



Комплексный подход к лечению острой респираторной патологии у детей как мультидисциплинарная проблема

Несмотря на появление новых лекарственных средств и методов лечения, острые респираторные заболевания у детей остаются актуальной проблемой в практике врача любой специальности. На симпозиуме, организованном компанией «Материя Медика Холдинг», особое внимание было уделено лечению и профилактике наиболее распространенных острых респираторных заболеваний в детском возрасте. Эксперты обсудили вопросы профилактики острых респираторных заболеваний и гриппа у детей, снижения заболеваемости острыми респираторными инфекциями, а также современные подходы к их лечению.



Профессор, д.м.н.
А.Л. Заплатников

В настоящее время сохраняется высокий уровень инфекционной заболеваемости среди детского населения. Профессор кафедры педиатрии Российской медицинской академии последипломного образования, д.м.н. Андрей Леонидович ЗАПЛАТНИКОВ представил официальные данные детской заболеваемости инфекционными болезнями. По данным Роспотребнадзора (2013–2015 гг.), в России заболеваемость детского населения в возрасте от рождения до 14 лет острыми инфекциями верхних дыхательных путей на 100 тыс. достигает в среднем 85–90 тыс. в год. Заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) у детей

Комбинированная иммунопрофилактика ОРВИ и гриппа у детей

в среднем в четыре раза выше, чем у взрослых. При этом в детской популяции не наблюдается тенденции к уменьшению уровня заболеваемости.

Сегодня основными принципами профилактики ОРВИ считаются иммунопрофилактика, общеукрепляющие мероприятия (рациональный режим дня, питания, санация очагов инфекции и др.) и модификация культуры быта, соблюдение санитарно-гигиенических норм, здоровый образ жизни.

В вопросах профилактики и лечения вирусной патологии особое внимание уделяется состоянию иммунной системы организма. Наиболее эффективным методом профилактики инфекционных заболеваний признана иммунопрофилактика – специфическая (вакцинация) и неспецифическая (иммуномодуляторы). Следует отметить, что только комбинирование методов иммунопрофилактики с применением активной вакцинации и иммунокорректирующих препаратов способно снизить заболеваемость среди детского населения.

Результаты серологических обследований детей раннего возраста в предэпидемический период свидетельствуют о низком уровне иммунологической защищенности против актуальных возбудителей гриппозной инфекции (А/Н1N1, А/Н3N2, В). При этом в тех организованных коллективах, где вакцинировано около 70–80% детей, отмечается наиболее высокий уровень профилактической эффективности. Даже среди непривитых детей из этих коллективов уровень заболеваемости гриппом существенно ниже. Заболеваемость ОРВИ в коллективах, где прививками охвачено не более 10% детей, в десять раз выше по сравнению с коллективами, в которых большинство детей вакцинированы. В медицинском сообществе и среди населения бытует мнение, что прививаться против гриппа не имеет смысла. Первый аргумент в пользу этого – несовпадение вакцинных штаммов с эпидемическими штаммами. Действительно, эпидемиологическая ситуация такова, что дрейф-варианты по-



Сателлитный симпозиум компании «Материя Медика Холдинг»

