

УДК 616.921.5+616.988/-053.2-08-084

Т.К. Знаменская, О.В. Воробьева

Современные аспекты профилактики и лечения гриппа и ОРВИ у детей

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2017.6(86):98-104; doi 10.15574/SP.2017.86.98

Статья посвящена проблеме частой заболеваемости детей острыми респираторными инфекциями (ОРИ). В настоящее время имеются все возможности для эффективного предупреждения и комплексного подхода к лечению повторных ОРИ у детей. В статье представлены результаты ретроспективного неселективного анализа медицинской документации 164 детей первого года жизни, перенесших грипп и ОРВИ и находившихся под наблюдением в ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» за период с 2012 по 2017 годы. В качестве этиотропного противовирусного препарата был использован растительный препарат — сироп Иммунофлазид®, эффективность которого определялась путем сравнения динамики клинических общетоксических симптомов, местных реакций и основных лабораторных показателей периферической крови. Оценивалась частота развития осложнений и сроки выздоровления у детей. В результате проведенного исследования доказана эффективность лечения и профилактики ОРВИ и гриппа у детей раннего возраста путем использования сиропа Иммунофлазид®.

Ключевые слова: дети, острые респираторные инфекции, профилактика, лечение, Иммунофлазид®.

Modern aspects of prevention and treatment of influenza and ARVI in children

T.K. Znamenska, O.V. Vorobiova

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv

The article deals with the problem of frequent incidence of acute respiratory infections (ARI) in children. It is shown that at the present time there are opportunities to effectively prevent repeated ARI in children. The article presents the results of a retrospective non-selective analysis of medical documentation of 164 children of the first year of life who had influenza and ARI and were monitored by the State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine» for the period from 2012 to 2017. As an etiotropic antiviral preparation, a herbal preparation, the Immunoflazid® syrup, was used, the efficacy of which was determined by comparing the dynamics of clinical general toxicity symptoms, local reactions and the basic laboratory parameters of peripheral blood. The incidence of complications and the terms of recovery in children were assessed. As a result of the study, the efficacy of treatment and prevention of acute respiratory viral infection and influenza in young children was proved by using the Immunoflazid® syrup.

Key words: acute respiratory infections, children, prevention, treatment, Immunoflazid®.

Сучасні аспекти профілактики та лікування грипу та ГРВІ у дітей

Т.К. Знаменська, О.В. Воробйова

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Стаття присвячена проблемі частої захворюваності дітей гострими респираторними інфекціями (ГРІ). Наразі є усі можливості для ефективного запобігання і комплексного підходу до лікування повторних ГРІ у дітей. У статті наведені результати ретроспективного неселективного аналізу медичної документації 164 дітей першого року життя, що перехворіли на грип і ГРІ і знаходилися під спостереженням в ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» за період з 2012 по 2017 роки. У якості етіотропного противірусного препарату застосовувався рослинний препарат — сироп Імунофлазид®, ефективність якого визначалася шляхом порівняння динаміки клінічних загальнотоксичних симптомів, місцевих реакцій та основних лабораторних показників периферичної крові. Оцінювалася частота розвитку ускладнень і терміни одужання у дітей. У результаті проведеного дослідження доведена ефективність лікування і профілактики ГРВІ та грипу у дітей раннього віку шляхом застосування сиропу Імунофлазид®.

Ключові слова: діти, гостра респіраторна інфекція, профілактика, лікування, Імунофлазид®.

Введение

Согласно современным эпидемиологическим данным, в мире на долю вирусных заболеваний приходится до 90% всей инфекционной патологии [1,2,4]. Наиболее уязвимыми среди населения планеты являются дети. По данным литературы, в среднем каждый ребенок в течение года переносит от трех до шести эпизодов острой респираторной вирусной инфекции, зачастую с риском формирования в дальнейшем аллергических осложнений, задержки физического и психомоторного развития, вторичной иммуносупрессии, а также хронических заболеваний, ведущее

место среди которых занимают бронхолегочная и ЛОР-патология [3,5].

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) представляют собой инфекционные заболевания дыхательных путей, сходные по эпидемиологическим характеристикам, механизмам развития и клиническим проявлениям, вызванные респираторными вирусами гетерогенных полиэтиологических групп. Среди этиологических факторов ОРЗ ведущее место занимают: вирусы гриппа А (H1N1, H2N2, H3N3); вирус гриппа В; вирус гриппа С; аденовирусы — 41 серовар; респираторно-синцитиальный вирус — 2 серовара; метапневмовирусы —

2 типа; вирус парагриппа — 5 типов; риновирус — 113 серотипов; реовирус — 3 серотипа; энтеровирусы — 30 сероваров; коронавирусы (229Е, ОС43 и В814), ТОРС (мутант) [2,7,10].

