

## Симпозиум «Под надежной защитой – современная терапия острых респираторных инфекций у детей» (обзор)

**Для цитирования:** Симпозиум «Под надежной защитой – современная терапия острых респираторных инфекций у детей». Обзор выступлений Т.Г.Федосковой, С.М.Харит. Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2018; 1: 73–77. DOI: 10.26442/2413-8460\_2018.1.73-77

### Symposium “Under reliable protection – modern therapy for acute respiratory infections in children” (review)

**Для цитирования:** Symposium “Under reliable protection – modern therapy for acute respiratory infections in children”. Review of speeches of T.G.Fedoskova, S.M.Kharit. Pediatrics (Suppl. Consilium Medicum). 2018; 1: 73–77. DOI: 10.26442/2413-8460\_2018.1.73-77

#### Комплексное действие иммуномодуляторов при инфекциях

*Обзор выступления доктора медицинских наук, заведующей лабораторией ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России; профессора кафедры иммунологии медико-биологического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России (Москва) Татьяны Германовны Федосковой.*

Актуальной проблемой современности, как отметила Т.Г.Федоскова в начале своего доклада, является рост аллергических, инфекционных, нейроэндокринных заболеваний, патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Изменилось клиническое течение некоторых заболеваний. Возросла доля пациентов с тяжелыми проявлениями инфекционно-воспалительного процесса, сопровождающегося осложнениями и рецидивами. Одновременно с этим инфекционные заболевания все чаще носят персистирующее, вялое, подострое течение. Повысилась доля больных с неадекватным ответом на проводимую терапию. Зачастую у таких пациентов выявляются патологические изменения различных органов и систем, снижение иммунорезистентности организма. Все это происходит на фоне изменившихся условий окружающей среды, нездорового образа жизни детей, а также полипрагмазии – неоправданного использования большого количества медикаментов.

Причиной частых обострений вялотекущих хронических воспалительных заболеваний, острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), герпеса, по мнению Татьяны Германовны, являются:

- Недолеченность, особенно у подростков, так как родители детей раннего возраста, как правило, прилагают все усилия, чтобы добиться максимального выздоровления. Но это удается не всегда.
- Незрелость иммунных механизмов у детей раннего возраста. В первые годы жизни отмечается так называемая иммунологическая яма, защитные антитела полноценно начинают вырабатываться только после 5 лет. Соответственно, иммунная система ребенка, начинающего посещать детское дошкольное учреждение в возрасте 3 лет, не может адекватно реагировать на инфекцию.
- Аллергия (85% часто болеющих детей страдают атопией, у многих имеет место сенсibilизация к пыли, активная или латентная).
- Изменения в составе естественной микробиоты, дисбиоз.
- Наличие сопутствующих заболеваний ЖКТ. Указанный фактор имеет значение, поскольку кишечник участвует в становлении иммунитета.
- Бесконтрольное и неадекватное применение лекарственных средств.
- Неадекватный ответ на введение лекарственных средств.

Отмечено, что в большинстве случаев острые респираторные инфекции (ОРИ) возникают из-за транзи-

торных корригируемых отклонений в защитных системах организма. У часто болеющих детей, страдающих атопией, в течение жизни сохраняется минимальное персистирующее воспаление, которое способствует переходу инфекции в хроническую форму. Указанное воспаление затрагивает преимущественно наиболее уязвимые железистые и лимфоидные ткани и усиливает воспаление инфекционной природы. К отсроченным отрицательным последствиям респираторных инфекций относятся формирование хронических заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, частые обострения, выраженное снижение иммунологической резистентности, развитие фоновых заболеваний, отставание в физическом и психомоторном развитии.

Одной из основных причин частых ОРИ и более тяжелого течения инфекционно-воспалительных заболеваний является несостоятельность системы местной защиты, в норме препятствующей проникновению патогенных микроорганизмов в организм человека. Наиболее частые изменения в иммунитете представлены:

- снижением возможностей интерфероногенеза;
- отклонениями параметров системы фагоцитоза (фактор врожденного иммунитета, который первым отвечает на появление чужеродного агента);
- недостаточностью мукозального иммунитета.

При лечении детей с аллергическими заболеваниями особое значение приобретают проведение режимных мероприятий (гипоаллергенный быт и диета), соблюдение мер профилактики (закаливание, физические упражнения, витамины, консультация психолога и др.), санация очагов хронической инфекции, заболеваний органов ЖКТ, лечение паразитарных инвазий и пр.

