данного вида лечения. Основными составляющими данного вида реабилитации являются – кислородотерапия, ЛФК с элементами дыхательной гимнастики, массажи, аэроионотерапия, сплелеотерапия. Цель данного этапа изменить группу здоровья на вышестоящую — т. е., III А (хронические заболевания в стадии компенсации) на группу здоровья II А, а II Б и I группу здоровья.

Результаты применения указанной схемы, в виде четырехэтапной системы иммунореабилитации, у детей различных возрастных групп, привело в 91% случаев к выздоровлению (10920 чел), в 8% улучшению (760 чел) с уменьшением частоты инфекционной патологии и отсутствием осложнений, в 1,0% (320 чел) произошла стабилизация с уменьшением частоты инфекционной патологии и бактериальных осложнений.

Выводы. У часто и длительно болеющих детей, имеющих отягощенный антенатальный анамнез, наличие смешанного и/или искусственного вскармливания в терапии инфекционного синдрома при функциональной иммунодефицитной болезни обязательно должны использоваться методы иммунореабилитации, укладывающиеся в 4-х этапную схему лечения

1. Левкова Е.А., Гребеняк О.А., Савин С.З. Взаимосвязь между иммунными нарушениями при патологии беременности и изменениями в тимусе новорожденного //Медицинская иммунология, 2015. № 3, Т.2. - С 182- 183

2. Колесникова С.Н., Левкова Е.А. Иммуные механизмы формирования гестационных осложнений и патологии тимуса плода новорожденного ребенка // Якутский медицинский журнал №2 (46), 2014. - С. 87-90
3. Левкова Е.А., Савин С.З. Герпес-индуцированные иммунодефицитные болезни у детей (на примере 4 типа герпеса) // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5.
4. Лобзин Ю.В., Белозеров Е.С., Беляева Т.В., Волжанин В.М. Вирусные болезни человека. – СПб. : СпецЛит, 2015. – 400 с.
5. Сепиашвили Р.И. Иммунореабилитация, 2000. - 315 с
6. Хаитов Р.М. Вторичные иммунодефициты: клиника, диагностика, лечение // Иммунология. - 1999. - № 1. - С. 14-17.