«Входными воротами» для возбудителей острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) служат слизистые оболочки дыхательных путей (нос, глотка, гортань, трахея, бронхи), где происходит активная репликация респираторных вирусов. Проникновение вирусов в клетки эпителия приводит к развитию местной воспалительной реакции. Продукты клеточного распада, попадая в кровоток, вызывают системные токсические проявления. Все это обуславливает типичный для ОРВИ симптомокомплекс: сочетание общетоксических (повышение температуры тела, слабость, вялость, головная боль, миалгии) и местных реакций (ринит, заложенность носа, боль в горле, гиперемия слизистых оболочек ротоглотки, кашель) [6,9,12].

Вероятность заболевания ОРЗ, интенсивность клинических проявлений и исход заболеваний у детей определяются возрастом, восприимчивостью к возбудителям ОРВИ, т.е. состоянием как общего, так и местного иммунитета слизистых оболочек дыхательных путей.

Физиологическое становление иммунной системы у детей состоит из нескольких критических периодов: первый — в возрасте от 0 до 28 дней жизни; второй — 4–6 месяцев; третий — около 2 лет; четвертый — 4–6 лет и пятый заканчивается к 12–15 годам [4,12].

Иммунитет — это защитная система организма от генетически чужеродных экзогенных и эндогенных агентов, механизмы функционирования которой направлены на сохранение и поддержание гомеостаза, структурной, функциональной, биохимической целостности и антигенной индивидуальности. Этапы работы защитных механизмов известны — это распознавание, переработка и элиминация чужеродных структур [8,10,18].

Существует две системы защиты иммунитета — неспецифическая (врожденная, естественная) и специфическая (приобретенная). Неспецифический иммунитет выступает как первая линия защиты и как заключительная ее стадия, а система приобретенного иммунитета выполняет функции специфического распознавания и запоминания чужеродного агента и подключения мощных средств врожденного иммунитета на заключительном этапе процесса [4,9].

В становлении иммунной системы с момента рождения особое значение имеют первый

и второй периоды, когда ребенок наиболее уязвим и не защищен от внешней вирусной агрессии. Следует отметить, что в период новорожденности иммунитет ребенка, находящегося на грудном вскармливании, носит, в большей степени, пассивный характер за счет материнских иммуноглобулинов и антител. При этом собственная иммунная система находится в относительно супрессивном состоянии с функционально незрелым цитокиновым профилем и регуляцией равновесия между Т-хелперами 1-го (Th1-) и 2-го (Th2-) типов лимфоцитов [3,11,12].

Для реализации адекватного иммунного ответа важен Th1/Th2-баланс. Th1-клетки в основном специализируются на продукции гамма-интерферона (γ -ИФН), интерлейкина-12 (ИЛ-12), ИЛ-2 и фактора некроза опухоли альфа ($\text{ФНО-}\alpha$), а Th2-клетки продуцируют ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-10 и ИЛ-13 [12]. Th1-лимфоциты потенцируют развитие клеточного иммунного ответа, направленного против внутриклеточных патогенов (вирусов и др.) и онкогенно трансформированных клеток посредством запуска цитотоксических реакций, а также стимулируют продукцию IgM и IgG-антител В-лимфоцитами. Th2-клетки, в свою очередь, усиливают развитие гуморального иммунного ответа против внеклеточных патогенов (в т.ч. бактерий) и многоклеточных паразитов [2,10,12].

Учитывая наличие в период новорожденности незрелости регуляторной системы и супрессорного состояния собственной иммунной системы с несформированным Th1/Th2-балансом, дети в этот период имеют наиболее высокую чувствительность к вирусной нагрузке, реализации и генерализации вторичной бактериальной инфекции [4].

Далее (с 4- до 6-месячного возраста) с постепенным окончанием грудного вскармливания происходит разрушение материнских антител, у ребенка развивается первичный иммунный ответ с синтезом иммуноглобулинов М без формирования иммунологической памяти, а также начинается постепенное становление механизма иммунного ответа, способного удалить тот или иной антиген, в виде способности к дифференцировке Th0-клеток. Стимуляция Th0-клеток высокими и низкими дозами антигена приводит к их дифференцировке в Th1-клетки, а средними дозами — к дифференцировке в Th2-лимфоциты [4,12].

