



Лечение респираторных вирусных инфекций у детей

Рассмотрению наиболее эффективных подходов к лечению респираторных вирусных инфекционных заболеваний у детей был посвящен симпозиум компании «НИАРМЕДИК ПЛЮС» (Москва, 30 марта 2015 г.). На симпозиуме обсуждались актуальные возможности применения современного индуктора интерферона Кагоцел® в лечении маленьких пациентов с острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), в том числе вызванными бокавирусами и метапневмовирусами, и ОРВИ, сопровождающимся вирусным поражением желудочно-кишечного тракта.



К.м.н.
Т.М. Чернова

Как отметила доцент кафедры инфекционных болезней у детей Санкт-Петербургского государственного педиатрического университета, к.м.н. Татьяна Маратовна ЧЕРНОВА, в структуре инфекционной патологии у детей острые респираторные инфекции составляют более 90%. Ведущее место в структуре вирусных поражений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимает ротавирусная инфекция. Ее удельный вес среди всех острых кишечных инфекций (ОКИ) с установленной этиологией составляет 30–35%, а в период эпидемичес-

Подходы к терапии ОРВИ с поражением желудочно-кишечного тракта в условиях детской поликлиники

кого подъема может превышать 50%. С 1990-х гг. отмечается возрастание роли норовирусной инфекции, для которой характерны вспышки в организованных детских коллективах. В последние годы среди детей увеличилась доля заболеваний, сопровождающихся сочетанным вирусным поражением респираторного тракта и ЖКТ.

В ряде случаев используется термин «гастроэнтерит». Однако следует отметить, что слизистая оболочка желудка не поражается вирусами. Возбудители размножаются в эпителии тонкой кишки, что приводит к развитию вирусного энтерита. Поражение энтероцитов приводит к нарушению расщепления и всасывания углеводов, воды и электролитов.

В этиологической структуре энтеритов/гастроэнтеритов у детей до 70% занимают вирусные поражения ЖКТ и только 30% – бактериальные¹. При бактериальных инфекциях могут развиваться тяжелые

осложнения, такие как сепсис, инфекционно-токсический шок, гемолитико-уремический синдром. Вирусные процессы на фоне обычной симптоматической терапии могут быть купированы в течение двух – четырех дней. Тем не менее дети до трех лет требуют особого внимания врачей, поскольку не исключено развитие основного осложнения – эксикоза.

Как показывает анализ структуры первичных диагнозов у амбулаторных детей с энтеритом/гастроэнтеритом, у пациентов в возрасте до трех лет лидирующее положение занимает диагноз ОКИ, старше трех лет – диагноз острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) с дисфункцией ЖКТ или энтеральными явлениями. Диагноз ОКИ в основном ставят детям, которым требуется госпитализация. Традиционно к вирусным поражениям ЖКТ педиатры относятся как к безобидному заболеванию. Однако, несмотря на видимую легкость течения, после

¹ Hatchette T.F., Farina D. Infectious diarrhea: when to test and when to treat // CMAJ. 2011. Vol. 183. № 3. P. 339–344.



Сателлитный симпозиум компании «НИАРМЕДИК ПЛЮС»

перенесенной инфекции нарушается микробиоценоз кишечника, имеют место дисбаланс иммунной системы, формирование затяжных форм инфекции, длительное выделение вирусов с фекалиями (до месяца и более)².

Татьяна Маратовна напомнила, какие основные функции для организма человека выполняет микрофлора кишечника, выделив из множества ее функций основную – иммуномодулирующую (формирование иммунологической резистентности). Более 25% слизистой оболочки кишечника представлено активной иммунологической тканью, которая содержит более 70% всех иммунокомпетентных клеток организма. Чем богаче флора, тем шире иммунный ответ. И наоборот: чем беднее флора, тем более скудный ответ. В европейских и российских стандартах терапии вирусных поражений ЖКТ у детей указано на применение только симптоматической терапии. В реальной клинической практике уже при первичном осмотре больного с любой диареей педиатры назначают антибактериальные или антисептические препараты, хотя при вирусных поражениях они не показаны.

