

ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

Лечение и профилактика аденоидитов бактериальными лизатами у часто болеющих детей

С. И. ТЮРКИНА, В. С. МИНАСЯН, М. С. САВЕНКОВА, А. П. КИТАЙГОРОДСКИЙ, Н. В. ОВЕЧКИНА, Т. Г. КАЦ, Т. А. ЛАПШИНА

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва

Проведен анализ исследований, посвященных лечению детей с хроническим аденоидитом и гипертрофией аденоидных вегетаций. Показано, что применение топического иммуномодулятора ИРС 19 в комплексе с этиотропным лечением позволяет более эффективно провести санацию лимфоидной ткани носоглотки и сохранить ее целостность как важного органа, обеспечивающего неспецифическую и специфическую защиту детского организма.

Ключевые слова: аденоидиты, гипертрофия аденоидных вегетаций, топические иммуномодуляторы, дети

Treatment and Prevention of Adenoiditis with Bacterial Lysates in Sickly Children

S. I. Tyurkina, V. S. Minasyan, M. S. Savenkova, A. P. Kitaigorodsky, N. V. Ovechkina, T.G. Katz, T. A. Lapshina

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

We carried out the analysis of researches devoted to the treatment of children with chronic adenoiditis and hypertrophy of adenoid vegetations. We proved that the usage of topic immunomodulator IRS 19 in combination with etiotropic treatment allows to sanate lymphoid tissues in nasopharynx effectively and to preserve its continuity as an important organ supplying unspecific and specific protection of the child's organism.

Key word: adenoiditis, hypertrophy of adenoid vegetations, topic immunomodulators, children

Контактная информация: Савенкова Марина Сергеевна — д.м.н., проф. каф. клинической функциональной диагностики РНИМУ; 117049, Москва, 4-й Добрынинский пер., 1; (499) 236-13-20

УДК 616.2:579.862

На долю заболеваний ЛОР-органов у часто болеющих детей (ЧБД) приходится в среднем от 50 до 70%. Хроническая патология лимфоидного кольца в группе ЧБД встречается в 2 раза чаще, по сравнению со здоровыми [1, 2]. В настоящее время установлено, что формирование хронических заболеваний лимфоэпителиального кольца, в частности лимфоидной ткани носоглотки, происходит в случае частых острых заболеваний респираторной системы у детей [3]. Патология глоточной миндалины и учащение респираторных заболеваний образуют своеобразный «порочный круг»: с одной стороны, гипертрофия аденоидных вегетаций и аденоидит способствуют учащению заболеваемости ОРВИ; с другой стороны, частые респираторные заболевания провоцируют увеличение лимфоидной ткани, способствуют формированию хронического аденоидита [4–8]. Лимфоидное кольцо является «входными воротами» для большинства антигенов (АГ), поступающих в организм ребенка, и состоятельность его защитной функции напрямую влияет на формирование здоровья растущего организма в целом [9].

Глоточная миндалина, как и небные, подвержена воспалительным и другим заболеваниям, сопровождающимся увеличением размера аденоидных вегетаций (гипертрофия) и/или их воспалением (аденоидит) [10, 11]. Термины «аденоиды» и «аденоидит» могут дополнять друг друга.

Отоларингологи выделяют «истинную» и «ложную» гипертрофию аденоидных вегетаций. Под термином «истинная» гипертрофия понимают гиперплазию лимфоидной ткани, которая наблюдается как симптом конституционального лимфатизма, характеризующегося гиперплазией лимфоидных органов. Истинная гиперплазия формируется на фоне недостаточности гипоталамо-гипофизарной области, сниженной продукции глюкокортикостероидов, дисфункции вилочковой железы, реактивной лимфоидной гиперплазии [12, 13]. «Ложная» гипертрофия глоточной миндалины, характеризующаяся отеком, угнетением мукоци-

лиарной системы респираторного тракта, обуславливает активацию патогенной флоры. При «ложной гипертрофии», как правило, наблюдаются признаки аденоидита [14].