По данным литературы, именно процессы дифференцировки иммунокомпетентных клеток во втором критическом периоде являются

одними из ведущих причин повышенной заболеваемости детей раннего возраста. Среди педиатров, иммунологов и аллергологов дискутируется роль превалирования хелперной направленности вектора иммунного ответа и преобладание активности Т-хелперов типа 1 (Th1) над Т-хелперами типа 2 (Th2). При этом высказывается предположение о том, что переносимые в этот период ОРЗ в онтогенетическом отношении имеют физиологическое значение для созревания иммунитета (своеобразная «тренировка» иммунитета), так как способствуют нормализации соотношения Th1/Th2 и переориентации первичного иммунного ответа на вторичный [5,11,14].

У плода преобладает Th2-тип иммунного ответа, поэтому аллергическая сенсibilизация может иметь место уже в период внутриутробного развития. Дисбаланс между Th1- и Th2-продукцией, наблюдаемый в раннем детстве, может сохраняться длительно. Поэтому считается, что самые первые месяцы жизни имеют решающее значение в плане развития аллергии [12,15,18].

Именно переориентация иммунного ответа с Th2 на Th1, которая начинается в возрасте 6–7 месяцев, на 2-м году жизни обуславливает более высокую чувствительность детского организма и менее дифференцированный ответ иммунной системы на респираторные вирусные инфекции, в том числе на грипп. Кроме того, анатомо-физиологическая особенность и недостаточность местного иммунного ответа в первый и второй критические периоды становления иммунитета играют свою отведенную роль в восприимчивости к повторным ОРВИ, склонности к кожным поражениям, кишечным инфекциям и т.д. у детей раннего возраста [4,13,16].

Учитывая, что указанные процессы обусловлены эффектами определенных цитокинов, продуцируемых в ответ на инфекцию, становятся понятными ожидания исследователей от превентивного использования разных препаратов, модулирующих цитокиновый профиль (интерфероны и их индукторы, бактериальные иммуномодуляторы, производные пептидогликанов, мурамилдипептида и др.).

Таким образом, особенности становления иммунной системы и антиинфекционной защиты с момента рождения и в течение первого года жизни объясняют причины затяжного, повторного и осложненного течения ОРЗ у детей, что обуславливает необходимость

поиска эффективных методов профилактики и лечения ОРВИ и гриппа у детей раннего возраста. Необходимым условием квалифицированного подхода к терапии ОРВИ является безопасность лекарственных средств, высокие фармакодинамические возможности подавления вирусной агрессии, повышение иммунологической защиты на системном и местном уровне, основанные на современной доказательной базе [8,13,15].

В тех случаях, когда, несмотря на проводимые профилактические мероприятия, у ребенка все же развивается очередной эпизод респираторной инфекции, очень важно придерживаться принципов рациональной терапии. В связи с полиэтиологичностью причин и провоцирующих факторов возникновения ОРЗ, для успешной борьбы с ОРВИ у детей необходим комплексный подход на всех этапах наблюдения за ребенком (семья, организованный коллектив, поликлиника, санаторий), который включает:

- соблюдение режима дня;
- полноценное рациональное питание;
- коррекцию вегетативных нарушений;
- закаливание;
- массаж;
- физическую активность по возрасту;
- фитотерапию, пероральную дезинтоксикацию (при необходимости);
- санацию очагов хронической инфекции;
- лечение коморбидных (сопутствующих) заболеваний;
- борьбу с полипрагмазией;
- иммуностропную терапию [12,13,18].

Особо следует отметить недопустимость шаблонного использования антибиотиков. Применение антибактериальной терапии возможно лишь тогда, когда для этого имеются достаточные основания (ангина, обострение хронического тонзиллита, гнойный отит, пневмония и др.). В противном случае широкое и бесконтрольное применение антибиотиков не только способствует селекции резистентных штаммов, но и приводит к серьезным дисбиотическим нарушениям у ребенка [5,7,11].

Наиболее эффективным средством профилактики ОРВИ и гриппа является вакцинация, однако, из-за постоянной смены антигенных способностей возбудителя, необходим постоянный мониторинг с ежегодной разработкой новых вакцинных штаммов, что не всегда возможно сделать для населения в каждом конкретном эпидсезоне.

В настоящее время из медикаментозного лечения и профилактики ОРВИ и гриппа предлагаются разнообразные группы противовирусных препаратов с прямым механизмом действия: блокаторы М2-каналов, ингибиторы синтеза РНК, ингибиторы нейраминидазы. Эти препараты имеют ряд существенных недостатков — узкий спектр действия (неэффективность против гриппа типа В), возрастные ограничения, наличие значимых противопоказаний.