По мнению Т.Г.Федосковой, преодолеть тенденцию к частому и длительному течению респираторных инфекций можно рациональным назначением иммуномодулирующих препаратов (ИМП). Показаниями для применения ИМП, в том числе у детей с аллергическими заболеваниями, являются:

- частые острые респираторные заболевания (ОРЗ) инфекционного происхождения;



- затяжная или хроническая гнойная инфекция различной локализации;
- длительная персистенция вирусной, бактериальной инфекции и внутриклеточных возбудителей;
- выявление у лиц с тяжелыми клиническими формами аллергии признаков угнетения иммунного ответа;
- частые обострения очагов хронической инфекции.

Своевременное назначение ИМП способствует скорейшему достижению терапевтического эффекта симптоматической терапии, нормализации состояния при иммунной недостаточности, предотвращению нарастания тяжести заболеваний, числа и выраженности осложнений, контролю состояния больных с неадекватным ответом на проводимую фармакотерапию.

Обоснованием для проведения иммунокоррекции у детей является развитие вторичного иммунодефицитного состояния на фоне частых ОРИ. Наличие атопии усиливает проявления вторичного иммунодефицитного состояния. Необходимо действовать на опережение, контролируя инфекционный процесс. Важным также является предупреждение развития осложнений путем оптимизации этиотропной терапии и модификации функции иммунитета. Для этого у педиатра есть огромный арсенал средств:

- антибактериальные средства;
- противовирусные средства прямого действия;
- интерфероны;
- индукторы синтеза интерферонов;
- бактериальные лизаты (применять с осторожностью при аллергических заболеваниях);
- гомеопатия (применять с осторожностью при аллергических заболеваниях);
- иммуностимуляторы растительного происхождения (применять с осторожностью при аллергических заболеваниях);
- ИМП, в том числе синтетические полимеры (азоксимера бромид и др.).

Т.Г.Федоскова обратила внимание на то, что иммуностимулирующие препараты растительного происхождения у детей с поллинозом могут усиливать сенсибилизацию в сезон и вне сезона активной паллиации растений.

В следующей части своего выступления Т.Г.Федоскова более подробно рассказала о препарате азоксимера бромид, который обладает:

- широким спектром фармакологического действия – иммуномодулирующим, интерферониндуцирующим, детоксицирующим, противовоспалительным и мембраностабилизирующим, при этом не приводит к гиперактивации иммунной системы;
- способностью активировать нейтрофилы (фагоциты)<sup>1</sup>;
- способностью нормализации показателей Т-клеточного звена (CD3+, CD4+, CD8+)<sup>1</sup>;
- отсутствием компонентов растительного, бактериального или животного происхождения, что исключает аллергизацию, развитие аутоиммунных реакций;
- детоксицирующими свойствами (сокращают длительность лихорадочного синдрома)<sup>1</sup>;

- способностью модулировать синтез интерферона (усиливает его синтез в случае недостаточности, при этом не вызывает гиперактивации иммунитета);
- способностью стимуляции процесса антителообразования, в том числе у детей с иммунопатологией<sup>2</sup>.

Перечисленные эффекты, заложенные на этапе разработки и синтеза, объясняются строением молекулы азоксимера бромида. Так, детоксицирующее его действие связано с наличием в молекуле N-оксидных групп, которые «захватывают» и выводят из организма токсины, что способствует улучшению состояния пациента при заболеваниях, сопровождающихся интоксикацией<sup>3</sup>.

В качестве ИМП данный препарат оказывает влияние только на первоначально измененные параметры иммунограммы. Противовоспалительный эффект объясняется выраженным антиоксидантными свойствами препарата.

Комплекс свойств азоксимера бромида<sup>4</sup> помогает справиться с вирусной инфекцией и улучшить самочувствие ребенка с первых дней лечения<sup>5</sup>: уменьшает отек слизистой носа, гиперемию глотки, снижается интоксикационная нагрузка, что приводит к облегчению течения острого периода болезни<sup>1,5,6</sup>. Благоприятное влияние на течение ОРИ отмечается при назначении препарата в любые сроки от начала заболевания. Азоксимера бромид можно применять на любой стадии инфекции – в продроме, в острый период, также при риске развития гнойного процесса в ЛОР-органах. Препарат повышает резистентность организма ребенка, снижая риск повторных ОРИ<sup>7</sup> и бактериальных осложнений<sup>8</sup>. Так, азоксимера бромид сокращает частоту повторных ОРИ в течение года после курсового приема<sup>9</sup>, профилактический курс в 3 раза снижает заболеваемость ОРВИ<sup>10</sup> и гриппом даже у часто болеющих детей<sup>1</sup>.

