

8. Анализ эффективности вакцинации населения природных очагов Австрии против клещевого энцефалита / Ф. Хайнц, Х. Хольцман, А. Эссл, М. Кундт // *Вопр. вирусологии*. — № 2. — 2008. — С. 19–27.
9. Яковлев И.Б., Сармометов Е.В. Фармацевтическая профилактика гриппа и ОРВИ — «АНТИГРИПП»: методические рекомендации для работников здравоохранения. — Пермь: Изд-во ГОУ ВПО ПГФА, 2008. — 46 с.
10. Яковлев И.Б., Солонина А.В., Абдуразаков Р.В. Профилактическое направление в фармации. Анализ некоторых аспектов. — Ремедиум Приволжье, 2004. — № 1. — С. 51–54.
11. *Developing pharmacy practice: a focus on patient care*. — Handbook. — 2006 Ed. WHO & IPF, 87 s.

Профилактика и лечение частых респираторных заболеваний у детей с ослабленным иммунитетом

О. В. Кладова

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Москва

Представлены результаты применения Арбидола для профилактики и лечения ОРЗ. Показано, что применение Арбидола в период, предшествующий росту заболеваемости гриппом и другими ОРЗ, способствует снижению заболеваемости у часто болеющих и у детей с хронической патологией верхних и нижних дыхательных путей. У детей с ОРЗ терапия Арбидолом сокращает продолжительность лихорадки, явлений интоксикации, а также сроки купирования катаральных явлений.

Ключевые слова: острые респираторные заболевания, профилактика, лечение, арбидол

Prevention and Treatment of Frequent Respiratory Diseases in Children With Weakened Immune Systems

O. V. Kladova

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow

We described the results of Arbidol application for ARD prevention and treatment. It is proved that application of Arbidol in the period before the growth of influenza and other ARD morbidity helped to decrease the number of cases of morbidity among sickly children and children with pathology of upper and lower respiratory ways. Therapy with Arbidol decreases fever duration, intoxications and shortens periods of catarrhal inflammation in children with ARD.

Key words: acute respiratory diseases, prevention, treatment, arbidol

Контактная информация: Кладова Ольга Викторовна – д.м.н., проф. каф. инфекционных болезней у детей РНИМУ; 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 1; 8 (499) 236-25-51

УДК 616.921.5-08

Дети являются особо уязвимой для ОРЗ группой. ОРЗ составляют 65% и более от всех регистрируемых заболеваний у детей и являются одной из основных причин их госпитализаций [1, 2]. До 95% всех респираторных инфекций имеют вирусную природу и могут вызываться более чем 200 вирусами, способными поражать органы респираторного тракта [3, 4].

Проблема ОРЗ особенно актуальна в группе часто болеющих детей (ЧБД), у которых частота повторных инфекций превышает 6 раз в год и может достигать 12–15 раз в год. Основной причиной частых ОРЗ признаны изолированные селективные и транзиторные иммунодефициты, связанные с функциональной несостоятельностью иммунокомпетентных клеток [5–7]. Нарушение факторов местного иммунитета полости рта, глотки, дыхательных путей у часто и длительно болеющих ОРЗ детей, приводящее к персистенции бактериальных и вирусных патогенов, представлена рядом авторов. Длительное присутствие возбудителей в дыхательных путях вызывает нарушение функции мукоцилиарного аппарата, повреждение неиммунных и иммунных механизмов защиты бронхолегочной системы, что является одним из

существенных механизмов длительного течения воспалительного процесса [7–10].

В работе, проведенной на нашей кафедре, при исследовании показателей общего иммунитета у ЧБД отмечались небольшие изменения, связанные с умеренным снижением показателей активированных лимфоцитов (CD71 + кл.; CD38 + кл.; HLA-DR + кл.) и уровня лимфоцитов с фенотипом цитотоксичности (NK(CD16+); CD16+CD8+). Кроме того, у ЧБД отмечаются нарушения в функциональной способности лимфоцитов, макрофагов и нейтрофилов на основании обнаружения высокого уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , 6, 8, ФНО- α), что свидетельствует о наличии вялотекущего инфекционного процесса [11].