являются постоянно. Именно это определяет необходимость постоянного вирусологического мониторинга, своевременного выявления и подтверждения распространения новых штаммов вируса гриппа для эффективного прогнозирования. Для стран северного полушария прогнозы должны предоставляться не позднее апреля текущего календарного года, чтобы производители успели наработать необходимое количество штаммов предполагаемого активного вируса гриппа для следующего сезона. В период 2016–2017 гг. для жителей России представлены вакцины гриппа А/Гонг Конг/4801/2014 (H3N2), В/Брисбен/60/2008 (линия Виктория), поскольку именно эти варианты вируса гриппа активно циркулируют в северном полушарии. Еще одна проблема, затрудняющая проведение обязательной вакцинации, – отсутствие у ребенка адекватного иммунного ответа на прививку. Это обусловлено индивидуальными особенностями организма (частые ОРВИ, хронические инфекции) и возрастными особенностями иммунитета. Результаты мониторинга за ответом на вакцинацию против гриппа свидетельствуют о том, что 15–20% детей не отвечают на вводимую вакцину, и их приходится прививать повторно. При ревакцинациях этим же штаммовым составом через 1–1,5 месяца после первой дозы в большинстве случаев удается достичь эффекта. Однако максимального снижения заболеваемости ОРВИ можно добиться при сочетанном использовании вакцинации и средств неспецифической иммунопрофилактики. Докладчик привел данные собственного исследования, посвященного использованию различных классов иммунопрофилактических неспецифических лекарственных средств для повышения эффективности специфической иммунопрофилактики.



Рисунок. Иммунологическая эффективность вакцинации против гриппа

Проведено рандомизированное сравнительное исследование с контролем детей в возрасте от года до шести лет из детского дошкольного учреждения, подлежащих вакцинации против гриппа. В качестве неспецифических иммуномодуляторов применяли препараты Анаферон детский и Циклоферон. Проводили серологический и вирусологический мониторинг, анализировали состояние здоровья детей, частоту побочных нежелательных явлений на фоне применения препарата либо вакцинации. Обязательно учитывали состояние здоровья детей на протяжении всего эпидемического сезона. Результаты исследования показали профилактическую эффективность комбинированной иммунопрофилактики ОРВИ и гриппа. Так, дети, вакцинированные на фоне приема профилактического курса Анаферона детского, реже болели ОРВИ и гриппом по сравнению с детьми, принимавшими Циклоферон. Средняя продолжительность ОРВИ в случае ее развития в этот период была значительно ниже в группе детей, получавших Анаферон детский. Максимальная иммунологическая эффективность вакцинации отмечалась в группе детей 4–6 лет на фоне приема Анаферона детского (рисунок).

Однократная вакцинация против гриппа у ранее не привитых детей раннего возраста недостаточно эффективна. Данные исследований демонстрируют напряженность поствакцинального иммунитета к актуальным штаммам вируса гриппа у детей раннего возраста. Так, 28,7% детей уже через четыре месяца после прививки вновь серонегативны. Через год после прививки защитные титры выявляются только у 1/6–1/5 детей. Это говорит о том, что вакцинацию против гриппа необходимо проводить, строго придерживаясь международных рекомендаций по режиму дозирования. Иммунизация у детей первых девяти лет жизни, которые ранее не прививались и не болели гриппом, должна проводиться двукратно с интервалом четыре недели. Одна из причин временного отвода детей от вакцинации – текущие ОРВИ. Следовательно, если предупредить развитие инфекции в предвакцинальный период и продолжить прием препаратов в поствакцинальный период, риск развития интеркуррентных заболеваний в это время снизится, что позволит более позитивно оценивать эффективность вакцинации. Важным моментом в практике педиатра является обязательный контроль иммунопрофилактики детей первых месяцев жизни.

недидактика



XV Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

На кафедре педиатрии Российской медицинской академии последипломного образования проведено плацебоконтролируемое исследование профилактической эффективности Анаферона детского по снижению заболеваемости ОРВИ у детей в возрасте от шести месяцев до трех лет, подлежащих вакцинации против гриппа. Основная группа детей получала препарат Анаферон детский, группа сравнения – плацебо. Профилактический курс Анаферона детского, начатый в предвакцинальном периоде (за 10–14 дней до предполагаемой вакцинации), позволил повысить охват прививками за счет снижения заболеваемости ОРВИ в 1,6 раза. Исследователями были получены свидетельства положительного влияния Анаферона детского на результаты самой вакцинации. В основной группе доля детей с защитными титрами антител к актуальному штамму

вируса гриппа А (А/Новая Каледония/20/99) возросла после вакцинации в 3,9 раза (с 17 до 67%). В то же время в группе сравнения число детей с протективным уровнем увеличилось лишь в 1,3 раза (с 28 до 36%). Полученные данные свидетельствуют о том, что применение Анаферона детского в предвакцинальном периоде позволяет увеличить охват прививками против гриппа, а проведение ослабленным и часто болеющим детям раннего возраста иммунизации против гриппа на фоне неспецифической иммунопрофилактики Анафероном детским является перспективным ввиду более высокой иммунологической эффективности вакцинации.