Аденоидит — это воспаление глоточной миндалины лимфоидного кольца Пирогова—Вальдейера. Различают острый и хронический аденоидит [15]. Острый аденоидит (ОА) (ретроназальная ангина, острый эпифарингит) — это острое воспаление глоточной миндалины, преимущественно инфекционной этиологии, ассоциированное с острым воспалением ротоглотки или слизистой полости носа, длительность течения которого обычно не превышает 2 месяцев. Обычно ОА имеет тенденцию к повторению не чаще трех раз в год. Как правило, ОА является физиологической реакцией иммунной ткани глоточной миндалины на острый инфекционный процесс верхних дыхательных путей.

Хронический аденоидит (ХА) — это хроническое полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежит нарушение физиологических иммунных процессов глоточной миндалины [16].

На основании эндоскопической оценки степени закрытия хоан лимфоидную ткань гипертрофия аденоидных вегетаций классифицируется следующим образом:

1. Первая степень — лимфоидная ткань перекрывает сошник на 1/3.

2. Вторая степень — лимфоидная ткань перекрывает 2/3 сошника.

3. Третья степень — лимфоидная ткань перекрывает сошник более 2/3, или перекрывает сошник полностью, доходя до уровня заднего конца нижней носовой раковины [15].

Общепринятой классификации хронического аденоидита не существует. По типу воспалительной реакции хронический аденоидит подразделяется на отечно-катаральную и гнойную формы [8]; по этиологическому фактору выделяют вирусный, бактериальный, аллергический [7].

Гипертрофия и/или хроническое воспаление аденоидных вегетаций имеет полиэтиологическую природу. В этиологической природе аденоидных разрастаний большое значение придается бактериям [17]. Среди ученых единого мнения о том, какой микроорганизм является ведущим в развитии хронического воспаления в носоглотке, нет. У детей с хроническим аденоидитом в мазках из носоглотки выделяются стрептококки, стафилококки, анаэробная микрофлора и др. Важную роль в развитии патологии лимфоидного кольца играет инфицирование, возможно еще внутриутробное, лимфотропными вирусами — ЭВВ, простого герпеса, ЦМВ, аденовирусами [19].

Результатом действия возбудителей на организм является угнетение механизма апоптоза лимфоцитов, что приводит к выраженной гипертрофии миндалин и лимфатических узлов [7]. Была выявлена важная роль в патологии лимфоидного кольца таких внутриклеточных возбудителей, как *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*, *M. genitalium*, колонизирующих носоглотку взрослых и детей [20]. Известно, что длительно протекающие воспалительные заболевания лимфоидной ткани носоглотки влекут за собой не только местные изменения, но и выраженные расстройства со стороны других органов и систем в виде симптомокомплексов и болезней, которые при отсутствии своевременного лечения могут оставить след во взрослом возрасте и способствовать формированию различной хронической патологии.

В последнее время среди современных клиницистов возрастает число сторонников консервативных методов лечения заболеваний лимфоидного кольца в детском возрасте. Активное развитие учения о физиологической роли глоточной и небных миндалин в создании и регуляции мукозального иммунитета слизистых оболочек объясняет внедрение в оториноларингологию доктрины бережного отношения к структурам лимфоидного кольца, что позволяет в ряде случаев сохранить целостность лимфоидного кольца. Анализ оперативных вмешательств у детей с заболеваниями лимфоидного кольца (ЗЛГК) в настоящее время хоть и показывает тенденцию к снижению, тем не менее, адено- и тонзиллэктомия занимают лидирующие позиции среди всех проводимых оперативных вмешательств в оториноларингологии. Данный факт подтверждает актуальность проблемы консервативного лечения ЗЛГК.

Однако вопрос о целесообразности, показаниях и противопоказаниях к назначению иммуномодулирующих препаратов уже долгое время остается дискуссионным и вызывает оживленные споры [21]. Наиболее изученной, с позиций доказательной медицины, на сегодняшний день является группа иммуномодуляторов бактериального происхождения. Механизм их действия заключается в стимуляции и активации иммунных клеток макроорганизма (Т-лимфоцитов), используя рецепторы, расположенные на поверхности иммунных клеток, которые опознают в организме бактерии. Данная группа лекарственных средств включает 3 подгруппы: а) бактериальные лизаты местного действия (ИРС 19, Имудон) и системного (бронхомунал), б) мембранные фракции (к этой группе относится ликолипид), в) рибосомальные препараты с мембранными компонентами (единственный представитель этой группы — рибомунил) [21, 22].