Актуальность проблемы ЧБД обусловлена высокой частотой встречаемости детей, относящихся к данной группе, достигающей 75% в структуре заболеваемости в детской популяции. Учитывая этиопатогенез частых ОРЗ у детей, а именно — нарушение механизмов адаптации организма вследствие постоянной антигенной нагрузки, ведущее к воспалительным процессам, и в итоге — к формированию хронической патологии, актуальным является применение препаратов, способных неспецифи-

чески стимулировать иммунную систему с целью повышения резистентности организма к патогенам.

Среди известных противовирусных и иммуностропных препаратов, широко используемых в педиатрической практике, особого внимания заслуживает Арбидол.

Регистрационные клинические испытания Арбидола, проходившие в ведущих учреждениях России — Институте гриппа РАМН (С.-Петербург), НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского РАМН (Москва), НИИЭИ им. Пастера и ГУ НИИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи РАМН, — в которых принимали участие свыше 9 тыс. взрослых пациентов и более 500 детей, в том числе и у детей со стенозирующим ларингитом [11, 12], показали высокую лечебную и профилактическую эффективность препарата при гриппе и других ОРВИ, основанную на его прямой противовирусной активности и способности действовать на все звенья иммунной системы как иммуномодулятора и индуктора INF [13].

Активным компонентом препарата Арбидол является умифеновир, активный в отношении вируса гриппа А и В, а также ряда других респираторных вирусов (аденовируса, вируса парагриппа, риновируса, РС-вируса, коронавируса). По механизму противовирусного действия препарат является ингибитором слияния (фузии). Арбидол препятствует слиянию оболочки вируса и клеточной мембраны и, как следствие, проникновению вирусного генетического материала внутрь клетки.

Исследования в эксперименте на животных и волонтерах свидетельствуют о наличии у Арбидола иммуномодулирующей способности, зависящей от исходного состояния иммунной системы. Так было отмечено, что при фоновом угнетении Т-клеточного звена прием препарата Арбидол сопровождается увеличением содержания CD3- и CD4-клеток до нормы с нормализацией иммунорегуляторного индекса (без подавления функции супрессорных клеток). Установлено, что ведущим механизмом, посредством которого осуществляется стимулирующее действие Арбидола на иммунную систему, является усиление продукции IL-2. Арбидол способствует активации макрофагов и нейтрофилов, усиливая их фагоцитарную активность, что является важным и в профилактике бактериальных осложнений вирусных инфекций [13].

Наличие противовирусной и иммуномодулирующей активности делает актуальным использование Арбидола в качестве препарата для лечения и профилактики ОРВИ, в том числе и у детей с фоновыми нарушениями активности иммунной системы, то есть у детей из группы ЧБД и пациентов с хроническими заболеваниями.

В ранее проведенных регистрационных клинических исследованиях эффективности препарата Арбидол у детей установлено, что профилактический прием Арбидола в период эпидемического подъема ОРВИ приводит к снижению заболеваемости у детей до 4 раз (в зависимости от возрастной группы), а прием

препарата при лечении гриппа и других ОРВИ — к снижению общей продолжительности заболевания и его основных симптомов, уменьшению риска развития осложнений [14, 15]. В исследованиях профилактической эффективности препарата Арбидол у взрослых было отмечено сохранение защитного действия препарата в течение 4–5 месяцев после прекращения приема, что обусловлено наличием у Арбидола иммуномодулирующей активности [16].

Целью проведенного исследования являлась оценка эффективности профилактики и лечения ОРВИ у детей с применением препарата Арбидол.

При этом в ранее проведенных исследованиях профилактической эффективности у детей оценка длительности защитного действия препарата Арбидол в периоде после окончания курса профилактического приема препарата не проводилась. Поэтому изучение данного эффекта препарата у детей вошло в перечень задач нашего исследования.