Т.Г.Федоскова перечислила клинические ситуации, при которых назначение азоксимера бромида в комплексной терапии обоснованно:

- Для лечения ОРИ<sup>1</sup>, при респираторных заболеваниях с выраженной тяжестью симптомов, в том числе гриппа.
  - В терапии воспалительных процессов ротоглотки, околоносовых пазух, верхних дыхательных путей, внутреннего и среднего уха, рецидивирующей герпетической инфекции.
  - При респираторных заболеваниях у детей с неблагоприятным преморбидным фоном (часто болеющие дети, хроническая лимфоадено tonsиллярная патология, аллергические заболевания<sup>11</sup>).
  - При риске осложненного течения инфекционного заболевания (гнойные осложнения ОРИ в анамнезе).
  - При проведении профилактических и иммунореабилитационных программ детям с рекуррентными инфекциями органов дыхания<sup>12</sup>.
- Азоксимера бромид – препарат с высоким профилем безопасности, который не вызывает гиперактивации иммунной системы, может назначаться пациентам с аллергопатологией<sup>13</sup>, совместим со многими лекарственными средствами, его применение не сопровождается эффектом кумуляции.

<sup>1</sup>Харит С.М., Галустян А.Н. Азоксимера бромид – безопасный и эффективный препарат при лечении острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей у детей: обзор результатов двойных слепых плацебо-контролируемых рандомизированных клинических исследований II и III фазы. Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2017; 2.

<sup>2</sup>Харит С.М. Допрививочная иммунокоррекция как способ повышения эффективности вакцинопрофилактики паротита и кори у детей. Тезисы докладов 11-го Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 2005; с. 156.

<sup>3</sup>Караулов А.В. Полиоксидоний в лечении и профилактике заболеваний ЛОР-органов и органов дыхания. Справочник поликлинического врача. 2011; 1: 13–9.

<sup>4</sup>Инструкция по применению препарата Полиоксидоний®.

<sup>5</sup>Вавилова В.П. и др. Возможности современной терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей. Педиатрия. (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2015; 3: 62–7.

<sup>6</sup>Вавилова В.П., Тарасов Н.И. и др. Новые пути влияния на местные факторы защиты у детей с патологией лимфоглотоочного кольца. Лечащий врач. 2011; 6.

<sup>7</sup>Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Кузьменко Л.В. и др. Опыт применения иммуномодулятора Полиоксидоний® для лечения ОРИ у детей. Эффективная фармакотерапия. 2013; 11.

<sup>8</sup>Морозова С.В. Применение иммунокорригирующего препарата Полиоксидоний® при острой инфекционно-воспалительной патологии ЛОР-органов. Рос. мед. журн. 2010; 18 (24).

<sup>9</sup>Крюков А.И. Место иммуномодуляторов в лечении заболеваний ЛОР-органов. Мед. совет. 2016; 6.

<sup>10</sup>Булгакова В.А. Иммуномодуляторы для профилактики и лечения острых респираторных инфекций: эффективность азоксимера бромида. Терапевтический архив. 2014; 12.

<sup>11</sup>Горностаева Ю.А. Подходы к лечению инфекций верхних дыхательных путей у пациентов с аллергопатологией. Мед. совет. 2015; 7.

<sup>12</sup>Баранов А.А. Профилактическая педиатрия. 2014.

<sup>13</sup>Перечень подготовлен по материалам канд. мед. наук, доц. каф. инфекционных болезней у детей педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» И.В.Коновалова.

Азоксимера бромид разрешен с 6 мес (флаконы); таблетированная форма с 3 лет – сублингвально по 1/2 таблетки 2 раза в день (до 9 лет), по 1 таблетке 2 раза в день (старше 10 лет). Курс – 7 дней. Препарат может применяться повторными курсами, не вызывает привыкания.

В заключение Т.Г.Федоскова отметила, что даже при наличии у пациента минимального персистирующего воспаления врач может предпринимать более активные действия, целью которых будет контроль над инфекционным процессом. Частые ОРИ – некий «мар-

кер» формирования условий в организме для активации вирусных и/или бактериальных возбудителей. Важны своевременная санация очагов хронических инфекций, а также более тесное взаимодействие с родителями, внедрение обучающих программ.

