

- на, Е.А. Комарова // Вестн. оторинолар. — 2008. — № 4. — С. 49—53.
20. Полякова Т.С. Роль хламидийной и микоплазменной инфекции в этиологии заболеваний ЛОР-органов / Т.С. Полякова, С.В. Нечаева, А.М. Поливода // Вестн. оторинолар. — 2004. — № 1. — С. 24—27.
21. Караулов А.В. Комментарий к статье А.С. Колбина, А.В. Харчева «Применение иммуностимуляторов при острых инфекциях дыхательных путей у детей. Зарубежный опыт — взгляд с позиций доказательной медицины» // Педиатрическая фармакология. — 2007. — № 3, Т. 4. — С. 6—7.
22. Колбин А.С., Харчев А.В. Применение иммуностимуляторов при острых инфекциях дыхательных путей у детей. Зарубежный опыт — взгляд с позиций доказательной медицины // Педиатрическая фармакология. — 2007. — № 3, Т. 4. — С. 26—34.
23. Гаращенко Т.И. Иммуномодуляторы топического применения в профилактике хронического аденоидита у детей / Т.И. Гаращенко, И.В. Зеленкова, М.В. Алферова // Вестн. оторинолар. — 2011. — № 2. — С. 62—65.
24. Профилактика и лечение респираторных заболеваний у часто болеющих детей топическими бактериальными лизатами / М.С. Савенкова, А.А. Афанасьева, В.С. Минасян, С.И. Тюркина // Вопр. совр. педиатрии. — 2009. — № 6. — С. 92—96.
25. Шамшева О.В., Зверева Н.Н. Эффективность топического бактериального лизата в лечении и профилактике острых респираторных инфекций // Детские инфекции. — 2010. — № 4. — С. 51—54.
26. Зинкин А.Н, Сергеев М.М. Клиническая эффективность бактериальных лизатов при аденотонзиллэктомии у детей и подростков // Вестн. оторинолар. — 2011. — № 4. — С. 68—70.

## Оптимизация терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей Западного Казахстана

А. Н. СЕЙПЕНОВА, К. Б. АБДРАХМАНОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова МЗ Республики Казахстан, г. Актобе

В работе представлены результаты динамики показателей заболеваемости ОРВИ детей г. Актобе и Актыубинской области за период 2006—2010 гг., а также этиологическая структура и возрастной состав детей, клиническая эффективность комбинированного применения препарата Виферон® с дифференцированным выбором доз и длительности курса лечения у детей с ОРВИ и рекуррентными заболеваниями.

**Ключевые слова:** дети, ОРВИ, Виферон®, лечение

### Optimization of the Therapy of Acute Respiratory Viral Infections in Children in West-Kazakhstan

A. N. Seipenova, K. B. Abdrahmanov

West-Kazakhstan State Medical University named after Marat Ospanov, Aktobe

The work presents the results of observation of the dynamics of the ARVI indicators in children of Aktobe city and the Aktyubisk region for the period of 2006—2010, also ethnological structure and age composition of children. The authors also speak about clinical efficacy of combined application of Viferon preparation with differential choice of dozes and the duration of course of treatment for children with ARVI and recurrent disease.

**Key words:** children, ARVI, Viferon, treatment

**Контактная информация:** Сейпенова Ания Нурмуханбетовна — асс. каф. врачей общей практики Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. Марата Оспанова; Республика Казахстан, г. Актобе, ул. Набережная 79А, кв. 43; aniya\_seipenova@mail.ru; 8 (7132) 99-32-76

УДК 616.921.578.832.1

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп являются одной из актуальных проблем педиатрии, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости в детской популяции, значительной частотой развития тяжелых и осложненных форм болезни, особенно среди детей раннего возраста. До 95% всех ОРВИ имеют вирусную природу, основной причиной которых являются респираторные вирусы и их разнообразные ассоциации, определяющие особенности их течения и исходов. Вклад отдельных вирусов в развитие заболеваний variabelен и во многом зависит от возраста пациента, времени года и имеет региональные особенности [1, 2].

Высокая частота ОРВИ у детей обусловлена, прежде всего, характеристикой иммунной системы ребенка (незрелость, «поздний старт», отсутствие предшествующего иммунологического опыта), кратковременностью противовирусного иммунитета, а также высокой контагиозностью вирусов гриппа и других респираторных вирусов.

