

В.А. Булгакова¹, И.И. Балаболкин¹, В.В. Ушакова²¹ Научный центр здоровья детей РАМН, Москва² Российский государственный медицинский университет, Москва

Современное состояние проблемы часто болеющих детей

СТАТЬЯ ПОСВЯЩЕНА ПРОБЛЕМЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ. АВТОРАМИ ОБОБЩЕНЫ ДАННЫЕ ЛИТЕРАТУРЫ О РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ИНОЗИНА ПРАНОБЕКС (ИЗОПРИНОЗИН, ТЕВА, ИЗРАИЛЬ) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИДАЮТ ПЕРСИСТЕНЦИИ ВИРУСОВ И ДРУГИХ ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ В ОРГАНИЗМЕ, ЧТО ПРИВОДИТ К ИЗМЕНЕНИЮ РЕАКТИВНОСТИ И ВОЗНИКНОВЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ЭТИ НАРУШЕНИЯ ОСОБЕННО АКТУАЛЬНЫ ДЛЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ДЕТЕЙ, ЧТО ОБОСНОВЫВАЕТ, НАРЯДУ СО СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ВАКЦИНАЦИЕЙ ПРОТИВ ГРИППА, ПНЕВМОКОККА И ДР., ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ МИКРОБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ИНДУКТОРОВ СИНТЕЗА ИНТЕРФЕРОНА, ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ С ПРОТИВОВИРУСНЫМ ДЕЙСТВИЕМ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ, ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ, ИНОЗИН ПРАНОБЕКС.

Контактная информация:

Булгакова Виля Ахтямовна,
кандидат медицинских наук,
докторант Научного центра
здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва,
Ломоносовский проспект, д. 2/62,
тел. (495) 134-14-77
Статья поступила 12.01.2007 г.,
принята к печати 10.03.2007 г.

48

Одной из наиболее актуальных проблем современной педиатрии остаётся проблема часто болеющих детей (ЧБД). Данные официальной статистики и опубликованные результаты многоцентровых клинико-социальных исследований свидетельствуют, что острые респираторные инфекции (ОРИ) составляют наиболее распространённую группу патологии, на которую в структуре инфекционной заболеваемости приходится более 90%. На долю ЧБД в среднем приходится 70–85% всех случаев респираторных инфекций у детей [1–8].

По определению В.Ю. Альбицкого и А.А. Баранова, ЧБД — группа детей, выделяемая при диспансерном наблюдении, характеризующаяся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями: для детей в возрасте 2–3 лет — 6 раз и более в год, 4 лет — 5 раз и более, 5–6 лет — 4 раза и более, 7–8 лет — 3 раза и более [9]. У детей в возрасте старше 3 лет в качестве критерия включения в группу ЧБД предлагают использовать инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы случаев ОРИ в течение года к возрасту ребёнка [4].

Термин ЧБД не является нозологической формой и диагнозом в медицинском понимании, поэтому в рубрикации МКБ-10 его нет, не используют его и за рубежом. Тем не менее, ещё в середине 1980-х гг. отечественная педиатрическая служба с целью рациональной организации реабилитационных мероприятий сочла целесообразным выделить склонных к повышенной заболеваемости острой респираторной инфекцией детей в особую категорию и обозначить её как группу ЧБД [10]. Было отмечено, что частые респираторные инфекции способствуют снижению иммунной резистентности организма, срыву компенсаторно-адаптационных механизмов, нарушениям функционального состояния организма (особенно органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, вегетативной нервной системы) и раннему развитию хронической патологии. В то же время, частые ОРИ могут быть проявлением наследственной, врождённой или приобретённой патологии (первичные иммунодефициты, пороки развития ЛОР-органов, бронхолёгочной системы, муковисцидоз и др.), которую необходимо исключить прежде чем, отнести ребёнка в группу ЧБД. Поэтому в каждом случае для уточне-

V.A. Bulgakova¹, I.I. Balabolkin¹, V.V. Ushakova²¹ Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow² Russian State Medical University, Moscow