Материалы и методы исследования

Клиническое исследование проводилось в сезоне 2001–2002 гг. В клиническом исследовании принимали участие 496 детей в возрасте от 6 до 16 лет. Все дети были рандомизированы в две группы (по методу случайного отбора (по алфавитному признаку)): 246 детей составили основную группу и 250 — группу контроля. Всем детям основной группы назначали Арбидол в возрастных дозировках по схеме два раза в неделю в течение трех недель. Профилактический прием препарата Арбидол проводился в период, предшествующий эпидемическому подъему заболеваемости гриппом и другими ОРВИ. Профилактическую эффективность препарата Арбидол оценивали по количеству ОРЗ в течение 3-х месяцев последующего наблюдения, их тяжести и наличию осложнений. При развитии клиники ОРВИ у детей основной группы для лечения назначался препарат Арбидол в возрастных дозировках 3 раза в день в течение 3 дней в комплексе с препаратами симптоматической терапии.

Дети из группы контроля химиопрепараты для профилактики не получали и в случае развития ОРВИ получали только симптоматическую терапию.

Результаты и их обсуждение

Из общего числа детей, включенных в исследование, 362 (73%) ребенка относились к категории часто болеющих. У 119 (24%) имелась хроническая патология: у 14 — рецидивирующий обструктивный бронхит, у 4 — бронхиальная астма, у 27 — хронический тонзиллит, у 44 — аденоиды 2 степени, у 18 — аденоиды 3 степени, у 12 — полиноз.

Все дети в зависимости от установленной из анамнеза частоты осложненных или неосложненных форм ОРВИ в год, а также по наличию сопутствующей хрони-

Таблица 1. Клиническая характеристика детей, болеющих неосложненными формами ОРЗ < 5 раз в год, или осложненными формами < 3 раз в год, получавших Арбидол, и группы контроля

№ п\п	Показатели	Основная группа, получающая Арбидол	Группа контроля
1	Количество детей	102	102
2	Средний возраст (годы)	8,2	9,5
3	Пол Мальчики Девочки	58 44	52 50
4	В течение 3-х месяцев после окончания курса профилактики: Болели ОРЗ Не болели ОРЗ	34 68	57 45
5	При ОРЗ отмечались: Осложненные формы Неосложненные формы	— 34	7 50
6	Формы тяжести ОРЗ: Легкая Среднетяжелая Тяжелая	7 26 1	3 47 7
7	Повышение температуры: До 38,5°C > 38,5°C	33 1	50 7
8	Изменения в периферической крови: Лейкоциты $\times 10^9$ СОЭ мм/час	11,8–13,0 9–12	11,1–15,8 9–14

Таблица 2. Клиническая характеристика детей, болеющих неосложненными формами ОРЗ ≥ 5 раз в год, получавших Арбидол, и группы контроля

№ п\п	Показатели	Основная группа, получающая Арбидол	Группа контроля
1	Количество детей	91	92
2	Средний возраст (годы)	7,8	9,3
3	Пол Мальчики Девочки	49 42	54 38
4	В течение 3-х месяцев после окончания курса лечения: Болели ОРЗ Не болели ОРЗ	57 34	70 22
5	При ОРЗ отмечались: Осложненные формы Неосложненные формы	— 57	4 66
6	Формы тяжести ОРЗ: Легкая Среднетяжелая Тяжелая	11 42 4	8 44 18
7	Повышение температуры: До 38,5°C > 38,5°C	53 4	62 8
8	Изменения в периферической крови: Лейкоциты $\times 10^9$ СОЭ мм/час	11,9–13,5 9–13	12,7–15,0 9–14

ческой патологии верхних и/или нижних дыхательных путей были распределены в следующие подгруппы:

1-ю подгруппу составили дети, болеющие неосложненными формами ОРЗ < 5 раз в год, или осложненными формами < 3 раз в год. В данную подгруппу было включено 204 ребенка (в основной и контрольной группах было по 102 ребенка).

2-ю подгруппу составили дети, болеющие неосложненными формами ОРЗ ≥ 5 раз в год. В данную подгруппу было включено 183 ребенка (в основную группу включен 91, в группу контроля — 92 ребенка).

3-ю подгруппу составили дети, болеющие осложненными формами ОРЗ ≥ 3 раз в год. В данную подгруппу было включено 55 детей (основную группу составили 25 детей, группу контроля — 30).

4-ю группу составили дети, страдающие хроническими заболеваниями верхних и/или нижних дыхательных путей. В данную подгруппу было включено 54 ребенка (в основную группу — 28 детей, группу контроля — 26).