В арсенале педиатра и оториноларинголога хорошо себя зарекомендовал топический иммуномодулятор ИРС 19

(Abbott), применяемый в виде интраназального спрея. В его состав входят бактериальные лизаты 18 наиболее распространенных возбудителей инфекций верхних дыхательных путей и ЛОР-органов. Состав препарата периодически обновляется, адаптируется под изменяющийся бактериальный пейзаж с учетом основных возбудителей респираторных инфекций. Многочисленные исследования доказывают эффективность применения препарата ИРС 19 для лечения и профилактики ОРИ, синуситов, хронического аденоидита, гипертрофии аденоидных вегетаций, послеоперационных осложнений при ринохирургических вмешательствах [23—25]. Использование ИРС 19 у детей после аденотомии уменьшает реактивные изменения в ране, снижает бактериальную обсемененность раневой поверхности и ускоряет процесс регенерации [26].

Полученные данные позволяют рекомендовать использование препарата ИРС 19 у детей с заболеваниями лимфоидного кольца, относящихся к группе ЧБД как в составе комплексного лечения, так и в виде монотерапии.

Бактериальные лизаты, согласно инструкции, назначаются детям с 3-х месячного возраста, в профилактических целях по 1 дозе в каждый носовой ход 2 раза в течение 2-х недель. Профилактику рекомендуется проводить за 2—3 недели до начала подъема сезонной заболеваемости ОРИ. Для лечения острых и хронических заболеваний дыхательных путей и бронхов детям в возрасте от 3 месяцев до 3 лет назначают по 1 дозе в каждый носовой ход 2 раза в сутки после предварительного очищения полости носа от слизи. Промывание специальными растворами не требуется. Лечение следует продолжать до исчезновения клинических симптомов заболевания. Детям старше 3-х лет и взрослым препарат назначают по 1 дозе в каждый носовой ход от 2 до 5 раз в сутки также до исчезновения клинической симптоматики. В среднем продолжительность курса составляет 2 недели. В случае подготовки к плановому оперативному вмешательству профилактику назначают за 1 неделю до операции по 1 дозе в каждый носовой ход и продолжают еще в течение 1 недели после операции.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности бактериального лизата ИРС 19 в комплексной терапии детей с аденоидитами.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в период с 2008 по 2011 гг. на базе оториноларингологического отделения Морозовской детской городской клинической больницы г. Москвы. Обследовались дети, направленные оториноларингологами и педиатрами городских поликлиник г. Москвы в МДГКБ для эндоскопического обследования носоглотки, консультации и решении вопроса о дальнейшей тактике обследования и лечения. Среди пациентов из данной группы наблюдались дети, проходившие обследование и консервативное лечение по месту жительства, а также дети, ранее необследованные и нелеченные. Под наблюдением находилось 60 детей (22 девочки и 38 мальчиков) в возрасте от 1 года до 15 лет с заболеваниями лимфоидного кольца (гипертрофия аденоидных вегетаций и/или хронический аденоидит), 27 (45%) из которых можно отнести к группе ЧБД. Возраст детей был следующий: 49 детей (82%) — до 10 лет, из них 26 (53%) в возрасте 3—6 лет. У 26 детей была диагностирована гипертрофия аденоидных вегетаций

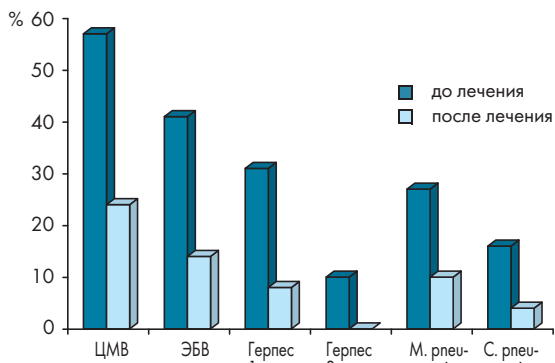


Рисунок 1. Результаты серологического исследования детей с гипертрофией аденоидных вегетаций и/или хроническим аденоидитом до и после комплексного лечения

