



Особенности клинического течения и иммунокорригирующая терапия острых респираторных вирусных инфекций у часто болеющих детей



В нашей стране уровень заболеваемости острыми вирусными инфекциями, особенно среди детей, остается высоким. В связи с этим особую актуальность приобретают вопросы лечения респираторных инфекционных заболеваний в группе часто болеющих детей. Именно этой теме был посвящен доклад профессора кафедры инфекционных болезней у детей и поликлинической педиатрии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, д.м.н., главного специалиста по инфекционным болезням у детей ПФО Минздрава России Елены Владимировны МИХАЙЛОВОЙ, прозвучавший на симпозиуме, организованном при поддержке компании «БИОКАД».

Как известно, часто болеющие дети (ЧБД) – не нозологическая форма и не диагноз. Это группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, в большинстве случаев возникающими из-за транзиторных корригируемых отклонений в защитных системах организма. Таким образом, у ЧБД по сравнению со сверстниками уровень заболеваемости выше. Он оценивается по частоте эпизодов острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ).

Инфекционный индекс для детей старше трех лет рассчитывается как соотношение суммы всех случаев ОРВИ за год и возраста

ребенка (годы). Инфекционный индекс ЧБД – 1,1–3,5.

ЧБД составляют 20–65% детской популяции. Данная категория пациентов отличается резистентностью 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-восемью годам у них формируется хроническая патология.

Повышенная заболеваемость детей обусловлена незрелостью иммунной системы, сниженной продукцией цитокинов, дефицитом интерферона (ИФН), недостаточной выработкой имму-

ноглобулина (Ig) А, наличием хронических очагов инфекции, персистенцией вирусов. Кроме того, причинами частой заболеваемости могут быть фоновые заболевания, нерациональная антибиотикотерапия. Сегодня особое внимание исследователи уделяют наследственным факторам развития частой заболеваемости у детей.

Один из факторов, предрасполагающих к развитию частой заболеваемости у детей, – персистенция патогенных возбудителей, нередко протекающая под маской ОРВИ и сопровождаемая выраженным иммунным дисбалансом. Наиболее распространенными возбудителями являются микоплазмы, хламидии,



Сателлитный симпозиум компании ВЮСАД

вирусы герпеса. Персистенция патогенных возбудителей приводит к недостаточности симптоматической и адаптогенной терапии для купирования эпизодов ОРВИ у ЧБД.

Профессор Е.В. Михайлова представила результаты исследования, проведенного на базе детской инфекционной больницы № 5, детской поликлиники № 3 г. Саратова, с участием 200 детей в возрасте от одного до десяти лет¹. Целью работы стало изучение клинических особенностей течения острого респираторного заболевания у ЧБД, оценка показателей иммунного статуса детей с определением уровня иммуноглобулинов, ИФН (альфа, гамма). В исследовании применялись методы верификации диагноза. Этиологическую расшифровку ОРВИ выполняли с помощью иммунохроматографии носоглоточного смыва к вирусам гриппа, парагриппа, аденовирусам, респираторно-синцитиальным (РС) вирусам, иммуноферментного анализа (ИФА) крови на определение антител к вирусам парагриппа, аденовирусам, РС-вирусу, а также полимеразной цепной реакции (ПЦР) мазка из носоглотки и крови. Возбудителей оппортунистических инфекций выявляли методом ПЦР и ИФА крови с определением IgM, IgG – вирус герпеса 1-го, 2-го и 6-го типов, Эпштейна – Барр, цитомегаловируса, *Chlamydia pneumoniae*, *Pneumocystis carinii*.

Пациентов разделили на две равные группы – часто болеющие и редко болеющие дети. Как показали результаты исследования, у ЧБД частота эпизодов заболеваний выше, чем у редко болеющих детей, – $7,4 \pm 0,71$ против $3,1 \pm 0,80$ соответственно. Инфекционный индекс у ЧБД – 2,03, у редко болеющих детей – 0,85. В группе ЧБД более трети пациентов имели антитела класса G к вирусам просто-

го герпеса 1-го и 2-го типов, более половины – к цитомегаловирусу и вирусу Эпштейна – Барр. У 56% детей группы ЧБД в период манифестации ОРВИ обнаружены IgG к вирусу герпеса 6-го типа. У 37,5% детей из группы ЧБД имел место повышенный уровень антител к IgE, у 73,8% детей – дефицит ИФН-альфа и ИФН-гамма.

В группе ЧБД респираторная микст-инфекция встречалась в 61% случаев, моноинфекция – в 8% случаев. В группе редко болеющих детей только 20% имели фоновую патологию (анемию, отягощенный аллергологический анамнез). В группе ЧБД у 80% пациентов отмечалась фоновая патология, в том числе анемия, гипотрофия, ожирение, тимомегалия, отягощенный аллергологический анамнез, энцефалопатия.

