

ческих и неспецифических факторов иммунитета, а с другой — в индукции снижения про- и противовоспалительных цитокинов, что в итоге приводит к разрешению местного воспаления и восстановлению местного иммунитета.

Литература:

1. Романцов М.Г. Рациональная фармакотерапия часто болеющих детей: Пособие для врачей педиатров, семейных врачей, студентов медицинских ВУЗов. — СПб., 2006. — 96 с.
2. Шамшева О.В. Особенности вакцинации детей с хроническими заболеваниями: Автореф. дисс. ... д.м.н. — Москва, 2001.
3. Место вакцинации против гриппа в календаре профилактических прививок России / О.В. Шамшева // Детские инфекции. — 2011. — Т.10, №1. — С. 25—32.
4. Клиническая характеристика дифтерийного вакцинального процесса у детей с хроническими заболеваниями / С.М. Харит и др. // Детский доктор. — 2001. — № 3. — С. 11—14.
5. Результаты многоцентрового исследования по оценке реактогенности вакцины Инфлювак в условиях массовой иммунизации против гриппа / Г.А. Ельшина и др. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — 2002. — № 3—4. — С. 51—55.
6. Вирусные и бактериальные инфекции у детей. Современная фармакотерапия / Под ред. М.Г. Романцова. — «Просвещение-Юг», Краснодар, 2013.
7. Соколов С.А. Показатели иммунного статуса, цитокинового профиля у часто болеющих детей и оптимизация подходов к профилактике ОРЗ / С.А. Соколов, О.В. Шамшева // Детские инфекции. — 2013. — Т. 12, №3. — С. 9—15.
8. Romagnani S. Immunologic influences on allergy and the TH1/TH2 balance // J. Allergy. Clin. Immunol. — 2004. — V. 113. — P. 395—400.
9. Ярилин А.А. Основы иммунологии. — М.: Медицина, 2002. — С. 301—303.
10. Изменения гуморальных и секреторных факторов защиты при иммунотерапии часто и длительно болеющих детей / В сборнике: Успехи клинической иммунологии и аллергологии / Под редакцией А.В. Караулова. — Москва, 2002. — С. 167—169.
11. Заплатников А.Л. Рибомунил: механизмы действия и клинико-иммунологическая эффективность. — Москва, 2002. — С. 21—34.
12. Коровина Н.А. Патогенетические основы применения и эффективность Рибомунила у детей / Н.А.Коровина, А.Л.Заплатников // Вопр. совр. педиатрии. — 2002. — Т. 1, №2. — С. 19—24.
13. Илларионова Т.Ю. Сравнительная оценка методов профилактики повторных респираторных инфекций у детей: Автореф. дисс. ... к.м.н. — Москва, 2013.
14. Г.Н. Дранник. Клиническая иммунология и аллергология. — Москва, 2002. — С. 48—81.

Оптимизация этиотропной терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей

С. П. КОКОРЕВА, А. В. ТРУШКИНА, О. А. РАЗУВАЕВ

ГБОУ ВПО Воронежская медицинская государственная академия имени Н.Н. Бурденко МЗ РФ, ОДКБ № 2

Изучена этиология и особенности клинических проявлений ОРВИ у детей в различные эпидемические сезоны. Показано, что в этиологической структуре ОРВИ с клиникой гриппоподобного синдрома (ГППС) в эпидемический сезон гриппа лидирует грипп (91,2%), при отсутствии в клинической картине ГППС в этот сезон преобладают ОРВИ другой этиологии (64,7%). В другие эпидемические сезоны вероятность гриппа при наличии ГППС 23,1%. Предложен дифференцированный подход к выбору противовирусных препаратов с учетом наличия клиники гриппоподобного синдрома, эпидемического сезона, возраста пациентов. Изучена эффективность препарата Анаферон детский в лечении детей с ОРВИ.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции, дети, Анаферон детский, эффективность

Optimizing of etiotropic therapy of acute respiratory viral infections in children

S. P. Kokoreva, A. V. Trushkina, O. A. Razuvaev

Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko, Regional Children's Clinical Hospital №2

The etiology and clinical manifestations of SARS in children in different epidemic seasons are studied. It is shown that influenza takes a leading role (91,2 %) in the etiological structure of SARS with flu-like syndrome in the epidemic season. In the absence of clinical flu-like syndrome SARS of other etiologies (64,7 %) predominate. In other epidemic influenza seasons probability of the presence of flu-like syndrome is 23,1%. the authors suggest differentiated approach to the choice of antiviral drugs. Presence of flu-like syndrome, epidemic season, age of the patient should be considered. Efficacy of Anaferon drug for children is studied.