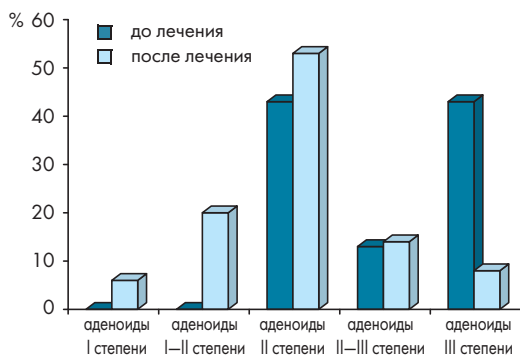


Рисунок 2. Динамика степени гипертрофии лимфоидной ткани носоглотки на фоне комплексного лечения с использованием ИРС 19

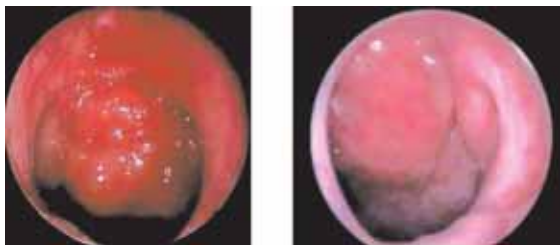


Рисунок 3. Динамика эндоскопической картины лимфоидной ткани носоглотки у ребенка до и после комплексного лечения

II степени, у 8 гипертрофия аденоидных вегетаций II—III, у 26 — III степени.

Обследование больных включало: сбор анамнеза, клинический осмотр, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, микробиологическое исследование посевов из носоглотки до начала лечения и через 3 месяца. Было проведено серологическое исследование крови (ИФА) с определением IgG и IgM к хламидиям, микоплазме, вирусам герпеса (типы I, II, IV, V). При необходимости проводилось тестирование с помощью ПЦР (реагенты МНИИ эпидемиологии микробиологии им. Г. Н. Габричевского, НПФ «Литех», Россия). По результатам комплексного обследования назначалась этиотропная терапия, допол-

ненная назначением смеси лизатов бактерий — ИРС 19. В качестве этиотропных препаратов назначались антибиотики группы макролидов. Наличие герпетической инфекции требовало назначения противовирусного лечения (ацикловир, инозин пранобекс).

ИРС 19 назначали по схеме, описанной выше. Контрольное обследование проводилось через 3 месяца после окончания лечения.

Об эффективности лечения судили по изменению состояния глоточной миндалины на основании эндоскопического исследования, динамике изменения степени обсемененности носоглотки патологической микрофлорой и серологических показателей. В практической деятельности ЛОР-врачи обычно ограничиваются взятием микробиологических анализов из зева и носа. Настоящая работа отличается от ранее проведенных в этой области комплексным подходом с применением различных методов: эндоскопических, серологических и микробиологических для эффективного выбора этиотропной терапии.

Результаты и их обсуждение

На рисунке 1 представлены результаты серологического обследования детей с аденоидитами до и после лечения ИРС 19. У большинства детей, по данным серологического обследования до начала лечения, были выявлены маркеры герпетической инфекции: ЦМВ (57%), ЭБВ (41%), герпес 1 и 2 типа (41%). Внутриклеточные возбудители выявлялись в меньшем количестве случаев: *M. pneumoniae* у 13 (27%), *C. pneumoniae* у 8 (16%). Практически у половины детей (53%) отмечалось *mixed* инфицирование. Контрольное серологическое обследование у больных было проведено через 3 месяца.

В структуре *mixed* инфицирования ведущая роль принадлежала сочетанию ЦМВ и ЭБВ (40%), ВПГ I и II типа и ЦМВ (26%), также ВПГ I и II типа и ЭБВ (23%). Анализ вариантов течения инфекции показал, что у большинства определялось персистирующее течение ЦМВ — 27 (55%) и ЭБВ инфекции — 8 (16,3%). По сути эти две инфекции были «фоном», на котором далее развивалась острая микоплазменная, хламидийная и ВПГ 2 типа. Исходя из данных, полученных в результате серологического обследования, было выявлено, что течение ВПГ 2 типа у всех детей с патологией глоточной миндалины протекало как острое — персистенции не отмечалось. Обнаружение у большинства пациентов с гипертрофией глоточной миндалины вирусом группы герпеса подчеркивает их лимфотропность и значимую роль в развитии патологии лимфоидного кольца. Персистенция герпетической инфекции (ЦМВ и ЭБВ), наблюдаемая у большинства пациентов, вероятно, играет роль «фоновых» факторов и способствует снижению активности иммунитета ребенка и присоединению бактериальной микрофлоры. Важно подчеркнуть, что на фоне комплексного лечения количество детей с положительными титрами антител значительно сократилось: ЦМВ — в 2,4 раза, ЭБВ — в 2,9 раз, Г 1 типа — в 3,8 раз, микоплазмы — в 2,7 раз, хламидий — в 4 раза.