Current status of problem: children with recurrent respiratory infections

THE ARTICLE DEALS WITH CHILDREN SUFFERED FROM RECURRENT RESPIRATORY INFECTIONS. THE AUTHORS ATTEMPTED TO SUMMARIZE THE LITERATURE DATA ON THE RESEARCH FINDINGS OF INOSINE PRANOBEX APPLICATION (ISOPRINOSINE, TEVA, ISRAEL) IN COMPLEX THERAPY AGAINST VIRULENT AND INFLAMMATORY DISEASES. WITHIN RECENT YEARS, MANY EXPERTS EMPHASIZE THE PERSISTENCE OF VIRUSES AND OTHER PATHOGENIC MICROORGANISMS IN THE HUMAN BODY, WHICH LEADS TO CHANGES IN REACTIVITY AND EMERGENCE OF THE CHRONIC DISEASES. THESE DISORDERS ARE ESPECIALLY URGENT FOR SICKLY CHILDREN, SUFFERING FROM RESPIRATORY INFECTIONS, WHAT WELL JUSTIFIES THE APPLICATION OF BACTERIOGENIC IMMUNOMODULATORS, INTERFERON SYNTHESIS INDUCTORS, EXPEDIENCY FOR INCORPORATING IMMUNOMODULATORS WITH ANTIVIRAL ACTION INTO COMPLEX THERAPY ALONG WITH SPECIAL VACCINATION AGAINST FLU, PNEUMOCOCCUS AND ETC.

KEY WORDS: SICKLY CHILDREN, ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS, IMMUNOMODULATORS, INOSINE PRANOBEX.

ния причин высокой восприимчивости к респираторным инфекциям необходимо проводить тщательный анализ семейного анамнеза, особенностей развития ребёнка, клинических особенностей переносимых заболеваний, данных лабораторного и инструментального обследования, так как своевременное выявление основного заболевания позволяет обеспечить его эффективное лечение [9, 11, 12].

Основные причинно-значимые факторы, способствующие возникновению частых респираторных инфекций, представлены в принятой в 2002 г. Научно-практической программе Союза педиатров России «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика» [13]. Их подразделяют на эндогенные (недоношенность, морфофункциональная незрелость, гипотрофия, анемия, рахит, последствия перинатальной гипоксии, энзимопатии, очаги хронической инфекции и др.) и экзогенные (интенсивная циркуляция множества респираторных вирусов и бактерий в городской среде, низкий уровень социально-экономического благополучия и культуры, нерациональное применение лекарственных средств, особенно антибиотиков, начало посещения детских учреждений, экологические нарушения и т.д.).

Считается, что среди причин частой заболеваемости ОРВИ детей можно выделить две группы факторов: связанных с изменением иммунного реагирования организма (анте- и перинатальные факторы, предрасположенность к Th2-типу иммунного ответа — атопии), и связанных с большим числом контактов с потенциальными возбудителями, которые в условиях выраженного изменения иммунного реагирования проявляются в виде очередного эпизода ОРВИ (начало посещения детских учреждений, неблагоприятные социально-бытовые условия, неоправданное назначение антибиотиков и антипиретиков). Особое внимание следует привлечь к неблагоприятной микро- и, особенно, макроэкологии [5].

Известно, что первые 3–5 мес жизни ребёнка проходят «под прикрытием» пассивно переданных материнских антител против большинства респираторных вирусов. Именно в связи с отсутствием частой респираторной заболеваемости в первые месяцы жизни ребёнка термин «часто болеющие дети» в этом возрасте практически не применяют. Впрочем, и во втором полугодии жизни его используют исключительно редко [9, 14]. Максимальная заболеваемость острыми респираторными инфекциями отмечается в возрасте от 12 мес жизни до 6 лет и составляет, в среднем, от 4 до 8 заболеваний в год. Среди школьников заболеваемость снижается до 2–5 случаев в год, а среди взрослых она не превышает 2–4 заболеваний на протяжении года. Это общая закономерность, которая прослеживается у детей во всех странах мира независимо от экономического развития [1, 15, 16].