Key words: acute respiratory infections, children, Anaferon for children, efficiency

Контактная информация: Кокорева Светлана Петровна — д.м.н., доц., зав. каф. детских инфекционных болезней ВГМА; 394026, Воронеж, ул. 45-й Стрелковой дивизии, д. 64; (4732) 55-64-60

УДК 616.921.5

Проблема лечения и профилактики острых респираторных вирусных инфекций у детей является одной из актуальных проблем педиатрии. В Российской Федерации в структуре детской инфекционной патологии на острые респираторные инфекции приходится до 90% заболеваний [1]. Это сезонные болезни, приводящие к развитию вспышек и эпидемий, что связано с высокой контагиозностью возбудителей и воздушно-капельным путем передачи. Чаще всего эпидемии простудных заболеваний возникают в

больших городах индустриально развитых стран, это объясняется большой плотностью населения, высоким количеством контактов между людьми, неполноценным и несбалансированным питанием и плохой экологией [2]. Ежегодная смертность от ОРВИ в мире, по данным ВОЗ, составляет почти 4,5 млн человек. По данным нашего стационара, за последние 5 лет число госпитализированных детей с диагнозом ОРВИ выросло на 30%, что связано не столько с ростом заболеваемости респираторными инфек-

циями, сколько с возросшей настороженностью врачей к данной группе инфекций после пандемии гриппа 2009 года.

Широкая распространенность ОРВИ, высокая частота развития осложнений и экономические затраты общества диктуют необходимость своевременной профилактики и квалифицированного лечения этой патологии.

В практической медицине наиболее часто в качестве препаратов этиотропной направленности при ОРВИ применяют противогриппозные препараты с прямым противовирусным действием (ингибиторы нейраминидазы — осельтамивир, занамивир; блокаторы йонных каналов вирусных белков — ремантадин, альгирем), противогриппозные препараты с расширенным спектром противовирусной активности (арбидол, приводящий к конформационным изменениям гемагглютинаина вируса гриппа и обладающий иммуномодулирующим эффектом), препараты с широким спектром противовирусной активности (интерфероны и индукторы интерферонов — защищающие неинфицированные клетки от проникновения вирусов и обладающие выраженным иммуномодулирующим действием), а также иммуномодуляторы других групп, препараты с антиоксидантной активностью и гомеопатические средства.

Цель исследования — анализ особенностей этиологии и клинических проявлений ОРВИ у детей и оптимизация подхода к стартовой этиотропной терапии острых респираторных вирусных инфекций.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 584 ребенка в возрасте от 1 месяца до 17 лет, из них 132 ребенка с установленной этиологией ОРВИ, госпитализированные в ОДКБ № 2 города Воронежа в разные эпидемические сезоны с 2007 по 2013 год (2007—2008 гг., 2009—2010 гг., 2010—2011 гг., 2013 г. — октябрь). Индикация вирусов проводилась в назальных смывах методом флюоресцирующих антител, смывах из ротоглотки методом ПЦР в реальном времени и определением нарастания титра антител в сыворотке крови. Все дети проходили комплексное обследование с включением общеклинических и дополнительных методов исследования по показаниям. Статистическая обработка полученных данных с помощью лицензионных программных средств Microsoft Excel и Microsoft Word.

Результаты и их обсуждение

Среди детей, госпитализированных в инфекционный стационар в 2007—2008 годах, в структуре острых респираторных заболеваний лидирующую позицию занимал грипп (40,4%), при этом на долю гриппа А (H1N1) приходилось 25,1% от всех лабораторно подтвержденных ОРВИ, грипп В составлял 15,3%. На втором месте по частоте диагностики была аденовирусная инфекция — 33,1%, реже диагностировался парагрипп — 24,2% (парагрипп I типа — 4,8%, 2 типа — 7,2%, преобладал 3 тип — 12,2%), респираторно-синцитиальная инфекция (РС-инфекция) — 2,3%.

