



# Актуальные вопросы интерферонотерапии в случае инфекционной патологии у детей

*Интерфероны характеризуются широким спектром биологической активности, антивирусным и иммуномодулирующим действием. Образование и действие интерферона представляет собой важнейший механизм врожденного иммунитета человека. В настоящее время в клинической практике для лечения инфекционных заболеваний применяют препараты интерферона. Эффективность такой терапии основана на уникальных биологических свойствах интерферона, способного подавлять вирусную репликацию, блокировать синтез вирус-специфических белков.*

*В рамках XIII Конгресса детских инфекционистов России состоялся симпозиум (Москва, 11 декабря 2014 г.), организованный при поддержке компании «БИОКАД». Специалисты обсудили вопросы лечения инфекционных заболеваний у детей разного возраста с применением иммунокорректирующей терапии.*



Профессор  
Е.В. Михайлова

**З**аведующая кафедрой детских инфекционных болезней Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, д.м.н., профессор, главный детский инфекционист Минздрава Саратов-

## Особенности клинического течения и иммунокорректирующая терапия острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей

ской области Елена Владимировна МИХАЙЛОВА проанализировала особенности острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей (ЧБД) и обосновала необходимость применения у них интерферонотерапии.

В России ежегодно регистрируют от 27,3 до 41,2 млн случаев гриппа и острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). По данным эпидемиологических исследований, у детей младшего возраста ОРВИ составляют 65% всех регистрируемых заболеваний и являются одной из основных причин госпитализации<sup>1,2</sup>.

Детей, подверженных частым респираторным инфекциям, в отечественной педиатрии принято называть часто болеющими. Следует отметить, что ЧБД – не нозологическая форма и не диагноз. Это особая группа диспансерного наблюдения, включающая детей, подверженных частым респираторным инфекциям из-за транзиторных корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них<sup>3</sup>.

ЧБД составляют 20–65% детской популяции. При этом отмечается

<sup>1</sup> Ключников С.О., Зайцева О.В., Османов И.М. и др. Острые респираторные заболевания у детей: учебно-методическое пособие. М., 2009.

<sup>2</sup> Зайцев А.А. Лечение острых респираторных вирусных инфекций // Лечащий врач. 2008. № 8. С. 42–45.

<sup>3</sup> Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Леписева И.В. и др. Современные возможности иммунопрофилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей // Педиатрическая фармакология. 2008. Т. 5. № 1. С. 21–25.



## Сателлитный симпозиум компании «БИОКАД»

резистентность данной категории пациентов к традиционным методам терапии. На долю ЧБД приходится 50–60% всех регистрируемых заболеваний. Около 20% ЧБД страдают респираторными инфекциями практически ежемесячно. В 40% случаев к семи-восьми годам у них формируется хроническая патология.

Частая заболеваемость детей обусловлена незрелостью иммунной системы, сниженной продукцией цитокинов, дефицитом интерферона (ИФН), персистенцией вирусов, наличием хронических очагов инфекции. Кроме того, причинами частой заболеваемости могут быть рахит, авитаминоз, недоношенность, нерациональная антибиотикотерапия и др. Наиболее часто встречаются персистенции патогенных возбудителей, таких как микоплазмы, хламидии, вирусы герпеса, которые нередко протекают под маской ОРВИ. Они сопровождаются выраженным иммунным дисбалансом, транзиторным иммунодефицитом, механизм развития которого связан с повреждением иммунокомпетентных клеток и нарушением их функций. Вследствие этого отмечаются угнетение фагоцитоза, цитокиновый дисбаланс, снижение активности комплемента, уменьшение содержания секреторного иммуноглобулина (Ig) А, снижение общего числа лимфоцитов и Т-лимфоцитов-хелперов. Это приводит к развитию опосредованной недостаточности иммунной системы, развитию осложнений и затяжному лечению.