Врожденным фактором противовирусной защиты является система интерферонов (ИФН), продукция которых начинается сразу после проникновения вируса в клетку. При полноценном иммунном ответе происходит быстрая и эффективная элиминация возбудителей из организма. Однако в остром периоде вирусной диареи у 80% детей отмечается недостаточность иммунного ответа со стороны альфа- и гамма-ИФН. Именно поэтому главная задача лечения – сместить пик активности ИФН-продукции в сторону более ранних сроков и уменьшить тем самым площадь распространения вирусного процесса.

Ректальные формы рекомбинантных ИФН обладают высокой биодоступностью и хорошей клинической эффективностью при лечении вирусной диареи. Экзогенные ИФН представляют собой чужеродный белок, поэтому при их применении возможны аллергические реакции. К тому же ректальный способ введения при вирусной диарее не всегда предпочтителен.

«Сегодня в амбулаторном звене при лечении острых респираторных вирусных инфекций препаратом выбора является Кагоцел®, получаемый в ходе химического синтеза из госсипола и природного полимера карбоксиметилцеллюлозы, обладающий противовирусным, антибактериальным и другими действиями. Важно, что Кагоцел® способен индуцировать образование альфа- и бета-интерферонов практически во всех популяциях клеток, отвечающих за противовирусный ответ организма», – констатировала докладчик.

После приема внутрь одной дозы Кагоцела терапевтическая эффективность наступает уже через 8–12 часов, максимально нарастает на вторые сутки и сохраняется еще в течение 72 часов. Таким образом, общая продолжительность действия после однократного приема – пять суток, что позволяет применять препарат коротким курсом.

В то же время максимум продукции ИФН в кишечнике отмечается уже через четыре часа после приема дозы Кагоцела, что делает его привлекательным для лечения вирусных поражений ЖКТ.

Татьяна Маратовна представила результаты собственного клинического наблюдения по оценке эффективности препарата Кагоцел® при вирусных поражениях ЖКТ у детей в амбулаторно-поликлинических условиях³. В наблюдении участвовали 60 детей в возрасте от трех до 16 лет с клиническими признаками сочетанного вирусного поражения респираторного и желудочно-кишечного трактов.

При первичном осмотре у всех пациентов наблюдались синдром лихорадки, интоксикация, диарейный синдром. У 93% детей имел место фарингит, у 56% – ринит, абдоминальные боли отмечались у половины больных, у 68% наблюдалась рвота, у 63% – метеоризм. При лабораторном обследовании в этиологической структуре вирусных поражений ЖКТ преобладали норовирусы и ротавирусы. При этом у детей в возрасте от трех до шести лет чаще выявлялась ротавирусная инфекция (66,7%), а у детей от семи до 16 лет – норовирусная инфекция (45,3%) (рис. 1).

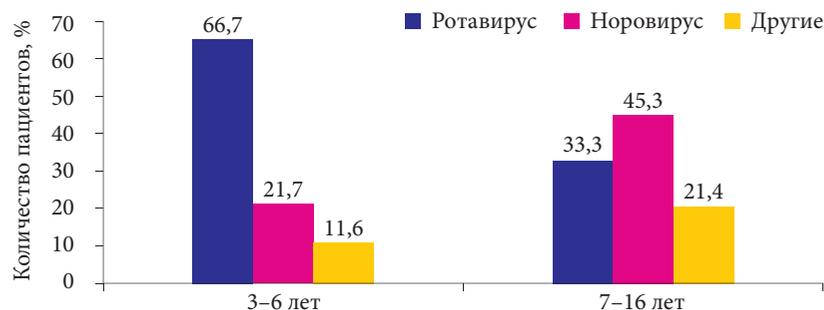


Рис. 1. Этиология возбудителей вирусной диареи у наблюдаемых детей разного возраста

² Григорович М.С. Исходы острых кишечных инфекций у детей, факторы, их определяющие, и оптимизация путей реабилитации: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2011.

³ Чернова Т.М., Субботина М.Д., Рубцова С.К. Эффективность препарата Кагоцел® при вирусных поражениях желудочно-кишечного тракта у детей // Медицинский совет. 2015. № 1.

