

Имунопрофилактика на остри респираторни инфекции при често боледувашите деца

Доц. д-р Е. Генов, д-р И. Генева, д.м.н.

Катедра по педиатрия и медицинска генетика „Проф. Иван Андреев”, МУ – гр. Пловдив

Често боледувашите (ЧБ) от респираторни инфекции (РИ) деца, особено в малката и ранната детска възраст, е сериозен медицински проблем в педиатричната практика. При често боледувашите от РИ деца е важно да се уточнят факторите на риска и причините за повишената респираторна заболяемост.

Факторите могат да бъдат ендогенни и екзогенни. Към ендогенните фактори на риска могат да се отнесат фамилиалното предразположение към заболяване на респираторните органи, неблагоприятно перинатално развитие, възрастовите особености на имунитета, съпътстващи други заболявания и др. Сред екзогенните фактори на риска можем да отнесем ранното посещаване на детски заведения (ясли и детски градини), ниското ниво на семейната санитарна култура, лошите материално-битови условия, нерационалния режим на отглеждане и хранене, неблагоприятната екологична обстановка, стреса, полипрагмазията и др.

В случаите, когато при детето има няколко от отбелязаните по-горе неблагоприятни фактори, се наблюдава повишен риск от чести остри РИ, особено ако има условия за допълнително инфектиране (разширени контакти, здравния статус на старшите деца в семейството и т.н.). Без детайлизирането на провокиращите фактори и отстраняването им (или намаляване на вредното им въздействие), е много трудно да се достигне до ефективно оздравяване на тези деца.

Необходимо е да напомним, че в редица случаи рецидивиралите остри РИ възникват не само в резултат на възрастовите, преходни особености на имунитета и неблагоприятните фактори на риска, но и на някои пороци в развитието на бронхо-белодробната система и ЛОР органите, на имунодефицитни състояния, на мукоцилиарна недостатъчност и различни ферментопатии, на гастроэзофагеален рефлукс, на муковисцидоза и др. При подозрение за указаните и други патологични състояния, рядко протичащи с рецидивиралите РИ, необходимо е да се направи целенасочено изследване. В тези случаи, когато е възможно да се верифицира основното заболяване, предразполагащо към чести РИ, диагнозата, лечението и оздравителният процес се съобразяват на първо място с основното заболяване.

Следва да уточним, че ЧБ деца от остри респираторни инфекции не е нозологична категория и не е диагноза, а група за диспансерно наблюдение, която възниква в резултат на транзиторни, коригиреми отклонения в защитните системи и механизми на организма, които трябва да се имат предвид на първо място при диагнозата и лечението на тези деца.

Както изтъкнахме по-горе, от остри РИ по-често боледуват децата, посещаващи детски заведения (ясли и детски градини) и децата от предучилищна възраст. По различни проучвания повече от две трети (около 35%) от всички случаи на ОРИ в предучилищната възраст се дължат на децата, посещаващи детски ясли[1]. Вероятно високото ниво на заболяемостта от РИ у децата от малката възраст е обусловено от цял ред причини, сред които най-голямо място заемат възрастовите особености на имунитета и психоемоционалния стрес в началото на посещенията на детското заведение (т.нар. ранна социализация). В полза на този факт говори обстоятелството, че по-голямата честота на ОРИ се среща през първата година от пребиваването в детския колектив. По-късно децата се адаптират, техният имунитет съзрява и честотата на ОРИ значително намалява. Въпреки това около 20% от тези деца продължават да боледуват по-често от РИ. При тези деца често се наблюдава снижаване на показателите на физическото и нервно-психичното развитие, както и на нарушаване способността за социална адаптация.

Във връзка с всички казано досега, в педиатричната практика се отделя особено внимание на въпросите на профилактиката на РИ и търсенето на нови, по-ефективни методи за оздравяването на тези деца. Доказано е, че максимално добър ефект при рехабилитацията на ЧБД може да бъде достигнат само при комплексен подход, в основата на който следва да залегнат: индивидуалният подбор на лечебно-оздравителните мероприятия с оглед на причините, водещи до повишена респираторна заболяемост, възрастта на детето, конституционалните му особености, наследствените предразположения, фоновите състояния и съпътстващата патология. Едно от основните направления за снижаване на заболяемостта от ОРИ при ЧБД се явява имунопрофилактиката. Сред методите за имунопрофилактика на ОРИ са имунизациите (против грип, антипневмококовата и хемофилус инфлуенце тип В), както и неспецифичната имунопрофилактика чрез използването на различни имуномодулатори. Доказано е, че най-добър ефект се получава от комбинирането на двата метода.