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 среднетяжелая форма ОРВИ встречалась в 70%, тяжелая – в 30% случаев. В группе редко болеющих детей эти показатели составили 90 и 10% случаев соответственно. 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, большинство пациентов из группы ЧБД (80%) имели сопутствующую соматическую патологию, более половины из них – патологию нескольких органов или систем. У 61% детей ОРВИ были вызваны несколькими возбудителями. У ЧБД тяжелая форма респираторных заболеваний встреча-

лась в три раза чаще, поражения нижних дыхательных путей – в 2,2 раза чаще по сравнению с группой редко болеющих детей. В ходе исследования отмечены иммунологические нарушения в группе ЧБД в период заболевания – снижение уровня IgA, повышение уровня IgE, дефицит продукции ИФН-альфа и ИФН-гамма.

При лечении ОРВИ в группе ЧБД на первом месте стоит этиотропная терапия. Однако у больных детей, часто страдающих ОРВИ, использования только этиотропных препаратов недостаточно. Максимальный клинический эффект может быть получен лишь при сочетанном применении препаратов с разным механизмом действия. В этом случае достигаются подавление репликации вируса и одновременная коррекция нарушения в системе иммунитета и ИФН.

ИФН обладают универсальными антивирусными свойствами подавления репликации ДНК- и РНК-содержащих вирусов. Существует несколько форм для применения рекомбинантных генно-инженерных ИФН у детей. Препарат Генферон® лайт (ИФН-альфа-2b) выпускается в форме суппозиторий для лечения ОРВИ и других инфекционных заболеваний бактериальной и вирусной этиологии у детей и в форме назального дозированного спрея для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ у взрослых и детей старше 14 лет.

Применение препарата Генферон® лайт в форме суппозиторий позволяет подобрать оптимальную дозу (125 000 или 250 000 МЕ) ИФН в зависимости от возраста ребенка.

Препарат отличается высокой эффективностью благодаря уравновешенному сочетанию ИФН-альфа и таурина, который потенцирует действие ИФН.

недугам

¹ 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.



Применение препарата Генферон® лайт в форме суппозитория позволяет подобрать оптимальную дозу (125 000 или 250 000 МЕ) ИФН в зависимости от возраста ребенка. Препарат отличается высокой эффективностью благодаря уравниванию сочетанию ИФН-альфа и таурина, который потенцирует действие ИФН

Отсутствие нежелательных явлений при лечении ОРВИ подтверждает благоприятный профиль безопасности, хорошую переносимость и эффективность использования иммунокорригирующей терапии препаратом Генферон® лайт в группах ЧБД.

Сочетанное использование препарата прямого противовирусного действия Арбидол® и препарата Генферон® лайт высоко эффективно у больных ОРВИ, гриппом, осложненных пневмонией. Это проявляется в более быстром (на два – четыре дня) купировании интоксикационного, катарального синдрома, нормализации температуры, восстановлении аппетита и улучшении общего состояния.

Профессор Е.В. Михайлова также привела данные сравнительного рандомизированного проспективного исследования эффективности и безопасности препаратов Генферон® лайт и Арбидол® в лечении и профилактике эпизодов ОРВИ в группе часто и длительно болеющих детей. Исследование проводили на базе четырех исследовательских центров – Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского и детской городской поликлиники № 35 г. Санкт-Петербурга.

В исследовании приняли участие 64 ребенка в возрасте от трех до

шести лет из группы ЧБД с диагнозом ОРВИ, получавших лечение в амбулаторных условиях. Длительность ОРВИ на момент включения в исследование не превышала 48 часов с момента появления основных симптомов (лихорадка, катаральные явления). Больные не принимали препараты цитокинов, их индукторы и глюкокортикостероиды. В исследование не включали детей с аутоиммунными заболеваниями, иммунодефицитными состояниями, гиперчувствительностью к препаратам ИФН. Длительность наблюдения составила 180 дней.

Пациентов рандомизировали на две равные группы, сопоставимые по половозрастным характеристикам, фоновой патологии, инфекционному индексу, сопутствующим и перенесенным заболеваниям, клиническим проявлениям ОРВИ на скрининге, исходным показателям иммунограммы, а также концентрации уровней IgE, ИФН-альфа и ИФН-гамма.

В основной группе пациенты получали препарат Генферон® лайт 125 000 МЕ ректально два раза в сутки в течение десяти дней одновременно со стандартной терапией, далее по профилактической схеме – по одному суппозиторию в сутки на ночь через день в течение трех недель. Пациенты контрольной группы принимали Арбидол® 50 мг внутрь четыре раза в сутки в течение пяти дней одновременно со стандартной терапией, далее – по

50 мг два раза в неделю в течение трех недель. Контроль терапии и ее эффективности проводили во время пяти визитов, а также в форме телефонных опросов.

Результаты исследования показали, что терапевтическая эффективность препаратов Генферон® лайт и Арбидол® в купировании эпизодов ОРВИ приблизительно одинакова. Однако повторных эпизодов ОРВИ в группе Генферона лайт к 140-му дню исследования было меньше (11 детей), чем в группе Арбидола (20 детей) ($p = 0,04$). В большинстве случаев в обеих группах имели место повторные эпизоды в виде ОРВИ легкой степени. Таким образом, при длительном наблюдении Генферон® лайт оказался более эффективным для предотвращения повторных эпизодов ОРВИ.