Таким образом, комбинированная иммунопрофилактика (специфическая + неспецифическая) ОРВИ у детей сопровождается снижением заболеваемости ОРВИ в предвакцинальном периоде,

увеличивает охват прививками, приводит к снижению заболеваемости ОРВИ в поствакцинальном периоде, а также способствует повышению эффективности иммунопрофилактических мероприятий.

В заключение профессор А.Л. Заплатников отметил, что комбинированная иммунопрофилактика острых респираторных инфекций и гриппа позволяет существенно снизить уровень заболеваемости, повысить число детей, прошедших вакцинацию, а также профилактическую эффективность вакцинаций. Максимальный эффект иммунопрофилактики может быть достигнут только при систематическом комбинированном подходе, включающем использование современных вакцин и неспецифических методов иммунопрофилактики, в частности препарата Анаферон детский с доказанной клинической эффективностью и безопасностью.



Лечение гриппа и ОРВИ у детей: выбор, основанный на доказательных исследованиях

симптомов. Вопросы лечения респираторной инфекции относятся к междисциплинарным и актуальны как для педиатров, так и иммунологов, инфекционистов, пульмонологов, терапевтов и др. Острые респираторные заболевания включают в себя инфекции, вызываемые вирусами, в основном респираторными, и пневмотропными бактериями.

Группа вирусных возбудителей обуславливает до 80–90% случаев поражения респираторного тракта у детей всех возрастных групп. При этом разнообразие вирусных агентов затрудняет диагностику респираторных инфекций. Среди детской популяции часто встречаются микст-инфекции – одновременное инфицирование двумя-тремя возбудителями как вирусной, так и бактериальной этиологии. По данным многолетних исследований, проведенных

специалистами Научно-исследовательского института гриппа, в этиологической структуре ОРВИ у госпитализированных детей младших возрастных групп в шести городах России преобладают респираторно-синцитиальный (РС) вирус (20%), риновирус (9%), аденовирус (6%), парагрипп (7%). При этом в 48% случаев вирусная этиология заболевания не подтверждается.

В последние десятилетия РС-вирусная инфекция считалась одним из механизмов запуска гиперреактивности дыхательных путей и риска манифестации бронхиальной астмы у детей с генетической предрасположенностью. Однако результаты исследований показали, что риновирусная инфекция превосходит РС-вирусную инфекцию по значению и вкладу в развитие астмы фактически в три раза. Их сов-

Д.м.н. Д.В. Усенко

Как отметил д.м.н., ведущий научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Денис Валериевич УСЕНКО, острые респираторные заболевания – большая этиологически неоднородная группа широко распространенных вирусных и бактериальных заболеваний дыхательных путей, имеющих сходные механизмы передачи и ряд общих клинических



Сателлитный симпозиум компании «Материя Медика Холдинг»

местное присутствие в детском организме в одном из эпизодов респираторной инфекции в течение первых шести месяцев жизни способствует десятикратному увеличению риска манифестации бронхиальной астмы и развитию ее у детей с отягощенным семейным анамнезом¹.

Вирусные инфекции нередко осложняются бактериальной инфекцией, обостряют течение хронических заболеваний, то есть представляют серьезную угрозу здоровью ребенка.

