

$5,3 \pm 0,21$ ($p < 0,05$), длительность пребывания в стационаре до $9,13 \pm 0,31$ дня против $10,3 \pm 0,48$ на традиционном лечении ($p < 0,05$).

Для оценки экономической эффективности применения Анаферона детского в терапии ОРВИ был произведен расчет стоимости лечения с учетом стоимости 1 койко-дня в ОДКБ № 2 (без стоимости симптоматических средств, используемых в терапии — жаропонижающих, отхаркивающих препаратов и сосудосуживающих капель). Стоимость лечения была рассчитана индивидуально для каждого больного, учитывая длительность сохранения симптомов заболевания и применение антибактериальных препаратов у пациентов с осложненным течением ОРВИ. Так на затраты по лечению одного ребёнка контрольной группы приходилось в среднем $7407,9 \pm 242,9$ руб., а в группе детей, получавших Анаферон детский, эта сумма составила $6692,5 \pm 345,2$ руб., что на 715,4 руб. (9,7%) меньше.

Таким образом, при выборе препарата противовирусной и/или иммуномодулирующей направленности в комплексной терапии ОРВИ необходимо учитывать клинические проявления заболевания и эпидемический сезон, а также возраст пациента и возрастные ограничения лекарственного препарата.

Полученные результаты показали, что применение Анаферона детского при ОРВИ у детей ведёт к сокращению продолжительности основных симптомов ОРВИ, в том числе и при наличии ГППС. Препарат может быть рекомендован как у детей раннего возраста, так и старших возрастных групп.

Применение Анаферона детского в составе комплексного лечения позволяет сократить продолжительность антибактериальной терапии при осложненном течении ОРВИ, длительность стационарного этапа лечения и снизить затраты на пребывание в стационаре.

Литература:

1. Учайкин В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей. — Москва, 2001. — С. 16.
2. Иванников Ю.Г., Жуков А.О., Парсагашвили Е.З. Смертность от гриппа, ОРЗ и острой пневмонии как один из факторов, определяющих здоровье населения // Вестн. Рос. АМН. — 1994. — № 9. — С. 44—48.
3. Ершова А.К. Комплексный подход к лечению острых респираторных вирусных заболеваний // РМЖ. — 2011. — № 18. — С. 1132—1134.
4. Ингибитор нейраминидазы в терапии гриппа / О.И. Афанасьева и др. // Детские инфекции. — 2010. — Т. 9, № 3. — С. 35—41.
5. Бурцева Е.И. Арбидол — специфический препарат для профилактики и лечения гриппа во время эпидемий и пандемий // Вопр. практической педиатрии. — 2010. — Т. 5, № 1. — С. 55—59.
6. Кокорева С.П., Головачева Т.В., Санина М.В., Доценко А.В. Особенности течения и терапии пандемического гриппа А/Н1N1/2009 у детей Воронежской области // Педиатр. — 2011. — Т. 2, № 2. — С. 22—26.
7. Малеев В.В., Селькова Е.П., Простяков И.В., Осипова Е.А. Фармакоэпидемиологическое исследование течения гриппа и других ОРВИ в сезоне 2010/11 гг. // Инфекционные болезни. — 2012. — Т. 10, № 3. — С. 15—23.
8. Кокорева С.П., Доценко А.В. Клинико-экономическая эффективность арбидола в лечении ОРВИ у детей // Врач. — 2013. — № 6. — С. 56—58.
9. Петров В.А., Горелов А.В., Медведева Т.О. Клинико-экономическая оценка применения лекарственных препаратов для профилактики и лечения ОРВИ у детей // Детские инфекции. — 2012. — Т. 11, № 3. — С. 46—51.
10. Булгакова В.А., Ханова Н.И., Антонова Е.В., Молочкова О.В. Лечебно-профилактическая эффективность отечественного противовирусного препарата в педиатрии // Педиатрия. — 2013. — Т. 92, № 3. — С. 078—085.
11. Клиническая эффективность препарата кагоцел® при гриппе и ОРВИ у детей с 2 до 6 лет / Ф.С. Харламова и др. // Детские инфекции. — 2010. — Т. 9, № 4. — С. 34—41.