Выделение группы ЧБД для диспансерного наблюдения чаще происходит на втором году жизни. Показано, что иммунная система у детей подвержена онтогенетической последовательности созревания различных иммунных факторов. В основном она завершается к 12–14 годам и к этому возрасту количественные и функциональные характеристики иммунитета соответствуют показателям у взрослых [17]. Характерная особенность функции иммунной системы детей 2–6 лет — высокая пролиферативная активность лимфоцитов, при этом фракция недифференцированных, «наивных» лимфоцитов у детей больше, чем у взрослых. Характерен и более высокий уровень клеточной цитотоксичности. Кроме того, именно в этом возрасте происходит смена иммунного ответа на инфекционные антигены с Th2-типа, свойственного плодам, новорождённым и детям первых месяцев жизни, на Th1-тип, характерный для взрослых. Таким образом, возрастные особенности иммунной системы организма ребёнка также являются фактором, обуславливающим более высокую чувствительность к инфекциям.

Существует мнение, что высокую частоту ОРВИ (до 8 раз в год) саму по себе не следует считать патологией, если речь идёт о неосложнённых инфекциях у детей раннего возраста, особенно в период адаптации к детскому коллективу, так как спустя некоторое время (обычно 2–3 года) частота ОРВИ снижается [18, 19]. Эти состояния не связаны с иммунной недостаточностью и не оказывают отрицательного воздействия на становление иммунитета у ребёнка. Таких детей предлагают называть «поздно стартующий ребёнок» и наблюдать в динамике [19, 20]. Считают, что острые респираторные инфекции, переносимые в раннем детстве, вызывают не только формирование противовирусного иммунитета, но и способствуют поляризации иммунного реагирования организма в виде Th1-варианта, то есть функциональному созреванию противои инфекционного иммунитета. Тем не менее, эту ситуацию можно рассматривать как онтогенетически обусловленный эффект только при частоте ОРВИ, не превышающей порог толерантности иммунной системы ребёнка к инфекции. При ОРВИ, повторяющихся более 6–8 раз в году, адекватного восстановления функциональных характеристик иммунной системы не происходит [21, 22].

Изменения иммунного реагирования у ЧБД многочисленны, но они отражают не иммунодефицит, а лишь особенности иммунного ответа на инфекцию [5, 19, 23]. Большинство исследователей показано, что иммунная система ЧБД не имеет грубых первичных и приобретённых дефектов и характеризуется крайней напряжённостью процессов иммунного реагирования, нарушением межклеточной кооперации и недостаточностью резервных возможностей. Указанные изменения, по-видимому, возникают вследствие длительного и массивного антигенного воздействия на организм ребёнка.

У ЧБД имеет место несостоятельность мукоцилиарной защиты с высокой инфицированностью вирусными и бактериальными патогенами, связанной с замедленным клиренсом инфекционных агентов и их антигенов с эпителия дыхательных путей [2, 3, 5, 23–25].

Повторные инфекции часто вызывают бактерии *Haemophilus influenzae* (особенно тип b), *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*; вирусы (преимущественно риновирусы, респираторно-синцитиальный вирус, вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы); представители семейства *Chlamydia* и *Mycoplasma* (особенно *Chlamydia pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*). Многие из этих возбудителей циркулируют в общей популяции круглогодично и вызывают заболевания вне зависимости от сезона, некоторые способны формировать эпидемическую ситуацию (что происходит практически ежегодно с вирусом гриппа). Тем не менее, даже в неэпидемический период заболеваемость ОРВИ во много раз превышает таковую любой другой инфекционной патологии.

Вирусологическое исследование смывов из носоглотки обнаружило выраженную инфицированность ЧБД респираторными вирусами и герпесвирусами [26], установлена прямая зависимость между интенсивностью персистенции вирусов и частотой возникновения ОРВИ в течение года, длительная и массивная персистенция различных вирусов в организме ребёнка определяет высокий уровень острой респираторной заболеваемости (6–8 раз и более) в течение года. При обследовании ЧБД можно обнаружить также интенсивную микробную колонизацию на слизистых оболочках грибами рода *Candida*, стафилококками, гемофильной палочкой, моракселлой, энтеробактериями, микоплазмами и даже синегнойной палочкой [2, 3, 16]. В носовых пазухах, лакунах нёбных и глоточных миндалин нередко обнаруживают анаэробы. Выраженные нарушения микробиоценоза носоглотки снижают резистентность к патогенным возбудителям, поддерживают длительный

воспалительный процесс, способствуют нарушению целостности эпителиального барьера и способствует развитию хронической интоксикации.