Доказано участие вирусов в развитии внебольничной пневмонии как наиболее тяжелой формы респираторной патологии. Моновирусная этиология внебольничной пневмонии в Москве у детей с месячного возраста до 17 лет превышает 17%². В каждом четвертом случае внебольничная пневмония у детей вызвана комбинацией вирусного агента с бактериальными возбудителями. Лечение таких пациентов является непростой задачей, поскольку предусматривает проведение не только антибактериальной, но и противовирусной терапии.

Существует несколько классов препаратов для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа. Прямыми противогриппозными препаратами являются блокаторы М2-каналов амантадин и римантадин, ингибиторы нейраминидазы осельтамивир, занамивир, перамивир. Остальные препараты, такие как ингибиторы триплизации NP, гемагглютинина, ДНК-полимеразы, интерфероны (ИФН) и индукторы ИФН, ингибиторы протеолиза, реализуют свою активность за счет стимуляции механизмов иммунного

ответа. Группа ИФН и их индукторов воздействует на все этапы жизненного цикла вируса, запуская собственные эндогенные механизмы иммунного ответа.

Докладчик подчеркнул, что при проведении этиотропной терапии необходимо придерживаться временных рамок. Потребность в этиотропных препаратах максимальна в период отсутствия заметных поводов для их назначения, то есть в отсутствие симптоматики заболевания. Воздействие на вирус возможно в период его максимальной концентрации в кровеносном русле либо на эпителии дыхательной системы – в инкубационный и начальный периоды заболевания. Позднее использование прямых противовирусных препаратов и индукторов ИФН не дает ожидаемого клинического эффекта от их применения.

Далее Д.В. Усенко рассмотрел вопрос применения препаратов, созданных на основе релиз-активных антител, в педиатрической практике с позиций доказательной медицины.

Докладчик акцентировал внимание на противовирусных препаратах нового поколения – Эргоферон и Анаферон детский. По данным многочисленных исследований, проведенных в нашей стране и за рубежом, индукторы ИФН обладают не только противовирусным, но и иммуномодулирующим эффектом, что позволяет отнести их к новому поколению препаратов широкого универсального спектра действия. В состав Эргоферона входит релиз-активная форма антител не только к ИФН-гамма, но и к CD4 и гистамину, что обеспе-

чивает противовирусное действие, усиленное противовоспалительным и антигистаминным эффектами.

В шести городах России проведено многоцентровое клиническое контролируемое рандомизированное исследование эффективности и безопасности Эргоферона в лечении ОРВИ у детей. В исследование были включены 162 пациента в возрасте от трех до 17 лет в первые сутки от начала заболевания. Критериями включения стали высокая температура тела, наличие выраженных симптомов респираторной патологии, выраженность симптомов ОРВИ по шкале суммарного индекса ≥ 4 . Больных рандомизировали на группы. В основной группе ($n = 82$) назначали Эргоферон, в группе сравнения – плацебо ($n = 80$)³.

Результаты исследования в условиях двойного слепого контроля показали, что Эргоферон эффективнее снижал температуру тела и суммарный клинический индекс. Средняя продолжительность заболевания в группе Эргоферона была значительно меньше, чем в группе плацебо. Максимальное действие препарата проявлялось в период наибольшей выраженности симптомов ОРВИ. Эргоферон за счет комбинированного действия (противовирусное, противовоспалительное и антигистаминное) уменьшал частоту приемов жаропонижающих средств, особенно в первые дни терапии.

С целью проведения многоплановой оценки применяемых в рутинной педиатрической практике вариантов фармакотерапии острых респираторных инфек-

медиамедиа

¹ Jackson D.J., Gangnon R.E., Evans M.D. et al. Wheezing rhinovirus illnesses in early life predict asthma development in high-risk children // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2008. Vol. 178. № 7. P. 667–672.

² Яцышина С.Б., Спичак Т.В., Ким С.С. и др. Выявление респираторных вирусов и атипичных бактерий у больных пневмонией и здоровых детей за десятилетний период наблюдения // Педиатрия. 2016. № 2. С. 43–50.