Клиническая характеристика детей основной и контрольной групп в различных подгруппах представлена в таблицах 1–4. Достоверных различий между основной и контрольной группами по количеству детей, их возрасту и полу не было.

При сравнительном анализе заболеваемости ОРЗ у детей, болеющих неосложненными формами ОРЗ < 5 раз в год, или осложненными формами < 3 раз в год (табл. 1), в основной и контрольной группах, установлено, что дети, получившие профилактический курс Арбидола, в течение последующих 3-х месяцев наблюдения болели ОРЗ в 1,7 раза меньше по сравнению с группой контроля. Все случаи заболевания протекали в неосложненной форме, тогда как в группе контроля у 12 детей отмечались бактериальные осложнения, требующие проведения антибактериальной терапии. В основной группе ОРЗ протекало в легкой форме у 20,6% детей; в среднетяжелой — у 76,4%; в тяжелой — у 2,9%. В группе контроля — у 5,2, 82,4 и 12,3% детей соответственно. Явления интоксикации в основной группе были умеренно выражены у 96% детей и сильно выражены у 4%. В группе контроля — у 87,2 и 12,7% детей соответственно.

Как видно из таблицы 2, дети, часто болеющие неосложненными формами ОРЗ (5 и более эпизодов заболевания в год) и получившие профилактический курс Арбидола, в течение последующих 3-х месяцев наблюдения болели ОРЗ в 1,2 раза меньше по сравнению с группой контроля. Все случаи заболевания протекали без осложнений, тогда как в группе контроля у 4 детей отмечались бактериальные осложнения, требующие

Таблица 3. Клиническая характеристика детей, болеющих осложненными формами ОРЗ ≥ 3 раз в год, получавших Арбидол, и группы контроля

№ п\п	Показатели	Основная группа, получающая Арбидол	Группа контроля
1	Количество детей	25	30
2	Средний возраст (годы)	7,2	9,5
3	Пол Мальчики Девочки	9 16	17 13
4	В течение 3-х месяцев после окончания курса лечения: Болели ОРЗ Не болели ОРЗ	15 10	20 10
5	При ОРЗ отмечались: Осложненные формы Неосложненные формы	15	20
6	Формы тяжести ОРЗ: Легкая Среднетяжелая Тяжелая	3 10 2	2 12 6
7	Повышение температуры: До 38,5°C > 38,5°C	10 5	2 18
8	Изменения в периферической крови: Лейкоциты $\times 10^9$ СОЭ мм/час	11,5–18,0 9–15	18,1–20,3 11–18

проведения антибактериальной терапии. В основной группе ОРЗ протекало в легкой форме у 19,3% детей; в среднетяжелой — у 73,7%; в тяжелой — у 7%. В группе контроля — у 11,4%, 62,9%, и 25,7% детей соответственно. Явления интоксикации в основной группе были умеренно выражены у 93% детей и сильно выражены у 7%. В группе контроля — у 88 и 12% детей соответственно.

Из представленных в таблице 3 данных видно, что дети, часто болеющие осложненными формами ОРЗ (3 и более эпизодов осложненной ОРЗ в год) и получившие профилактический курс Арбидола, в течение последующих 3-х месяцев наблюдения болели ОРЗ в 1,3 раза меньше по сравнению с группой контроля. Все случаи заболевания были без осложнений, тогда как в группе контроля у всех детей отмечались бактериальные осложнения, требующие проведения антибактериальной терапии. В основной группе ОРЗ протекало в легкой форме у 20% детей; в среднетяжелой — у 66,7%; в тяжелой — у 13,3%. В группе контроля — у 10, 60 и 30% детей соответственно. Явления интоксикации в основной группе были умеренно выражены у 66,6% детей и сильно выражены у 33,4%. В группе контроля — у 10 и 90% детей соответственно.