По данным литературы, длительное и широкое применение ингибиторов М2-каналов (циклических аминов — адамантан и его производное римантадин гидрохлорид) приводит к появлению все большего количества устойчивых штаммов вирусов гриппа [9]. Следует также отметить, что многие штаммы вирусов гриппа уже резистентны к препаратам римантадина гидрохлорида. Более редкое применение препаратов этой группы в последние годы объясняется еще и тем, что их эффект ограничен лишь формами гриппозной инфекции, которые вызваны вирусом гриппа А (особенно А2).

В отличие от препаратов римантадина гидрохлорида, производные озельтамивира ингибируют все разновидности эпидемических штаммов вируса гриппа (группа ингибиторов нейраминидазы). При этом в течение ряда лет частота резистентных штаммов вируса гриппа к озельтамивиру была крайне низкой, что позволило Всемирной организации здравоохранения рекомендовать национальным органам здравоохранения создавать стратегические запасы препарата на случай начала новой пандемии. В то же время препараты ингибиторов нейраминидазы не используются для профилактики и лечения других ОРВИ, они имеют выраженное селективное действие исключительно на нейраминидазу вируса гриппа типа А и вируса гриппа типа В [6]. Недостатком приема этих препаратов являются частые побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта и системы крови [9].

Кроме того, при клинических проявлениях ОРВИ могут быть использованы интерфероны или их индукторы — группа гликопептидов, регуляторов иммуногенеза с выраженной противовирусной активностью [12,14].

В последние годы в медицинском сообществе часто поднимается тема эффективности и безопасности препаратов растительного происхождения. К ним относятся адаптогены и биогенные препараты. Как правило, они оказы-

вают общетонизирующий эффект, повышают приспособительные реакции организма, способствуют восстановлению и нормализации деятельности иммунной системы.

Однако есть и такие растительные препараты, которые проявляют прямое противовирусное действие за счет угнетения вирусоспецифических ферментов, что приводит к снижению или прекращению размножения вирусов. Данные растительные препараты ингибируют вирусную нейраминидазу, стимулируют продукцию эндогенного интерферона, а также оказывают иммуномодулирующее действие.

В медицинском информационном поле опубликованы результаты экспериментальных и клинических исследований применения сиропа «Имунофлазид»® (ООО «НПК «ЭКОФАРМ») для лечения и профилактики ОРВИ и гриппа у детей различных возрастных групп, который содержит экстракт Протефлазида из травы щучки дернистой (*Herba Deschampsia caespitosa* L.) и травы вейника наземного (*Herba Calamagrostis epigeios* L.) (1:1) [4,16,17,19].

Флавоноиды, входящие в состав сиропа, обладают способностью подавлять репликацию ДНК и РНК вирусов, как *in vitro*, так и *in vivo*. При проведении доклинических и клинических исследований обнаружена ингибирующая активность препарата относительно вирусов гриппа и острых респираторных инфекций, вирусов герпеса. Доказано, что механизм прямого противовирусного действия заключается в ингибировании синтеза вирусспецифических ферментов — ДНК- и РНК-полимераз, тимидинкиназы, обратной транскриптазы, нейраминидазы и индукции синтеза эндогенного интерферона.

Кроме прямого противовирусного действия, сироп Иммунофлазид® защищает слизистые оболочки верхних дыхательных путей, нормализуя показатели местного иммунитета (лактоферрин, sIgA и лизоцим). Во время исследований установлено, что препарат нормализует синтез эндогенных α - и γ -интерферонов к физиологически активному уровню, что повышает неспецифическую резистентность организма к вирусной и бактериальной инфекции.

Клинические исследования показали, что при ежедневном приеме Иммунофлазида в возрастных дозах и в соответствии со схемой применения не возникает рефрактерности иммунной системы: не наблюдается в дальнейшем угнетение синтеза α - и γ -интерферонов.

Таблица

Динамика показателей течения ОРВИ и гриппа у детей, абс.ч. (M±m)

Критерий	Группа наблюдения		p
	Основная, Иммунофлазид (n=98)	Контроль (n=66)	
Длительность симптомов (сутки): • общетоксических • местных	3,2±0,9 2,9±1,4	10,3±2,4 11,5±1,8	p<0,01 p<0,01
Изменения лабораторных показателей: • лимфоцитоз (абс.ч.) • восстановление показателей (сутки)	72 4,7±1,4	51 12,6 ±2,7	p<0,01
Выздоровление к 5-м суткам (абс. ч.)	88	12	
Длительность курса лечения (сутки)	3,7±1,3	9,7±2,6	p<0,01
Длительность клинических симптомов бронхитов (сутки)	6,8±1,9	11,5±2,4	p<0,05

Такое свойство сиропа Иммунофлазид® способствует поддержанию уровня интерферонов, достаточного для адекватного по времени и силе иммунного ответа организма на инфекционный возбудитель. В свою очередь, это дает возможность, при необходимости, применять препарат в течение длительного времени.

