

УДК 616.98-053.2-084-08

Н.П. Гляделова, Т.В. Марушко, И.В. Романкевич

Опыт применения препарата «Биоарон С» для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний у детей (обзор литературы)

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2017.6(86):106-112; doi 10.15574/SP.2017.86.106

Статья посвящена проблеме лечения и профилактики острых респираторных инфекций (ОРИ) у детей. Приведенные в обзоре данные о клинических результатах применения препарата «Биоарон С» доказывают целесообразность и безопасность включения его в схемы лечения и профилактики ОРИ у детей.

Ключевые слова: острая респираторная инфекция, дети, Биоарон С, терапия, профилактика.

Experience of Bioaron C usage for prevention and treatment of acute respiratory diseases in children (literature review)

N.P. Gliadelova, T.V. Marushko, I.V. Romankevych

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

The article covers the problem of treatment and prevention of acute respiratory infection (ARI) in children. The data on the clinical outcomes of the drug Bioaron C usage, presented in the review, prove its usefulness and safety in the treatment and prevention of ARI in children.

Key words: acute respiratory infection, children, Bioaron C, therapy, prophylaxis.

Досвід застосування препарату «Біоарон С» для профілактики і лікування гострих респіраторних захворювань у дітей (огляд літератури)

Н.П. Гляделова, Т.В. Марушко, І.В. Романкевич

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Статтю присвячено проблемі лікування і профілактики гострих респіраторних інфекцій (ГРІ) у дітей. Наведені в огляді дані про клінічні результати застосування препарату «Біоарон С» доводять доцільність і безпечність його включення у схеми лікування і профілактики ГРІ у дітей.

Ключові слова: гостра респіраторна інфекція, діти, Біоарон С, терапія, профілактика.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) — наиболее распространенные инфекционные болезни, которые поражают все возрастные группы. На долю ОРИ приходится 25–30% всей и близко 75–90% инфекционной заболеваемости.

Эксперты ВОЗ отмечают, что ОРИ — самая распространенная в человеческой популяции группа заболеваний, в последние годы имеет постоянную тенденцию к увеличению [13]. Причиной тому послужили ухудшение экологической обстановки, интенсификация иммунопрофилактики детских инфекций и самостоятельная эволюция микроорганизмов в связи с чрезвычайно частым использованием антибиотиков, повлекшим изменение свойств самих возбудителей респираторных инфекций [7,11].

Количество детей, болеющих ОРИ, в 1,5–3 раза превышает показатели у взрослых. По данным официальной государственной статистики, ежегодно в Украине гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) болеют около 6 млн человек, при этом самый высокий уровень заболеваемости реги-

стрируется среди детей (в среднем >60 тыс. на 100 тыс. детского населения). Так, с 17 октября 2016 года по 21 мая 2017 года в Украине зарегистрировано 6,2 млн случаев заболеваний гриппом и ОРВИ. Всего переболело 14,6% населения, зарегистрирован 31 летальный исход вследствие гриппа, из них 7 детей [8]. По данным о заболеваемости среди детей 0–14 лет в Киеве заболевания органов дыхания составляют 67,1% в возрастной группе 0–6 лет жизни и 46,5% в возрастной группе 7–14 лет жизни [9].

В разные возрастные периоды частота инфекционной заболеваемости отличается, и в первую очередь это связано с функциональными особенностями и определенными механизмами развития детского организма. Как правило, в первые три года жизни дети могут перенести до 6–8 острых респираторных заболеваний (ОРЗ), а в мегаполисах эта цифра возрастает до 7–10 эпизодов на ребенка в год. Всплески респираторной заболеваемости наблюдаются с началом посещения детских коллективов (детские сады и школы) [12,20]. Причин тому несколько. У детей раннего воз-

