

дупреждения этого феномена назначают антациды, блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов);

- неправильный диагноз (стеаторея 2-го типа; лямблиоз и др.);
- нарушение режима приема препарата.

Успех терапии внешнесекреторной недостаточности ПЖ зависит от многих причин. Последние исследования не выявили существенных различий между почасовым приемом ферментных препаратов и приемом их во время еды. Но все же, наиболее удобным и физиологическим для пациента является прием ферментных препаратов во время еды. В случае адекватно подобранной дозы и формы ферментного препарата наступает значительное улучшение состояния пациента. *Критериями эффектив-*

ности лечения является исчезновение полифекалии, уменьшение или ликвидация диареи, нарастание массы тела, исчезновение стеатореи, амилореи и креатореи. Первой обычно на фоне терапии ферментами исчезает креаторея. Это может быть связано с тем, что секреция панкреатической протеазы сохраняется несколько дольше, чем липазы. Несмотря на то, что с помощью ферментных препаратов удается значительно уменьшить степень стеатореи, полного и стойкого ее исчезновения удается достичь не всегда.

Таким образом, назначение ферментных препаратов требует от врача дифференцированного подхода в конкретном случае с учетом механизмов развития заболевания, приведшего к нарушению процессов пищеварения (табл. 2).

© Коллектив авторов, 2006

Н.К. Перевощикова, Е.Д. Басманова, Т.В. Казанская

АНАФЕРОН ДЕТСКИЙ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОРВИ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Росздрава, г. Кемерово, РФ

На протяжении многих лет внимание педиатров привлекают дети, часто и длительно болеющие острыми респираторными вирусными инфекциями (ЧБД ОРВИ), повышенная заболеваемость которых не связана с врожденными или наследственными патологическими состояниями [1, 2]. На долю ЧБД приходится 50—60 % всех регистрируемых острых респираторных заболеваний. Причинами частых ОРВИ у детей могут быть как эндогенные (неблагоприятный биологический анамнез), так и экзогенные (социальное и экологическое неблагополучие, лекарственная ятрогения и др.) факторы [3, 4]. При оценке критериев частоты ОРВИ у ЧБД рекомендуется учитывать региональные особенности [5]. По данным литературы, распространенность ЧБД ОРВИ колеблется в пределах 15—25% [6, 7]. В г. Кемерово на протяжении 20 лет удельный вес этой группы детей составляет около 30% независимо от возраста, что, по нашему мнению, во многом объясняется не только суровыми климатическими условиями, но и загрязнением воздушного бассейна города из-за наличия крупных предприятий химической и угольной промышленности. Доказана выраженная корреляционная зависимость между загрязнением атмосферного воздуха и удельным весом отоларингологической заболеваемости в группе ЧБД [8]. По данным иссле-

дований, уровень ЛОР-патологии среди детей дошкольного возраста г. Кемерово составил 351 на 1000 человек. У $2/3$ детей из этой группы были выявлены аденоидные вегетации. Пик заболеваемости ОРВИ приходится на возраст от 2 до 4 лет, при этом особенно уязвимы дети в периоде адаптации к дошкольному учреждению. Изменение привычного режима дня, расширение контактов на фоне возрастных особенностей иммунной системы предрасполагают к частым респираторным заболеваниям, провоцирующим формирование и хронизацию ЛОР-патологии. Дети, подверженные частым респираторным заболеваниям, имеют, как правило, задержку развития иммунной системы и транзиторные отклонения показателей иммунного статуса от нормального уровня [9]. Значимая роль лимфоидной ткани носоглотки в иммуногенезе и местной защите слизистых оболочек верхних дыхательных путей обусловила поиск средств, повышающих местный иммунитет, уменьшающих количество и ликвидирующих вирусно-бактериальные патогены. Особая роль в профилактике и лечении респираторных заболеваний отводится интерферонам (нативным — лейкоцитарный интерферон — и рекомбинантным — Реаферон, Роферон, Виферон), индукторам интерферона (Циклоферон, Неовир, Полудан, Амиксин), бактериальным