На базе детской инфекционной больницы № 5, детской поликлиники № 3 г. Саратова было проведено исследование с участием 200 детей в возрасте от одного до десяти лет. Пациентов разделили на две равные группы – часто болеющие и редко болеющие. В исследовании участвовали дети только со среднетяжелыми и тяжелыми формами ОРВИ. В ходе исследования у пациентов изучали анамнез, особеннос-

ти течения ОРВИ (тяжесть, этиология, продолжительность, частота и др.), показатели иммунного статуса с определением уровней иммуноглобулинов и ИФН (ИФН-гамма, ИФН-альфа). Этиологическую расшифровку ОРВИ проводили такими методами, как иммунохроматография носоглоточного смыва к вирусам гриппа, парагриппа, аденовирусам, респираторно-синцициальным (РС) вирусам, иммуноферментный анализ (ИФА) крови на определение антител к вирусам парагриппа, аденовирусам, РС-вирусу, а также полимеразная цепная реакция (ПЦР) мазка из носоглотки и крови. Возбудителей оппортунистических инфекций выявляли методом ПЦР и ИФА крови с определением IgM, IgG – вирусов герпеса типов I, II, VI, Эпштейна – Барр, цитомегаловируса, *Chlamydia pneumoniae*, *Pneumocystis carinii*.

Результаты исследования продемонстрировали, что у ЧБД частота эпизодов заболеваний и инфекционный индекс значительно выше, чем у редко болеющих детей (рис. 1). Частота определения антигенов возбудителей оппортунистических инфекций в группе ЧБД была значительно выше, чем в группе редко болеющих детей, – 94 и 20% соответственно.

Как известно, у ЧБД нередко имеет место сочетание нескольких вирусов. Так, в группе ЧБД респираторная микст-инфекция встречалась в 61% случаев, моноинфекция – в 8% случаев.

В группе редко болеющих детей фоновая патология наблюдалась только в 20% случаев (анемия – 10%, отягощенный аллергологический анамнез – 10%), в то время как в группе ЧБД этот показатель достигал 80%. Наиболее распространенной была постинфекционная анемия (50%), 30% детей имели отягощенный аллергологический анамнез.

Сопутствующие хронические заболевания в группе ЧБД выявлены в 30% случаев (хронический тонзиллит, пиелонефрит, бронхиальная астма, дисметаболическая нефропатия). В группе редко болеющих детей хронических заболеваний не обнаружено.

В группе ЧБД частота поражения нижних дыхательных путей и симптомы дыхательной недостаточности наблюдались в 72 и 31% случаев соответственно, в группе редко болеющих детей – в 30 и 5%. Таким образом, у 80% ЧБД выявлена фоновая патология. У 61% детей респираторные заболевания были вызваны несколькими возбудителями, причем выявлены персистенции внутриклеточных возбудителей – герпесвирусов и микоплазмы. В отличие от редко болеющих детей у ЧБД тяжелая форма респираторных заболеваний встречалась в 3 раза чаще, поражения нижних дыхательных путей – в 2,2 раза чаще. Отмечены иммунологические нарушения в группе ЧБД в острый период заболевания – снижение уровня

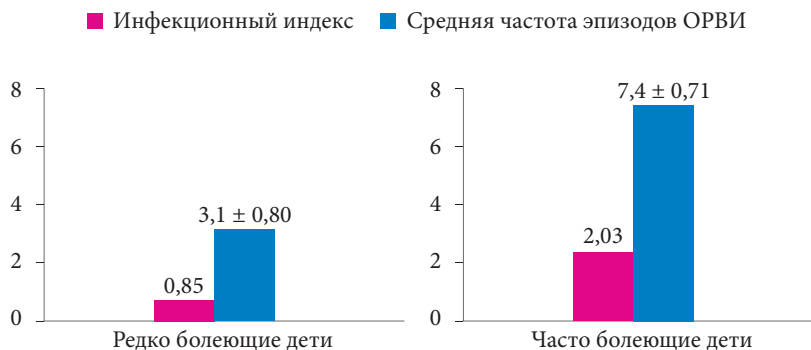


Рис. 1. Показатели заболеваемости у редко болеющих и часто болеющих детей

медиа



Таблица. Эффективность лечения препаратом Генферон® Лайт

Показатель	Редко болеющие дети (n = 20)	Часто болеющие дети (n = 20)	
		до лечения	после лечения
Частота эпизодов ОРВИ за год, М ± m	3,1 ± 0,80	7,4 ± 0,71*	4,4 ± 0,53
Тяжелая форма ОРВИ, абс. (%)	2 (10)	6 (30)	–
Инфекционный индекс	0,85	2,03	1,21

\* Различия между показателями достоверны (p < 0,05).