педиатрия

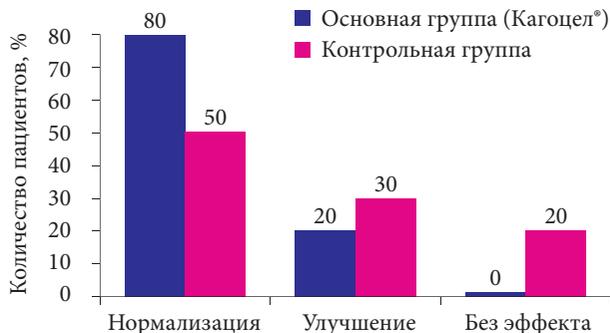


Рис. 2. Результаты копрологического исследования по окончании терапии

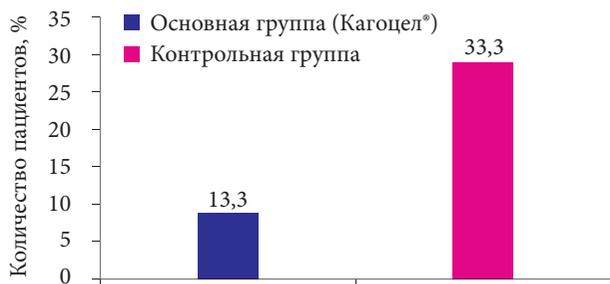


Рис. 3. Частота повторного выявления вируса по окончании терапии

Пациенты были разделены на две группы – основную и контрольную. Пациенты основной группы (n = 30) дополнительно к симптоматической терапии получали Кагоцел® по схеме лечения ОРВИ соответственно возрасту ребенка в течение четырех дней. Эффективность препарата Кагоцел® оценивали по результатам динамики основных клинических симптомов заболева-

ния и лабораторных показателей в исследуемых группах.

В группе Кагоцела длительность лихорадки и интоксикации оказалась достоверно меньше – на 1,1 и 1,2 суток соответственно – по сравнению с контрольной группой (p < 0,05). В то же время по продолжительности рвоты и абдоминального синдрома достоверных отличий не выявлено. Достоверные различия в группах были получены по продолжительности диареи. Так, в группе детей, получавших Кагоцел®, она была на 1,5 суток короче, чем в группе сравнения (p < 0,05). При повторном копрологическом исследовании, проведенном по окончании курса терапии у 80% детей основной группы, показатели нормализовались, а незначительные нарушения процессов переваривания и всасывания отмечались в 1,5 раза реже, чем в контрольной группе (рис. 2).

У каждого пятого ребенка, не получавшего Кагоцел®, сохранились признаки воспаления (до 8–10 лейкоцитов в поле зрения), что, возможно, было связано с реактивацией условно патогенной флоры и формированием вирусно-бактериальных ассоциаций и потребовало дополнительного назначения кишечного антисептика у 20% детей контрольной группы.

Таким образом, Кагоцел® не только положительно влияет на течение заболевания, но и способствует более активной элиминации виру-

сов с фекалиями. Это обусловлено влиянием препарата на репродукцию возбудителей и локализацию процесса их дальнейшего распространения в организме. Данные контрольного анализа молекулярно-генетического исследования фекалий больных продемонстрировали, что частота повторного выявления вирусов по окончании терапии у детей в основной группе после четырехдневного курса лечения Кагоцелом была практически в три раза меньше, чем в контрольной (рис. 3).

Немаловажным является и тот факт, что на фоне терапии с применением Кагоцела ни у одного пациента основной группы не выявлено нежелательных явлений. Благодаря эффективности и хорошей переносимости Кагоцела детям этой группы не потребовалось назначения дополнительной терапии.

В заключение Т.М. Чернова отметила, что помимо высокой клинической эффективности, безопасности и удобства применения в амбулаторной практике препарат Кагоцел® отличается хорошим соотношением «эффективность/стоимость». Фармакоэкономическая выгода заключается в сокращении расходов родителей на лечение и затрат государства на оплату листов нетрудоспособности, а также в экономии денежных средств поликлиники за счет уменьшения повторных визитов и повторных лабораторных обследований.