раста биоценоз верхних дыхательных путей (ВДП) находится в процессе становления, причем микробный пейзаж весьма нестабилен, полиморфен, зависим от окружающей среды и приближается к таковому взрослого человека только к 5–8 годам жизни [15]. Иммунная система детей раннего возраста характеризуется высокой пролиферативной активностью лимфоцитов, причем фракция недифференцированных, «наивных», лимфоцитов у детей этого возраста больше, чем у взрослых. Также известно, что именно в возрасте 1,5–3 лет происходит переориентация иммунного ответа на инфекционные агенты с превалирования Th2-пути ответа, свойственного плодам, новорожденным и детям первых месяцев жизни, на Th1-ответ, типичный для инфекционного процесса у взрослого человека, т.е. происходит функциональное созревание противoinфекционного иммунитета ребенка. Важной особенностью иммунной системы детей раннего и дошкольного возрастов является состояние лимфоэпителиальной ткани глоточного кольца, которое формируется именно в раннем детстве и осуществляет местную противoinфекционную защиту респираторного тракта. Начиная со второго полугодия первого года жизни, постепенно формируются нёбные миндалины. На втором году начинается формирование глоточной миндалины (аденоиды), которая локализуется в так называемой «стратегической зоне» ВДП, там, где регистрируется наиболее интенсивное антигенное воздействие [4,15]. Функциональная активность лимфоэпителиальной глоточной системы зависит от возраста: у здоровых детей максимум увеличения нёбных миндалин приходится на возраст 3–5 лет, а увеличение глоточной миндалины (аденоидов) — на возраст 5–7 лет. После этих «пиков» отмечается постепенная редукция лимфоэпителиальной глоточной системы, завершающаяся обычно к 18 годам [4]. Эти особенности иммунной системы организма ребенка раннего и дошкольного возрастов являются факторами, обуславливающими их более высокую, чем в старшем возрасте и во взрослом состоянии, заболеваемость респираторными, особенно вирусными, инфекциями [16].

Следовательно, частые острые заболевания респираторной системы (в среднем 6–10 раз в год), особенно у детей младшего и дошкольного возраста, не являются отклонением от нормы. Отклонения от этой нормы могут происходить только в связи с тяжестью и про-

должительностью течения респираторной инфекции, а также в связи с частотой ОРЗ более 10 раз за год [16].

Следует отметить, что у детей с высокой частотой инфекционных респираторных заболеваний каждый последующий эпизод ОРИ протекает в более тяжелой форме с возрастающей тенденцией к затяжному и осложненному течению. Причем такое течение не связано с особенностями возбудителей, оно отображает изменения в защитных системах организма, которые, в отличие от классических иммунодефицитов, являются транзиторными и поддающимися коррекции [9].

Рациональной терапии ОРИ уделяется очень большое внимание, но достаточно часто в последнее время эта проблема ассоциируется с вопросом полипрагмазии, особенно если речь идет о нетяжелом или неосложненном течении заболевания. Также вопросы терапии ОРИ неразрывно связаны с профилактикой этих заболеваний. Основные задачи профилактических мероприятий ОРИ сводятся к снижению их частоты, предупреждению тяжелого/затяжного течения эпизода ОРИ, профилактике хронизации процесса.

Сегодня возрос интерес к фитотерапии, имеющей многовековые традиции применения, в том числе и в педиатрии.

Преимущества фитопрепаратов:

- возможность длительного и безопасного применения;
- биологическое сродство между активными веществами растений и физиологически активными веществами организма;
- многовекторность действия;
- совместимость с синтетическими лекарственными препаратами;
- эффективность при легком течении заболевания в качестве монотерапии, в повышении лечебного эффекта специфической терапии и при использовании в качестве поддерживающего лечения [1].

Особый интерес вызывают иммуномодулирующие препараты растительного происхождения. Они не только эффективно повышают адаптационные возможности организма, но и восстанавливают его нарушенные в процессе частых заболеваний функциональные возможности.

Растительные иммуностимуляторы действуют физиологично, не аккумулируются, имеют значительную разницу между терапевтической и токсической дозами [3,21].

Фитопрепарат «Биоарон С» (Phytopharm Klenka, Польша), используемый в комплексной терапии ОРВИ и для их профилактики, представляет собой сироп, в состав которого входят водный экстракт листьев алоэ древовидного, аскорбиновая кислота, сок черноплодной рябины.