IgA, повышение уровня IgE, недостаточность 2–3-й степени системы ИФН в отношении продукции ИФН-гамма и ИФН-альфа.

В ходе исследования оценивали эффективность иммунокорректирующей терапии у ЧБД. Детям в возрасте от трех до шести лет назначали препарат Генферон® Лайт в дозе один суппозиторий 125 000 МЕ два раза в сутки ректально с десятидневным интервалом, а затем один суппозиторий один раз в сутки на ночь в течение трех недель. Эффективность лечения препаратом Генферон® Лайт в группе ЧБД оценивали по показателям снижения частоты эпизодов острых респираторных заболеваний по сравнению с прошлым годом, инфекционному индексу, частоте развития тяжелых форм и показателям иммунного статуса и ИФН до лечения и на 40-й день терапии препаратом Генферон® Лайт. Длительность клинического наблюдения составила шесть месяцев.

Частота эпизодов острых респираторных заболеваний у больных после терапии препаратом Генферон® Лайт значительно снизилась, тяжелых форм не регистрировалось, показатели инфекционного индекса приблизились к норме (см. таблицу). Наблюдалась положительная динамика уровней ИФН. Отмечалось значительное уменьшение числа детей с повышенным содержанием IgE.

Таким образом, у ЧБД после применения препарата Генферон® Лайт нормализовались уровни IgA, IgG и IgM, а также в 1,9 раза снизился уровень IgE по сравнению с исходным значением. На фоне терапии препаратом Генферон® Лайт уменьшилась степень иммунных нарушений в отношении продукции ИФН-альфа с 11,1 до 5,6% и нормализовались показатели продукции ИФН-гамма у 22,2% пациентов. После курса лечения у ЧБД в течение последую-

щих шести месяцев отмечалась положительная динамика в виде снижения частоты эпизодов ОРВИ в 2 раза, инфекционного индекса, отсутствия тяжелых форм заболевания, побочных нежелательных эффектов. Проведение иммунокорректирующей терапии препаратом Генферон® Лайт, содержащим ИФН-альфа и таурин, позволяет уменьшить степень иммунного дисбаланса у ЧБД. Отсутствие нежелательных явлений на фоне восстановления иммунных показателей подтверждает благоприятный профиль безопасности, хорошую переносимость и эффективность курса иммунокорректирующей терапии в указанной популяции детей<sup>4</sup>.

В заключение профессор Е.В. Михайлова затронула такой важный вопрос, как профилактика ОРВИ у ЧБД. Она подчеркнула, что вакцинация против гриппа – эффективная защита от заболевания и его осложнений. Своевременная вакцинация против гриппа на 70–90% предотвращает заболеваемость гриппом, снижает процент госпитализации детей в случае осложнений. У ЧБД вакцинация проводится только в период ремиссии. Для достижения ремиссии можно использовать иммуномодулирующие препараты, в частности Генферон® Лайт.

медиафорум



Профессор А.В. Горелов

## Интерферонотерапия при острых кишечных инфекциях у детей

Доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Александр Васильевич ГОРЕЛОВ отметил, что терапевтический подход к такому распространенному в популяции явлению, как инфекционная диарея, необходимо рассматривать

с позиций доказательной медицины. В клинической практике диарею принято подразделять на домашнюю, госпитальную, антибиотик-ассоциированную и диарею путешественников. Согласно официальной статистике, с 2010 г. наблюдается рост заболеваемости разными типами диареи, особенно в детской популяции<sup>5</sup>. Однако в нашей стране

<sup>4</sup> Михайлова Е.В., Чудакова Т.К., Малюгина Т.Н. и др. Иммунокорректирующая терапия острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей // Вопросы практической педиатрии. 2014. № 4. С. 52–57.