Как видно из таблицы 4, дети, страдающие хроническими заболеваниями верхних и/или нижних дыхатель-

Таблица 4. Клиническая характеристика детей, страдающих хроническими заболеваниями верхних и/или нижних дыхательных путей, получавших Арбидол, и группы контроля

№ п\п	Показатели	Основная группа, получающая Арбидол	Группа контроля данных по достоверности различий нет
1	Количество детей	28	26
2	Средний возраст (годы)	11,7	9,3
3	Пол Мальчики Девочки	15 13	16 10
4	В течение 3-х месяцев после окончания курса лечения: Болели ОРЗ Не болели ОРЗ	3 25	11 15
5	При ОРЗ отмечались: Осложненные формы Неосложненные формы	1 2	4 7
6	Формы тяжести ОРЗ: Легкая Среднетяжелая Тяжелая	3	1 6 4
7	Повышение температуры: До 38,5°C > 38,5°C	3	1 10
8	Изменения в периферической крови: Лейкоциты $\times 10^9$ СОЭ мм/час	11,2 8	13,8–21,0 11–16

ных путей и получившие профилактический курс Арбидола, в течение последующих 3-х месяцев наблюдения болели ОРЗ в 3,7 раза меньше по сравнению с группой контроля. У 1 ребенка ОРЗ протекало с осложнениями, тогда как в группе контроля у 4 детей отмечались бактериальные осложнения, требующие проведения антибактериальной терапии. В основной группе ОРЗ протекало у всех детей в среднетяжелой форме. В группе контроля у 9% отмечались легкие формы заболевания; у 54,5% — среднетяжелые; у 36,5% — тяжелые. Явления интоксикации в основной группе были умеренно выражены у всех детей, а в группе контроля только у 9%, у остальных отмечались резко выраженные изменения.

Дети, заболевшие ОРЗ в течение 3 месяцев после профилактического приема Арбидола, получали комплексную противовирусную терапию (Арбидол по лечебной схеме) и симптоматическую терапию. По сравнению с детьми с ОРЗ из группы контроля, у детей, получавших Арбидол, было отмечено укорочение продолжительности основных клинических симптомов, независимо от формы тяжести ОРЗ (табл. 5). Как видно из приведенных данных, у детей с ОРЗ на фоне терапии препаратом Арбидол, по сравнению с контрольной группой

Таблица 5. Клинические симптомы ОРЗ у детей, получающих препарат Арбидол на фоне симптоматической терапии

№	Симптомы	Арбидол + симптоматическое лечение (n = 30), продолжитель- ность клинических симптомов (в днях) M ± m	Симптоматиче- ское лечение (n = 12), продолжи- тельность клинических симптомов (в днях) M ± m
1	Лихорадка	2,8 ± 0,2	3,9 ± 0,2
2	Интоксикационный синдром:		
	Снижение аппетита	1,5 ± 0,2*	2,65 ± 0,1
	Слабость	2,7 ± 0,2*	3,5 ± 0,1
	Сонливость	2,1 ± 0,2	2,8 ± 0,2
	Снижение физической активности	2,4 ± 0,2	3,9 ± 0,2
3	Развитие тошноты, рвоты	0,3 ± 0,1**	1,4 ± 0,2
	Катаральный синдром:		
	Боль в горле	2,6 ± 1,1	3,1 ± 1,2
	Сухой кашель	2,5 ± 0,2*	4,5 ± 0,4
	Влажный кашель	2,7 ± 0,7*	4,9 ± 0,4
	Чихание	1,9 ± 0,3	2,4 ± 0,1
	Гиперемия зева	3,8 ± 0,2	5,1 ± 0,3
	Явления фарингита	2,4 ± 0,2	2,5 ± 0,3

* — $p < 0,001$; ** — $p < 0,005$

продолжительность лихорадки сокращалась в 1,4 раза, других проявлений интоксикационного синдрома (недомогание, снижение аппетита, слабость, сонливость, снижение физической активности) — в среднем в 2 раза, продолжительность катаральных симптомов — в среднем в 1,4 раза. Максимальный клинический эффект среди больных ОРЗ отмечен у 53% детей уже на 3 сутки приема препарата. В эти же сроки у 61% детей отмечалось изменение плотности мокроты в пользу ее разжижения, в то время как в группе сравнения эти изменения регистрировались только у 41% детей.