По данным Федерального центра Госсанэпиднадзора России, ежегодная заболеваемость ОРВИ в разные годы колеблется от 50 000 до 72 000 случаев на 100 тыс. детского населения до 14 лет. При этом в структуре детской инфекционной патологии ОРВИ по-прежнему сохраняют свои лидирующие позиции [3].

Аналогичная ситуация по ОРВИ и в Республике Казахстан, где на долю ОРВИ приходится около 85,5% всей регистрируемой инфекционной патологии [4]. По данным Алматинского областного Центра Проблем формирования здорового образа жизни, в Казахстане ежегодно регистрируется от 800 тыс. до 1,5 млн. случаев ОРВИ, из которых до 75% приходится на детей до 14 лет. К числу таких регионов относится и Актыубинская область, где заболеваемость ОРВИ детей на протяжении ряда лет остается стабильно высокой с тенденцией ежегодного роста за последние 5 лет.

Столь высокая заболеваемость обуславливает актуальность проблемы ОРВИ в педиатрии. Тем более, что неук-

лонно растет число часто и длительно болеющих детей, у которых отмечается резистентность к традиционным методам терапии [5–7].

Все это определяет значимость изучения региональных особенностей ОРВИ и оптимизации медицинской помощи детям в амбулаторно-поликлиническом звене.

Одним из перспективных направлений оптимизации лечения ОРВИ является использование препаратов интерферона — корректоров иммунологических дисфункций, с широким спектром противовирусной активности, не имеющих существенных побочных явлений и возрастных ограничений [8–10].

**Цель:** определить региональные особенности ОРВИ с оценкой клинической эффективности препарата Виферон® с дифференцированным выбором доз и длительности курса в составе комплексной базисной терапии у детей г. Актобе.

### Материалы и методы исследования

Проведен анализ годовой динамики заболеваемости ОРВИ за 2006 — 2010 гг. по данным статистики департамента здравоохранения и Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ Республики Казахстан, анализ данных ретроспективного (587 историй развития детей) и проспективного (у 89 детей) вирусологического исследования.

Диагноз ОРВИ был подтвержден обнаружением вируса в назальных смывах методом иммунофлюоресценции в вирусологической лаборатории Актюбинской санэпидстанции.

Эффективность препарата Виферон® — Viferon — производитель ООО «Ферон» (интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2b и мембраностабилизирующие компоненты — токоферола ацетат, аскорбиновая кислота) оценивалась у 82 детей в возрасте 0–14 лет (основная группа). Из них 40 детей (0–5 лет) были с ОРВИ и 42 (1–14 лет) — с рекуррентными заболеваниями. Препарат Виферон® (прошел регистрацию в Республике Казахстан (МЗ РК № 305 от 14.10.2009 г.) детям с ОРВИ назначался в стандартной дозе по 150 000 МЕ 2 раза в день в течение 5–10 дней, Виферон® мазь 3–4 раза в день эндоназально. Детям с рекуррентными заболеваниями Виферон® также назначался эндоназально и ректально в дозах 300 000–1 млн. МЕ в течение 2–2,5 месяцев с постепенным снижением дозы каждые 2 недели.

Клиническими критериями эффективности Виферона® служили скорость регресса симптомов интоксикации и поражения респираторного тракта, а у детей с рекуррентными заболеваниями — частота повторов ОРВИ в течение года после проведенной иммунореабилитации.

В группу сравнения вошли 56 детей такого же возраста, с ОРВИ (20 детей) и рекуррентными заболеваниями (36), получавшие традиционную терапию.

Обработка полученных данных проводилась на основании общепринятых методов вариационной статистике с использованием стандартных пакетов Microsoft Excel 2000, Statistica 6.0, Biostat (Гланц 2002).

### Результаты и их обсуждение

По данным официальной статистики, за период 2006–2010 гг. регистрируется подъем заболеваемости ОРВИ по г. Актобе и Актюбинской области. Общий уровень заболеваемости определяли дети до 14 лет, показатели которых за указанный период были стабильно высокими, по г. Актобе выше, чем по области. Их удельный вес

возрос с  $63,4 \pm 0,2\%$  в 2006 г. по г. Актобе и с  $67,4\% \pm 0,3$  по области ( $p < 0,001$ ) до  $69,2 \pm 0,2\%$  и  $77,1 \pm 0,4\%$  в 2010 г. соответственно (рис. 1).