При назначении ИМП педиатру следует понимать цель иммуностроительной терапии и обосновывать выбор конкретного ИМП. Детальное знание преимуществ иммуностроительной терапии и показаний к ее применению способствует быстрому выздоровлению и улучшению качества жизни маленьких пациентов.



### Личный опыт: клинические примеры из практики педиатра

Обзор выступления доктора медицинских наук, профессора, руководителя отдела профилактики инфекционных заболеваний ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней» ФМБА России (Санкт-Петербург) **Сусанны Михайловны Харит**.

По данным Роспотребнадзора, приведенным в начале сообщения С.М.Харит, статистика заболеваемости респираторными инфекциями в целом сохраняется на постоянном уровне. В то же время заболеваемость гриппом обратно пропорциональна числу привитых от этой инфекции. Клинические проявления ОРИ многообразны: от ринита, фарингита до отита, бронхита и внебольничной пневмонии, так же как многообразны вызывающие их микроорганизмы (вирусы, бактерии, грибы). Но традиционно как в нашей стране, так и за рубежом одной из серьезных проблем является назначение антибиотиков при ОРИ. В соответствии с российскими и зарубежными данными, до 1/2 ОРИ, которые мы трактуем как бактериальные, связаны с вирусной инфекцией, поэтому назначение антибиотиков не может считаться оправданным. Серьезнейшим последствием широкого применения антибиотиков становится стремительно нарастающая антибиотикорезистентность микроорганизмов. Другим последствием приема антибиотиков является изменение нормальной микрофлоры слизистых, в частности ЛОР-органов<sup>13,14</sup>, формирование

био пленок. Благодаря существованию в виде био пленок популяция бактерий усиливает свою защиту от фагоцитоза, других факторов иммунитета, антибиотиков (био пленки оказались способными выдерживать концентрации антибиотиков в 100–1000 раз больше, чем отдельные микробные клетки<sup>14</sup>).

Существующие в составе био пленки бактерии, в частности пневмококки, гемофильная палочка, способствуют проникновению вирусов (например, доказана ассоциация пневмококка с вирусами гриппа и респираторным синцитиальным вирусом [позиционная статья Всемирной организации здравоохранения по пневмококковой инфекции, 2012], что в совокупности и определяет частые респираторные заболевания). Предполагают, что



<sup>13</sup>Божко Н.В., Маркитан Т.В. Дисбактериоз глотки – не повод для антибиотикотерапии! Дитячий лікар. 2013; 6: 44–8.

<sup>14</sup>Гостев В.В., Сидоренко С.В. Бактериальные био пленки и инфекции. Журн. инфектологии. 2010; 2 (3): 4–15.

вакцинация от бактериальных инфекций меняет состав биоценоза, возможно, способствует разрушению за счет того, что один из составляющих микробиоты исчезает, а это, в свою очередь, способствует снижению заболеваемости респираторными инфекциями (L.Chrysanthi и соавт., 2015; R.Fan и соавт., 2016; M.Visers и соавт., 2016).

На протяжении последних лет в связи с высокой распространенностью респираторных, микстинфекций, ростом антибиотикорезистентности, отсутствием этиотропной противовирусной терапии (в отличие от ВИЧ, герпеса, гепатита В, гриппа) ОРВИ не имеют такой терапии, растет интерес к иммуномодулирующей терапии. Отношение к ИМП в научных, академических кругах очень разное. Часть специалистов категорически негативны и отрицают наличие доказательной базы у ИМП, другие активно их применяют и поддерживают. Но постепенно отношение к ним меняется в лучшую сторону, поскольку растет доказательная база эффективности и безопасности некоторых из них. С.М.Харит привела результаты обзора, опубликованного в Кохрановской библиотеке<sup>15</sup>, в котором анализировалась эффективность ИМП при рецидивирующих респираторных инфекциях. В нем было отмечено, что ОРИ ответственны за 19% всех смертельных исходов у детей до 5 лет, 75% всех случаев применения антибиотиков. У городских детей, не посещающих детские учреждения, отмечается до 7 эпизодов на первом году жизни, 8 – в возрасте 1–4 года, 6 – с 5 до 9 лет и 5 – с 10 до 19 лет. Дети, которые посещают детские учреждения, имеющие старших братьев и сестер, а также курящих в доме, не получавшие грудное вскармливание, болеют чаще. Авторы проанализировали эффект ИМП, увеличивающих «иммунную оборону», – фитопрепаратов, бактериальных экстрактов, синтетических средств. Обзор показал, что ИМП в среднем на 40% снижают частоту рецидивирующих респираторных инфекций. Таким образом, эффект ИМП на сегодня подтверждается в том числе и Кохрановским обзором.