³ Гетте Н.А., Кондюрина Е.Г., Галустян А.Н. и др. Жидкая лекарственная форма Эргоферона – эффективное и безопасное средство лечения острых респираторных инфекций у детей. Промежуточные итоги многоцентрового двойного слепого плацебоконтролируемого рандомизированного клинического исследования // Антибиотики и химиотерапия. 2014. Т. 59. № 5–6. С. 6–14.



XV Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

ций в эпидемические сезоны 2012 и 2013 гг. проведено двухцентровое проспективное открытое рандомизированное клиническое исследование эффективности и переносимости схем с применением Эргоферона и Кагоцела у детей в возрасте старше трех лет в амбулаторных условиях. В исследовании участвовал 81 ребенок в возрасте от трех до девяти лет с диагнозом ОРВИ. Пациентов рандомизировали на две группы. В первую группу (Эргоферон) вошел 41 пациент, во вторую (Кагоцел) – 40 больных. Группы были сопоставимы по половозрастным характеристикам, исходным клиническим данным и срокам начала терапии (не позднее 48 часов от начала заболевания). На четвертый день терапии удовлетворительное состояние отмечалось у 80% пациентов каждой группы и более 70% детей имели нормальную темпе-

ратуру тела в течение всего дня. К седьмому дню от начала терапии в группе Эргоферона отсутствие катаральных симптомов регистрировали в 2,5 раза чаще, чем в группе Кагоцела. Проявления катарального синдрома отсутствовали у 37% больных группы Эргоферона и у 15% – группы Кагоцела ($p = 0,03$). На фоне терапии Эргофероном процесс купирования кашля и элиминации возбудителей ОРВИ происходил более быстрыми темпами. Фармакоэкономическая оценка эффективности Эргоферона показала, что его включение в схему лечения ОРВИ сокращает стоимость лечения одного ребенка на 400 руб. Таким образом, исследуемые препараты с противовирусной активностью в составе комплексной терапии ОРВИ обеспечивали быстрое выздоровление, предотвращали развитие бактериальных осложнений и хорошо переносились. В группе

Эргоферона быстрее купировались симптомы ОРВИ, в более ранние сроки элиминировали респираторные вирусы, заметно меньшей была медикаментозная нагрузка, на 23% снижались прямые затраты на лечение. Как следствие – врачи и родители детей чаще положительно оценивали схему лечения, включавшую Эргоферон⁴.

Завершая выступление, Д.В. Усенко подчеркнул, что терапия ОРВИ и гриппа у детей должна быть обоснованной и включать использование медикаментов с максимальной силой рекомендаций. Доказанная клиническая эффективность и безопасность препаратов Анаферон детский и Эргоферон в терапии ОРВИ и гриппа у детей позволяет рассматривать данные препараты как средства первого выбора стартовой терапии и широко применять в педиатрической практике.



Профессор, д.м.н.
Ю.Л. Мизерницкий

Руководитель Детского научно-практического пульмонологического центра Минздрава России, главный детский пульмонолог Минздрава России, заведующий отделением пульмонологии Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, д.м.н., профессор Юрий Леонидович

Современная парадигма ведения пациентов с кашлем

МИЗЕРНИЦКИЙ отметил, что кашель – наиболее частая причина обращения детей всех возрастных групп к педиатру. Механизмы кашлевой рефлекторной дуги хорошо известны. Кашель является физиологическим рефлексом и может наблюдаться у совершенно здоровых детей. В специальных исследованиях показано, что здоровые дети имеют в среднем десять коротких кашлевых толчков в течение суток преимущественно днем и это не свидетельствует о каких-либо патологических процессах.

Основными причинами острого кашля у детей являются респираторные инфекции, острый бронхит. Более редкими причинами считаются бронхиальная астма, хронический бронхит, другие хронические болезни легких, различные средовые факторы.