Установленные факты обуславливают целесообразность выделения группы ЧБД в практике врача для диспансерного наблюдения, лечения и профилактики заболеваний, что необходимо для того, чтобы разомкнуть порочный круг усугубляющейся у них иммунной несостоятельности и возникновения функциональных нарушений и хронической патологии [1].

ЧБД относят ко II группе здоровья (дети с отягощённым биологическим анамнезом, функциональными и морфологическими особенностями, то есть дети с риском развития хронического заболевания), медицинская помощь им складывается из трёх основных направлений [9, 10].

1. Восстановительные или реабилитационные мероприятия, которые направлены на снижения антигенного воздействия, санацию местных очагов хронической инфекции и повышение резистентности организма ребёнка в целом. Эти мероприятия проводят в период клинической ремиссии. Данное направление, хотя и является наиболее трудоёмким и длительным, определяет лечение таких детей.
2. Этиотропная и патогенетическая терапия ОРИ.
3. Иммунопрофилактика и иммунотерапия.

Реабилитация и оздоровление ЧБД предусматривает планомерное проведение комплекса медико-социальных мероприятий. Для каждого ребёнка необходимо искать индивидуальные методы оздоровления с учётом влияния факторов внешнего окружения, формирующих предрасположенность организма ребёнка к частым респираторным инфекционным заболеваниям.

Повышение общей реактивности организма — важный и общепризнанный раздел оздоровительных мероприятий ЧБД. Среди методов оздоровления следует отметить рациональный режим дня, оптимальное питание, закаливающие процедуры и иммунокоррекцию.

Н.А. Коровина и соавт. рекомендуют проводить иммуномодулирующую терапию с учётом ведущей причины предрасположенности к инфекции и «точек приложения» иммунных препаратов [11]. Другие авторы считают, что прицельный подбор иммуномодуляторов на основе клинико-иммунологического обследования ЧБД в настоящее время, как правило, трудноосуществим на практике, а иммунологическое обследование в таких случаях недостаточно информативно. В большинстве случаев выбор препарата осуществляют эмпирически, по клиническим показаниям. Иммунологическое обследование ЧБД следует проводить главным образом для исключения первичной иммунной недостаточности, при которой эмпирическая иммунотерапия может оказаться неэффективной, а частые ОРИ — «маской» более серьёзных заболеваний [19, 25]. Тем не менее, все сходятся во мнении, что мобилизация иммунной сопротивляемости ЧБД, даже если их заболеваемость обусловлена в значительной мере социально-гигиеническими или другими неиммунными причинами, может оказать положительный клинический эффект. Именно поэтому иммуномодулирующая терапия остаётся методом выбора лечения ЧБД.

Арсенал препаратов, используемых в качестве иммунокорригирующих и иммуномодулирующих средств в группе ЧБД для профилактики и лечения ОРИ постоянно увеличивается, однако существенного прогресса в результатах лечения пока не отмечено. В связи с этим актуальным представляется разработка новых технологий и методов лечения, сочетающих безопасность и эффективность проводимой терапии, некоторые из которых уже представлены в программах и стандартах ведения детей с отклонениями здоровья и хрониче-

скими болезнями [12, 13]. Оптимальным методом иммунопрофилактики и иммунотерапии ЧБД считают специфическую вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции, применение иммуномодуляторов микробного происхождения или бактериальных вакцин [12, 26, 27].