Исследование микробиологического пейзажа носоглотки также проводилось до и после назначения ИРС 19 через 3 месяца.

Анализ микробиологического пейзажа носоглотки выявил дисбиотические изменения. В таблице 1 представлены основные возбудители у ЧБД с аденоидитами: *M. catarrhalis*,

S. aureus, *H. Influenzae*, *S. pneumoniae*. Возбудители высевались в диагностически значимом количестве (в колониеобразующих единицах — КОЕ, превышающих нормоцитоз ротоглотки в 4 и более раз). Остальные возбудители — бактериального и грибкового происхождения имели меньшее значение. Из исследования вышло к концу наблюдения 9 пациентов, по причинам, не связанным с лечением. При контрольном обследовании (через 3 месяца) имела место положительная динамика. При динамическом наблюдении было выявлено значительное уменьшение бактериальной гноеродной грамположительной и грамотрицательной микрофлоры. Количество патогенных возбудителей, высеваемых из носоглотки, значительно сократилось при увеличении количества представителей индигенной микрофлоры. Однако полной элиминации добиться не удалось. Анализ причин длительного носительства патогенной микрофлоры у 3 детей мы связывали с внутрисемейным носительством возбудителей, перенесенной ОРИ в раннем поствакцинальном периоде и в 2 случаях — с обострением хронического аденоидита.

Динамика степени гипертрофии лимфоидной ткани носоглотки на фоне комплексного лечения представлена на рисунке 2.

Объем лимфоидной ткани на фоне проводимой терапии уменьшился (рис. 2, 3), лишь у 4 из 26 пациентов степень гипертрофии аденоидных вегетаций (III степень) осталась без изменений, отмечалась сохраняющаяся кондуктивная тугоухость II степени. Неэффективность консервативного комплексного лечения послужила показанием для проведения данным пациентам аденотомии. Проведенный курс лечения у этих детей явился хорошей предоперационной подготовкой, позволившей максимально приблизить аденотомию к разряду чистых операций.

Полученные в результате проведенных исследований данные свидетельствуют о необходимости проведения у ЧБД комплексного обследования (серологического, микробиологического, эндоскопического) для назначения эффективного лечения при хроническом аденоидите и гипертрофии аденоидных вегетаций. Длительная персистенция вирусов группы герпеса и возбудителей внутриклеточных инфекций способствует колонизации носоглотки патогенной флорой. Использование топического иммуномодулятора ИРС 19 в комплексе с этиотропным лечением позволяет более эффективно провести санацию лимфоидной ткани носоглотки и сохранить ее целостность как важного органа, обеспечивающего неспецифическую и специфическую защиту детского организма.

Литература:

1. Изучение взаимосвязи между иммуногистохимическими показателями аденоидных вегетаций и клиническим состоянием часто болеющих детей / П.Ю. Амирова, Ю.А. Джамалудинов, М.З. Саидов, Г.Б. Элькун // Вестн. оторинолар. — 2007. — № 1. — С. 22—25.
2. Вавилова В.П. Значение аденотонзиллярной патологии в развитии кашля у детей в практике врача первичного звена здравоохранения / В.П. Вавилова, Н.И. Тарасов, О.А. Вайман // Consilium medicum. Педиатрия. — 2010. — № 4. — С. 36—40.
3. Архангельская И.И. Особенности течения хронического аденоидита в различных возрастных группах: Мат. XVII съезда оториноларингологов России. — СПб., 2006. — С. 418—419.
4. Александров А.Н. Роль верхнего отдела дыхательного тракта в развитии бронхолегочной патологии // Новости оторинолар. и логопатол. — 2000. — № 3. — С. 89—93.