Главным действующим веществом Биоарона С является экстракт сока алоэ древовидного, известного на протяжении более 3000 лет и традиционно используемого в народной медицине многих стран.

Терапевтическая эффективность сока алоэ определяется присутствием: гликопротеинов, лектинов Р-2 и S-1, алоэина, полисахаридов, фермента группы карбоксипептидазы с активностью брадикининазы. Алоэ содержит натуральные антиоксиданты в форме комплекса витаминов группы В, витаминов С и Е, аллантоина, бета-каротина. Из 22 аминокислот, имеющих в организме человека, алоэ содержит 20, в том числе 8 незаменимых. Алоэ древовидное, которое используется для производства Биоарона С, является видом с низким содержанием антра-соединений, оказывающих слабительное действие, и не содержит алоэ-эмодин, обладающий противоопухолевым действием, а также выраженным слабительным эффектом [5,6,14].

Препараты алоэ способны повышать иммунореактивные возможности и защитные функции организма, усиливать его адаптационные способности, ускорять восстановительные процессы в поврежденных тканях [19]. Для алоэ характерны выраженные противовоспалительные и обезболивающие эффекты, усиление секреции пищеварительных желез. Алоэ обладает бактерицидным, антивирусным и противогрибковым свойствами. Под действием алоэ интенсивнее происходит процесс обновления клеток организма, а на поврежденных участках тканей обновление клеток происходит в 6–8 раз быстрее. Полисахарид алоэ каризин стимулирует макрофаги запасать большее количество простагландина. Благодаря этим эффектам алоэ повышается устойчивость организма к воспалительным процессам, инфекционным заболеваниям, вирусам, в частности к вирусу герпеса. Проникая в клетки в 3–4 раза быстрее воды, алоэ выводит токсины, очищает кровь и лимфу, за что получило название «транспортного средства» [5,6].

Ацеманнан (полисахарид алоэ) нормализует функцию макрофагов, улучшает фагоцитоз,

увеличивает образование интерферона. При приеме внутрь водной вытяжки усиливается гранулоцитопоз и увеличивается количество В-лимфоцитов, возрастает способность к абсорбции, деградации и распознаванию антигенов, усиливается гуморальное звено иммунного ответа и несколько менее выражено стимулирующее влияние на клеточный иммунитет.

Черноплодную рябину, или аронию, входящую в состав Биоарона С, часто используют как богатый источник витаминов (С, В₂, В₉, Е, РР, особенно витамина Р, каротина и др.), органических кислот и флавоноидов, она содержит большой набор микроэлементов, которые в комплексе обладают антиоксидантными противовоспалительными свойствами. В состав препарата «Биоарон С» входит также витамин С, который усиливает антиоксидантные и антистрессорные свойства растительных составляющих и повышает устойчивость организма к вирусным инфекциям. Аскорбиновая кислота регулирует синтез антител, СЗ-компонента комплемента, интерферона, повышает сопротивляемость организма инфекциям, угнетает образование простагландинов и других медиаторов воспаления, снижает потребность в витаминах В₁, В₂, А, Е, фолиевой кислоте, пантотеновой кислоте [5].

Благодаря тщательному выбору сортов используемых лекарственных растений и условий их выращивания производителям удалось достичь максимального содержания биологически активных субстанций фитоконпонентов Биоарона С, тогда как уникальные технологии переработки позволили донести их сохранными и неизменными до конечного потребителя.

Составляющие Биоарона С обусловили его основные эффекты: общеукрепляющее действие, иммуномодулирующие, адаптационные и антиоксидантные свойства, что нашло отражение в показаниях к его применению — рекуррентные респираторные заболевания, в комплексной терапии при острых и хронических воспалительных заболеваниях ВДП (хронические фарингиты и тонзиллиты, рецидивирующий ринит, ларингит, ларинготрахеит, синусит и ангина). Биоарон С рекомендовано применять детям с трех лет. Не рекомендуется применять Биоарон С при острых воспалительных заболеваниях органов пищеварительной системы, при повышенной чувствительности к компонентам препарата, пациентам с синдромом мальабсорбции глюкозы или галактозы,

непереносимостью фруктозы или с дефицитом сахарозо-изомальтазы.