Учитывая, что для ЧБД характерна персистенция инфекции в различных отделах респираторного тракта, целесообразным представляется применение препаратов с комбинированным иммуномодулирующим и противовирусным действием. Такими свойствами обладают индукторы эндогенного интерферона активно используемые сегодня не только в лечении, но и профилактике ОРИ [16, 25]. Среди иммуномодуляторов с противовирусной активностью представляет существенный интерес инозин пранобекс (Изопринозин, Тева, Израиль). Клинические исследования показали, что он хорошо переносится (практически неиммуногенный), что, по-видимому, обусловлено близостью составляющих частей препарата эндогенным веществам, обнаруженным в организме [29, 30]. Препарат разрешён для применения в педиатрической практике.

Химически он представляет собой соль пара-ацетамидобензойной кислоты и N,N-диметил-амино-2-пропанола и β-изомера инозина в соотношении 3:1. Инозин — пуриновое соединение входящее в состав некоторых важных веществ: пуриновых коэнзимов, высокоэнергетических фосфатных соединений (АТФ, ГТФ) и циклических пуриновых нуклеотидов. Инозин пранобекс восстанавливает и усиливает деятельность клеток иммунной системы, повышает способность организма эффективно противостоять инфекциям, обладает не только иммуномодулирующим, но и противовирусным (подтверждённым *in vivo* и *in vitro* действием [30]. Иммуномодулирующее действие препарата обусловлено, в первую очередь, влиянием на функции Т лимфоцитов. Он ускоряет дифференцировку костномозговых предшественников Т лимфоцитов в зрелые Т клетки, усиливает пролиферацию активированных митогенами или антигеном Т лимфоцитов, увеличивает продукцию антител В клетками за счёт активации вспомогательных Т лимфоцитов, повышает функциональную активность цитотоксических Т лимфоцитов. Инозин пранобекс усиливает фагоцитарную активность макрофагов, нормализует продукцию интерлейкинов и интерферона [30–32].

Противовирусный эффект препарата обусловлен подавлением репликации ДНК- и РНК-вирусов посредством связывания с рибосомой клетки и изменения её стереохимического строения [30, 21]. Инозин пранобекс предохраняет поражённые клетки от поствирусного снижения синтеза белка [30]. Применяют препарат перорально в форме таблеток по 0,5 г активного вещества. Фармакокинетика хорошо изучена. Максимальная концентрация достигается через 1 ч после приёма 1,5 г препарата. I период полувыведения (50 мин) связан с выведением инозина и проходит с образованием мочевой кислоты. II период полувыведения диметиламино-2-пропанол β-ацетамидо-бензоата равен 3–5 ч, при этом метаболиты выводятся почками. Во время приёма инозина пранобекс нельзя применять иммунодепрессанты и аналогичные препараты, а также лекарственные препараты, обладающие нефротоксичным действием [29, 30].

Комплексное действие инозина пранобекс объясняет его успешное применение при различных, в том числе трудно поддающихся терапии инфекционных заболеваниях. В течение многих лет препарат успешно используют для лечения герпесвирусных инфекций, кори, эпидемического паротита, вирусных гепатитов, папилломавирусной инфекции и др. [32–37].

В ряде стран (США, Канада, Франция) инозин пранобекс применяли для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, особенно на её ранних доклинических стадиях развития [38].

Применение препарата у больных герпетической инфекцией уменьшает длительность рецидивов и частоту обострений. Иммунокорректирующая и противовирусная активность инозина пранобекс отмечается не только в местах клинических проявлений инфекции (везикулы, эрозии), но и в нервных ганглиях. Препарат оказывает лечебное действие как в фазе обострения герпетической инфекции, так и в межрецидивный период. Для купирования рецидива необходимо в самом начале обострения назначать максимально высокую дозу препарата (50 мг/кг/сут), а не ограничиваться малыми дозами. Эту дозу следует применять в течение 5–9 дней, в зависимости от быстроты регресса клинических проявлений инфекции. После купирования рецидива инозин пранобекс назначают в поддерживающей дозе (2 табл. в сут). При тяжёлом течении инфекции препарат в поддерживающей иммуномодулирующей дозе назначают длительно — на период до 6 мес. При среднетяжёлой форме инфекции поддерживающую терапию проводят в течение 3 мес, при лёгкой — в течение 1 мес. Если во время приёма поддерживающей дозы возникает очередной рецидив герпесвирусной инфекции, пациенту снова назначают максимально высокую дозу препарата [33, 34].