Препарат обладает антиоксидантной активностью, ингибирует течение свободнорадикальных процессов, тем самым препятствуя накоплению продуктов перекисного окисления липидов, усиливая антиоксидантный статус клеток, уменьшает интоксикацию, способствует восстановлению организма после перенесенной инфекции и адаптации к неблагоприятным окружающим условиям.

Иммунофлазид® является модулятором апоптоза: усиливает действие апоптозотриггирующих факторов, активируя каспазу-9, что способствует более быстрой элиминации пораженных вирусом клеток и первичной профилактике возникновения хронических заболеваний на фоне латентных вирусных инфекций.

Комплексные свойства сиропа и его безопасность обусловили выбор этого препарата для лечения и профилактики рекуррентных респираторных инфекций у детей первого года жизни.

Цель исследования: повышение эффективности лечения и профилактики ОРВИ и гриппа у детей раннего возраста путем использования сиропа Иммунофлазид® (ООО «НПК «ЭКОФАРМ»).

Материал и методы исследования

Ретроспективно неселективно проанализирована медицинская документация 164 детей первого года жизни, перенесших грипп и ОРВИ и находившихся под наблюдением в ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гине-

кологии НАМН Украины» за период с 2012 по 2017 годы. Основную группу исследования составили 98 детей, которые получали в качестве лечения ОРВИ и гриппа этиотропный противовирусный препарат — сироп Иммунофлазид®. В группу контроля вошли 66 детей первого года жизни, получавших традиционную терапию, без препарата растительного происхождения Иммунофлазида.

Для лечения гриппа и ОРВИ при неосложненном течении сироп Иммунофлазид® применялся в возрастной дозировке в течение пяти дней, согласно инструкции к препарату. В зависимости от течения болезни курс лечения был продлен до двух недель, а у детей с рекуррентными заболеваниями прием препарата был продлен до 4–6 недель.

Эффективность применения сиропа Иммунофлазид® определялась путем сравнения динамики клинических симптомов, основных лабораторных показателей периферической крови (общий развернутый анализ крови, СРБ). Выраженность клинических симптомов у всех детей сопровождалась сочетанием общетоксических (повышение температуры тела от субфебрильных до фебрильных цифр, слабость, вялость, головная боль, миалгии) и местных реакций (ринит, заложенность носа, боль в горле, гиперемия слизистых оболочек ротоглотки, кашель). Оценивалась частота развития осложнений и сроки выздоровления у детей обеих групп.

Результаты исследования и их обсуждение

В целом 5-дневная терапия Иммунофлазидом позитивно влияла на все этапы течения ОРВИ и гриппа у детей (табл.). К пятому дню наблюдения полное выздоровление имело место у 89,7% детей основной группы, тогда как в контрольной — только у 18,2%. При этом

отмечено, что применение сиропа Иммунофлазид® позволило практически в три раза сократить курс лечения. Прием противовирусного препарата дополнялся режимными мероприятиями, адекватной диетой и симптоматической терапией. Кроме того, необходимость применения назальных деконгестантов была в два раза реже по сравнению с группой контроля ($p < 0,01$). Показано также, что в контрольной группе наблюдения до 2,5 раз чаще возникала необходимость в назначении муколитиков и жаропонижающих средств.

При детальном анализе особенностей течения респираторных инфекций у детей основной группы отмечено позитивное влияние Иммунофлазида на динамику регресса отдельных клинических проявлений. В целом было установлено, что при назначении этиотропного противовирусного препарата Иммунофлазид® купирование симптомов ОРВИ происходило быстрее. Так, регресс общетоксических симптомов (повышение температуры тела от субфебрильных до фебрильных цифр, слабость, вялость, головная боль, миалгии) и местных реакций (ринит, заложенность носа, боль в горле, гиперемия слизистых оболочек ротоглотки, кашель) был более значимым в основной группе и в 2,5 раза отличался от группы контроля. При этом максимальные различия в интенсивности выраженности и темпах регресса указанных симптомов отмечали уже к 3–5-му дню лечения.