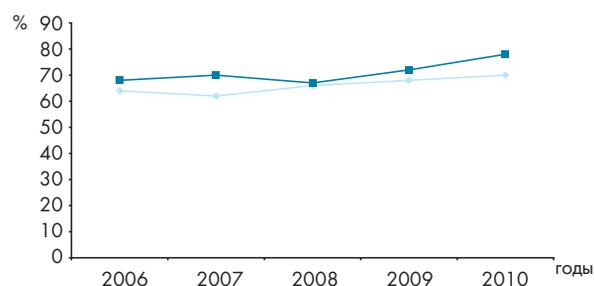
Показатели заболеваемости детей ОРВИ за указанный период возросли в 1,2 раза: с 23 793,7 на 100 тыс. детского населения до 29 310,3 по г. Актобе и с 15 497,5 до 16 799,8 по области.

Анализ 866 историй развития ребенка (ф. № 112) показал, что 419 из них заболели ОРВИ. Из них детей раннего возраста было 90, дошкольного — 80, младшего школьного — 80, школьников — 249. Наиболее часто болели дети первого (72,3%) и второго (74,5%) года жизни, несколько меньше (49,2 — 62,2%) дети дошкольного, младшего (30,8%) и старшего школьного возраста (37,7 — 39,1%). Аналогичные данные и по частоте случаев ОРВИ в год, которая у детей раннего и дошкольного возраста составила 4–6, у школьников — 2–4 раза в год.

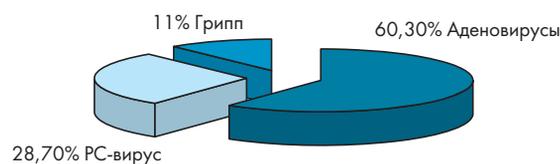
В группе с рекуррентными заболеваниями количество случаев ОРВИ в год на одного ребенка (как среднее, так и максимальное) было значительно выше в возрастной группе 0–6 лет. При этом важно отметить высокую частоту повторов ОРВИ у детей 1 года жизни, у которых среднее число случаев составило 4,83, максимальное — 9, второго года — 5,9 и 7 случаев в год, в возрастной группе 3–5 лет — соответственно 7,0 и 9, старше 5 лет — среднее число было 5,2, максимальное — 6.

Ретроспективный анализ вирусологического обследования 587 детей с ОРВИ показал, что в подавляющем большинстве случаев ( $76,0 \pm 2,0\%$ ) заболевание имело вирусную природу, с доминирующим поражением детей раннего возраста, вирусная этиология у которых была подтверждена в  $79,3 \pm 2,2\%$ .

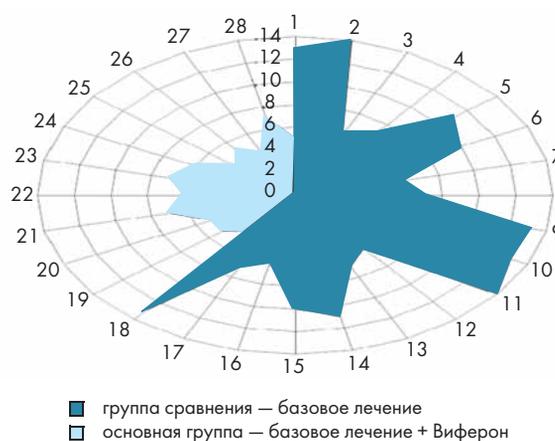
Видовой состав респираторных вирусов, выделенных у детей с ОРВИ, был разнообразным, в спектре которых (рис. 2) аденовирусы занимали лидирующее положение в  $60,3 \pm 2,1\%$  ( $p < 0,001$ ), причем в 31,9% случаев в ассоциации с другими вирусами: гриппа А (15,2%), респираторно-синцитиальным (12,6%) и гриппа В (4,1%).



**Рисунок 1.** Годовая динамика заболеваемости ОРВИ детского населения г. Актобе и Актюбинской области за 2006 — 2010 гг.



