

Часто болеющий ребенок как феномен фармацевтического тупика

Новые подходы к старой проблеме

Горбунов Александр Николаевич

email: medalt@mail.ru

Медицинский центр «**Медицинская альтернатива**»

Норильск



Часто болеющие дети в детской популяции составляют от 15 до 75 % в зависимости от возраста

Наибольшее число часто болеющих детей выявляется в раннем и дошкольном возрасте, составляя от 50 до 75 %

Одной из причин высокой инфекционной заболеваемости в том числе респираторных инфекций принято считать **обилие и строгую специфичность респираторных вирусов,**

а также

- незрелость системы терморегуляции,
- снижение иммунологической реактивности,
- пониженную устойчивость детского организма к меняющимся климатическим факторам.

- Существуют химиопрепараты этиотропного действия для иммунокорригирующей, патогенетической и симптоматической терапии, которые охватывают практически все возможные способы влияния на инфекционный процесс.
- Официальные публикации говорят об отсутствии оснований быть удовлетворенными результатами применения всего спектра фармакологии. Все названные средства не способны обеспечить радикальный эффект и инфекционные заболевания продолжают оставаться плохо контролируруемыми.

- На наш взгляд, все имеющиеся препараты не охватывают весь спектр проблем ЧБД, не учитывают семейного анамнеза, конституционального типа ребенка, сопутствующих заболеваний и самое главное – нозологической неоднородности группы детей ЧБД.
- Вся декларируемая индивидуальность заключается по сути в возрастной градации дозировки и периодичности приема препаратов.

Исходя из данных доступных нам научных публикаций эффективность иммуностимулирующей терапии не превышает 50-60% даже по самым оптимистичным отчетам.

Таким образом, возникает своеобразный феномен фармацевтического тупика, при котором наращивания интенсивности воздействия не производит адекватного эффекта

Критерием для включения ребенка в группу часто болеющих детей является инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка. ИИ составляет в группе детей часто болеющих от 1,1 до 3,5 , тогда как в группе редко болеющих детей он колеблется от 0,2 до 0,3.

$$\text{ИИ} = \frac{\text{все случаи инфекционных заболеваний}}{\text{возраст в годах}}$$

Часто болеющий ребенок ИИ = 1,1 – 3,5 и более

- В период с 2013 по 2015 год нами было пролечено 198 детей от 0 до 12 лет, которые по критерию ИИ были отнесены к группе ЧДБ. Каждый ребенок болел в среднем 5,2 раз в год, первое заболевание органов дыхания 92% детей перенесли в грудном возрасте. Можно отметить, что 56% детей получали различные иммуностимулирующую терапию, которая оказалась не эффективной, а 44% не получали никакой иммуностимулирующей терапии.
- В тоже время 92% из них получали курс антибиотиков в среднем 3,4 курса в год средней длительностью 5 дней.

Тщательное объективное обследование и детальный сбор анамнеза включающий три поколения позволили произвести дифференцировку в группе детей с ЧБД на пять подгрупп

1. Дети с лимфатической (карбонической) конституцией ассоциирующейся с повышенным риском паразитоза и склонностью к интоксикации тяжелыми металлами
2. Дети с туберкулиновой конституцией:
 - ❖ туберкулез и его эквиваленты у прямых родственников (пробандов)
 - ❖ высокая реакция Манту, курсы химиопрофилактики по поводу тубинфицирования
 - ❖ реакции на вакцинацию (Манту, БЦЖ), поствакцинальные бронхиты и ОРВИ
 - ❖ пневмония: два и более эпизодов в анамнезе, либо пневмония с плевральным выпотом
 - ❖ юношеские угри, псориаз (в том числе у родителей)
 - ❖ астеническое сложение, голубые склеры
 - ❖ синдром Хвостека при объективном обследовании

Тщательное объективное обследование и детальный сбор анамнеза включающий три поколения позволили произвести дифференцировку в группе детей с ЧБД на пять подгрупп

3. Дети с повторными эпизодами гнойных конъюнктивитов, гайморитом, циститами, пиелонефритами, рецидивами синехий, с эпизодами моно-олиго артрита, ВЗОМТ у родителей
4. Дети с выраженными клиничко-лабораторными проявлениями кишечного дисбиоза, синдромом раздраженного кишечника, острыми кишечными инфекциями в анамнезе
5. Дети имеющие признаки атопического дерматита, контагиозный моллюск, герпес, дисгидротической экземы, грибкового поражения кожи и ногтей

Тактика ведения первой группы

- ❖ обязательные мероприятия первого этапа - дренаж лимфоидной ткани, печени и почек, соединительной ткани гомеопатическими препаратами – не менее 4 недель; нами используется технология дифференцировки дренажного вектора исходя из индивидуально рассчитанной матрицы рождения (Гоникман Э.И.)
- ❖ выведение тяжелых металлов: препаратами САНУМ или другими
Как правило, у данной группы рН мочи щелочное и дополнительных мер по ощелачиванию не требуется
- ❖ на втором этапе САНУМ-терапии «5+2» используются стандартно Фортакель, Квентакель, Нотакель в возрастной дозировке – 10 дней, с переходом на третий этап с добавлением препаратов Мукокель и Нигерсан и добавлением Утилин и Рекарцин 1-2 раза в неделю
- ❖ ведение четвертого этапа САНУМ-терапии – стандартное

Тактика ведения второй группы

- ❖ обязателен отказ от вакцинации БЦЖ, проб Манту
- ❖ первый и второй этапы САНУМ-терапии без особенностей
- ❖ кроме стандартной терапии «5+2» на третьем этапе обязательное включение в курс препарата РУБЕРКЕЛЬ, а также Рекарцин, Утилин, обязателен УТИЛИН «С» с переходом на БОВИСАН
- ❖ для увеличения эффективности 4-го этапа используются Санукель АКНЕ, Санукель МИК, Санукель КЛЕБС