<sup>5</sup> Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 19 марта 2010 г. № 21 «О профилактике острых кишечных инфекций» // Российская газета. 2010. 30 апр.



## Сателлитный симпозиум компании «БИОКАД»

не все заболевания диареей учитываются при подготовке статистических отчетов, поскольку не в каждом случае проводится этиологическая расшифровка. Это может быть связано как с несовершенством лабораторных методов диагностики, так и с ростом удельного веса вирусных и паразитарных кишечных инфекций, методы диагностики которых многим лабораториям практически недоступны. Основными вирусными агентами острых кишечных инфекций кроме энтеровирусов являются ротавирусы, калицивирусы, астровирусы, аденовирусы. Особое место в этом ряду занимают ротавирусы. Дело в том, что этиологическая значимость серогруппы С возросла, а ротавирусная вакцина направлена только на серогруппу А. Не исключено, что подобная тенденция обусловлена распространением вирусных агентов из Китая.

Согласно последним официальным данным, 36% случаев острых кишечных заболеваний в России связано с ротавирусами, 2% – с норовирусами. Специалисты отмечают связь между заболеваниями, вызванными норовирусами, и качеством водопроводной воды. По-прежнему сохраняется повышенный уровень заболеваний, вызванных сальмонеллой, – 18%.

За последние десятилетия изменилась этиологическая структура острых кишечных инфекций в мире. Преобладают вирусные инфекции, причем пик заболеваемости наблюдается в зимнее время. На долю вирусных инфекций в детском возрасте приходится 97%, бактериальных – 2%, прочих – 0,79%<sup>6</sup>. Докладчик подчеркнул, что в нашей стране преобладают кишечные инфекции неустановленной этиологии.

Лидирующие позиции в развитии острых кишечных инфекций занимает ротавирусная инфекция. У детей и взрослых она протекает

в виде спорадических случаев, локальных групповых заболеваний, вспышек. По данным Роспотребнадзора, в 2013 г. ротавирусная инфекция была зарегистрирована в виде вспышечной заболеваемости среди детей в разных регионах нашей страны (Калининградская, Нижегородская, Челябинская области, Южно-Сахалинск, Дагестан, Северная Осетия).

Ротавирусное заболевание характеризуется симптомами общей интоксикации, поражением желудочно-кишечного тракта, дегидратацией. Заражение происходит фекально-оральным путем. Ротавирус устойчив к условиям внешней среды, высушиванию, мылу и основным дезинфектантам. Передача вируса возможна до и после манифестации клинических симптомов.

Базовыми элементами комплексной терапии ротавирусного заболевания считаются лечебное питание, этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

В острую фазу ротавирусной инфекции патогенетически обосновано проведение пероральной регидратации. С первых часов появления симптомов кишечной дисфункции больным показано применение глюкозосолевых растворов для предотвращения тяжелых последствий, обусловленных дегидратацией. Современные комплексные регидратационные растворы для детей (Регидрон Био, Супер-ОРС) со сниженной осмолярностью способствуют уменьшению объема жидкого стула при диарее, ослабляют выраженность рвоты.

Этиотропная терапия острых кишечных инфекций не ограничивается использованием антибиотиков и химиопрепаратов, а включает также специфические бактериофаги, энтеросорбенты (Смекта®), энтеральные иммуноглобулины, лактоглобулины. Однако следует иметь в виду, что некоторые противовирусные пре-

параты имеют возрастные ограничения в использовании.