Эффективность гипертонической морской воды в терапии инфекционного мононуклеоза у детей

Т. М. Чернова¹, С. Л. Баннова^{1,2}, А. Н. Рябова³, Е. Н. Дяченко³, С. К. Рубцова³

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет МЗ РФ¹, КДЦ Клиника ГБОУ ВПО СПбГПМУ МЗ РФ², ГБУЗ ДПО № 41³, Санкт-Петербург

Инфекционный мононуклеоз сопровождается увеличением лимфоидной ткани глоточного кольца, что может значительно ухудшать качество жизни больного ребенка. При орошении носоглоточной и небных миндалин натуральной гипертонической морской водой с экстрактами алоэ и ромашки проходимость дыхательных путей восстанавливается в среднем на 2 дня раньше, чем при назначении топических деконгестантов, а фарингоскопическая картина нормализуется на 3,5 дня быстрее, чем при использовании местных антисептиков. Комплексный препарат с широким спектром действия позволяет повысить приверженность пациентов к терапии и существенно снизить материальные затраты на лечение в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, дети, лечение, морская вода

Effectiveness of Hypertension Sea Water in Treatment of Infectious Mononucleosis in Children

T. M. Chernova¹, S. L. Bannova^{1,2}, A. N. Ryabova³, E. N. Dyachenko³, S. K. Rubtsova³

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Russia¹

Consultative and Diagnostic Center of Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Russia²

State Budgetary Institution of Post Graduate Education № 41, St. Petersburg³

An enlargement in pharyngeal lymphoid ring accompanies infectious mononucleosis. This can significantly degrade the quality of life of a sick child. When nasopharyngeal and palatine tonsils are irrigated with saline seawater with aloe and chamomile hypertonic, the airway patency restores on average 2 days faster

than in conventional treatment with decongestants. The condition of the pharynx normalizes 3,5 days faster in comparison with treatment by local antiseptics. The complex preparation with a broad spectrum of activity can improve patient's commitment to therapy and significantly reduce expenses for outpatient treatment.

Key words: infectious mononucleosis, children, treatment, seawater

Контактная информация: Чернова Татьяна Маратовна — к.м.н., доц. каф. инфекционных заболеваний у детей им. М. Г. Данилевича СПбГПМУ; 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2; 8 (812) 295-61-88; t-chernova@mail.ru

УДК 616.9:578.825.11-08

В соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра (ВОЗ, 1995) инфекционный мононуклеоз (ИМ) относится к полиэтиологическим заболеваниям. Раньше принято было считать, что ИМ вызывается исключительно ДНК-содержащим вирусом герпеса человека 4 типа — вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ), но в настоящее время в этиологии ИМ доказана роль и других герпетических вирусов (ЦМВ, ВГЧ-6).

По данным различных авторов, в настоящее время до 80—90% населения земного шара инфицировано ВЭБ. В социально неблагополучных и густонаселенных регионах большинство детей заражается уже в раннем и младшем возрасте. До 60% заболевших ИМ — это лица в возрасте 2—20 лет [1, 2]. В большинстве случаев острая ВЭБ-инфекция протекает бессимптомно или в виде незначительных признаков ОРВИ. При массивном инфицировании и/или наличии иммунодефицита развивается картина ИМ.

В основе патогенеза ИМ лежит поражение лимфоидной ткани. Вирусы попадают в организм воздушно-капельным путем, проникают в эпителий небных и носоглоточной миндалин, далее в лимфоидную ткань и через специфический рецептор CD21+ (CR2) путем трансцитоза избирательно инфицируют В-лимфоциты [3]. Массивная репликация вирусов инициирует местный воспалительный процесс, который характеризуется расширением сосудов, повышением их проницаемости, клеточной инфильтрацией и продукцией медиаторов воспаления. В результате кровенаполнения и отека лимфоидные органы значительно увеличиваются в размере. Повреждение и десквамация эпителиальных клеток миндалин создают благоприятные условия для развития бактериальных осложнений (тонзиллита, аденоидита) [4, 5].