Клинические исследования выявили иммуномодулирующее действие Биоарона С на основные звенья иммунитета. В предварительных исследованиях противовоспалительных свойств Биоарона С препарат продемонстрировал способность ингибировать высвобождение маркеров воспаления IL-6, TNF-альфа и IL-1 бета, вызванных стимуляцией бактериальным липополисахаридом моноцитов человека [5].

Проведен ряд исследований по изучению эффективности применения Биоарона С у детей при ОРЗ.

В 2009 году на протяжении трех месяцев представителями компании «Европлант» было проведено анкетирование 605 педиатров, ведущих амбулаторный прием, на тему безопасности и эффективности использования препарата «Биоарон С» для профилактики и лечения ОРЗ [17]. Были проанализированы данные 3039 детей, принимавших Биоарон С. Результаты исследования показали, что:

- Наиболее часто в своей клинической практике педиатры назначали препарат «Биоарон С» детям от 3 до 5 лет.
- Препарат «Биоарон С» одинаково часто назначался как для профилактики, так и для лечения простудных заболеваний у детей.
- Чаще всего препарат «Биоарон С» назначался при ОРЗ (50%), реже — при хронических тонзиллитах (11%), рецидивирующих ринитах (9%), хронических фарингитах (8%), рецидивирующих ларинготрахеитах (7%), рецидивирующих синуситах (6%) и ангинах (6%).
- Средняя продолжительность простудного заболевания у детей до приема препарата «Биоарон С» составляла: у 40% больных — 7–10 дней, у 38% — 10–14 дней, у 14% — 3–7 дней и у 8% — 14–21 день.
- На фоне приема препарата «Биоарон С» средняя продолжительность простудного заболевания изменилась в сравнении с предыдущим заболеванием: в большинстве изучаемых случаев (77%) сократилось на 2–3 дня и более, в 10% — на 1 день и лишь в 13% случаев длительность заболевания не изменилась.
- Большинство пациентов при приеме препарата «Биоарон С» отметили на 3–7-е сутки улучшение аппетита.

- В процессе использования препарата «Биоарон С» 98% больных отметили его приятные вкусовые качества.

- Побочные эффекты в виде аллергических реакций на фоне использования препарата были зарегистрированы у 2% пациентов.

МНИИ педиатрии и детской хирургии Росмедтехнологий проведено открытое не-сравнительное исследование клинической эффективности и безопасности курсового применения препарата «Биоарон С» у часто болеющих детей с учетом их исходного иммунологического статуса, проведенного в аллергологическом отделении, в которое был включен 71 больной (из них 62 пациента страдали аллергическими заболеваниями — аллергический ринит, атопический дерматит, аллергический бронхит, бронхиальная астма) в возрасте от 3 до 12 лет, из них 27 детей в возрасте от 3 до 6 лет (средний возраст $7,7 \pm 0,38$ года) с частыми ОРВИ (более 6 раз в год) или с частотой обострений более 4 раз за 6 месяцев [14]. Длительность наблюдения составила шесть месяцев. Исследование завершили 60 детей, так как 11 пациентов выбыли из исследования, из них 6 больных — из-за появления нежелательных побочных явлений (4 — по причине появления аллергической реакции в виде эритемы, 1 — тошноты и рвоты после приема препарата, у 1 ребенка, страдающего целиакией, появилась диарея). Оценка состояния детей проводилась на 0, 1, 15 сутки от начала приема Биоарона С и через 6 месяцев. Всем больным перед началом лечения и после его окончания проводились лабораторные исследования (общеклинические исследования, определение иммуноглобулинов классов А, М, G, Е, субпопуляционного состава Т-лимфоцитов (CD3, CD4, CD8; CD16+), количества В-клеток, фагоцитарной активности нейтрофилов).