В качестве альтернативы препаратам прямого противовирусного действия можно рассматривать ИФН – важнейший фактор неспецифического противовирусного иммунитета. ИФН характеризуются противовирусными, иммуномодулирующими, антибактериальными и антипролиферативными эффектами. Как известно, ИФН-альфа, циркулирующий в крови детей раннего возраста, обладает сниженными противовирусными и иммуномодулирующими свойствами, поэтому организм ребенка не способен дать адекватный иммунный ответ на инфекционное заражение. Этим обусловлена целесообразность применения иммуноотропных препаратов, направленных на врожденное звено иммунитета ребенка. Препарат Генферон® Лайт представляет собой комбинацию ИФН-альфа-2b и таурина. Для детей с первых дней жизни до семи лет разрешено применение препарата в дозе 125 000 МЕ/0,005 г, детям старше семи лет – в дозе 250 000 МЕ/0,005 г. При ОРВИ и других острых заболеваниях вирусной природы Генферон® Лайт назначают детям по одному суппозиторию ректально два раза в день с 12-часовым интервалом одновременно с основной терапией в течение пяти дней. Препарат также разрешен к применению при беременности (с 13-й недели гестации).

Таурин, входящий в состав препарата Генферон® Лайт, повышает устойчивость клеток к неблагоприятным воздействиям, характеризуется мембранопротекторным и антиоксидантным эффектом, нормализует метаболические процессы, оказывает регенерирующее и репаративное действие. Таурин способствует сохранению биологической активности ИФН.

Профессор А.В. Горелов привел результаты собственного исследо-

недидирия

<sup>6</sup> Лобзин Ю.В., Скрипченко Н.В., Бехтерева М.К., Тихомирова О.В. Проблемы детских инфекций на современном этапе // Инфекционные болезни. 2009. № 2. С. 7–12.

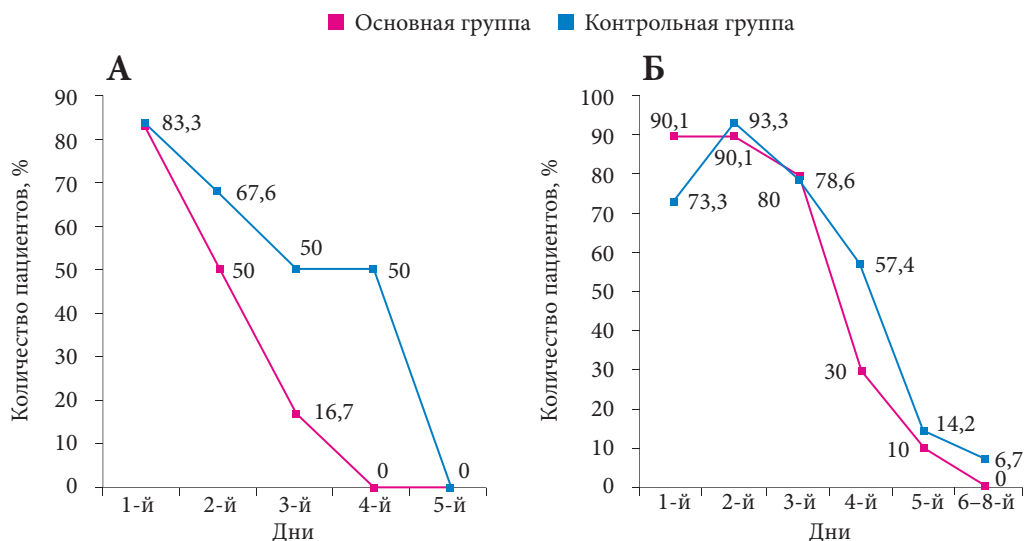


Рис. 2. Сравнительная эффективность препарата Генферон® Лайт в купировании диарейного синдрома (А – частота стула, Б – консистенция стула)

вания<sup>7</sup>. Целью многоцентрового клинического исследования стала оценка эффективности и безопасности препарата Генферон® Лайт в терапии острой кишечной инфекции вирусной этиологии. В исследовании участвовали 98 детей в возрасте от шести месяцев до шести лет с клиническими признаками вирусной диареи продолжительностью не более 48 часов от момента манифестации (лечение проводилось в одном из исследовательских центров). Детей распределили на две равные группы. Пациенты основной группы в дополнение к стандартной терапии (безлактозная диета, энтеросорбция, регидратация) получали препарат Генферон® Лайт ректально в дозе 125 000 МЕ два раза в сутки в течение пяти дней. Пациенты контрольной группы получали лечение по аналогичной схеме, но в качестве иммуномодулирующего агента использовали препарат Кипферон® в дозе 500 000 МЕ ректально два раза в сутки также в течение пяти дней. Результаты исследования показали, что частота стула нормализовалась у большинства детей обеих групп