Как известно, кашель – защитный механизм очищения дыхательных путей. Однако проблема лечения кашля заключается в поиске баланса между его защитной ролью и нарушением качества жизни больного и его семьи. Современной парадигмой в лечении кашля при ОРВИ у детей является новый инновационный препарат Ренгалин для комплексного лечения любого вида кашля за счет регуляции рефлекторных и воспалительных механизмов его возникновения. Ренгалин воздействует на центральные и периферические звенья кашлевого рефлекса и оказывает комбинированный эффект как на сухой, так и на продуктивный кашель. Механизм действия Ренгалина обусловлен входящими в его состав компонентами. Это релиз-активные антитела к брадикинину, гистамину и морфину. Брадикинин воз-

⁴ Заплатников А.Л., Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н. и др. Многоплановая оценка схем терапии острых респираторных инфекций в условиях рутинной педиатрической практики // Антибиотики и химиотерапия. 2016. Т. 61. № 5–6. С. 8–20.



Сателлитный симпозиум компании «Материя Медика Холдинг»

действует на брадикининовые рецепторы и изменяет тонус гладкой мускулатуры, способствует снижению обструкции бронхов. Ренгалин модулирует лиганд-рецепторное взаимодействие, уменьшает выраженность брадикининзависимых провоспалительных реакций. Гистамин влияет на гистаминовые рецепторы, уменьшая воспаление. Входящие в состав Ренгалина релиз-активные антитела к морфину регулируют активность кашлевого центра через опиатные рецепторы. Таким образом, комбинированный состав препарата характеризуется комплексным противокашлевым, противовоспалительным и бронхолитическим действием. При этом Ренгалин оказывает регулирующее воздействие на центральные и периферические звенья кашлевого рефлекса. Препарат эффективен на любой стадии инфекционно-воспалительного процесса при ОРВИ: в продромальном, остром периоде и на стадии выздоровления.

Ренгалин купирует симптомы кашля и инфекционного воспаления в дыхательных путях, поскольку действует на патофизиологические точки, обуславливающие проявление кашля у ребенка. На первых этапах развития инфекционно-воспалительного процесса преобладает так называемое сухое воспаление с высокой возбудимостью кашлевых рецепторов, что клинически проявляется раздражающим, частым кашлем. В этом периоде заблевание эффекта Ренгалина в большей степени опосредован воздействием на опиатные рецепторы. При преобладании в клинической картине экссудативно-катарального воспаления особую значимость приобретает регулирующее действие компонентов Ренгалина

на брадикининовые и гистаминовые рецепторы. Это позволяет использовать препарат при проявлениях как сухого, так и влажного кашля.

Изучению эффективности и безопасности препарата Ренгалин у детей и взрослых посвящен ряд клинических исследований.

Профессор Ю.Л. Мизерницкий представил результаты первого в России рандомизированного сравнительного (с бутамиратом) исследования препарата Ренгалин при лечении сухого кашля у детей в возрасте от трех до десяти лет с ОРВИ, проведенного на поликлинической базе в 2012 г.

Исследователи на основании клинических критериев оценивали эффективность и безопасность Ренгалина при сухом кашле у детей с ОРВИ.

Под наблюдением в условиях поликлиники находился 61 ребенок в возрасте от трех до десяти лет с острыми респираторными инфекциями дыхательных путей (острые ринофарингиты, ларинготрахеиты, трахеиты), нуждавшийся в назначении противокашлевых средств. Дети были распределены на две клинически сходные группы методом рандомизации. Обе группы получали общепринятое лечение ОРВИ. В качестве противокашлевого препарата в первой группе назначали бутамират (Синекод), во второй – Ренгалин. Анализ результатов исследования показал, что на фоне терапии Ренгалином не требовалось дополнительного назначения отхаркивающих или мукоактивных средств. Сравнимые препараты характеризовались сходными эффектами. При применении Ренгалина не зарегистрировано случаев развития аллергических реакций, бактери-

альных осложнений, обострений сопутствующей хронической патологии. Показано, что комбинированный состав препарата Ренгалин позволяет эффективно контролировать кашель, несмотря на клинические различия его вариантов⁵.