Клиническая эффективность препарата Кагоцел® в терапии бокавирусной и метапневмовирусной инфекции

Известно свыше 200 вирусов, размножение которых в клетках эпителия респираторного тракта вызывает развитие клинических признаков воспаления. По словам профессора кафедры инфекционных болезней у детей педиатрического факультета Российского национального

исследовательского медицинского университета (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова, д.м.н. Флоры Семеновны ХАРЛАМОВОЙ, новые вирусы – метапневмовирус (HMPV) и бокавирус (HboV) по распространенности не уступают инфекционным агентам, таким как аденовирусы, парагрипп и вирус гриппа.



Профессор
Ф.С. Харламова



Сателлитный симпозиум компании «НИАРМЕДИК ПЛЮС»

неддиагностика

В структуре общей респираторной патологии чаще встречается НвоV-инфекция, но причиной патологии нижних дыхательных путей нередко становится НМРV-инфекция. Если НМРV-инфекция может тотально поражать и верхние, и нижние отделы дыхательных путей, то НвоV-инфекция в большей степени затрагивает верхние отделы и бронхиальное дерево. Например, пневмония и бронхолит – это клинические проявления метапневмовирусной инфекции, ларинготрахеит и бронхит – проявления бокавирусной инфекции. Профессор Ф.С. Харламова проанализировала патогенетические отличия и особенности течения этих двух инфекций у детей.

НМРV-инфекция обычно встречается у детей первых двух-трех лет жизни и вызывает тяжелые формы заболевания: в 60% случаев дети нуждаются в госпитализации. Данная возрастная категория представляет группу риска по развитию тяжелых инфекций в форме тяжелых бронхолитов, альвеолитов, пневмонии. Особенно это касается детей первого года жизни и детей с ослабленной иммунной системой.

Имеются данные о том, что за формирование бронхиальной астмы, рецидивирующего крупа, в частности, у детей более старшего возраста нередко ответственна метапневмовирусная инфекция, перенесенная в младенчестве. Среди осложнений метапневмовирусной инфекции упоминаются отиты, легочные ателектазы и перикардиты. НМРV-инфекция поражает не только респираторный тракт. Этот вирус способен проникать также в центральную нервную систему и вызывать развитие тяжелых форм энцефалита.

Патогенетическое течение НМРV-инфекции начинается с прямого инфицирования эпителиоцитов дыхательных путей, которое сопровождается воспалительными изменениями с нейтрофильной инфильтрацией, дегенерацией и в ко-

нечном итоге некрозом эпителия. При этом повышается продукция слизи, возникают локальные геморрагии, образуются гиалиновые мембраны. На поздней стадии может сформироваться гиперплазия перибронхиальной лимфоидной ткани и внутриальвеолярное накопление макрофагов, свидетельствующие о формировании хронического воспалительного процесса в дыхательных путях. В иммунном ответе на НМРV-инфекцию основную роль играют CD4+T-лимфоциты и дендритные клетки.

Первичная НвоV-инфекция имеет место у детей первых месяцев жизни, но наиболее подвержены заражению дети в возрасте от шести месяцев до трех лет. Данные исследований свидетельствуют о наиболее частом поражении респираторного тракта в варианте обструкции дыхательных путей. Нередко при НвоV-инфекции наблюдается сочетанное поражение респираторного тракта и ЖКТ в форме гастроэнтерита. Иногда отмечается развитие эритемы или экзантемы в сочетании с признаками системной инфекции.

В настоящее время большинство исследователей склоняются к мнению, что бокавирус является возбудителем острых респираторных и кишечных заболеваний у детей младшего возраста, преимущественно от шести месяцев до двух лет.

В иммунном ответе при НвоV-инфекции особую роль играет значительный выброс интерлейкинов 2 и 4 и сниженный уровень интерлейкина 10.

Иммунологический ответ при НвоV-инфекции остается не до

конца изученным, но он напоминает ответ при респираторно-синцитиальной инфекции.