на 3–5-е сутки терапии. Анализ частоты нарушения консистенции стула выявил тенденцию к более быстрому восстановлению у пациентов основной группы (рис. 2). Кроме того, уже к 3–5-му дню терапии в основной группе отмечалась тенденция к более частому исчезновению возбудителя, что обусловлено противовирусной эффективностью препарата Генферон® Лайт. Анализ частоты развития нежелательных явлений на фоне применения препаратов Генферон® Лайт и Кипферон® продемонстрировал высокий уровень переносимости и безопасности препаратов, в том числе у детей грудного возраста. Сделан вывод об эффективности препарата Генферон® Лайт в лечении острой кишечной инфекции вирусной этиологии, преимуществами которого является уменьшенное (в 4 раза) содержание ИФН-альфа по сравнению с аналогами. В связи с этим Генферон® Лайт можно применять у детей с отягощенным аллергологическим анамнезом, в том числе страдающих atopическим дерматитом. Таким образом, препарат Генферон® Лайт применяют при ОРВИ,

инфекционно-воспалительных заболеваниях урогенитального тракта у детей и беременных, а также острых кишечных инфекциях. Комбинация рекомбинантного человеческого ИФН-альфа-2b и аминокислоты таурина обеспечивает уникальный спектр действия препарата Генферон® Лайт, включающий направленное этиотропное воздействие и выраженный противовоспалительный эффект.

Профессор А.В. Горелов отметил, что лечебное питание играет особую роль в комплексной терапии острых кишечных инфекций. Кисломолочные продукты обладают бактериостатическим эффектом, благотворно влияют на течение и исходы острых кишечных инфекций у детей раннего возраста, обеспечивая дополнительную антибактериальную защиту желудочно-кишечного тракта.

При наличии у ребенка, находящегося на грудном вскармливании, лактозной недостаточности терапевтическая тактика состоит в обязательной коррекции диеты матери, исключающей цельное молоко, говядину, яйца, мягкие сыры и др. При искусственном вскармливании показано использование низколактозных кисломолочных или безлактозных смесей. Пробиотики также являются эффективным дополнением к лечению диареи и ее последствий у детей.

Завершая выступление, профессор А.В. Горелов констатировал, что препаратами выбора в лечении вирусной диареи у детей являются энтеросорбенты, которые в сочетании с препаратом Генферон® Лайт и пероральной регидратацией, адекватной диетотерапией благоприятно воздействуют на течение заболевания. Применение данной схемы позволяет повысить эффективность терапии, сократить сроки пребывания в стационаре и уменьшить стоимость лечения.

<sup>7</sup> Горелов А.В., Плоскирева А.А., Дринецкий В.П. и др. Интерферонотерапия инфекционно-воспалительных заболеваний у детей – обзор современных исследований // Лечащий врач. 2012. № 6. С. 84–86.



## Сателлитный симпозиум компании «БИОКАД»

### Рациональная противовирусная терапия ОРВИ у новорожденных и детей первого года жизни

**Д**октор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Ольга Леонидовна ЧУГУНОВА рассказала о терапевтической тактике лечения ОРВИ у новорожденных и грудных детей.

Сниженные показатели иммунного ответа у детей грудного возраста являются защитными механизмами от слишком бурных цитокиновых реакций. Часть пассивной защиты берет на себя материнский иммунитет через иммуноглобулины грудного молока, но этого бывает недостаточно. Развитие иммунной системы организма продолжается на протяжении всего периода детства.

Процесс развития иммунной системы ребенка сопровождается возникновением критических периодов, то есть периодов максимального риска развития инфекционных заболеваний, связанных с несовершенством иммунной системы.