Показана высокая эффективность инозина пранобекс у детей с хронической Эпштейн–Барр вирусной инфекцией [39]. Пациенты получали препарат в дозе 50–100 мг/кг/сут в 3–4 приёма перорально. Проводили три курса лечения по 10 дней с интервалом в 10 дней. После окончания терапии выявлена положительная динамика показателей иммунного и цитокинового статуса, исчезновение серологических маркёров репликации вируса и клинических симптомов заболевания.

Согласно результатам изучения иммуномодулирующего действия инозина пранобекс у больных атопическим дерматитом во время рецидивов, осложнённых бактериальной и вирусной инфекцией, эффективность его примерно одинакова при всех клинико-иммунологических вариантах заболевания (75–80%). Препарат назначали перорально ежедневно по 0,5 г 2 раза в сут в течение 7–10 дней. У ряда больных подобные курсы повторяли дважды с 10-дневным перерывом. Исследование иммунного статуса до и после лечения установило значимое ($p < 0,05$) повышение общего количества лимфоцитов, Т лимфоцитов, CD4⁺ лимфоцитов, что подтверждает универсальное иммуностимулирующее действие препарата, направленное на Т клеточное звено иммунитета. Переносимость инозина пранобекс была хорошей, побочных эффектов не наблюдали. Результаты клинических анализов крови и мочи после лечения не выявили какой-либо патологии. Отдалённые наблюдения показали, что количество обострений у 58% больных уменьшилось, а периоды ремиссии оказались более длительными у 80% [40]. Данный опыт применения инозина пранобекс при атопии особенно актуален в связи с высокой частотой развития аллергической патологии у ЧБД, а также увеличением пациентов с аллергической патологией и частыми ОРВИ, герпесвирусной инфекцией [5, 41].

В период эпидемии гриппа и ОРВИ считают целесообразным назначение препаратов с двойным механизмом действия (иммуномодулирующим и противовирусным), к которым и относится инозин пранобекс [42]. Препарат действует на многие вирусы, вызывающие ОРВИ (в том числе и грипп), в профилактических целях его назначают по 1 табл. 2 раза в сут в течение 10–14 дней. Своевременное на-

И
З
О
П
Р
И
Н
О
З
И
Н

Одна таблетка ИЗОПРИНОЗИНА содержит 500 мг инозиплекса (inosine pranobex)

TEVA

ТЕВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ
ПРЕДПРИЯТИЯ ЛТД.
Тел.: (495) 644 22 34,
Факс: (495) 644 22 35/36

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

ГЕРПЕС ПРОСТОЙ 1 И 2 ТИПОВ

ПОДОСТРЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ПАНЭНЦЕФАЛИТ

ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ (ВИРУС ЭПШТЕЙН–БАРРА)

КОРЬ

ВЕТРЯНАЯ ОСПА

ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ (БОРОДАВКИ, КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК)

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ)

ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ

ПИОДЕРМИЯ

ЛУЧЕВАЯ И ХИМИОТЕРАПИЯ



значение инозина пранобекс в качестве этиотропного препарата при ОРВИ и гриппе уменьшает выраженность клинических проявлений, сокращает продолжительность болезни, позволяет предотвратить развитие осложнений, в том числе и пневмонии. При ОРВИ препарат рекомендуют назначать в противовирусной дозе (50–100 мг/кг/сут, разделённых на 3–4 приёма) в течение всего острого периода болезни (5–10 дней в зависимости от длительности вирусемии и выраженности синдрома интоксикации). Для восстановления иммунологических показателей и уменьшения астении после пневмонии и ОРВИ инозина пранобекс назна-