Полученные данные согласуются с другими отечественными исследованиями.

Так, в ходе многоцентрового сравнительного рандомизированного клинического исследования Ренгалина в лечении кашля на фоне ОРВИ верхних дыхательных путей у 146 детей в возрасте от трех до 17 лет из 14 исследовательских центров РФ была убедительно подтверждена безопасность и эффективность данного препарата. Антигуссивный эффект Ренгалина при частом сухом дневном и ночном кашле наступал быстро и был сопоставим с таковым у бутамирата (Синекод). Ренгалин у значительной части больных предотвращал образование вязкой мокроты, способствовал быстрому переходу от более сухого кашля в остаточное покашливание и выздоровлению. Показано, что применение Ренгалина в течение трех дней существенно сокращает процент больных, нуждающихся в назначении муколитической терапии на последующих стадиях респираторных инфекций⁶.

В рандомизированном клиническом сравнительном исследовании эффективности Ренгалина и фенспирида у взрослых с острым бронхитом, проведенном группой ученых под руководством профессора Г.Л. Игнатовой, оба препарата способствовали достижению целей терапии. Ренгалин значительно снижал выраженность как дневного, так и ночного кашля по сравнению с фенспиридом,

медиамедиа

⁵ Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М., Козлова Л.А. и др. Эффективность комбинированного препарата сверхмалых доз антител к медиаторам воспаления при сухом кашле у детей с респираторными заболеваниями // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. 2014. Вып. 14. С. 95–99.

⁶ Гепте Н.А., Кондюрина Е.Г., Галустян А.Н. и др. Ренгалин – новый препарат для лечения кашля у детей. Промежуточные итоги многоцентрового сравнительного рандомизированного клинического исследования // Антибиотики и химиотерапия. 2014. Т. 59. № 7–8. С. 16–24.



XV Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

а также уменьшал потребность и сроки применения жаропонижающих средств и деконгестантов (при сопутствующем рините). Целью многоцентрового рандомизированного клинического исследования у взрослых стала сравнительная оценка эффективности и безопасности Ренгалина в лечении сухого непродуктивного кашля, вызванного ОРВИ, с таковыми комплексного кодеинсодержащего препарата Коделак. Антигуссивный эффект Ренгалина был значимо сопоставим с активнос-

тью Коделака. Снижение тяжести дневного и ночного кашля началось уже с первого дня приема Ренгалина и продолжалось на протяжении всего курса терапии⁷. Таким образом, в ходе ряда исследований выявлены преимущества Ренгалина: быстрота действия, эффективность как при сухом, так и при влажном кашле различного генеза, снижение гиперактивности бронхов, экономия средств пациента, снижение потребности в дополнительной терапии, отсутствие серьезных

побочных эффектов, сочетание с любыми препаратами, хорошая переносимость. Ренгалин влияет на ключевые звенья кашлевого рефлекса, оказывая противовоспалительное, антиаллергическое, противоотечное, анальгезирующее действие.

Подводя итог, профессор Ю.Л. Мизерницкий подчеркнул, что релиз-активные препараты отвечают требованиям педиатрической практики и представляют идеальную парадигму традиционного метода терапии кашля у детей.

Заключение

В настоящее время в арсенале врачей имеются современные высокоэффективные средства как для лечения, так и для профилактики, рациональное использование которых позволяет существенно снизить заболеваемость ОРВИ у детей и сократить риск развития осложнений. Эргоферон – мощный противовирусный препарат с противовоспалительным и антигистаминным действием для комплексного лечения ОРВИ, включая грипп, у детей и взрослых всех возрастных групп. Усиленный противовирусный эффект Эргоферона достигается за счет воздействия на систему интерферонов в сочетании с активацией процессов распознавания вирусов системой CD4-клеток. За счет релиз-активных антител к ИФН-гамма повышается вирус-индуцированная продукция ИФН-гамма, ИФН-альфа/бета и сопряженных с ними интерлейкинов.