Переносимость препарата у всех детей была хорошей. Побочных реакций, связанных с получением Арбидола не отмечалось. На фоне терапии Арбидолом не было отмечено аллергических реакций. У детей, страдающих atopическим дерматитом, поллинозом, бронхиальной астмой не отмечено усиления проявлений заболевания.

Заключение

Проведенное исследование показало, что препарат Арбидол помимо уже установленной высокой профилактической эффективности в период приема препарата, обладает также отсроченным защитным действием в отношении ОРВИ. Защитное действие в течение 3 месяцев после окончания профилактического курса препарата отмечено как у детей, не относящихся

к группе ЧБД, так и у часто болеющих детей, а также у детей с хронической патологией верхних и нижних дыхательных путей. Помимо снижения заболеваемости ОРЗ у детей, получавших препарат Арбидол, были отмечены более легкие формы заболеваний, возникших в периоде наблюдения ОРЗ, которые протекали без осложнений, с умеренными явлениями интоксикации.

Применение Арбидола при лечении возникших эпизодов ОРЗ, независимо от тяжести заболевания, сопровождалось снижением продолжительности основных симптомов по сравнению с группой детей, получавших только симптоматическую терапию. Продолжительность лихорадки сокращалась в 1,4 раза, других проявлений интоксикационного синдрома (недомогание, снижение аппетита, слабость, сонливость, снижение физической активности) — в среднем в 2 раза; катаральных симптомов — в среднем в 1,4 раза.

Очевидно, что клинический эффект связан с особенностями фармакотерапевтического профиля препарата Арбидол, обладающего помимо прямого противовирусного действия, интерферон-индуцирующей и иммуномодулирующей активностью, заключающейся в активации лимфоцитов, целенаправленной поляризации Th0-лимфоцитов в Th1, экспрессии на мембране клеток HLA-DR 11 класса, стимуляции фагоцитарной системы макрофагов и нейтрофилов, росте и активации цитотоксических и NK клеток. Известно, что такие сдвиги в иммунной системе подавляют бактериальную и грибковую флору, определяя неосложненное течение заболевания.

Выводы

1. Применение Арбидола с профилактической целью в период, предшествующий росту заболеваемости гриппом и другими ОРЗ, способствует снижению заболеваемости острых респираторных инфекций, в том числе у часто болеющих детей и детей с хронической патологией верхних и нижних дыхательных путей, а также более легкому течению возникшего заболевания.

2. У детей с ОРЗ терапия Арбидолом сокращает продолжительность лихорадки, явлений интоксикации, а также сроки купирования катаральных явлений.

3. При лечении Арбидолом не отмечалось развития обструкции дыхательных путей, а также бактериальных осложнений, что позволяет избежать госпитализации в стационар и избавляет от необходимости назначения антибактериальной терапии.

4. Гиперчувствительности к Арбидолу не выявлено, препарат обладает благоприятным профилем безопасности.

Литература:

1. Острые респираторные заболевания у детей: учебно-методическое пособие / С.О. Ключников и др. — М., 2009. — С. 36.
2. Зайцев А.А. Лечение острых респираторных вирусных инфекций // Лечащий врач. — 2008. — № 8. — С. 42–45.