чают по иммуномодулирующей схеме: по 1 табл. 2 раза в день в течение 14–28 дней. У ЧБД со сниженным иммунитетом, наличием хронической патологии ЛОР-органов и рецидивирующих инфекционных заболеваний дыхательных путей целесообразны повторные (2–3) курсы лечения в суточной дозе 50 мг/кг по 10 дней с перерывом в 10 дней. Таким образом, инозин пранобекс (Изопринозин, Тева, Израиль) — высокоэффективный иммунокорректирующий препарат, удобный для использования в детском возрасте, хорошо переносимый, не вызывающий побочных эффектов, что позволяет широко применять его в педиатрической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А. и др. Часто болеющие дети — актуальная проблема социальной педиатрии // В книге: Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. — М.: Издательский дом «Династия», 2003. — С. 233–252.
2. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.П., Маркова Т.П. и др. Профилактика заболеваний ЛОР-органов в группе часто болеющих детей бактериальным иммуномодулятором БронхоМунал П (многоцентровое исследование) // Актуальные проблемы пульмонологии (под ред. А.Г. Чучалина). — М., 2000. — С. 785–797.
3. Гаращенко Т.И., Балаболкин И.И., Булгакова В.А. и др. Результаты многоцентрового исследования применения ИРС 19 для профилактики ЛОР-заболеваний у часто болеющих детей // Детский доктор. — 2001. — № 2. — С. 1–4.
4. Материалы научной конференции посвященной 10-летию Союза педиатров России «Региональные особенности состояния здоровья детей России» // Вопросы современной педиатрии. — 2004. — Т. 3, № 2. — С. 34, 62.
5. Намазова Л.С., Ботвиньева В.В., Торшоева Р.М. и др. Часто болеющие дети мегаполисов: лечение и профилактика острых респираторных инфекций // Педиатрическая фармакология. — 2005. — Т. 2, № 1. — С. 3–7.
6. Самсыгина Г.А. Современная тактика лечения острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей. Результаты программы ЧИБИС. — М., 2005. — 15 с.
7. Лешкевич И.А., Полунина Н.В., Павлова С.В., Полунина В.В. Особенности организации медико-социальной реабилитации длительно и часто болеющих детей в детской поликлинике / Методические рекомендации. — М., 2006. — 24 с.
8. Малеев В.В. Инфекционные болезни в России: проблемы и пути их решения // Инфекционные болезни. — 2004. — Т. 2, № 1. — С. 7–11.
9. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А., Огнева М.Л. Часто болеющие дети. — Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2003. — 180 с.
10. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты: пути оздоровления. — Саратов, 1986. — 45 с.
11. Коровина Н.А., Чебуркин А.В., Захарова Н.Н. и др. Иммунореабилитация часто и длительно болеющих детей. Учебное пособие. — Ковров, 1996. — 7 с.
12. Намазова Л.С., Таточенко В.К., Алексина С.Г. и др. Вакцинация против гриппа, пневмококковой, менингококковой и НВ-инфекции часто болеющих детей (пособие для врачей) // Педиатрическая фармакология. — 2007. — Т. 4, № 1. — С. 67–81.
13. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. — М., 2002. — 73 с.
14. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии // Педиатрия. — 2005. — № 1. — С. 66–73.
15. Schaad V. et al. International Symposium on Respiratory Infections in Pediatric Recent Finding and Prospects. — Geneva, 2001.
16. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. — 810 с.
17. Стефани Д.В., Вельтищев Ю.Е. Иммунология и иммунопатология детского возраста. — М., 1996. — 284 с.
18. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А. Иммунопрофилактика. — М., 2003. — 128 с.
19. Ярцев М.Н., Яковлева К.П. Иммунная недостаточность, часто болеющие дети и иммунокоррекция // Вопросы современной педиатрии. — 2005. — Т. 4, № 6. — С. 33–38.
20. Сенцова Т.Б. Современные иммуномодуляторы // Справочник поликлинического врача. — 2004. — № 5. — С. 27–32.