Бронхит, как частое осложнение гриппа и ОРВИ, наблюдался у 18,4% детей основной группы, а у детей, не получавших сироп, диагностировался чаще — у 28,8%. В связи с осложнением заболевания курс лечения Иммунофлазидом был продлен до 2-х недель. При этом динамика выраженности кашля на фоне терапии сиропом характеризовалась более быстрым восстановлением. Отмечено, что в основной группе быстрее купировались и аускультативные изменения, которые к 7-му дню наблюдения у детей, получавших Иммунофлазид®, выявляли в два раза реже, чем в контроле.

Следует отметить отсутствие рецидивов заболевания у 85,7% детей, получавших Иммунофлазид®, в течение трех месяцев после проведенного лечения и хорошую переносимость препарата, а также его высокий терапевтический и профилактический потенциал, который был отмечен при лечении 100% детей с неосложненными формами ОРВИ.

Для подтверждения ОРВИ и гриппа у детей обеих групп до начала терапии и в динамике

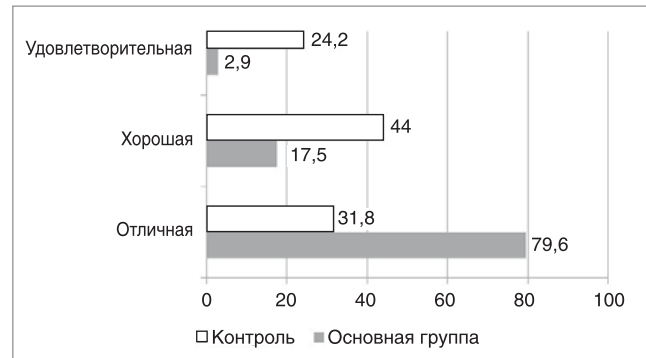


Рис. Характер переносимости комплексного лечения у детей, %

наблюдения проводился мониторинг стандартных показателей периферической крови. Из изменений, подтверждающих вирусный характер заболевания, отмечались лейкопения с лимфоцитозом у 73,5% детей основной и у 77,3% контрольной группы. Нормализация показателей на фоне терапии Иммунофлазидом имела место к 3–5 дню заболевания, тогда как у детей контрольной группы — только к 10–14 дню.

Отдельно изучалась переносимость Иммунофлазида® у обследованных детей. Следует подчеркнуть, что отличная и хорошая переносимость препарата отмечена у подавляющего большинства детей (97,1%). При этом отличная переносимость комплексной терапии с включением этиотропного противовирусного препарата Иммунофлазид® была установлена в 79,6% случаев, в то время как аналогичная оценка базисной терапии имела место лишь у 31,8% детей ($p < 0,01$). Удовлетворительная переносимость терапии с включением Иммунофлазида была только в единичных случаях (у 2 пациентов). В то же время удовлетворительная переносимость традиционного лечения (группа контроля) была у 24,2% детей ($p < 0,01$) (рис.). Особый интерес представляют данные о том, что при необходимости повторного использования препарата в последующие периоды наблюдения сохранялись его высокая клиническая эффективность и хорошая переносимость.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности и хорошей переносимости этиотропного противовирусного препарата «Иммунофлазид®» при лечении ОРВИ и гриппа у детей первого года жизни.

Выводы

1. На современном этапе развития фармацевтики и медицины имеются все возможности

для эффективного предупреждения и лечения рекуррентных инфекций у детей раннего возраста. В основе всей профилактической работы, направленной на реабилитацию, лежат выяснение причин и провоцирующих факторов рекуррентных ОРВИ и их устранение, нормализация режима дня и питания, санация хронических воспалительных очагов, общеукрепляющие мероприятия, а также иммунопрофилактика респираторных инфекций. Для специфической иммунопрофилактики у детей должны использоваться, как иммунизация против пневмококковой, рино-синциальной, ротавирусной и ХИБ-инфекций в декретируемом возрасте, так и противогриппозная вакцинация. Неспецифическую профилактику респираторных инфекций проводят с использованием иммуномодуляторов, подобранных с учетом индивидуальных особенностей ребенка [12–17].

2. В реабилитации детей большое значение имеет рациональное лечение в период ОРЗ или при обострении хронических инфекционно-воспалительных заболеваний респираторного тракта, с учетом особенностей иммунного возрастного статуса. При этом для эффективной и безопасной противовирусной терапии может быть рекомендован сироп Иммунофлазид®.