Таблица 1

Динамика частоты выявления бактериальных возбудителей со слизистой оболочки верхних дыхательных путей у детей на фоне приема Анаферона детского

Микроорганизмы	Частота, %			
	опытная группа (n=33)		контрольная группа (n=20)	
	глотка	нос	глотка	нос
<i>Streptococcus β-haemolyticus</i>	18,2/3,0*	21,2/0*	25,0/30,0	25,0/25,0
<i>Staphylococcus aureus</i>	48,5/33,3	78,8/21,2*	60,0/55,0	80,0/75,5
<i>Klebsiella pneumonia</i>	3,0/3,0	0/0	0/0	0/5,0
<i>E. coli</i>	3,0/3,0	0/0	0/0	0/0
<i>Neisseria</i>	63,6/60,7	21,2/18,2	65,0/55,0	40,0/50,0
<i>Streptococcus viridans</i>	6,0/3,0	6,1/3,0	5,0/15,0	5,0/10,0
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	0/12,1	6,1/42,4	5,0/5,0	5,0/5,0

Здесь и в табл. 2 и 3: в числителе — до, в знаменателе — после окончания приема Анаферона детского и плацебо; * достоверность различия показателей при сравнении до и после лечения.

вакцинам с интерферон-индуцирующей активностью (Рибомунил). Из-за возможности возникновения побочных эффектов при проведении интерферонотерапии [10] и высокой стоимости данного вида лечения внимание исследователей привлек другой класс лекарственных средств — современные интерфероногены. Среди таких препаратов можно выделить отечественный иммуномодулятор Анаферон детский, который содержит сверхмалые дозы антител к γ -интерферону человека [11]. Анаферон детский повышает способность лейкоцитов периферической крови к синтезу функционально активных интерферонов, что обеспечивает выраженный иммуномодулирующий

эффект (γ -интерферон) и высокую противовирусную активность (α -интерферон) [12—15].

Целью нашего исследования было изучение эффективности Анаферона детского у детей, часто болеющих ОРВИ на фоне патологии лимфоглоточного кольца.

Работа проводилась на базе МДОУ № 191 «Центр развития ребенка» г. Кемерово в 2005 г. Под наблюдением находились дети 2—4-летнего возраста, часто болеющие ОРВИ на фоне патологии лимфоглоточного кольца (53 ребенка), которые были разделены случайным образом (простая рандомизация) на 2 группы: 1-я — опытная (33 ребенка) и 2-я — конт-

Таблица 2

Динамика показателей назоцитогаммы у детей на фоне приема Анаферона детского

Показатели	Группы детей	
	опытная (n=33)	контрольная (n=20)
Эозинофилы, %	6,1±0,5/3,3±0,8*	6,0±1,0/5,6±0,4
Нейтрофилы, %	37,0±1,8/26,2±1,2*	35,0±1,6/32,8±1,1
Цилиндрический эпителий, %	22,9±2,6/35,9±1,9*	22,2±2,3/25,1±2,4
Плоский эпителий, %	33,7±1,5/31,0±1,6	36,8±1,5/37,0±2,7
Индекс адсорбции плоского эпителия	9,1±1,2/3,3±0,6*	8,8±1,0/7,5±1,2

рольная (20 детей). В течение 3 месяцев (октябрь—декабрь) воспитанники обеих групп принимали поливитамины «Ревит». Детям 1-й группы с профилактической целью дополнительно назначали Анаферон детский. Учитывая предэпидемический период, в течение 1-й недели дети получали Анаферон детский по 1 таблетке 3 раза в день, далее — по 1 таблетке в день. Дети контрольной группы получали плацебо.