В период пандемии гриппа АН1N1sw2009 появление нового вируса со сменой привычного для гриппа эпидемического сезона в регионе (с января-марта на август-ноябрь) и изменение эпидемической ситуации привело к значительному изменению соотношения выделенных возбудителей в сторону пандемического гриппа.

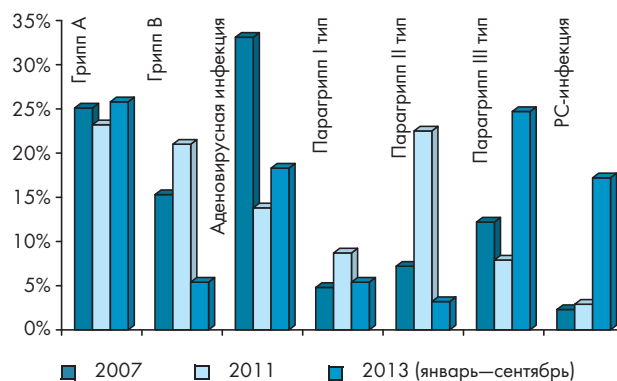


Рисунок 1. Структура ОРВИ в разные эпидемические сезоны

В 2011 году анализ этиологической структуры респираторных вирусных инфекций у госпитализированных детей показал, что уровень поступления детей с гриппом остался примерно на показателях до пандемического периода (44,2%), но в структуре гриппа преобладал вирус АН1N1sw2009 — 65,6% (АН1N1 — 25%, АН3N2 — 9,4%), выросла доля гриппа В — 21,0% и парагриппа — 39,2%. При парагриппе наибольшее значение приобрели вирусы 2 типа — 22,5% (1 тип — 8,7%, 3 тип — 8%). Доля РС-инфекции оставалась прежней — 2,9%. Среди госпитализированных детей на долю аденовирусной инфекции приходилось только 13,7%, хотя в структуре вирусных инфекций в регионе в этот эпидемический сезон аденовирусная инфекция составляла до 49,5% всех уточненных диагнозов ОРВИ. Это можно объяснить нетяжелым течением аденовирусной инфекции в 2011 году в регионе и основная масса пациентов лечилась амбулаторно.

В эпидемический сезон 2013 года (на начало октября) мы отметили рост парагриппа 3 типа и РС-инфекции, доля гриппа В уменьшилась в 3,9 раза (рис. 1).

Сезонное распределение ОРВИ в регионе представлено на рисунке 2. В эпидемический сезон гриппа до 8,8% ОРВИ у госпитализированных детей приходится на негриппозные вирусные инфекции, что необходимо учитывать при назначении этиотропной терапии.

Независимо от года наблюдения грипп чаще регистрировался у детей дошкольного и школьного возраста, имеющих большое количество контактов при посещении детских организованных коллективов. Дети первого года жизни в структуре госпитализированных пациентов с гриппом составляли только 8,2—10,3% в разные годы наблюдения, пациенты до 3 лет — 31—54,9%. Однако, именно у детей раннего возраста наблюдалось наиболее тяжелое течение гриппа с высоким процентом осложнений и неблагоприятных исходов (в группе детей до 3 лет пневмония имела место у 52,4%, у пациентов старше 7 лет — 24%).

С парагриппом чаще госпитализировались дети до 7 лет. С аденовирусной инфекцией в стационар поступают дети всех возрастов примерно одинаково, но в эпидсезон 2011 года дети старше 7 лет при аденовирусной инфекции в 2 раза чаще, чем в других возрастных группах лечились амбулаторно, что было связано с особенностями клинического течения инфекции в этот эпидемический сезон. РС-инфекция

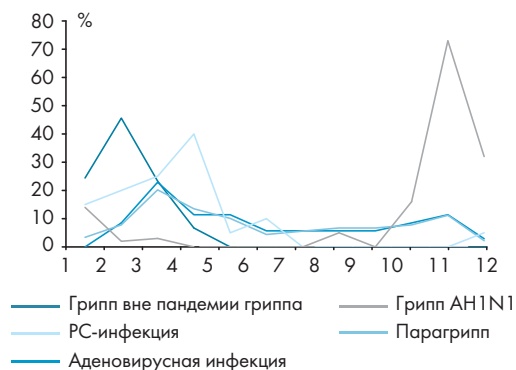


Рисунок 2. Сезонность выявления респираторных вирусов у детей, госпитализированных с клиникой ОРВИ

регистровалась у детей всех возрастов, но в 62,6–75% в разные годы наблюдений это были дети до 3-х лет.