Уже в ранние сроки инфекционного мононуклеоза может значительно ухудшаться качество жизни больного ребенка. Отечная и инфильтрированная носоглоточная миндалина создает препятствие в просвете хоан (назофарингеальная обструкция), что приводит к затруднению прохождения воздушной струи через носовые ходы. Вибрация мягкого неба придает дыханию «храпящий» оттенок, особенно заметный во время сна. В тяжелых случаях ребенок вынужден дышать через рот. У большинства детей отмечается боль в горле при глотании, яркая разлитая гиперемия и разрыхленность слизистой оболочки зева, увеличение и отечность небных миндалин (вплоть до полного их соприкосновения), дужек мягкого неба и маленького язычка. Значительное увеличение размеров лимфоидной ткани глоточного кольца может привести к развитию фарингеального стеноза и дыхательной недостаточности. Воспалительный процесс небных миндалин вначале имеет катаральный или фолликулярный характер. С 3—4 дня за счет присоединения микробной флоры в лакунах появляется воспалительный экссудат (лакунарный тонзиллит). В результате поражения носоглотки и шейной лимфаденопатии у детей с ИМ развивается лимфостаз, что клинически проявляется дли-

тельно сохраняющейся (до 2—4 недель) пастозностью век, реже одутловатостью лица [6, 7].

С целью восстановления носового дыхания при ИМ назначают сосудосуживающие препараты. Терапевтический эффект топических деконгестантов обусловлен активацией α -адренорецепторов сосудов слизистой оболочки, что приводит к быстрому их сужению и устранению отека. Однако они малоэффективны при выраженном отеке носоглоточной миндалины в связи с небольшим количеством адренорецепторов на ее поверхности и их отсутствием в ткани самой миндалины [5]. Кроме того, использование местных вазоактивных средств небезопасно у детей, особенно младшего возраста, из-за повышенной проницаемости слизистых оболочек и склонности к развитию артериальной гипертензии при передозировке препарата. Длительное (более 5—7 дней) использование местных вазоконстрикторов может приводить к ишемии и атрофии слизистой оболочки, нарушению ее нормальной физиологической функции, тахифилаксии [8].

Для уменьшения размеров лимфоидной ткани и восстановления носового дыхания могут применяться глюкокортикоидные гормоны, которые, блокируя активацию простагландинового каскада, подавляют синтез провоспалительных цитокинов. При этом в качестве нежелательных эффектов возможны снижение активности иммунного ответа, лимфопения и угнетение клеточных иммунных реакций. В связи с этим глюкокортикоиды целесообразно применять только при тяжелых формах инфекционного мононуклеоза с обструкцией верхних дыхательных путей [2, 9, 10].

В настоящее время при лечении воспаления горла и носоглоточной миндалины у детей широко используют орошения и промывания растворами поваренной или морской соли, настоями и отварами лекарственных растений, обладающих антисептическим и противовоспалительным действием. Традиционно применяемые растворы в настоящее время могут применяться в более удобных промышленно приготовленных формах. Инновационный спрей Аквалор изготовлен на основе натуральной стерильной гипертонической морской воды с добавлением природных экстрактов алоэ вера и ромашки римской, усиливающих ее противовоспалительное, антисептическое, восстанавливающее и иммуномодулирующее действие. При его производстве особое внимание уделяется методу создания высокой концентрации препарата в месте нанесения: для орошения небных миндалин используется мягкий душ с непрерывным распылением (Аквалор для горла с алоэ и ромашкой), тогда как для купирования острого процесса в носоглотке необходимы системы с сильным напором струи (Аквалор экстра форте с алоэ и ромашкой).

В клинических наблюдениях показано, что препарат высокоэффективен при лечении воспалительных заболеваний носа и горла, значительно снижает степень обсемененности слизистых патогенными микроорганизмами при бактериаль-

ных процессах, совместим с другими местными средствами, обладает высоким профилем безопасности [11—13].

Цель исследования — оценить эффективность спрея Аквалор с алоэ и ромашкой в терапии инфекционного мононуклеоза у детей в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования

В открытом рандомизированном проспективном клиническом наблюдении в параллельных группах приняли участие 65 амбулаторных пациентов (31 мальчик и 34 девочки) в возрасте от 2 до 16 лет (в среднем $6,6 \pm 4,18$ лет) с диагнозом «Инфекционный мононуклеоз Эпштейна-Барр вирусной этиологии». Диагноз устанавливали на основании характерных клинических проявлений (лихорадка, симптомы интоксикации, острый тонзиллит, острый аденоидит, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия) и лабораторных данных (наличие IgM к вирусу Эпштейна-Барр в венозной крови).

Критериями включения пациентов в исследование являлись: температура тела $\geq 37,5^\circ\text{C}$; наличие симптомов интоксикации (головная боль, недомогание, снижение аппетита и т. д.); жалобы на боль в горле, затруднение носового дыхания, «храпящее» дыхание, увеличение размеров шейных лимфатических узлов; отсутствие топической терапии до включения пациента в наблюдение; способность пациента/родителей адекватно оценивать состояние и выраженность симптомов.