Было отмечено изменение структуры субпопуляции Т-клеток в зависимости от исходного состояния. Так, при количестве клеток ближе к нижней границе нормы отмечалось увеличение количества клеток в процессе терапии. Однако, если исходное количество Т-клеток было избыточным или близким к верхнему пределу, как правило, наблюдалось снижение этих значений. Та же тенденция наблюдалась и в отношении В-клеток. При изучении фагоцитарной активности также было обнаружено модулирующее действие препарата на фагоцитарную активность нейтрофилов.

Прием Биоарона С ускоряет реконвалесценцию организма после болезни и антибиотикотерапии, повышает аппетит, восполняет дефицит витаминов и микроэлементов. У 74,2% больных частота обострений ОРВИ при назначении Биоарона С снизилась в 2,5 раза в течение последующих шести месяцев. Побочные реакции составили 8,8% и проявлялись умеренными и легкими аллергическими реакциями у четверых детей с аллергическими заболеваниями, появлением диареи у одного больного с целиакией, тошноты и рвоты после приема препарата у одного ребенка. Учитывая тот факт, что 62 пациента из 71 имели аллергическую патологию, авторы исследования делают предположение, что в общей популяции следует ожидать значительно меньший процент аллергических реакций. Результаты исследования подтвердили мягкое иммунокорректирующее действие Биоарона С, что позволило исследователям сделать вывод о возможности назначения препарата без предварительного определения иммунологического статуса пациента врачами поликлинического звена.

Положительный терапевтический и профилактический эффект Биоарона С при лечении рецидивирующих респираторных заболеваний у детей был продемонстрирован на результатах открытого сравнительного исследования на базе отделения респираторных инфекций [10]. Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от 3-х до 16 лет с рецидивирующими респираторными заболеваниями. Продолжительность исследования составила 12 недель. Группа наблюдения была представлена 40 детьми, которым кроме системной фармакотерапии назначали Биоарон С в виде сиропа в рекомендуемой возрастной дозировке. Курс лечения составил две недели. 20 больных контрольной группы получали стандартную терапию без добавления Биоарона С.

Критериями включения в исследование были: дети в возрасте от 3-х до 16-ти лет, госпитализированные в стационар с клиникой ОРИ, страдающие рецидивирующими респираторными заболеваниями (рецидивирующий ринит, ларингит, ларинготрахеит, синусит, ангина, бронхит, отит, хронический фарингит, хронический тонзиллит). Критериями исключения из исследования были: наличие гиперчувствительности; аллергические реакции на компоненты препарата; наличие тяжелых сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, туберкулез, хронические заболевания

печени и почек, онкологические заболевания в любой стадии, ВИЧ); несоблюдение пациентом назначений врача; острые воспалительные заболевания ЖКТ; применение других иммуномодуляторов за четыре недели до начала исследования и в период исследования; отказ родителей от участия в программе.

Все наблюдаемые дети, поступавшие в стационар, имели различные рецидивирующие заболевания респираторного тракта, среди которых преобладали стенозирующий ларинготрахеит, ринит, аденоидит, острый тонзиллит, хронический тонзиллит и др. На фоне включения Биоарона С в комплексную терапию была выявлена более быстрая положительная динамика: в основной группе температура нормализовалась на второй день, короче была длительность кашля. Включение в комплексную терапию Биоарона С способствовало более редкому, чем в группе контроля, назначению антибиотиков. Прием Биоарона С способствовал повышению аппетита. Профилактическое действие препарата характеризовалось достоверным снижением на протяжении трех месяцев от начала наблюдения заболеваемости ОРИ в группе детей, получавших «Биоарон С», по сравнению с детьми, не получавшими иммуностимулирующую терапию. При этом ни у одного ребенка, принимавшего Биоарон С, не отмечено нарастания частоты и тяжести заболевания.