В целом иммуномодулирующая терапия считается весьма перспективной. В исследованиях, проводимых профессором Г.Ф.Железниковой в НИИ детских инфекций (Санкт-Петербург), выяснено, что для успешного противостояния ОРВИ нужна активация как клеточного (Th1), так и гуморального (Th2) звена иммунитета. ИМП, активируя антигенпрезентирующие клетки, стимулируют продукцию ими цитокинов, необходимых для активации покоящихся лимфоцитов, в том числе необходимого для защиты от вирусной инфекции интерферона  $\alpha$ . Для применения ИМП в педиатрической практике важно, чтобы воздействие на антигенпрезентирующие клетки осуществлялось деликатно.

Азоксимера бромид оказывает стимулирующее воздействие на антигенпрезентирующие клетки, как и многие другие ИМП, кроме того, обладает рядом дополнительных свойств<sup>8,16</sup>.

Далее в своем выступлении С.М.Харит более подробно рассказала о собственном опыте применения азоксимера бромида. В течение нескольких лет (начиная с 2003 г.) в НИИ детских инфекций в Санкт-Петербурге проводилась работа по вакцинации часто болеющих детей, а в дальнейшем и детей с онкологическими заболеваниями с использованием азоксимера бромида. Препарат применяли при вакцинации живыми вакцинами против кори и паротита. Это было сделано потому, что вакцинация онкологических пациентов необходима после окончания лечения и (по международным стандартам) их прививают как ранее

совсем не привитых. Однако в работе НИИ детских инфекций, которая осуществлялась совместно с онкологами детских стационаров Санкт-Петербурга (профессорами М.Б.Белогуровой и Л.Г.Бойко), вакцинация проводилась только детям, утратившим антитела к кори и паротиту. Оказалось, что вакцинация не всегда эффективна, в частности до 40% детей с лейкозами оставались серонегативными после вакцинации против кори. Поэтому было решено применять ИМП с адъювантным эффектом. Был выбран азоксимера бромид как мягкий и безопасный ИМП. Результаты наблюдения были оформлены в виде диссертационной работы Е.В.Черняевой. Для оценки эффективности и безопасности вакцинации против кори и паротита с применением азоксимера бромида проводили клиническое наблюдение до 3 мес после прививки, оценивали прирост специфических антител и осуществляли иммунологическое обследование до вакцинации и на 0, 7, 14, 30, 60-й дни после прививки. Препарат назначали в течение 10 дней – 5 до прививки и 5 после нее. По лабораторным данным после применения ИМП было выявлено лишь одно достоверное изменение – снижение количества клеток, уходящих в апоптоз, что было расценено как позитивное влияние, поскольку большое количество таких клеток служит показателем частых инфекционных заболеваний и/или выраженной антигенной нагрузки<sup>17</sup>.

В 2016 г. было проведено многоцентровое клиническое исследование новой формы применения азоксимера бромида в виде таблеток у детей с 3-летнего возраста в момент ОРИ. В него были включены часто болеющие дети в момент очередного заболевания, приведен один из таких случаев.

**Клинический пример (2016 г.).** Ребенок К, 3 года 6 мес. В периоде новорожденности – на первом году жизни 2 раза острые кишечные инфекции, с 3 мес. ОРИ практически раз в 2 мес, а после года ежемесячно. Переболел 3 раза отитом, ангиной, 3 раза бронхитом. Обследован на герпес-вирусы – выявлен цитомегаловирус (методом полимеразной цепной реакции). Получал в последние 2 года по 5 курсов антибиотиков в год, практически при каждом ОРЗ – курс препаратов интерферона. С профилактической целью получал лечение бактериальными лизатами. Значимого улучшения не отмечалось. В анализах крови относительная нейтропения при абсолютном числе более 1000 клеток. Госпитализация в клинику по поводу очередного ОРЗ. Назначена таблетированная форма азоксимера бромида в рамках клинического исследования: 6 мг 2 раза в день (по 1/2 таблетки) в совокупности с другой терапией. Наблюдение в течение недели в клинике и далее 6 мес. В анамнезе – снижение частоты ОРЗ.