Очевидно, что роль различных возбудителей в регионе зависит от многих факторов, таких как особенности возбудителя, сезон, экологическая ситуация, погодные условия, возраст пациентов, проводимые профилактические мероприятия в регионе и др.. Выбор препаратов этиотропной направленности, особенно с узко направленным спектром действия (противогриппозные препараты), сложен без быстрого лабораторного подтверждения заболевания, что не всегда возможно в условиях практической работы, особенно на амбулаторном этапе. Для оптимизации выбора стартового препарата с учетом клинических проявлений ОРВИ мы провели анализ их течения.

Среди 132 пациентов в возрасте от 1 месяца до 17 лет с уточненной этиологией ОРВИ (грипп диагностирован у 62,1% детей, аденовирусная инфекция у 12,9%, энтеровирусная инфекция у 9,1%, парагрипп у 10,6%, РС-инфекция у 5,3%) были выделены пациенты, у которых в дебюте ОРВИ имел место гриппоподобный синдром (ГППС): острое начало заболевания, преобладание токсических проявлений над катаральными в первые дни болезни, наличие трахеита или ларинготрахеита (рис. 3, 4).

При гриппе ГППС в первые сутки болезни имел место у 81,7% детей, чаще у детей старше 7 лет (44,7%) (до года — 6%, 1–3 года — 28,4%, 3–7 лет — 20,9%). Все эти дети поступали в эпидемический сезон гриппа. У 15,9% детей с гриппом заболевание протекало с субфебрильной температурой, а у 1,2% — афебрильно, что затрудняло клиническую диагностику гриппа. Выраженность катарального синдрома в виде кашля отмечалась у 88%, гиперемии зева у 97%, заложенности носа у 43,3%.

При аденовирусной инфекции у 23,5% имел место ГППС, чаще в возрасте до 3 лет — 50%. Интересно отметить, что гриппоподобный дебют аденовирусной инфекции регистрировался нами у детей только в период эпидемического повышения заболеваемости гриппом в регионе, что не исключает вероятности *mixt*-инфекции. В подавляющем большинстве наблюдений (76,5%), аденовирусная инфекция имела постепенное начало с выраженным катаральным синдромом. Ринофарингоконъюнктивальная лихорадка, позволяющая еще до лабораторного подтверждения диагностировать аденовирусную инфекцию, регистрировалась у 53,8% детей.

Парагрипп с наличием ГППС отмечался в 35,7%, причем большинство детей были в возрасте от 3 до 7 лет (40%). При РС-инфекции мы не наблюдали ГППС.

Наиболее часто ГППС при ОРВИ негриппозной этиологии регистрировался у детей при энтеровирусной инфекции, протекающей с преимущественным поражением респираторного тракта. У 58,3% детей с энтеровирусной инфекцией отмечалось внезапное начало заболевания, гипертермия со скудными катаральными проявлениями, кашель в первые сутки болезни имел место в 28,5% наблюдений. Среди детей с энтеровирусной инфекцией преобладали пациенты старше 7 лет, заболевания регистрировались в летние месяцы (июль, август), когда случаев гриппа в регионе не было зарегистрировано.

Таким образом, в эпидемический сезон гриппа в регионе при наличии у ребенка ГППС с высокой долей вероятности можно говорить о гриппе, так как доля других возбудителей мала, что является показанием к назначению эффективных препаратов с прямой противогриппозной активностью [4–6] с учетом возрастных ограничений.

Однако отсутствие клиники ГППС в этот период не исключает возможности течения гриппа у пациента с последующим вероятным тяжелым течением заболевания. Очевидно, при отсутствии ГППС в период повышения заболеваемости гриппом, наиболее целесообразно, использовать противогриппозные препараты с расширенным спектром действия [7, 8, 10, 11].