Первый критический период – период новорожденности (до 29 дней жизни), когда организм ребенка защищен в основном материнскими антителами, полученными через плаценту и грудное молоко. Чувствительность новорожденного к бактериальным и вирусным инфекциям очень высока. В этот период имеют место сниженная продукция ИФН, выработка нестойкого раннего ИФН, склонность к незавершенному фагоцитозу, избыточный уровень супрессорных Т-клеток, циркуляция материнских IgG (до шести месяцев), слабая реакция на бактериальные агенты, низкая цитотоксическая активность CD8+ и NK-клеток, отсроченный синтез антител, сниженное число плазматических клеток при нормальном содержании В-лимфоцитов, недо-

статочность IgA-синтезирующих плазматических клеток.

Второй критический период в развитии иммунной системы у детей – 4–6-й месяцы жизни. Этот период характеризуется утратой полученных от матери антител. Способность к продукции собственных антител ограничивается слабым синтезом IgM. Недостаточность местной защиты слизистых оболочек связана с более поздним накоплением секреторного IgA. Поэтому чувствительность ребенка ко многим воздушно-капельным и кишечным инфекциям повышается. Особенности иммунитета детей грудного возраста являются синтез собственного IgG только к шести месяцам, повышенное соотношение CD4/CD8, относительная незрелость Т-клеток, низкая способность к формированию клеток памяти. Повышенное количество гранулоцитов в крови новорожденных в какой-то степени компенсирует недостаточную активность их защитных функций. Абсолютное число моноцитов крови у новорожденных выше, чем у детей более старшего возраста, но они также отличаются низкой защитной активностью. Низкое содержание основных компонентов системы комплемента в крови новорожденных является причиной недостаточной вспомогательной активности сыворотки крови при фагоцитозе.

Таким образом, у новорожденных резко ослаблены все основные механизмы специфической защиты организма. Этим объясняется высокая чувствительность новорожденных, особенно недоношенных детей и детей с задержкой внутриутробного развития, детей первого года жизни к бактериальным и вирусным инфекциям.

Наиболее распространенными возбудителями инфекций респираторного тракта, протекающих с более или менее однотипными



Профессор  
О.Л. Чугунова

клиническими проявлениями, прежде всего воспалением верхних дыхательных путей, считаются вирусы парагриппа, гриппа, РС-вирус, рино-, адено- и коронавирусы. Клиническая картина недавно открытых бокавирусов и метапневмовирусов человека схожа с таковой РС-инфекции. Ранее такие вирусы считались зоонозами, но с начала 2000-х гг. доказана их роль в развитии патологии человека. Основной путь передачи всех перечисленных инфекций – воздушно-капельный. Однако они передаются и контактным путем, например через грязные руки.

Терапия ОРВИ у детей раннего возраста сложна в силу изменчивости и резистентности респираторного вируса, наличия большого количества возбудителей, ограниченного возрастными рамками применения лекарственных средств, невозможности своевременной этиологической диагностики.

При ОРВИ у детей раннего возраста в основном используются препараты с широким противовирусным спектром, обусловленным неспецифическими механизмами действия. В педиатрической практике обычно применяются препараты ИФН. ИФН индуцирует синтез фермента, останавливающего транскрипцию и трансляцию, а следовательно, репликацию вируса. ИФН оказывает универсальное прямое противовирусное действие, усиливает фагоцитоз, повышает киллерный потенциал эффекторных клеток,



Генферон® Лайт оказывает направленное этиотропное действие и выраженный противовоспалительный эффект, что позволяет в ряде случаев повысить эффективность терапии и уменьшить степень лекарственной нагрузки на пациентов. Препарат хорошо переносится и может быть использован у детей разных возрастных групп, в том числе у новорожденных и недоношенных, а также у пациентов с отягощенным анамнезом и беременных

стимулирует продукцию секреторного IgA. Кроме того, он способствует нормализации цитокинового баланса, препятствует заражению здоровых клеток.

Препарат Генферон® Лайт, содержащий комбинацию рекомбинантного человеческого ИФН-альфа-2b и аминокислоты таурина, применяется у детей с первых дней жизни, а также у беременных. Он не содержит масло какао и витамин С.