Профилактический эффект Биоарона С был продемонстрирован и в моноцентровом открытом клиническом исследовании [2], целью которого явилось изучение безопасности и эффективности применения препарата «Биоарон С» в амбулаторном лечении и профилактике рецидивирующих инфекций органов дыхания у детей, в котором принял участие 61 ребёнок в возрасте 3–6 лет (средний возраст $4,5 \pm 0,5$), наблюдавшийся по поводу различных клинических вариантов рецидивирующих инфекций органов дыхания.

Критериями включения детей в исследование являлись: респираторные инфекции (ринит, ринофарингит, острый бронхит); возраст детей от 3 до 6 лет; рецидивы заболевания 4–6 раз за 6 месяцев; подписание родителями информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: врожденная и наследственная патология органов дыхания; клинически значимые пороки внутренних органов; острая пневмония, аллергия на компоненты препарата. Основную группу составил 31 ребёнок, контрольную — 30 детей.

Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту и клиническим вариантам респираторных инфекций. Комплексная терапия детей обеих групп проводилась согласно конкретной нозологической форме и включала назначение жаропонижающих средств, муколитиков, бронхолитических и симптоматических препаратов (сосудосуживающие капли). Растительный препарат «Биоарон С» (сироп) был включен в комплексную терапию детей основной группы в течение 14 дней. В основной группе на фоне назначения Биоарона С отмечено достоверное повышение показателей гемоглобина, эритроцитов, иммуноглобулина G. В отличие от данных, полученных Э.Э. Локшиной и О.В. Зайцевой, по результатам данного исследования существенных различий в отношении длительности лихорадки, сроков купирования ринореи, нарушения носового дыхания, хрипов в лёгких у детей в основной и контрольной группах не было получено. Катамнестические данные свидетельствуют, что применение «Биоарона С» у детей с рецидивирующими инфекциями (ринит, ринофарингит, острый бронхит) способствует уменьшению частоты рецидивов и увеличению длительности ремиссий. Результаты исследования свидетельствуют о хорошей переносимости препарата и его безопасности. Аллергическая реакция в виде транзиторной кожной сыпи отмечалась у 1 (1,6%) ребенка; преходящие тошнота и диарея — у 2 (3,2%) детей.

Еще одно открытое несравнительное исследование оценки клинической эффективности и безопасности Биоарона С в комплексной терапии часто рецидивирующих бактериальных и вирусных инфекций ВДП [18], в которое были включены 67 детей с хроническим фарингитом, хроническим тонзиллитом, рецидивирующим ринитом, рецидивирующим ларингитом, рецидивирующим ларинготрахеитом, рецидивирующим синуситом, рецидивирующей ангиной в возрасте от 3 до 12 лет свидетельствует о хорошем эффекте препарата «Биоарон С». Длительность исследования составила шесть месяцев, оценка состояния детей проводилась на 0-й и 15–17-й день после включения в исследование.

Для включения пациентов в исследование использовались следующие критерии: наличие часто рецидивирующих бактериальных и вирусных инфекций ВДП; давность заболевания >1 года; частота ОРЗ >6 раз в год или частота обострений заболеваний за 6 месяцев анало-

гичного календарного периода, предшествующего исследованию, 4 и более раз; число дней с симптоматикой заболеваний 30 и более за 6 месяцев аналогичного календарного периода, предшествующего исследованию. Для оценки состояния пациентов в программу было введено понятие «индекс заболеваемости» (просчитан за аналогичный наблюдаемому 6-месячный календарный период предшествующего лечению Биоароном С года), который рассчитывается по формуле: число дней болезни (при стационарном лечении с коэффициентом 2) + число дней антибактериальной терапии. Средний индекс заболеваемости в обследуемой группе до начала лечения Биоароном С равен $57,10 \pm 14,12$, а после курса терапии — $38,15 \pm 13,92$. Хорошая эффективность лечения была отмечена у 74,2% больных. Из них у 12 (20,7%) больных частота рецидивов бактериальных и вирусных инфекций ВДП снизилась в три раза. Удовлетворительная — у 31 (53,5%) больного, у которого частота рецидивов бактериальных и вирусных инфекций ВДП снизилась в 2,5 раза. У остальных 25,8% пациентов частота заболеваний осталась прежней либо уменьшилась менее чем на 25%. Ни у одного ребенка, принимавшего Биоарон С, не отмечено нарастания частоты и тяжести заболеваний. В ключевых показателях иммунного статуса (иммуноглобулины А, М, G и основные субпопуляции лимфоцитов CD³⁺, CD⁴⁺, CD⁸⁺, CD¹⁹⁺) исходно отклонений от нормы не было, то есть клинически эффективная терапия Биоароном С не повлияла на исходные нормальные показатели иммунного статуса. Применение Биоарона С не сопровождалось развитием побочных эффектов.