Таблица 1. Основные возбудители у ЧБД с аденоидитами

Возбудители:	До лечения n = 60 (100%)	После лечения n = 51 (100%)
Смешанная микрофлора	17 (28,3%)	2 (3,9%)
<i>S. aureus</i>	14 (23,3%)	3 (5,8%)
<i>S. epidermidis</i>	1 (1,6%)	—
<i>S. pneumoniae</i>	10 (16,6%)	1 (1,9%)
<i>S. pyogenes</i>	2 (3,3%)	—
<i>Str.β-гемолитический, гр. А</i>	9 (17,6%)	3 (5,0%)
<i>S. viridans</i>	6 (10,0%)	—
<i>M. catarrhalis</i>	19 (31,6%)	3 (5,8%)
<i>Neisseria spp.</i>	3 (5,0%)	2 (3,9%)
<i>H. influenzae</i>	10 (15,2%)	—
<i>Candida</i>	2 (3,3%)	—
Роста нет	6 (10,0%)	33 (64,0%)

5. Гаджимирзаев Г.А. О некоторых противоречивых положениях и нерешенных вопросах при сочетанном поражении верхних и нижних дыхательных путей // Вестн. оторинолар. — 2000. — № 6. — С. 47—50.
6. Фейгина В.М., Зайцева О.В. Лор-патология и хроническая пневмония у детей // Педиатрия. — 2000. — № 3. — С. 58—60.
7. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Хронический аденоидит: Пособие для врачей. — Москва, 2009. — 53 с.
8. Острый и обострение хронического аденоидита у детей / Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов, М.П. Божатова, Е.Е. Вагина // Consilium medicum. Педиатрия. — 2008. — № 2. — С. 10—15.
9. Пономарева Л.И. Особенности формирования здоровья детей с патологией глоточной миндалины / Л.И. Пономарева, Ю.А. Алексеева, А.Ф. Виноградов // Верхневолжский медицинский журнал. — 2010. — Т. 8, № 1. — С. 21—24.
10. Новый взгляд на гипертрофию глоточной миндалины: аденоиды или аденоидная болезнь? / В.Ф. Антонив и др. // Вестн. оторинолар. — 2004. — № 4. — С. 23—24.
11. Гаращенко Т.И. Топические бактериальные лизаты профилактики лечений хронических аденоидитов у детей // Вопр. совр. педиатрии. — 2007. — Т. 5, № 1. — С. 92—96.
12. Стефани Д.В., Вельтищев Ю.Е. Клиническая иммунология и иммунопатология детского возраста: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1996. — 384 с.
13. Арефьева Н.А. Обоснование лечебной тактики при патологии носоглоточной миндалины (аденоидах) // Consilium Medicum. — 2010. — Т. 12, № 3. — С. 24—26.
14. Лечебно-диагностические критерии выбора метода лечения аденоидных вегетаций как очага хронической инфекции в детском возрасте / А.И. Крюков и др. // Вестн. оторинолар. — 2008. — № 3. — С. 29—31.
15. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 567 с.
16. Карпова Е.П. Иммунопрофилактика обострений хронического аденоидита у детей // Совр. педиатрия. — 2009. — № 5 (27). — С. 35—36.
17. Brook I., Shah K., Jackson W. Microbiology of healthy and diseased adenoids // Laryngoscope. — 2000. — V. 110. — № 6. — P. 994—999.
18. Гаращенко Т.И. Затрудненное носовое дыхание диагностика и принципы лечения // Педиатрия. — 2008. — № 5, Т. 87. — С. 68—75.
19. Савенко И.В. Эпштейна—Барр вирусная инфекция как этиологический и патогенетический фактор формирования экссудативного среднего отита в детском возрасте / И.В. Савенко, М.Д. Субботи-

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

Оптимизация терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей Западного Казахстана

А. Н. СЕЙПЕНОВА, К. Б. АБДРАХМАНОВ

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

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

Ключевые слова: дети, ОРВИ, Виферон®, лечение

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

A. N. Seipenova, K. B. Abdrahmanov

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

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

Key words: children, ARVI, Viferon, treatment

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

УДК 616.921.578.832.1

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

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

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

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

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