К критериям исключения относились: развитие осложнений, непереносимость компонентов, входящих в состав препарата, отказ пациента или родителей от дальнейшего участия в наблюдении, необходимость использования топических глюкокортикоидов, развитие нежелательных явлений.

Все пациенты получали терапию, которая включала препараты человеческого рекомбинантного интерферона-альфа-2b и антибактериальные средства (оральные цефалоспорины I или II поколения, макролиды). По показаниям назначались жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен), гепатопротекторы растительного происхождения.

Наблюдаемые дети были рандомизированы на 2 группы. Пациентам 1-ой группы (42 человека) дополнительно к основной терапии ежедневно проводилось орошение небных миндалин и задней стенки глотки препаратом Аквалор для горла с алоэ и ромашкой по 4 впрыскивания 5—6 раз в день и промывание слизистой оболочки полости носа и носоглотки препаратом Аквалор экстра форте с алоэ и ромашкой по 1 распылению в течение 1—2 секунд поочередно в каждый носовой ход 5—6 раз в сутки, по показаниям использовался топический деконгестант. Пациенты 2-ой группы (23 человека) в составе комплексной терапии дополнительно получали орошение небных миндалин местным антисептиком и топический деконгестант в носовые ходы, выбор которых был индивидуален в каждом конкретном случае. Обе группы сформированы однородно по возрасту (средний возраст — $6,4 \pm 4,68$ лет и $6,7 \pm 4,52$ лет в 1 и 2 группах соответственно), полу (20 мальчиков и 23 девочки в 1 группе и 11 мальчиков и 12 девочек во 2 группе) и начальным клиническим проявлениями, что допускает проведение сравнительной оценки результатов наблюдения и определения до-

стоверности результатов. Размер выборки был достаточным для формирования выводов.

Осмотр проводился ежедневно до полного восстановления носового дыхания и нормализации фарингоскопической картины и включал: сбор и анализ анамнеза болезни, субъективную оценку пациентом выраженности симптомов (боль в горле, затруднение носового дыхания), объективную оценку врачом наличия и выраженности симптомов (симптомы интоксикации, «храпящее» дыхание, фарингоскопия, размеры лимфоузлов). Выраженность симптомов оценивали по 6-ти бальной шкале, где: 0 — отсутствие симптома, 1 — очень слабая выраженность симптома, 2 — слабая выраженность симптома, 3 — умеренная выраженность симптома, 4 — сильная выраженность симптома, 5 — очень сильная выраженность симптома. Все результаты фиксировали в индивидуальной регистрационной карте (ИРК).

Эффективность терапии определяли по срокам уменьшения выраженности и полного исчезновения изучаемых клинических проявлений, наличия и тяжести осложнений инфекционного мононуклеоза. Критериями оценки эффективности являлись: выздоровление — полное исчезновение симптомов заболевания, улучшение — значительное уменьшение выраженности клинических симптомов заболевания, отсутствие эффекта — отсутствие положительной динамики, прогрессирование симптомов заболевания.

На протяжении всего наблюдения проводился мониторинг нежелательных явлений, при возникновении которых применение препаратов могло быть прекращено.

Статистическая обработка результатов проведена на персональном компьютере с помощью программы Microsoft Excel 2010. Для параметрических переменных определяли среднее значение показателя по группе пациентов (M), стандартного отклонения (s). Различия средних величин считались достоверным при уровне значимости $p < 0,05$, соответствующим достоверной вероятности 0,95 и более.

Результаты и их обсуждение

Причиной обращения у всех больных явились повышение температуры тела до $37,5\text{—}39,9^\circ\text{C}$ (в среднем $38,7 \pm 0,78^\circ\text{C}$), наличие симптомов интоксикации (общее недомогание, снижение аппетита, головная боль), увеличение шейных лимфатических узлов до 3—4 см. На затруднение носового дыхания жаловались 95,4% больных, «храпящее» дыхание наблюдалось в 81,5% случаев, боль в горле отмечалась у 52,3% детей, пастозность век/лица — у 29,2%. При фарингоскопии у всех пациентов выявлялись яркая гиперемия и различной степени увеличение небных миндалин, в том числе у 43,3% за счет отека, в 38,5% случаев с разрыхлением слизистой оболочки, гнойный выпот в лакунах выявлен у 86,2% детей.