3. В ходе проведенного исследования установлено, что использование противовирусного препарата «Иммунофлазид®» способствовало быстрому клиническому улучшению — средние сроки выздоровления составили пять дней, динамика регресса в 2,5 раза быстрее. Также отмечено значительное сокращение частоты респираторных инфекций у детей, получавших сироп, в последующие периоды наблюдения (в течение года).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аряев Н.Л. О необходимости пересмотра концепции часто болеющих детей / Н.Л. Аряев // Журнал АМН України. — 2005. — Т.11, №3. — С.571—582.
2. Боковой А.Г. Роль герпесвирусных инфекций в формировании контингента часто болеющих детей / А.Г. Боковой // Детские инфекции. — 2007. — №3. — С.3—7.
3. Иммуномодуляция респираторных инфекций у детей рибосомсодержащими препаратами / A. Fiocchi, L. Terracciano, A. Martelli, L. Bernardo [et al.] // Allergy Asthma Proc. — 2009. — Vol.30. — P.21—31.
4. Иммунофлазид в профилактике инфекционных болезней у детей первого года жизни / А.В. Зубаренко, Ю.В. Девятская, И.М. Шевченко, Н.Ю. Горностаева // Современная педиатрия. — 2015. — №1 (65).
5. Карпова Е.П. Иммунопрофилактика обострений хронического аденоидита у детей / Е.П. Карпова // Совр. педиатрия. — 2009. — №5(27). — С.35—36.
6. Клевцова М.Н. Лечение очагов хронической инфекции ЛОР-органов и бронхореспираторного тракта / М.Н. Клевцова // Совр. педиатрия. — 2004. — №4 (5). — С.61—64.
7. Клинико-иммунологическая эффективность рибомунила при персистенции респираторных вирусов у детей с бронхиальной астмой / С.А. Мокія-Сербина, Т.В. Литвинова, Л.И. Пономарева, В.А. Медведева // Совр. педиатрия. — 2010. — №2(30). — С.131—135.
8. Коровина Н.А. Первичная иммунопрофилактика рекуррентных респираторных инфекций у детей, посещающих дошкольные учреждения / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников // Вопр. практич. педиатрии. — 2007. — Т.2, №6. — С.74—79.
9. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей, проживающих в мегаполисах / Л.С. Намазова, В.В. Ботвиньева, Р.М. Торшхоева [и др.] // Детские инфекции. — 2007. — №2. — С.49—52.
10. Машин С.А. Клинико-лабораторные особенности течения и прогнозирование острой Эбштейн Бар вирусной инфекции у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.А. Машин. — Иваново, 2012. — 20 с.
11. Орлова С.Н. Влияние рибосомального комплекса на состояние респираторной системы у детей, страдающих рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом / С.Н. Орлова, А.И. Рывкин, Н.С. Побединская // Вопр. совр. педиатрии. — 2010. — Т.9, №5. — С.40—45.
12. Охотникова Е.Н. Рекуррентные инфекции респираторного тракта у детей и их иммунопрофилактика в свете современных представлений об иммуномодулирующей активности иммуотропных препаратов / Е.Н. Охотникова, С.Н. Руденко, Е.Н. Коломиец // Современная педиатрия. — 2013. — №1(49). — С.42—50.
13. Таточенко В.К. К вопросу о симптоматическом лечении острых респираторных инфекций / В.К. Таточенко // Педиатрическая фармакология. — 2008. — Т.5, №4.
14. Хаитов М.Р. Препараты микробного происхождения в модуляции иммунного ответа при аллергических заболеваниях / М.Р. Хаитов // Вопр. совр. педиатрии. — 2005. — Т.4, №1. — С.76—80.
15. Черников В.В. Коррекция иммунного статуса у детей с часто рецидивирующими респираторными инфекциями с помощью комплексной пероральной вакцины / В.В. Черников // Вопр. совр. педиатрии. — 2011. — Т.10, №3. — С.26—30.
16. Юлиш Е.И. Часто болеющие дети и тактика педиатра / Е.И. Юлиш, С.Я. Ярошенко // Здоровье ребенка. — 2013. — №6(49). — С.101—108.
17. Юлиш Е.И. Эффективность Иммунофлазида в профилактике острых вирусных инфекций у детей дошкольного возраста / Е.И. Юлиш // Современная педиатрия. — 2009. — №4(26). — С.100—101.
18. Alrins R.L. Gram positive resistance: pathogens, implications, and treatment options: insights from the society of infectious diseases pharmacists / R.L. Alrins, K.K. Haase // Pharmacotherapy. — 2005. — Vol.25(7). — P.1001—1010.
19. Flavonoid-membrane interactions: involvement of flavonoid-metal complex in raft signaling / Y. Tarasovsky [et al.] // Biochim. Biophys. Acta. — 2014. — Vol.1838 (5). — P.1235—1246.