В 2015 году представителями компании «Лектравы» в течение двух осенних месяцев (октябрь, ноябрь), когда традиционно начинается регистрироваться подъем заболеваемости ОРЗ, был проведен опрос путем анкетирования педиатров, занимающихся амбулаторной практикой [5]. Целью данного исследования было изучение эффективности и безопасности применения препарата «Биоарон С» для лечения в составе комплексной терапии ОРЗ и их профилактики у детей. В опросе участвовало 400 врачей амбулаторной практики из 12 городов Украины. Анализ 3502 анкет с данными по применению Биоарона С у детей различных возрастных групп в условиях амбулаторной практики выявил, что наиболее часто (81,44%) Биоарон С назначался детям от 3 до

5 лет, что обусловлено частотой ОРЗ в этом возрастном периоде. Преимущественно Биоарон С назначался с целью лечения (90,5%) в составе комплексной терапии ОРЗ (ОРВИ, острый тонзиллит/фаринготонзиллит, обострение хронического тонзиллита, острые ларингиты, трахеиты, синуситы) и профилактики повторных эпизодов острой респираторной патологии. Применение Биоарона С в составе комплексной терапии способствовало уменьшению продолжительности клинических проявлений ОРИ, более быстрому купированию лихорадки и астенических проявлений, улучшению аппетита. Причем наибольшую эффективность препарат проявлял при раннем назначении — в первые три дня от начала забо-

левания. Биоарон С продемонстрировал хорошую переносимость и безопасность использования в комплексной терапии острых заболеваний респираторного тракта у детей с 3-летнего возраста.