3. 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.
4. Identification of respiratory viruses in asymptomatic subjects / T. Jartti et al. // The Pediatric Infection Disease Journal. — 2008. — № 12. — P. 1103—1107.
5. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа. Союз педиатров России. Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка. — М., 2002. — 70 с.
6. Коровина Н.А. Часто болеющие дети и современные возможности иммунопрофилактики острых респираторных инфекций / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников // Трудный пациент. Спец. выпуск. — 2007. — С. 7—10.
7. Булгакова В.А. Современное состояние проблемы часто болеющих детей / В.А. Булгакова, И.И. Балаболкин, В.В. Ушакова // Пед. фармакология. — 2007. — Т. 4, № 2. — С. 48—52.
8. Применение топических иммуномодуляторов при интеркуррентных инфекциях у детей с аллергической патологией / В.А. Булгакова и др. // Пед. фармакология. — 2006. — Т. 3, № 4. — С. 56—62.
9. Федосеев Г.Б. Механизмы обструкции бронхов. — СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. — 336 с.
10. Pavia D. Acute respiratory infections and mucociliary clearance // Europ. J. Resp. Dis. — 1987. — V. 71. — № 4. — P. 219—226.
11. Кладова О.В. Иммунопатогенез, клиника и лечение рецидивирующего крупа у детей: Автореф. дисс. ... д.м.н. — М., 2003.
12. Химиопрепараты в терапии гриппа и других респираторных вирусных инфекций у детей / В.П. Дринецкий и др. // Антибиотики и химиотерапия. — 1998. — Т. 43, Вып. 9. — С. 29—34.
13. Особенности вирусспецифического действия препарата арбидол. В кн: Арбидол Новые данные / И.А. Ленева и др. — М., 2004. — С. 3—8.
14. Ленева И.А. Арбидол — эффективный препарат для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ у детей // РМЖ. — 2005. — Т. 13, № 1. — С. 72—76.
15. Бурцева Е.И. Арбидол — специфический препарат для профилактики и лечения гриппа во время эпидемий и пандемии // Вопр. практ. педиатрии. — 2010. — Т. 5, № 1. — С. 55—59.
16. Ленева И.А., Гуськова Т.А. Арбидол — эффективный препарат для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ: обзор результатов клинических исследований // РМЖ. — 2008. — Т. 16, № 29. — С. 3—7.

Комбинированная терапия при персистирующей герпесвирусной инфекции у часто болеющих детей

Ф. С. ХАРЛАМОВА, В. Ф. УЧАЙКИН, Т. П. ЛЕГКОВА, Л. И. ФЕЛЬДФИКС

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова
Министерства здравоохранения и социального развития РФ,
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Обследовано 40 часто болеющих ОРЗ детей с рецидивами крупа (РК — 28) и бронхообструкцией (РОБ — 8), (РК + РОБ — 4) в возрасте от 18 мес. до 14 лет. Выявлена высокая частота персистенции герпесвирусов в виде ассоциаций, преимущественно ЦМВ, ЭВВ и вируса герпеса человека 6 типа. Патогенетически обоснована противовирусная и иммунокорректирующая терапия в виде сравниваемых по эффективности 2 схем: в первой группе проводилась монотерапия Вифероном, а во второй — комбинированная — Виферон + Арбидол в возрастных дозах в течение 3 мес. Получен более выраженный клинико-иммунологический эффект терапии со снижением антигенной нагрузки и частоты рецидивов РК и РОБ при применении Виферона в суппозиториях в комбинации с Арбидолом внутрь по прерывистой схеме в течение 3 мес.

Ключевые слова: ОРЗ, рецидивирующий круп, рецидивирующий обструктивный бронхит, персистирующая герпетическая инфекция, арбидол, виферон

Combined Therapy at Persistent Herpes Virus Infection in Sickly Children

F. S. Kharlamova, V. F. Uchaykin, T. P. Legkova, L. I. Feldfiks

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov,
Morozov Children's City Clinical Hospital, Moscow

We examined 40 sickly children with recurrent croup (RC — 28) and bronchial obstruction (ROB — 8), (RC + ROB — 4) aged from 18 months till 14 years. We found that high frequency of persistent herpes viruses usually occurs as associations with CMV, EBV and human herpes virus 6 type. We substantiated anti viral and immune corrective therapy in two schemes compared in efficacy: the 1st group was administered monotherapy with Viferon, and the 2nd group received combined therapy Viferon + Arbidol in doses according to the age during three months. We received a more expressed clinical immunologic effect from the therapy with decreased antigenic load and frequency of recurrence of RC and ROB with Viferon application in suppositories in combination with Arbidol per orally in the intermittent scheme during three months.

Key words: ARD, recurrent croup, recurrent obstructive bronchitis, persistent herpes infection, Arbidol, Viferon

Контактная информация: Харламова Флора Семеновна — д.м.н., проф. каф. инфекционных болезней у детей РНИМУ; 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 1; 8 (499) 236-25-51

УДК 615.371:616.957.8

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) остаются одной из самых актуальных проблем здравоохранения. Среди детей, живущих в индустри-

ально-развитых регионах, регистрируется более высокая заболеваемость респираторными инфекциями. При этом «часто болеющие дети (ЧБД)» подвергаются по-