Имуномодулаторите са биологично активни субстанции, които специфично и/или неспецифично влияят върху имунната система. Наричат ги още „модификатори на имунната реакция”. Техните активни компоненти увеличават броя на имунокомпетентните клетки, подобряват хемотаксиса и фагоцитозата, увеличават активността на макрофагите, стимулират активността на интерфероните алфа, бета и гама.

Емпирично имуномодулацията, като форма на имуностимулация, е била известна още преди много години на древните народи, които са използвали различни природни растителни продукти за лечение на инфекциозни заболявания, рани и др. През 1928 г. в САЩ е регистрирана първата фитоимунокомбинация. Съвременната фармакология разкри и изучи активните биологично активни вещества (БАВ) в тези природни продукти, а

фармацевтичната индустрия ги предложи в подходяща фармацевтична форма за приложение в здравеопазването. Една част от тях са известни като хранителни добавки, но не малко се прилагат целенасочено като допълващо средство в лекарствената терапия. Такива са представителите на трите основни вида имуномодулатори – фитоимуномодулатори (ехинацея, туя, алое вера и много други от растителен произход), хемоимуномодулатори (цинк, селен и др.) и органиоимуномодулатори (тимусни пептиди, цитокини и др.).

Понастоящем се прилагат и такива средства за неспецифична имунопрофилактика като интерфероните (левкоцитен интерферон, Виферон и др.), индуктори на ендогенния интерферон и имуномодулатори от бактериален произход (напр. Бронховаксом и др.) и рибозомални протеогликанови комплекси (Рибомунил). Особено внимание заслужава рибозомната ваксина Рибомунил, което се дължи на високата ѝ ефективност и безопасност. В състава на Рибомунила влизат рибозомни фракции на такива най-чести бактериални възбудители на респираторни инфекции, като *Streptococcus pneumoniae*, *Str. Pyogenes*, *Haemophilus influenzae* и *Klebsiella pneumoniae*. Благодарение на високата имуногенност на рибозомните антигени, приложението на Рибомунила се съпровежда от ваксинален ефект против възбудителите, рибозомите на които влизат в състава на препарата. Индуцира се функционалната активност на фагоцитиращите клетки (неутрофили, моноцити, тъканни макрофаги). Това се съпровежда от усилена продукция на цитокини (алфа-интерферон, интерлевкин-1, интерлевкин-6, интерлевкин-8 и др.) и повишена активност на натуралните килъри.

На изучаването на имунологичната и терапевтична ефективност на Рибомунила при децата, боледуващи от чести респираторни инфекции, са посветени значителен брой клинични изследвания в медицинската литература [1,2,3,4,5].

Прилагат се и имуномодулатори от растителен произход, един от които е Есберитокс. Негови съставки са *Echinacea purpurea*, *Echinacea palida*, *Baptisia tinctoria* (диво индиго), *Thuja occidentalis* (бял кедър) и септилини, в състава на който влизат тибетски билки. Механизмът на действие на Есберитокса е свързан с въздействието на различните съставки върху различни звена на имунните реакции.

Защо са необходими имуномодулаторите при честите респираторни инфекции? Всяка инфекция на белите дробове в малката детска възраст може да доведе до усложнения, които да оставят трайни следи за организма. При дихателните инфекции се стига много пъти до прекомерна употреба на антибиотици. Проучванията на *Wong David, 2006* и *Hichler JM, 2006*, сочат, че антибиотици са изписвани при 68% от пациентите с инфекции на долните дихателни пътища, за бронхити – при 75% от пациентите, а за остри синусити - при 81% от пациентите. Това води до висока и все по-нарастваща резистентност към антибиотиците.

Имуномодулаторите от всякакъв произход, приложени разумно и по подходящ начин, съобразно заболяването на детето и неговите физиологични и възрастови особености, ограничават прекомерната употреба (злоупотреба!) на антибиотиците, която отдавна се е превърнала в сериозен медицински проблем.

КНИГОПИС:

1. Генов Е.; Имунопрофилактика на острите респираторни инфекции при често боледуващи деца (1); Медицинско списание, № 2/2011, 1–2.
2. С. Ангелова; Имуномодулаторите – Добрата профилактика срещу рецидивирани инфекции на дихателните пътища; Медицинско списание, № 12/2010, 5-7.
3. А. Л. Заплатников; Имунопрофилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей; Фармакотерапия в педиатрии, № 1/2010, 33-36.
4. А. Л. Заплатников; Клинико-иммунологическое обоснование иммунотерапии и иммунопрофилактики вирусных и бактериальных заболеваний у детей; Автореф. дис. д-р мед. Наук; Москва, 2003, 48 с.
5. Bellanti J.A.; Recurrent respiratory tract infections in paediatric patients; Drug, 1997/54(Supl.1), 1-4.
6. Mackin M.L.; Respiratory infections in children; Postgrad.Med.; 1992 :2,235-50.