Таким образом, анализ приведенных данных свидетельствует о том, что фитопрепарат «Биоарон С», обладающий иммуномодулирующими, адаптогенными и антиоксидантными свойствами, может быть рекомендован как безопасное средство для лечения и, что особенно важно, для профилактики ОРИ верхних дыхательных путей, у детей старше трех лет, в том числе у часто и длительно болеющих.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Абатуров А.Е. Фитотерапия в лечении и профилактике острых респираторных заболеваний у детей / А.Е. Абатуров // *Medical Nature. Природная медицина: Исследования, инновации, практика.* — 2011. — №7. — С.56—59.
- Аряев Н.Л. Оценка клинической эффективности использования препарата «Биоарон С» в амбулаторном лечении и профилактике рецидивирующих респираторных инфекций у детей / Н.Л. Аряев, А.А. Старикова, О.Е. Пивак // *Современная педиатрия.* — 2010. — №5(33). — С.64—67.
- Барнаулов О.Д. Фитотерапия больных бронхолегочными заболеваниями / О.Д. Барнаулов. — Санкт-Петербург: Из-во Н-Л, 2008. — 304 с.
- Богомилский М.Р. Детская оториноларингология / М.Р. Богомилский, В.Р. Чистякова. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2001.
- Гляделова Н.П. Оценка клинической эффективности и безопасности использования препарата Биоарон С в амбулаторном лечении острых респираторных инфекций у детей / Н.П. Гляделова // *Современная педиатрия.* — 2016. — №1(72). — С.82—86.
- Гляделова Н.П. Растительный иммуномодулятор Биоарон С: опыт применения для профилактики и лечения инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей у детей / Н.П. Гляделова, Н.К.Унич, И.Б. Орлюк // *Современная педиатрия.* — 2011. — №1(35). — С.130—134.
- Иммуномодуляция респираторных инфекций у детей рибосомсодержащими препаратами / A. Focchi, L. Terracciano, A. Martelli [et al.] // *Allergy Asthma Proc.* — 2009. — Vol.30. — P.21—31.
- Інформаційний бюлетень «ГРИП та ГРВІ» за 20 тиждень 2017 року в Україні [Електронний документ]. — Режим доступу: http://www.sli-deshare.net/Ukraine_CDC/20-2017-75879067. — Назва з екрану.
- Квашнина Л.В. Рекуррентные респираторные инфекции у детей: возможна ли профилактика? / Л.В. Квашнина, И.Н. Матвиенко // *Педиатрия. Восточная Европа* 2016. — Т.4, №4.
- Локшина Э.Э. Новые подходы в терапии рецидивирующих респираторных инфекций у детей / Э.Э. Локшина, О.В. Зайцева // *Педиатрия: приложение к журналу Consilium Medicum.* — 2009. — №4. — С.25—29.
- Охотнікова О.М. Особливості перебігу бронхіальної астми у дітей при застосуванні імуноактивного препарату рибомунілу / О.М. Охотнікова // *Современная педиатрия.* — 2006. — №3(12). — С.108—112.
- Охотнікова О.М. 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.
- Печінка А.М. Гострі респіраторні захворювання: питання клінічної діагностики та лікування / А.М. Печінка, М.І. Дземан // *Укр. мед. часопис.* — 2010. — №5(79). — С.94—103.
- Результаты исследования эффективности и безопасности препарата Биоарон С у часто болеющих детей / А.Н. Пампура, М.О. Смирнова, Е.А. Ружицкая, Т.В. Виноградова // *Рос. вестн. перинатол. и педиатрии.* — 2010. — №1. — С.113—116.
- Романова Л.К. Пренатальный и постнатальный рост и развитие легких. Клеточная биология легких в норме и при патологии. Руководство для врачей / под ред. В.В. Ерохина и Л.К. Романовой. — Москва: Медицина, 2000. — С.72—95.
- Самсыгина Г.А. Проблемы диагностики и лечения часто болеющих детей на современном этапе / Г.А. Самсыгина, Г.С. Коваль // *Педиатрия.* — 2010. — Т.89, №2. — С.137—145.
- Снегоцкая М.Н. Об эффективности использования препарата Биоарон С® для профилактики и лечения ОРЗ / М.Н. Снегоцкая, О.Ю. Конопелько // *Практика педиатра.* — 2009. — Октябрь. — С.22—26.
- Ярцев М.Н. Клиническая эффективность препарата Биоарон С у детей, страдающих часто рецидивирующими и бактериальными инфекциями верхних дыхательных путей [Электронный ресурс] / М.Н. Ярцев, Д.Г. Чувиров // *Новости медицины и фармации. Аллергология, пульмонология, антимикробная терапия (тематический номер).* — 2012. — №435. — Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34460>.
- Plaskett B.A. Aloe against ingestion / B.A. Plaskett // *Biomedical information services LTD.* — 1996. — Issue 9.
- Suzan A. Approach to the child with recurrent infections / A. Suzan, Al Khatir // *J. Family Community Med.* — 2009. — Vol.16, №3. — P.77—82.
- WHO (1999) Monographs on selected medicinal plants 1:43—49-Hart LA. An anti-complementary polysaccharide with immunological adjuvant activity from the leaf parenchyma gel of Aloe vera / van den Berg A. J., Kuis L. [et al.] // *Planta Med.* — 1989. — Vol. 55. — P. 509—512.

Сведения об авторах:

Гляделова Наталья Павловна — к. мед. н., доц. каф. педиатрии №2 НМАПО имени П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30. Тел. (044) 412-16-70.
Марушко Татьяна Викторовна — д. мед. н., проф., зав. каф. педиатрии №2 НМАПО имени П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30.
Романкевич Иванна Васильевна — к. мед. н., ассистент каф. педиатрии №2 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30. Тел. (044) 412-16-70.

Статья поступила в редакцию 30.05.2017 г.