Результаты данного клинического исследования опубликованы<sup>1</sup>. В нем приняли участие в общей сложности 228 пациентов обоих полов в возрасте от 3 до 14 лет с диагнозом «ОРИ верхних дыхательных путей» или «грипп», установленным на основе клинических и лабораторных данных. Пациентам основной и контрольной групп назначался азоксимера бромид (Полиоксидоний®)/плацебо, таблетки, 12 мг по схеме: сублингвально за 20 мин до еды в дозе 6 мг (дети от 3 до 9 лет) и по 12 мг (дети от 10 до 14 лет) 2 раза в день, ежедневно, в течение 7 дней. Полученные результаты показали, что при применении препарата Полиоксидоний® в составе комплексной терапии ОРИ значительно сокращается срок нормализации температуры тела по сравнению с приемом плацебо. Полиоксидоний® способствует нормализации показателей Т-клеточного звена (CD3+, CD4+, CD8+) и фагоцитарной активности нейтрофилов.

<sup>15</sup>Immunostimulants for preventing respiratory tract infection in children. Cochrane Database Syst Rev 2006; 4:CD004974.

<sup>16</sup>Вавилова В.П., Перевощикова Н.К., Ризо А.А. и др. Применение отечественного иммуномодулятора Полиоксидония в практике лечения детей с патологией лимфоузлов. Аллергология и иммунология в педиатрии. 2005; 1 (4): 47–53.

<sup>17</sup>Черняева Е.В. Вакцинация детей с онкологическими заболеваниями в анамнезе против кори, паротита, гепатита В. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2009.

<sup>18</sup>Лусс Л.В., Михеева Г.Н., Царев С.В. Коррекция Полиоксидонием вторичной иммунодефицитности при аллергических заболеваниях. Teratologica. 2001; 3.

<sup>19</sup>Pružinec P, Chirun N, Sveikata A. The safety profile of Polyoxidonium in daily practice: results from postauthorization safety study in Slovakia. Immunotherapy. 2018; 10 (2): 131–7.

Профиль безопасности препарата Полиоксидоний® оставался благоприятным. Было сделано заключение об эффективности данной формы препарата на основании клинических данных и высоком профиле безопасности применения в детской популяции, что позволило рекомендовать включение Полиоксидония в комплекс лечения ОРВИ и гриппа у детей с 3-летнего возраста.

Также С.М.Харит привела данные зарубежного исследования по безопасности азоксимера бромид, завершено в 2017 г., – PASS (Post Authorisation Safety Study) – многоцентрового проспективного открытого неинтервенционного пострегистрационного исследования безопасности в стране Европейского союза (Словения)<sup>19</sup>. Исследование касалось безопасности внутримышечного применения препарата Полиоксидоний® у взрослых пациентов (18–85 лет) в стандартной медицинской практике. Приняли участие 502 пациента в 15 исследовательских центрах, 90% отметили улучшение состояния во время лечения. Профиль безопасности был подтвержден у всех категорий больных.

Заканчивая свое выступление, С.М.Харит отметила, что ни одно ИМП не является панацеей. Действие ИМП

имеет пусковой характер, а ответ иммунной системы на ИМП пролонгирован во времени. ИМП нужно назначать дифференцированно, исходя из цели терапии.

Кроме того, не следует забывать и других мер предупреждения ОРВИ. В соответствии с программой Всемирной организации здравоохранения по снижению смертности от пневмонии и диарей к 2025 г. одним из методов профилактики пневмоний (а также ОРВИ) является мытье рук, грудное вскармливание до 6 мес жизни ребенка и вакцинация против пневмококка, гриппа, гемофильной инфекции типа В, кори и коклюша. По результатам исследования, проведенного Институтом иммунологии, при широком охвате населения вакцинацией от гриппа можно достичь и снижения заболеваемости ОРВИ более чем на 40%. А иммуностропные препараты можно применять в составе комплексной терапии острой инфекции и как профилактическое лечение у часто болеющих детей.

**В заключительной части симпозиума выступила** психолог, бизнес-тренер компании «ЭКОПСИ Консалтинг» **Светлана Борисовна Сударикова**. Она рассказала о разных техниках общения с родителями ребенка, помогающих повысить взаимопонимание и комплаенс.