В другие эпидемические сезоны вероятность гриппа, даже при наличии у ребенка ГППС, значительно ниже (23,1%) и использование препаратов с узким спектром противогриппозной активности нецелесообразно. Предпочтительнее отдать препаратам расширенного спектра с учетом возраста пациента [7–9]. Наибольшие сложности в выборе терапии возникают при лечении детей до года при гриппе и до 3 лет при ОРВИ другой этиологии из-за возрастных ограничений большинства используемых препаратов, поэтому мы проанализировали эффективность препарата, который не имеет возрастных ограничений, обладает широким спектром активности в отношении вирусных агентов и показан к применению в широком возрастном коридоре (начиная с возраста 1 месяц и старше) за счет иммуномодулирующего действия — Анаферон детский (производитель — НПФ «Материя Медика Холдинг», г. Москва, регистрационный номер Р N000372/01 от 09.02.2012). Важной особенностью Анаферона детского является его избирательное влияние на продукцию интерферонов альфа и гамма (ИФН- α и ИФН- γ). Действуя непосредственно на индуцированную продукцию ИФН, Анаферон детский, в отличие от классических индукторов ИФН, влияющих и на спонтанную и на индуцированную продукцию ИФН, работает более физиологично. Это позволяет сохранить функциональные резервы ИФН-продуцирующих клеток. Кроме того, это свойство имеет большое практическое значение для его профилактического применения, так как даже при длительном применении Анаферона, его назначение не влечет риск развития истощения иммунной системы и стадии так называемой гипореактивности. Отдельно нужно отметить влияние Анаферона детского на рецепцию к ИФН- γ : повышая количество рецепторов, способных связывать ИФН- γ , Анаферон детский позволяет максимально полно проявить противовирусное действие без избыточной

стимуляции иммунной системы. Влияние ИФН-γ на возможность переключения иммунных реакций с Т-хелперного ответа второго типа (Th2) на Т-хелперный ответ первого типа (Th1) позволяет повысить контроль инфекционно-аллергического воспалительного процесса в респираторной системе, что очень важно для детей младшего возраста. В настоящее время экспертами высказываются мнение, что у детей с атопией, у которых генетически обусловлено преобладание Th2-варианта иммунного ответа, перспективно применение препаратов, активизирующих ИФН-γ.

В нашем исследовании под наблюдением находилось 108 детей в возрасте от 4 месяцев до 15 лет, обратившихся за помощью в инфекционный стационар в период с января по декабрь 2007—2008 гг. с клиникой ОРВИ. По возрасту преобладали дети до 3 лет — 49%, мальчики составили 63,9%, девочки — 36,1%. У 94,4% госпитализированных больных заболевание начиналось остро с лихорадки и интоксикации, у 5,5% в дебюте заболевания превалировал катаральный синдром (кашель, насморк, заложенность носа). Преобладали формы заболевания с высокими цифрами гипертермии: фебрильная лихорадка — у 50,9%, пиретическая — у 24,1%, субфебрильная — у 18,5% заболевших. При этом чаще заболевание протекало с умеренной интоксикацией (84,3%), выраженные токсические проявления наблюдались в 3,7% случаев, а у 12% интоксикация была незначительной. Практически у всех больных заболевание сопровождалось гиперемией зева (93,5%) и кашлем (94,4%), насморк регистрировался у 62% больных, стеноз гортани у 51%, ГППС встречался у 30,6% детей. Осложнения развились у 23,1% пациентов, бронхиты составили 76% (19), отиты — 20% (5), у 1 ребенка имел место тонзиллит.

Методом случайной выборки были сформированы две группы. Сравнимые группы были репрезентативны по полу, возрасту и тяжести заболевания. Группы не имели значимых различий по выраженности клинических симптомов ОРВИ. Все дети госпитализировались в стационар на 1—2 сутки от начала заболевания. В первую группу были включены 59 пациентов, которым наряду с традиционной терапией с первых дней заболевания был назначен Анаферон детский. Группой сравнения служили 49 детей, находившиеся только на традиционной симптоматической терапии ОРВИ. Традиционная терапия ОРВИ включала использование симптоматических средств, а при наличии бактериальных осложнений — антибиотиков. Анаферон детский назначался по следующей лечебной схеме: первые 5 приемов — по 1 табл. каждые 30 минут, затем в течение первых суток — еще три приема через равные промежутки времени — всего 8 приемов за первые сутки терапии, со вторых суток и далее — по 1 таблетке 3 раза в день. Минимальная продолжительность лечебного курса составила 5 дней и зависела от течения и тяжести заболевания. Распределение по полу и возрасту в группах было равномерным. Пациенты включались в исследование в острый период заболевания при наличии яркой клинической симптоматики ОРВИ. Эффективность лечения оценивалась клинически — по длительности основных проявлений заболевания (средняя продолжительность симптоматики в группах) и развитию осложнений.