Сведения об авторах:

Знаменская Татьяна Константиновна — д.мед.н., проф., зам. директора ГУ «ИПАГ НАМН Украины» по направлению «Перинатология», Президент Ассоциации неонатологов Украины. Адрес: г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8.

Воробьева Ольга Владимировна — д.мед.н., вед. специалист отделения неонатологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел. +38(044) 483-80-67.

Статья поступила в редакцию 5.06.2017 г.

СИРОП ІМУНОФЛАЗІД® IMMUNOFLAZIDUM®

Оригінальний протівірусний препарат з антиоксидантною активністю

МАЄ

Пряму протівірусну дію та антиоксидантну активність

- Етіотропне лікування ГРВІ та грипу [1]
- Інгібує перебіг вільнорадикальних процесів, посилює антиоксидантний статус клітин [1]

ЗАХИЩАЄ

Слизові оболонки верхніх дихальних шляхів

- Нормалізуючи показники місцевого імунітету (лактоферин, sIgA та лізоцим) [1]

ПІДТРИМУЄ

Імунітет

- Нормалізує синтез ендогенних α - та γ -інтерферонів до фізіологічно активного рівня, що підвищує неспецифічну резистентність організму до вірусної та бактеріальної інфекції [1]



1. Інструкція для медичного застосування препарату.

www.immunoflazid.com.ua

Інструкція для медичного застосування лікарського засобу, сиропу ІМУНОФЛАЗІД® (витяг)
(Зміни внесені. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 295 від 20.03.2017)

Склад: 1 мл сиропу містить: 0,02 мл рідкого екстракту Протефлазід, отриманого із суміші трав (1:1) Щучки дернистої (*Herba Deschampsia caespitosa* L.) та Війника наземного (*Herba Calamagrostis epigeios* L.) (розчинник екстракції – етанол 96%), що еквівалентно не менше 0,0035 мг флавоноїдів у перерахунку на рутин; допоміжні речовини: пропіленгліколь, етанол 96%, сорбіт (E 420), метилпарабен (E 218), пропілпарабен (E 216), натрію сульфат (E 221), вода очищена. **Код АТХ J05A X. Код АТХ L03A X. Спосіб застосування та дози.** Сироп слід дозувати за допомогою дозуючої ємності та приймати перорально за 20-30 хвилин до їди. Дози та тривалість лікування залежать від характеру захворювання та віку пацієнта. Для лікування грипу та ГРВІ (при неускладненому перебігу захворювання) сироп застосовувати протягом 5 днів. Для профілактики грипу та ГРВІ сироп застосовувати протягом від 1 до 4 тижнів в дозі, яка складає половину лікувальної дози. У разі виникнення бактеріальних ускладнень грипу та інших ГРВІ з метою нормалізації показників імунної системи сироп можна застосовувати протягом 4 тижнів і довше. **Показання.** Етіотропне лікування

та профілактика ГРВІ; етіотропне лікування та профілактика грипу, у тому числі спричиненому вірусами пандемічних штамів. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату. Виразкова хвороба шлунка або дванадцятипалої кишки у стадії загострення. Аутоімунні захворювання. **Діти.** Імунофлазід® застосовувати дітям від народження. **Побічні реакції.** Алергічні реакції: в осіб із підвищеною чутливістю можуть мати місце реакції гіперчутливості. Можуть виникати алергічні реакції, включаючи висипання, свербіж, кропив'янку, гіперемію шкіри. **З боку травної системи:** спостерігаються випадки шлунково-кишкових розладів – біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання, діарея (при наявності даних симптомів необхідно приймати сироп через 1,5-2 години після їди). У пацієнтів з хронічним гастродуоденітом можливе загострення гастродуоденіту, виникнення гастроезофагеального рефлюксу (рефлюкс-езофагіту). **Загальні розлади:** можливе транзиторне підвищення температури тіла до 38 °C на 3-10-й день терапії препаратом, головний біль. У разі виникнення будь-яких небажаних реакцій необхідно звертатися за консультацією до лікаря.

Виробник. ТОВ «Тернофарм».
Україна, 46010, Тернопільська обл.,
м. Тернопіль, вул. Фабрична, 4

Виробник. ПАТ «Фармак».
Україна, 04080,
м. Київ, вул. Фрунзе, 63