При первичном осмотре частота и выраженность начальных клинических проявлений ИМ статистически не различалась в обеих группах (табл. 1). Так выраженность боли в горле на момент обращения пациенты обеих групп оценивали в среднем на $3,8 \pm 0,78$ балла и $3,9 \pm 0,86$ балла соответственно, затруднение носового дыхания — на $4,1 \pm 0,96$ балла и $4,2 \pm 0,85$ балла соответственно. Аналогичные результаты были получены при фарингоскопии — выраженность гиперемии составила в среднем $4,9 \pm 0,30$

балла и $4,8 \pm 0,46$ балла, а небные миндалины были увеличены до $2,4 \pm 0,40$ степени и $2,3 \pm 0,53$ степени соответственно ($p > 0,05$). Гнойный выпот в лакунах с одинаковой частотой наблюдался в обеих группах (80,9 и 86,6% соответственно). Таким образом, на момент обращения группы были сопоставимы не только по основным демографическим, но и по клиническим признакам.

Уже при повторном осмотре через сутки от начала терапии у детей обеих групп наблюдалось снижение температуры тела (в среднем до $37,9 \pm 0,62^\circ\text{C}$ в 1 группе и $38,0 \pm 0,74^\circ\text{C}$ во 2 группе), уменьшение выраженности симптомов интоксикации, практически в 2 раза уменьшилась выраженность боли в горле (до $1,9 \pm 0,61$ балла в 1 группе и $1,8 \pm 0,55$ балла во 2 группе). Несмотря на то, что изменения в ротоглотке сохранялись у всех наблюдаемых детей, у каждого пятого больного основной группы выявлено снижение выраженности гиперемии и отека небных миндалин (рис. 1–3). Кроме того, 61,9% детей, получавших Аквалор, отмечали субъективное улучшение носового дыхания и уменьшение интенсивности храпа и только 38,1% пациентов этой группы однократно использовали сосудосуживающие капли для улучшения носового дыхания в ночное время.

В дальнейшем у всех больных отмечалась отчетливая положительная динамика: уменьшение симптомов интоксикации и болевого синдрома в горле, значительное улучшение носового дыхания и фарингоскопической картины (рис. 1–3). Однако более отчетливый клинический эффект наблюдался в группе детей, получавших Аквалор, что можно объяснить выраженным противоотечным, противовоспалительным и антимикробным действием препарата. Так уже на 3-й день наблюдения треть детей основной группы перестала предъявлять жалобы на боль в горле, у каждого четвертого ребенка исчез храп. Подавляющее большинство пациентов ощущали значительное улучшение носового дыхания (в среднем до $3,2 \pm 0,43$ балла против $4,1 \pm 0,51$ балла в контрольной группе) и только 9,5% детей с 5-балльной субъективной оценкой выраженности затруднения дыхания через нос однократно использовали сосудосуживающие капли на ночь. К 4 дню наблюдения все пациенты первой группы перешли на монотерапию Аквалор экстра форте (против 100% пациентов контрольной группы, продолжавших получать топические деконгестанты еще в течение 7 дней).

Уже через 6 дней от начала лечения у всех пациентов первой группы отсутствовали жалобы на боль в горле (в контрольной группе сохранялись у 25% детей), к 10 дню наблюдения полностью восстановилось дыхание через нос (в контрольной группе жалобы сохранялись в 26% случаев). Кроме того, у детей, получавших Аквалор, значительно быстрее купировались фарингоскопические признаки воспалительного процесса: очищение лакун от гнойного выпота и восстановление слизистой оболочки небных миндалин во всех случаях завершилось к 8 дню наблюдения (в контрольной группе — к 14 дню), цвет слизистых зева полностью нормализовался после 10-дневного курса орошения