На базе нескольких отечественных исследовательских центров было проведено многоцентровое открытое рандомизированное сравнительное исследование эффективности и безопасности препаратов Генферон® Лайт и Виферон® для лечения гриппа и ОРВИ у новорожденных и грудных детей. В исследовании участвовали 102 ребенка в возрасте до шести месяцев. Сопоставимые по возрасту и клиническому диагнозу дети были разделены поровну на две группы. Пациенты первой группы получали препарат Генферон® Лайт (ЗАО «БИОКАД», Россия) в дозе 125 000 МЕ два раза в сутки в течение пяти дней, пациенты второй – Виферон® в дозе 150 000 МЕ в том же режиме. Состояние исследуемых детей оценивали на шестой-седьмой день терапии.

При динамическом наблюдении за частотой купирования лихорадки выявлено, что после первого дня терапии лихорадка имела тенденцию к более быстрому купированию у пациентов, получавших Генферон® Лайт. Длительность периода до купирования/улучшения кашля в первой группе составила в среднем  $4,31 \pm 0,93$  дня, во второй –  $4,43 \pm 1,02$  дня. К пятому дню терапии число детей с сохранившимся кашлем в первой группе было меньше, чем во второй. Как показали результаты статистического анализа, частота купирования кашля, а также других симптомов гриппа и ОРВИ (интоксикация, гиперемия слизистых оболочек ротоглотки, хрипы в легких, затрудненное носовое дыхание) в группах не имели статистически значимых отличий. После лечения элиминация возбудителей ОРВИ наблюдалась в первой группе чаще (60%), чем во второй (30%).

### Заключение

Генферон® Лайт (ЗАО «БИОКАД», Россия) – комбинированный препарат, в состав которого входят рекомбинантный человеческий ИФН-альфа-2b и таурин. ИФН-альфа-2b вырабатывается штаммом бактерии *Escherichia coli*, в которую методами генной инженерии введен ген ИФН-альфа-2b человека. ИФН оказывает противовирусное, иммуномодулирующее, антипролиферативное и антибактериальное действие. Таурин способствует нормализации метаболических процессов и регенерации тканей, обладает мембраностабилизирующим и иммуномодулирующим действием, а также способствует сохранению биологической активности ИФН, усиливая терапевтический эффект препарата. Препарат Генферон® Лайт выпускается в разных лекарственных формах – суппозитории вагинальные или ректальные, спрей назальный. Суппозитории используют в качестве компонента комплексной те-

Таким образом, лечение ОРВИ препаратами Генферон® Лайт и Виферон® было одинаково эффективным, но в первой группе после терапии препаратом Генферон® Лайт отмечалась тенденция к купированию лихорадки в более ранние сроки.

Результаты исследования подтвердили безопасность и хорошую переносимость препаратов Генферон® Лайт и Виферон® у новорожденных и грудных детей с ОРВИ. Использование меньшей дозы ИФН-альфа в препарате Генферон® Лайт по сравнению с другими препаратами этой группы позволяет достичь одинакового терапевтического эффекта при снижении количества вводимого ИФН, что уменьшает лекарственную нагрузку на организм. Генферон® Лайт можно применять у беременных и новорожденных, в том числе у недоношенных детей с экстремально низкой массой тела.

рапии для лечения ОРВИ и других инфекционных заболеваний бактериальной и вирусной этиологии у детей, а также инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта у детей и женщин, в том числе беременных. Препарат хорошо переносится пациентами и может быть использован у детей разных возрастных групп, в том числе у новорожденных и недоношенных, а также у пациентов с отягощенным анамнезом и беременных (с 13-й недели гестации). Генферон® Лайт оказывает направленное этиотропное действие и выраженный противовоспалительный эффект, что позволяет в ряде случаев повысить эффективность терапии и уменьшить степень лекарственной нагрузки на пациентов и стоимость лечения. Комбинированный препарат Генферон® Лайт доказал свою эффективность и безопасность в комплексной терапии обширной группы инфекционных заболеваний. \*