**Рисунок 2.** Этиологическая структура ОРВИ у детей г. Актобе



**Рисунок 3.** Сравнительная динамика клинических проявлений ОРВИ у детей, получавших и не получавших Виферон

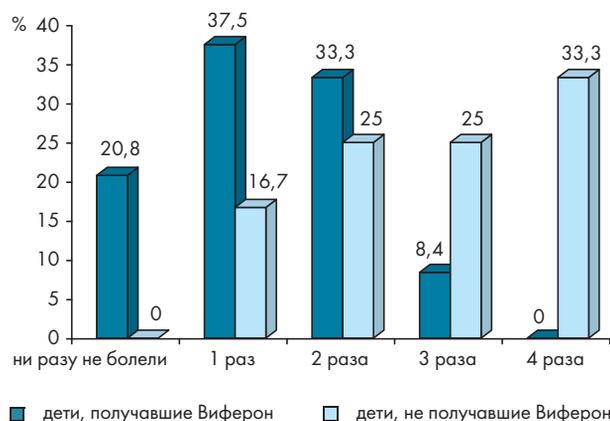
Следующей по частоте встречаемости была респираторно-синцициальная инфекция (РС-вирус) — 28,7%, несколько реже — вирус гриппа — 11,0% случаев.

Случаи смешанной вирусной инфекции преимущественно регистрировались у детей раннего возраста — 72,1 ± ± 4,8%. В то же время у детей дошкольного возраста они наблюдались в 2,5 раза реже — 27,9 ± 4,48% ( $p < 0,001$ ). Не менее важно отметить, что спектр вирусных ассоциаций в данных возрастных группах также достоверно ( $p < 0,001$ ) различался. Наиболее частыми ассоциантами у детей первого года жизни были РС + аденовирусы (34,9%), от года до 3-х лет — аденовирусы + грипп А и В — 15,1%, старше 6-ти лет — аденовирусы + грипп А — 23,3%. Выявлена обратная корреляционная связь между частотой микстинфекций респираторного тракта и возрастом детей ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,001$ ).

Дополнительное обследование 89 детей раннего возраста с ОРВИ также подтвердило, что у подавляющего большинства из них (89,9%) была выявлена вирусная этиология инфекции. Наиболее частой причиной заболевания также были аденовирусы (57,3%), причем у части детей — аденовирусы в сочетании с вирусами гриппа (21,6%) и РС-вирусом (19,6%). В спектре выделенных возбудителей ОРВИ были также РС-вирус — 26,9%, вирусы гриппа — 5,6%.

**Таблица 1.** Схемы применения препарата Виферон®

Препарат	Способ введения	Суточная доза	Курс	Повторы
При рекуррентных заболеваниях — 2–2,5 мес.				
Виферон® — суппозитории	per rectum	300 000—1 млн. МЕ	— первые 10 дней по 2 свечи в сутки — далее 2 недели — 3 раза в неделю по 2 свечи в сутки — далее 2 недели — 2 раза в неделю по 2 свечи в сутки — далее 2 недели — 3 раза в неделю по 1 свече на ночь — далее 2 недели — 1 раз в неделю по 1 свече	2 и более раз
Виферон® — мазь/гель	per nasus	2500 МЕ	3–4 раза	
При ОРВИ				
Виферон® — суппозитории	per rectum	300 000 МЕ	5–10 дней	
Виферон® — мазь/гель	per nasus	2500 МЕ	По 1 свече 2 раза в день 3–4 раза в день	



**Рисунок 4.** Эффективность реабилитации детей с рекуррентными заболеваниями

Следует отметить, что все наблюдаемые дети (с легкими — 62% и средне-тяжелыми — 38% формами ОРВИ) получали лечение в амбулаторно-поликлиническом звене (табл. 1).

На фоне комбинированного применения Виферона® (эндонозально и ректально) в базисной терапии ОРВИ (40 детей) повышение температуры сохранялось в течение 1,83 ± ± 0,3 дня, при этом уже через 24 часа от начала лечения более, чем у половины (53,6%) из них отмечалось снижение температуры тела до нормальных величин на фоне регресса интоксикационного и катарального синдромов, который почти у половины из них отмечался уже через 1–2 дня лечения ( $p < 0,05$ ). Средняя продолжительность катарального синдрома составила 4,4 ± 0,15 дня, а всего заболевания соответственно 5,1 ± 1,1 (рис. 3).

В группе сравнения эти показатели были значительно выше. Так, продолжительность температурной реакции составила 2,77 ± 0,4 ( $p < 0,05$ ), катарального синдрома 6,3 ± ± 0,35 ( $p < 0,05$ ), а средняя продолжительность всего заболевания 9,9 ± 2,1 дня ( $p < 0,05$ ).