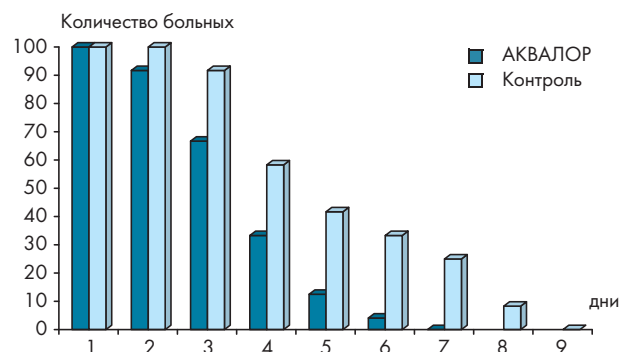


Рисунок 1. Продолжительность боли в горле в обеих группах

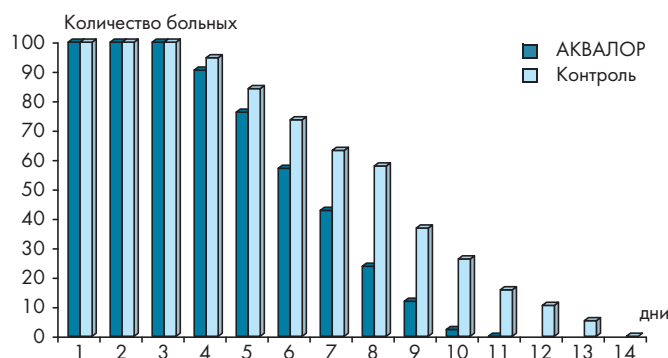


Рисунок 2. Продолжительность затруднения носового дыхания в обеих группах

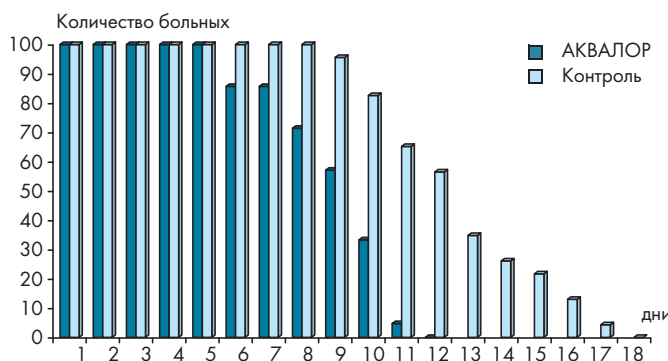


Рисунок 3. Продолжительность гиперемии зева в обеих группах

морской водой (в контрольной группе у 4,3% гиперемия сохранялась до 18 дня наблюдения).

Анализ динамики клинических проявлений показал, что основные клинические симптомы инфекционного мононуклеоза и фарингоскопические признаки воспалительного процесса в зеве у пациентов 1 группы купировались в среднем на 3,5 дня быстрее по сравнению с больными 2 группы (табл. 2).

Известно, что снижение воздушного потока и нарушение мукоцилиарного транспорта при аденоидите способствует застою секрета в полости носа и колонизации задних отделов реактивировавшейся условно-патогенной и патогенной флорой [6]. Среди наблюдаемых нами детей с инфекционным мононуклеозом, получавших ирригационную

Таблица 1. Частота (%) и выраженность (баллы, $M \pm s$) начальных клинических проявлений инфекционного мононуклеоза в наблюдаемых группах

Симптомы	Аквалор	Контроль
Температура тела	100%	100%
	$38,7 \pm 0,79$	$38,8 \pm 0,94$
Симптомы интоксикации	100%	100%
Боль в горле	57,1%	52,2%
	$3,8 \pm 0,78$	$3,9 \pm 0,86$
Затруднение носового дыхания	100%	100%
	$4,1 \pm 0,96$	$4,2 \pm 0,85$
«Храпящее» дыхание	100%	100%
Гиперемия зева	100%	100%
	$4,9 \pm 0,30$	$4,8 \pm 0,46$
Увеличение размеров небных миндалин	100%	100%
	$2,4 \pm 0,40$	$2,3 \pm 0,53$
«Разрыхленность» миндалин	33,3%	30,4%
Гнойный выпот в лакунах	80,9%	86,6%

Таблица 2. Средняя продолжительность (дни, $M \pm s$) симптомов инфекционного мононуклеоза в наблюдаемых группах

Симптомы	Аквалор	Контроль
Лихорадка	$3,1 \pm 1,50$	$4,9 \pm 2,21$
Симптомы интоксикации	$3,4 \pm 1,45$	$5,4 \pm 2,50$
Боль в горле	$3,5 \pm 1,63$	$4,6 \pm 1,97$
Затруднение носового дыхания	$5,5 \pm 2,12$	$7,6 \pm 2,81$
Храпящее дыхание	$4,4 \pm 1,97$	$6,8 \pm 2,38$
Гиперемия зева	$8,4 \pm 1,88$	$12,0 \pm 2,70$
Увеличение миндалин	$7,4 \pm 2,19$	$8,2 \pm 2,00$
Разрыхленность миндалин	$3,2 \pm 0,89$	$4,8 \pm 1,21$
Гнойный выпот в лакунах	$4,9 \pm 1,29$	$5,3 \pm 1,77$

терапию, ни в одном случае не отмечалось бактериальной суперинфекции, тогда как практически всем пациентам контрольной группы потребовалось дополнительное назначение антибиотиков для местного применения (полимиксин В+неомицин, фрамицитин).