В группе пациентов с ОРВИ, получавших Анаферон детский, у 86,4% детей лихорадка купировалась до 5-го

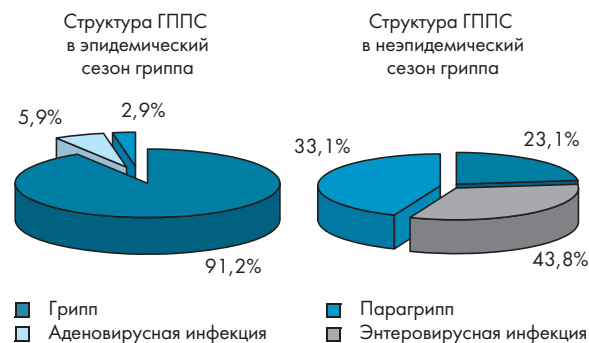


Рисунок 3. Этиологическая структура ОРВИ с ГППС в зависимости от эпидемического сезона гриппа в регионе

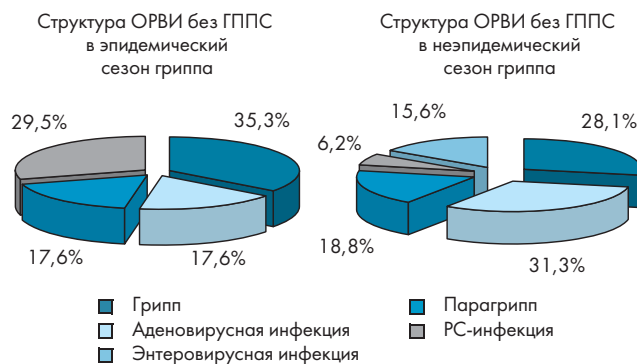


Рисунок 4. Этиологическая структура ОРВИ без ГППС в зависимости от эпидемического сезона гриппа в регионе

дня терапии (средняя продолжительность лихорадки в этой группе составила $3,68 \pm 0,24$). Уже через сутки от начала лечения нормализация температуры отмечалась у 23,2%, у 8,5% детей температура снизилась на 5 день лечения. У 5,1% пациентов этой группы температура сохранялась до 6-х суток, но у половины из них не повышалась выше субфебрильных цифр. В контрольной группе, получавшей только симптоматическую терапию, фебрильная лихорадка до 5 дня сохранялась у 46,9% детей, у 37,8% она нормализовалась в течение 5 дней, у 10,9% — на 6-й день болезни, у 2 детей субфебрилитет оставался до 7-х суток заболевания. Средняя продолжительность лихорадки составила $5,82 \pm 0,51$ дня ($p < 0,01$). Продолжительность катаральных явлений достоверно короче была в основной группе в сравнении с контрольной ($6,68 \pm 0,21$ дня против $7,75 \pm 0,25$ дня соответственно) ($p < 0,01$). Восстановление носового дыхания при лечении Анафероном детским происходило на $5,21 \pm 0,23$ день, а в контрольной группе на $5,97 \pm 0,28$ ($p < 0,05$). Достоверных отличий по длительности сохранения кашля получено не было. По частоте и характеру осложнений различия не достигли уровня достоверности, однако у больных, получавших Анаферон детский, при развитии бронхита имелась тенденция к более быстрому исчезновению аускультативных изменений в легких по сравнению аналогичными пациентами в контрольной группе ($5,41 \pm 0,51$ дня против $6,57 \pm 0,78$ соответственно). Использование в составе комплексной терапии Анаферона детского позволило сократить продолжительность курса антибиотиков в среднем с $6,3 \pm 0,32$ дня до

5,3 ± 0,21 (p < 0,05), длительность пребывания в стационаре до 9,13 ± 0,31 дня против 10,3 ± 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 ± 242,9 руб., а в группе детей, получавших Анаферон детский, эта сумма составила 6692,5 ± 345,2 руб., что на 715,4 руб. (9,7%) меньше.

Таким образом, при выборе препарата противовирусной и/или иммуностропной 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