В многоцентровом исследовании, проведенном на кафедре инфекционных болезней у детей педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова и НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского, участвовало 120 детей в возрасте от двух до шести лет в начале постпандемического периода. Данные исследования показали, что в структуре ОРВИ, кроме вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусов, риновирусов, респираторно-синцитиального вируса, у 42 (35%) наблюдавшихся детей были выявлены метапневмовирус и бокавирусы. Из 42 больных с выявленной метапневмовирусной и бокавирусной инфекцией микст-инфекция имела место у 24 обследованных, моноинфекция – у 18 (табл. 1).

Из 18 больных с моноинфекцией семеро получали Кагоцел®, 11 детей – плацебо. Из 24 больных с микст-инфекцией 11 детей принимали Кагоцел®, 13 – плацебо.

В группе микст-инфекции имело место сочетание бокавирусной инфекции с аденовирусной, либо с риновирусной, либо с респираторно-синцитиальной. Метапневмовирусная инфекция чаще сочеталась с парагриппозной, аденовирусной, риновирусной и респираторно-синцитиальной инфекцией.

Развитию острых инфекционных воспалительных заболеваний дыхательных путей и их осложнений, таких как гайморит, пневмония, отит, способствуют нарушения иммунной системы, одним из важнейших показателей кото-

Таблица 1. Распределение больных с выделенными моно- и микст-метапневмовирусной и бокавирусной инфекциями по группам

Кагоцел® n = 18				Плацебо n = 24			
НМРV n = 8		НвоV n = 10		НМРV n = 13		НвоV n = 11	
Моно n = 3	Микст n = 5	Моно n = 4	Микст n = 6	Моно n = 6	Микст n = 7	Моно n = 5	Микст n = 6



рой является система ИФН. Доказано, что иммунная система детей раннего возраста характеризуется высокой пролиферативной активностью лимфоцитов с преобладанием фракции недифференцированных лимфоцитов с очень низким уровнем продукции цитокинов, в частности ИФН-продуцирующей активности. Примерно у 90% пациентов с фоновой патологией, в том числе у часто болеющих детей с неблагоприятным аллергоанамнезом, хроническими очагами инфекций, активность практически всех показателей ИФН-статуса снижена.

Следовательно, этиотропные препараты должны не только сочетать в себе свойства ингибитора вирусной продукции, но и обладать стимулирующей активностью в отношении иммунной защиты с целью устранения инертности специфического противовирусного иммунного ответа. Согласно разработанным критериям назначения препарата ИФН и его индукторов при гриппе и других респираторных инфекциях, таковые показаны детям с исходно низкой продукцией ИФН-альфа и -гамма, но с достаточно высоким индексом стимуляции этих ИФН, что имеет место у детей от года до шести лет.

Среди индукторов ИФН названным условиям отвечает отечественный противовирусный препарат Кагоцел®, который очень

хорошо зарекомендовал себя в ряде экспериментальных и клинических исследований у взрослых и детей. При действии таких индукторов, как Кагоцел®, формируется образование ИФН на физиологическом уровне. При этом не происходит синтеза высоких концентраций ИФН, вызывающих нежелательные эффекты в организме, что обеспечивает хорошую переносимость препарата.

Профессор Ф.С. Харламова продемонстрировала эффективность и безопасность препарата Кагоцел® у детей в возрасте от двух до шести лет, опираясь на собственные данные, полученные в рандомизированном слепом плацебоконтролируемом исследовании по изучению эффективности и безопасности препарата Кагоцел® при гриппе и других острых респираторных инфекциях. В исследование были включены 60 детей, которые находились в специализированном отделении Морозовской детской городской клинической больницы, куда были госпитализированы в основном со стенозом гортани, бронхообструктивным синдромом⁴.