Результатами многочисленных исследований подтверждена эффективность Эргоферона, обладающего комбинированным противовирусным, противовоспалительным и антигистаминным действием в отношении широкого

спектра возбудителей ОРВИ. Преимуществами Эргоферона являются универсальность действия, хорошая переносимость, отсутствие нежелательных эффектов, а также высокая приверженность пациентов лечению. Применение Эргоферона в педиатрической практике способствует более быстрому выздоровлению и снижению частоты осложнений гриппа и других ОРВИ.

Анаферон детский – оригинальный противовирусный препарат для профилактики и лечения ОРВИ любой вирусной этиологии, включая грипп. Получены доказательства эффективности Анаферона детского в отношении широкого спектра вирусных инфекций, в том числе гриппа (А, В), ОРВИ (аденовирусы, РС-вирус, коронавирус, вирусы парагриппа, микст-инфекции), герпесвирусных инфекций. За многолетний период практического использования Анаферона детского значимых нежелательных явлений, связанных с его приемом, не выявлено. Применение Анаферона детского в предвакцинальном периоде позволяет увеличить охват прививками против гриппа, а проведение ослабленным и часто болеющим детям раннего возрас-

та иммунизации против гриппа на фоне неспецифической иммунопрофилактики Анафероном детским является перспективным ввиду более высокой иммунологической эффективности вакцинации. Анаферон детский – один из немногих препаратов, рекомендованных для проведения длительных профилактических и реабилитационных курсов.

Современным методом лечения кашля при ОРВИ у детей является применение нового инновационного препарата Ренгалин. Ренгалин оказывает регулирующее влияние на брадикининовые, гистаминовые и опиатные рецепторы, что обеспечивает противокашлевое, противовоспалительное и бронхолитическое действие. Ренгалин разрешен к применению у детей с трех лет с продуктивным и непродуктивным кашлем при ОРВИ, остром фарингите, ларингите, трахеите, бронхите, хроническом бронхите и других инфекционно-воспалительных и аллергических заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей. Как показали результаты исследований, Ренгалин минимизирует лекарственную нагрузку на организм и снижает стоимость лечения. *

⁷ Акопов А.Л., Александрова Е.Б., Илькович М.М. и др. Ренгалин – новый эффективный и безопасный препарат в лечении кашля. Результаты многоцентрового сравнительного рандомизированного клинического исследования у больных с острыми респираторными инфекциями // Антибиотики и химиотерапия. 2015. Т. 60. № 1–2. С. 19–26.



Эргоферон

Мощный противовирусный препарат с противовоспалительным и антигистаминным эффектами, с изученным механизмом действия и высоким уровнем доказательности¹

-  Быстрый клинический результат уже с первого дня терапии ОРВИ и гриппа²
-  Активен в отношении основных респираторных вирусов⁴
-  Снижает потребность в симптоматической терапии в 2 раза³
-  Разрешен к применению у детей с 6-ти месяцев⁴



Per. № 007362/10



ООО «НПФ «Материа Медика Холдинг»
Россия, 127473, Москва, 3-й Самотечный пер., д. 9
Тел./факс: (495) 276-15-71, www.materiamedica.ru

1. <https://clinicaltrials.gov>, <http://grls.rosminzdrav.ru>
2. Н.А. Геппе, Е.Г. Кондюрина, Антибиотики и химиотерапия, 2014, 59; 5—6
3. А.Л. Заплатников, Е.Г. Кондюрина, Детские инфекции 2015, №3
4. На основе инструкции по медицинскому применению препарата Эргоферон

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