Данные исследования продемонстрировали, что применение препарата Генферон® лайт в острый период ОРВИ не менее эффективно, чем использование препарата прямого противовирусного действия Арбидол®. Генферон® лайт позволяет добиться купирования основных симптомов ОРВИ и статистически значимо снижает количество повторных эпизодов заболевания при длительном наблюдении (140 дней).

В заключение профессор Е.В. Михайлова отметила, что лечение ОРВИ в группе ЧБД требует более длительного назначения иммунокорригирующих препаратов с последующим переходом на поддерживающий режим с целью коррекции иммунологических нарушений и снижения числа повторных эпизодов ОРВИ. Рекомендуемый режим применения препарата Генферон® лайт у ЧБД – по одному суппозиторию два раза в сутки ректально в течение десяти дней одновременно со стандартной терапией, затем по одному суппозиторию один раз на ночь через день в течение трех недель. ❖



Генферон® лайт

Интерферон альфа-2b
Таурин

**Лечение вирусных инфекций
с первого дня жизни**



суппозитории вагинальные и ректальные
125 000 ME и 250 000 ME



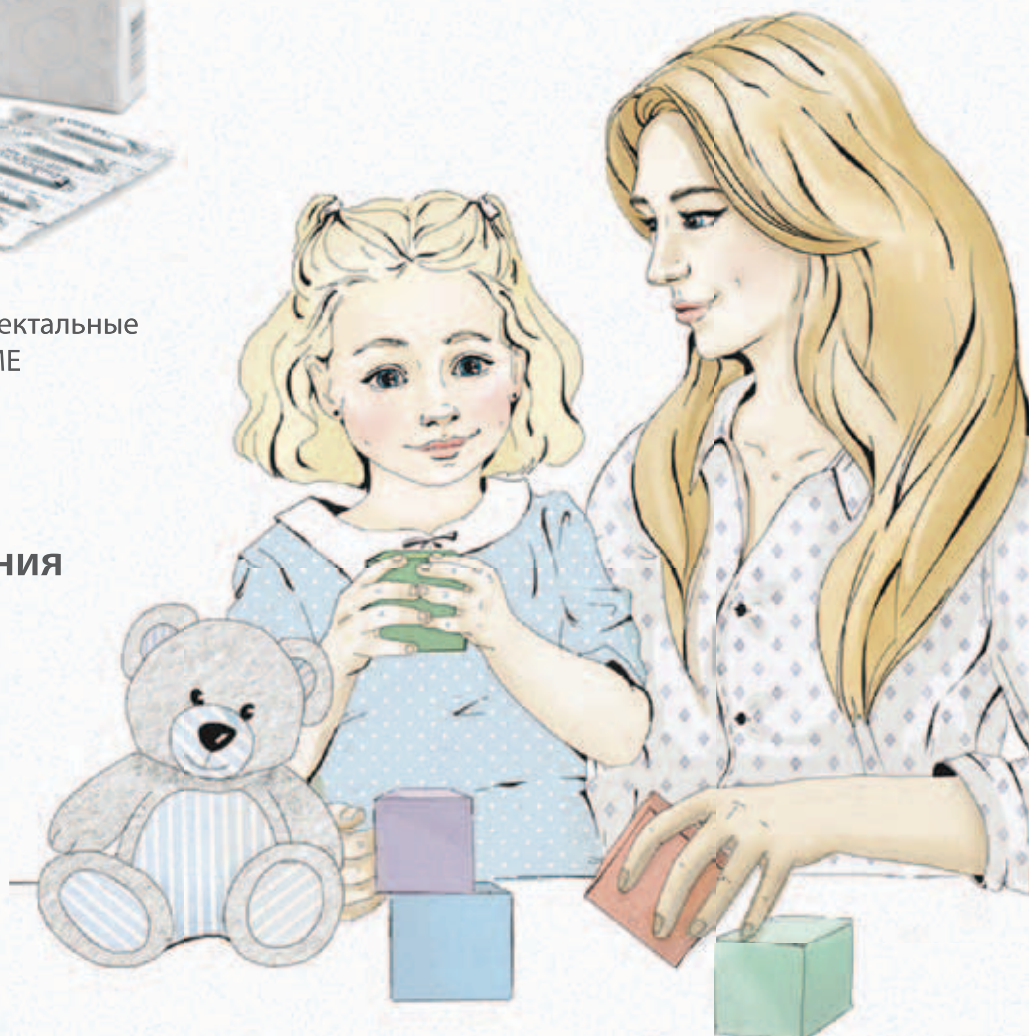
**Удобство применения
у детей**



**Уникальная
комбинация
активных
компонентов**



**Для лечения
простуды и гриппа**



198515, Санкт-Петербург, п. Стрельна, ул. Связи, д. 34, А
Телефон: +7 (812) 380 49 33



biocad@biocad.ru



www.biocad.ru



BIOCAD
Biopharmaceutical Company

Реклама

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. О ВОЗМОЖНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