Тактика ведения третьей группы

- ❖ первый этап должен включать повторные серологические обследования на ЗПП, системные заболевания (индивидуальная оценка), дренаж органов мочеполовой системы гомеопатическими препаратами не менее 4х недель с предварительным курсом лечения хламидиоза по стандартным схемам, либо с применением аминокислоты аргинин.
- ❖ второй и третий этап САНУМ-терапии согласно стандартным рекомендациям
- ❖ четвертый этап САНУМ-терапии требует дополнительного включения Санукель Канд, Санукель Коли

Тактика ведения четвертой группы

- ❖ обязательный мониторинг pH мочи в течение 2х недель с последующей коррекцией pH из-за склонности к закислению, обязательная диета по Вертманну с максимально возможными диетическими ограничениями
- ❖ как можно более раннее назначение Алкала, Санувис, Цитрокель и Ребас
- ❖ длительная терапия пробиотиками по типу «Дал-отнял» со сменой групп, на этом этапе обязательное применение ферментных комплексов
- ❖ второй и третий этап САНУМ-терапии по стандартным рекомендациям
- ❖ четвертый этап целесообразно включение Санукель Коли, Санукель Прот, Санукель Сальм

Тактика ведения пятой группы

Наиболее трудная для коррекции.

Необходимо увеличение длительности этапа до 6 недель.

- ❖ обязательный мониторинг pH мочи в течение 3-4 недель с последующей коррекцией pH из-за склонности к закислению, обязательная диета по Вертманну с максимально возможными диетическими ограничениями
- ❖ как можно более раннее назначение Алкала, Санувис, Цитрокель, Ребас
- ❖ длительная терапия пробиотиками по типу «Дал-отнял» со сменой групп
- ❖ второй, третий и четвертый этап САНУМ-терапии согласно стандартным рекомендациям

СТАНДАРТНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЕТЯМ С ЧАСТЫМИ ОРВ

Ощелачивание АЛКАЛАТ по 1/2-1/4 таблетке 2 раза в день, ежедневно, спустя 10 дней АЛКАЛА Н по 1/4 чайной ложке порошка 2 раза в день, растворять в горячем фруктовом или овощном соке.

Грудным до года:

НОТАКЕЛЬ Д5 по 3 капли утром сублингвально и ПЕФРАКЕЛЬ Д5 по 3 капли вечером сублингвально

Детям до 4 лет:

НОТАКЕЛЬ Д5 по 8 капель утром сублингвально и ПЕФРАКЕЛЬ Д5 по 8 капель вечером сублингвально, при необходимости по 4 капли сублингвально и 4 капли втирать

Детям 5-10 лет:

НОТАКЕЛЬ Д5 по 10 капель утром сублингвально и ПЕФРАКЕЛЬ Д5 по 10 капель вечером сублингвально

СТАНДАРТНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЕТЯМ С ЧАСТЫМИ ОРВ

Детям от 10 лет:

НОТАКЕЛЬ Д5 по 15 капель, ежедневно, сублингвально, затем перейти на схему 5+2

САНКОМБИ Д5 по 8 капель, ежедневно (с понедельника по пятницу)

НОТАКЕЛЬ Д5 или ПЕФРАКЕЛЬ Д5 по 10 капель сублингвально и/или втирать (в субботу и воскресенье)

При неясности характера инфекции с самого начала терапию можно проводить двумя препаратами (каплями НОТАКЕЛЬ Д5 утром и КВЕНТАКЕЛЬ Д5 вечером) в течение 3-х месяцев.

САНУКЕЛЬ СЕРРА Д6 по 2 капли 2 раза в день, ежедневно, сублингвально

УТИЛИН «С» Д6 по 5 капель 1 раз в день, ежедневно, втирать.

ЦИНКОКЕЛЬ Д3 по 5 капель 1 раз в день, ежедневно, сублингвально

КУПРУКЕЛЬ Д3 по 5 капель 1 раз в день, ежедневно, сублингвально

4 этапа САНУМ-терапии

I этап	Восстановление эндэкологии	Ликвидация зашлакованности Алкала, Санувис, Цирокель, диета без первичных антигенов
II этап	Использование пенициллиновых препаратов	Нотакель, Фортакель, Квентакель, Эксмикель
III этап	Базовая терапия	Схема «5+2»: - Мукогель и Нигерсан (или Санкомби) по рабочим дням (5 дней), - Нотакель или Фортакель по выходным дням (2 дня)
IV этап	Дополнительная терапия иммунобиологическими препаратами	Иммунобиологические препараты Утилин, Рекарцин, Утилин "С", Латенсин, группа Санукель. Витамины и микроэлементы: цинк, селен и т.д.




На сегодняшний день все четыре этапа лечения завершили 116 человек. По этическим соображениям контрольная группа не сформирована.

Предварительный анализ позволяет говорить о снижении общей заболеваемости среди детей с ЧБД на 81%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. дифференцированный подход к САНУМ–терапии в группе детей с ЧБД значительно повышает эффективность метода
2. С учетом эффективности безопасности и патогенетической обоснованности иммунологической коррекции препаратами САНУМ этот метод можно считать технологией выбора в группе детей с ЧБД
3. Необходимо более глубокое изучение данной проблемы



**Часто болеющий ребенок как
феномен фармацевтического
тупика**
Новые подходы к старой проблеме

Горбунов Александр Николаевич

email: medalt@mail.ru

Медицинский центр «**Медицинская альтернатива**»

Норильск