Пациенты были распределены на две равные группы по 30 детей. В первой группе, получавшей Кагоцел® на фоне симптоматической терапии, у 19 больных диагностирован стеноз гортани 1-й степени, у семи – стеноз гортани 2-й сте-

пени, у четырех – ларинготрахеобронхит, у шестерых – рецидивирующий круп. Антибактериальная терапия проводилась 11 пациентам в связи с отитом и бронхитом вирусно-бактериальной этиологии. Во второй группе, получавшей плацебо на фоне симптоматической терапии, клинические проявления стеноза гортани 1-й степени отмечались у 22 больных, 2-й степени – у шестерых, ларинготрахеобронхит – у шестерых, рецидивирующий круп – у четырех, ларингит без признаков стеноза – у двоих. Антибактериальная терапия проводилась девяти пациентам в связи с отитом и бронхитом вирусно-бактериальной этиологии.

Характерной особенностью клинических проявлений у больных метапневмовирусной инфекцией наряду с общими интоксикационными проявлениями были выраженные хрипы в легких (64%), респираторная одышка (45%) и признаки бронхообструкции. У больных с бокавирусной инфекцией в основном отмечалось поражение верхнего отдела респираторного тракта, хрипы в легких прослушивались у 10% детей. У одного пациента с бокавирусной инфекцией имел место гастроэнтерит, который сопровождался жидким стулом и рвотой.

В первой группе больные получали Кагоцел® в течение четырех

Таблица 2. Продолжительность симптомов ОРВИ на фоне лечения Кагоцелом и плацебо у детей от двух до шести лет (n = 40)

Симптом	Длительность в днях (M ± m)	
	Кагоцел® + симптоматическая терапия (n = 19)	плацебо + симптоматическая терапия (n = 21)
Лихорадка	1,7 ± 0,4*	2,8 ± 0,3
Интоксикация	1,3 ± 0,4**	2,75 ± 0,2
Катаральные явления	4,2 ± 0,2**	5,9 ± 0,3
Сухой кашель	4,4 ± 0,3**	5,4 ± 0,3
Ларингит	3,2 ± 0,1**	5,2 ± 0,2
Стеноз гортани	1,8 ± 0,4	2,4 ± 0,2

* Различия достоверны (p < 0,05).

** Различия достоверны (p < 0,001).

⁴ Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Кладова О.В. и др. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста // Педиатрическая фармакология. 2012. Т. 9. № 1. С. 81–89.

Работает

даже при запоздалом лечении!



кагоцел®

противовирусное средство

Современный противовирусный препарат для взрослых и детей с 3 лет



**СРЕДИ ПРЕПАРАТОВ
ОТ ПРОСТУДЫ И ГРИППА***



Кагоцел® работает при приеме вплоть до четвертого дня от начала появления первых симптомов простуды и гриппа. Вызывает в организме образование интерферонов с высокой противовирусной активностью, а также стимулирует иммунную защиту организма.

Кагоцел® способствует улучшению самочувствия ребенка, устраняя симптомы простуды и гриппа и укорачивая сроки антибактериальной терапии при лечении осложнений этих заболеваний.**

Профилактический курс препарата Кагоцел® способствует снижению заболеваемости у часто болеющих малышей.**

№1 для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа по результатам голосования российских врачей в рамках премии «Russian Pharma Awards 2014».***



Реклама

* По данным ЗАО «Группа ДСМ»: Кагоцел® – самый популярный противовирусный препарат от простуды и гриппа в РФ в 2014 г., в упаковках.

** Харламова Ф.С. с соавт. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста // Педиатрическая фармакология. – 2012. – № 9 (1). – С. 81–89.

*** По версии Russian Pharma Awards 2014, в номинации «Препарат выбора для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа».

ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС»

125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, д. 12. Тел./факс: +7 (495) 741-49-89.

Подробную информацию вы можете получить на сайте: www.kagocel.ru

Рег. уд. Р N002027/01 от 19.11.2007.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.



VII Всероссийский конгресс по инфекционным болезням

Таблица 3. Продолжительность симптомов ОРВИ у детей, получавших Кагоцел® и плацебо на фоне антибактериальной терапии (n = 20)

Симптом	Длительность в днях (M ± m)	
	Кагоцел® + антибактериальная терапия (n = 11)	плацебо + антибактериальная терапия (n = 9)
Лихорадка	2,9 ± 0,6*	4,3 ± 0,3
Интоксикация	3,8 ± 0,3	5,0 ± 0,7
Катаральные явления	5,7 ± 0,4*	6,9 ± 0,5
Сухой кашель	5,7 ± 0,3*	6,8 ± 0,4
Ларингит	3,0 ± 0,2**	4,8 ± 0,3
Стеноз гортани	2,4 ± 0,1**	3,2 ± 0,2

* Различия достоверны (p < 0,05).