21. Иммунология инфекционного процесса (руководство для врачей) / Под ред. В.И. Покровского, С.П. Гордиенко, В.И. Литвинова. — М.: РАМН, 1994. — 305 с.
22. Заплатников А.Л. Клинико-патогенетическое обоснование иммунотерапии и иммунопрофилактики вирусных и бактериальных инфекций у детей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2003.
23. Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. Профилактика респираторных инфекций // Русский медицинский журнал. — 2004. — № 1. — 24 с.
24. Daele J., Zicot A.F. Humoral immunodeficiency in recurrent upper respiratory tract infections. Some basic, clinical and therapeutic features // Acta Otorhinolaryngol. Belg. — 2000. — V. 54, № 3. — 373 p.
25. Романцев М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 192 с.
26. Булгакова В.А., Балаболкин И.И., Сенцова Т.Б. Значение вирусной инфекции при аллергических болезнях у детей и подростков // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения (под ред. Ю.Л. Мизерницкого, А.Д. Царегородцева). — М., 2006. — Вып. 6. — С. 106–115.
27. Костинов М.П. Вакцинация детей с нарушенным состоянием здоровья / Практическое руководство для врачей. — М.: Медицина для всех, 2000. — 117 с.
28. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. Руководство по клинической вакцинологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 592 с.
29. Земсков В.М. Иммуномодулирующие свойства препаратов инозина и их аналогов // Успехи современной биологии. — 1989. — Т. 107, Вып. 1. — С. 69–78.
30. Golebiowska-Wawrzyniak M., Markiewicz K., Kozar A. et al. Immunological and clinical study on therapeutic efficacy of inosine pranobex // Pol. Merkuriusc. Lek. — 2005. — V. 19. — P. 379–382.
31. Milano S., Dieli M., Millott S. et al. Effect of isoprinosine on IL-2, IFN-gamma and IL-4 production in vivo and in vitro // Int J. Immunopharmacol. — 1991. — V. 13, № 7. — P. 1013–1018.
32. Pedersen B.K., Tvede N., Diamant M. et al. Effects of isoprinosine treatment of HIV-positive patients on blood mononuclear cell subjects, NK-and T-cell function, tumour necrosis factor, and interleukins 1, 2, and 6 // Scand J Immunol. — 1990. — V. 32, № 6. — P. 641–648.
33. Иванов О.Л., Белоусова Т.А. Изопринозин в терапии вирус-ассоциированных дерматозов у детей: Тезисы докл. VII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». — М., 2000. — 298 с.
34. Изопринозин в лечении остроконечных кондилом и генитального герпеса. Материалы фирмы «Biogal-Teva» // Провизор. — 1999. — № 6. — С. 2–5.
35. Siwicki A.K., Morand M., Pozet F. et al. Anti-Birnavirus Activity of Methisoprinol — in vitro Study with Infectious Pancreatic Necrosis Virus (IPNV) // Acta Vet. Brno. — 2002. — V. 71. — P. 543–547.
36. De Simone C., Famularo G., Giacomelli R., Tzantzoglou S. Inosine pranobex in the combination therapy of HIV infection // Pharmacol Res. — 1992. — V. 26 (Suppl. 2). — P. 60–61.
37. Benson E.M. Immune modulation in HIV infection: fact or fantasy? // J. Acquir Immune Defic Syndr. — 1993. — V. 6 (Suppl. 1). — S61–67.
38. Forthal D.N. Inosine pranobex for preventing AIDS in patients with HIV infection letter; comment // N. Engl. J. Med. — 1991. — V. 324, № 7. — P. 491–492.
39. Симованьян Э.Н., Сизязина Л.П., Сарычев А.М., Денисенко В.Б. Хроническая Эпштейна–Барр вирусная инфекция у детей: комплексная терапия и возможности интенсификации лечения. // Доктор.Ру. — 2006. — № 2. — С. 37–44.
40. Сергеев Ю.В., Малышев А.Ю., Сергеев А.Ю. Изопринозин в терапии больных атопическим дерматитом // Иммунология, аллергология и инфектология. — 1999. — № 1. — С. 53–57.
41. Булгакова В.А., Балаболкин И.И., Сенцова Т.Б. Герпетическая инфекция у детей с аллергическими болезнями // Детские инфекции. — 2006. — Т. 5, № 1. — С. 18–21.
42. Соболева Л.Г., Комлев А.Д., Ласкин Г.М., Кузьев А.И. Пневмония (Справочное пособие). — СПб: СПб МАПО, 2007. — 113 с.