На фоне терапии Аквалором ни у одного из пациентов не выявлено нежелательных явлений. Хорошая переносимость в совокупности с выраженным клиническим эффектом объясняет его высокую комплаентность: все пациенты выразили желание в дальнейшем использовать препарат при воспалительных заболеваниях носа и горла.

Заключение

Таким образом, проведенное клиническое наблюдение показало, что ирригация слизистых ротоглотки, полости носа и носоглоточной миндалины натуральной гипертонической морской водой с экстрактами алоэ и ромашки значительно быстрее, чем традиционное лечение, улучшает качество жизни пациентов с инфекционным мононуклеозом. Восстановление проходимости дыхательных путей регистрировалось в среднем на 2 дня раньше, чем при назначении топических деконгестантов, а нормализация фарингоскопической картины происходила в среднем на 3,5 дня быстрее, чем при использовании местных антисептиков. Полученные результаты позволяют рекомендовать Аквалор с алоэ и ромашкой для местной терапии инфекционного мононуклеоза у детей. Применение комплексного препарата с широким спектром действия (противоотечное, противовоспалительное, антисептическое, иммуностимулирующее) позволяет повысить приверженность пациентов к терапии и существенно снизить материальные затраты на лечение в амбулаторных условиях.

Литература:

1. Epstein-Barr Virus and Infectious Mononucleosis / Center for Disease Control and Prevention 24/7: Saving Lives. Protecting People. — <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/ebv.htm>
2. Тимченко В.Н., Чернова Т.М. Инфекционный мононуклеоз: проблемы диагностики и лечения // TERRA MEDICA nova. — 2006. — № 1. — С. 62–65.
3. Hutt-Fletcher L. M. Epstein-Barr Virus Entry // J. Virology. — 2007. — № 15. — Р. 7825–7832.
4. Инфекционный мононуклеоз: клиника, патогенез, новое в диагностике и терапии / Иванова В.В., Железникова Г.Ф., Аксенов О.А. и др. // Инфекционные болезни. — 2004. — № 4. — Р. 5–12.
5. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Хронический аденоидит у детей: Пособие для врачей. — М., 2009. — 26 с.
6. Особенности инфекционного мононуклеоза у детей: Мат. I Конгресса педиатров-инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей» / Тимченко В.Н., Чернова Т.М., Шустова Е.В. и др. — М., 2002. — С. 192.
7. Баннова С.Л. Возрастные клиничко-иммунологические аспекты инфекционного мононуклеоза Эпштейна-Барр вирусной этиологии на современном этапе: Автореф. дисс. ... к.м.н. — СПб., 2010. — 24 с.
8. Овчаренко Л.С. Назальные деконгестанты и солевые растворы для лечения ринитов у детей: безопасность и перспективы // Здоровье Украины. — 2008. — Т. 18, № 1. — С. 42–43.
9. Dexamethasone for the treatment of sore throat in children with suspected infectious mononucleosis: a randomized, double-blind, placebo-controlled, clinical trial / Roy M., Bailey B., Amre D.K. et al. // Archives Pediatrics & Adolescent Medicine. — 2004. — № 3. — Р. 250–254.
10. Gershburg E., Pagano J.S. Epstein-Barr infections: prospects for treatment // J. of Antimicrobial Chemotherapy. — 2005. — № 2. — Р. 277–281.
11. Местная терапия воспалительной патологии гортаноглотки у детей / Богомилский М.Р., Радциг Е.Ю., Котова Е.Н. и др. // Вестник оториноларингологии. — 2010. — № 2. — С. 63–65.
12. Богомилский М.Р., Радциг Е.Ю., Шкляр Д.В. Эффективность гипертонических растворов в лечении острых неосложненных риносинуситов у детей // Вопр. совр. педиатрии. — 2011. — № 5. — С. 124–129.
13. Возможности топической терапии тонзиллофарингитов у детей в практике участкового педиатра / Чернова Т.М., Тимченко В.Н., Дробаченко О.А. и др. // Педиатрическая фармакология. — 2012. — № 1. — С. 112–116.