** Различия достоверны (p < 0,001).

дней по одной таблетке два раза в день в течение первых двух дней, а затем по одной таблетке один раз в день в течение последующих двух дней. Во второй группе пациенты принимали плацебо по аналогичной схеме.

У больных, получавших Кагоцел® на фоне симптоматической терапии при неосложненном течении заболевания, по всем показателям клинических проявлений (лихорадка, интоксикация, катаральные явления, сухой кашель, ларингит, стеноз гортани) отмечалось достоверное уменьшение продолжительности симптомов по сравнению с детьми, принимавшими плацебо (табл. 2).

Количество койко-дней, проведенных детьми в стационаре, на фоне терапии препаратом Кагоцел® достоверно сокращалось в сравнении с таковым при приеме плацебо и составило в среднем 4,7 ± 0,3 против 6,3 ± 0,3 дня (p < 0,05).

Тенденция к более быстрому купированию клинических симптомов ОРВИ и гриппа наблюдалась и в группе детей (n = 20), получавших одновременно с Кагоцелом антибактериальную терапию (табл. 3).

У больных на фоне приема Кагоцела сокращались сроки применения антибиотиков и соответственно достоверно (p < 0,05) снижалось количество койко-дней, проведенных в стационаре, по сравнению с пациентами, принимавшими плацебо, – 6,1 ± 0,3 против 7,3 ± 0,4 дня соответственно.

Таким образом, на примере клинической эффективности препарата Кагоцел® удалось показать скорость его воздействия на инфекционный процесс при ларинго-, бронхообструкции и других клинических проявлениях, сопряженных с гриппом и ОРВИ, в том числе с метапневмовирусной, бокавирусной, аденовирусной инфекциями, у детей в возрасте от двух лет. На фоне терапии препаратом Кагоцел® при ОРВИ независимо от этиологии достоверно сокращалась продолжительность основных клини-

ческих симптомов заболевания и симптомов стенозирующего ларинготрахеита и обструктивного бронхита, гастроэнтерита.

«В процессе терапии у всех пациентов наблюдалась хорошая переносимость препарата без побочных эффектов. Кагоцел® хорошо переносится детьми с двухлетнего возраста, сокращает сроки пребывания в стационаре и рекомендован для лечения указанных вирусных инфекций в ранние сроки заболевания», – подчеркнула Флора Семеновна, завершая выступление.

Заключение

Современный отечественный индуктор интерферона из группы полифенов растительного происхождения Кагоцел® характеризуется низкой токсичностью, широким спектром биологической активности и иммуномодулирующим эффектом. Результаты клинических исследований показали эффективность и безопасность применения препарата Кагоцел® у детей в возрасте от двух до шести лет в лечении ОРВИ и гриппа независимо от этиологии. Кагоцел® на фоне симптоматической терапии эффективно купирует инфекционный процесс при ларинго-, бронхообструкции и других клинических проявлениях, сопряженных с гриппом и ОРВИ, в том числе с метапневмовирус-

ной, бокавирусной и аденовирусной инфекциями, у детей с двухлетнего возраста без побочных явлений.

Кагоцел® достоверно сокращает количество койко-дней, проведенных детьми в стационаре, и сроки антибактериальной терапии при лечении осложнений ОРВИ.

Включение препарата Кагоцел® в комплексную терапию у детей с вирусным поражением ЖКТ позволяет достоверно уменьшить длительность лихорадки, симптомов интоксикации, диарейного синдрома и в три раза сократить частоту повторного выявления возбудителя.

Применение Кагоцела позволяет существенно снизить материальные затраты на лечение вирусной диареи, гриппа, ОРВИ. ✪

медиафорум