Проспективное наблюдение за детьми с рекуррентными заболеваниями показало, что дети, получавшие Виферон® в комплексной терапии, ни разу не болели — 20,8 ± 8,2%, 1 раз — 37,5 ± 9,8%, 2 раза — 33,3 ± 9,6%, 3 раза — 8,4 ± ± 6,2% (рис. 4). В то время как в группе сравнения повторы ОРВИ были выше: у половины детей (50,0 ± 11,9%) — 2–3

# ВИФЕРОН®

Бережная защита от вирусов

раза, у одной трети ( $33,3 \pm 11,1\%$ ) — 4 и более раз, и только у некоторых из них ( $16,7 \pm 2,1\%$ ) — однократно.

При оценке переносимости различных схем Виферона® установлено, что применение препарата не сопровождалось развитием побочных эффектов и нежелательных явлений.

## Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что заболеваемость ОРВИ у детей г. Актобе за период 2006—2010 гг. остается высокой, с наибольшей заболеваемостью детей раннего и дошкольного возраста.

Основными возбудителями ОРВИ были аденовирусы и их ассоциации с вирусами гриппа и РСВ. Выявлена обратная корреляционная связь между частотой вирусных микстинфекций респираторного тракта и возрастом детей.

Наибольшая частота рекуррентных заболеваний респираторного тракта регистрировалась у детей раннего и дошкольного возраста с максимальной частотой их повторов у детей первого года жизни из группы высокого риска по развитию ОРВИ.

Комбинированное применение препарата Виферон® с дифференцированным подходом к выбору доз и длительности курса при лечении детей с ОРВИ достоверно сокращает сроки регресса основных клинических проявлений инфекции.

У детей с рекуррентными заболеваниями комбинированная интерферонотерапия способствует снижению количества повторов ОРВИ до 2—3 раз в год. Позитивные результаты дифференцированной интерферонотерапии обосновывают необходимость и целесообразность включения Виферона® в протоколы базисной терапии острых респираторных вирусных инфекций и рекуррентных заболеваний у детей.

## Литература:

1. Учайкин В.Ф. Проблема ОРВИ в педиатрии // Детские инфекции. — Т. 11. — 2012. — С. 3.
2. Regamey N. Roiha Viral etiology of acute respiratory infection with cough in infancy / N. Regamey, L. Kaiser, L. Hanna // The Pediatric Infection Disease Journal. — 2008. — № 2. — P. 100—104.
3. Обоснование, опыт лечения и профилактика острых респираторных вирусных инфекций препаратами рекомбинантного интерферона: методические рекомендации / В.Ф. Учайкин и др. // Правительство Москвы, Департамент здравоохранения. — М.: Спецкнига, 2012. — 48 с.
4. Эпидемиологическая характеристика инфекционной заболеваемости в Республике Казахстан / Тыныбеков А.С., Талкимбаев А.К., Баракова Д.О., Оспанова Г.Б. // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. — 2005. — № 3. — С. 35—38.
5. Оптимизация профилактики и лечения вирусных инфекций у детей / Н.А. Коровина и др. // Поликлиника. — 2007. — № 2. — С. 8—11.
6. Нестерова И.В. Стратегия и тактика интерферон- и иммунотерапии в лечении часто и длительно болеющих иммунокомпрометированных детей: Учебно-методическое пособие. — Изд-во Caripicorg Publishing. — 2012. — 28 с.
7. Маркова Т.П., Чувилов Д.Г. Длительно и часто болеющие дети // Российский медицинский журнал. — 2002. — Т. 10. — № 3. — С. 125—129.
8. Модифицированная интерферонотерапия острых респираторных инфекций у детей раннего возраста: патогенетическое обоснование и эффективность / И.Н. Захарова и др. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2011. — № 3. — С. 49—54.
9. Малиновская В.В., Деленя Н.В., Арименко Ю.Ю. Виферон комплексный противовирусный и иммуномодулирующий препарат для детей и взрослых. — М.: Изд. «ИНКО ТНК», 2010. — 87 с.
10. Клинико-иммунологическая эффективность местной интерферонотерапии при ОРВИ у детей / Т.А. Чеботарева и др. // Вопр. совр. педиатрии. — 2007. — Т. 6. — № 4. — С. 29—32.



## КОМПЛЕКСНЫЙ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ



- Лечение широкого спектра вирусных и вирусно-бактериальных инфекций
- Профилактика гриппа и острых респираторных инфекций
- Профилактика осложненного течения заболеваний
- Разрешен к применению с 14 недели беременности
- Применяется у новорожденных, в том числе недоношенных детей