В случае развития ОРВИ, помимо симптоматической терапии, детям опытной группы Анаферон детский назначали по лечебной схеме (в первые 2 часа — по 1 таблетке каждые 30 мин; затем в течение первых суток еще 3 таблетки через равные промежутки времени; со 2-х суток и далее — по 1 таблетке 3 раза в день на весь острый период) с последующим переходом на профилактическую дозу.

Эффективность препарата оценивали по выраженности жалоб, объективному статусу детей, уровню заболеваемости и продолжительности заболевания. Дважды (перед началом приема Анаферона детского — в сентябре — и после завершения приема препарата — в январе) проводили микробиологическое исследование экссудата носоглотки, оценивали назоцитограну, изучали показатели местных факторов защиты слизистых оболочек верхних дыхательных путей (иммуноглобулины А, G и секреторный иммуноглобулин А — методом радиальной иммунодиффузии в геле по Mancini, лизоцим — нефелометрическим способом по В.Г. Дорофейчук).

Социальный статус семей и условия их проживания в обеих группах были сопоставимы. У всех детей опытной и контрольной групп регистрировались функциональные отклонения в состоянии здоровья в виде латентного железодефицитного состояния (1-я группа — 27,2%, 2-я группа — 25%), гиповитаминоза (1-я группа — 18,2%, 2-я группа — 20%), расстройств питания (1-я группа — 9,1%, 2-я группа — 10%), последствий перинатальной энцефалопатии (1-я группа — 87,8%, 2-я группа — 85%), у каждого 5-го воспитанника в обеих группах в анамнезе выявлялась пищевая аллергия. При осмотре детей отоларингологом были диагностированы аденоидные вегетации I степени (1-я группа — 51,5%, 2-я группа — 45%), II степени (1-я группа — 9,1%, 2-я группа — 10%), гиперплазия миндалин I степени (1-я группа — 39,4%, 2-я группа — 45%). Все дети были отнесены ко II Б группе здоровья.

Первичные результаты бактериальных посевов из носоглотки свидетельствовали о высокой степени колонизации патогенной флоры у детей (табл. 1).

При микробиологическом исследовании экссудата из носоглотки как в опытной, так и в контрольной группе, максимально часто выделялись *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus haemolyticus* и *Neisseria*. У каждого 5-го ребенка в обеих группах регистрировалось сочетанное выделение патогенных возбудителей (*Staphylococcus aureus* и *Streptococcus haemolyticus*). На фоне приема Анаферона детского у большинства детей опытной группы наблюдалась элиминация микроорганизмов со слизистой оболочки носоглотки. Так, выявляемость *Staphylococcus*

Таблица 3

Динамика показателей местных факторов защиты слизистых оболочек верхних дыхательных путей у детей на фоне приема Анаферона детского

Показатели	Группы детей	
	опытная (n=33)	контрольная (n=20)
Лизоцим, %	56,1±1,0/63,2±0,8*	57,0±0,9/58,3±1,0
IgA, г/л	0,15±0,01/0,17±0,01*	0,15±0,01/0,15±0,01
SIgA, г/л	0,15±0,01/0,20±0,01*	0,16±0,01/0,15±0,01
IgG, г/л	0,03±0,01/0,03±0,01	0,02±0,01/0,03±0,01

aureus в мазках из зева снизилась в 1,5 раза, из носа — более чем в 3 раза. Положительные мазки из зева на гемолитический стрептококк выявлялись в 6 раз реже; при повторном исследовании мазков из носа данный возбудитель не был обнаружен ни у одного ребенка опытной группы. *E. coli* и *Klebsiella pneumoniae*, выделенные в сочетании со *Staphylococcus aureus* в посевах со слизистой оболочки глотки у детей с сопутствующим кишечным дисбактериозом, после проведения курса Анаферона детского по-прежнему высевались, тогда как роста золотистого стафилококка отмечено не было. У детей контрольной группы микробный пейзаж в динамике не претерпел существенных изменений.

При цитологическом изучении мазков-отпечатков со слизистой оболочки носа детей опытной группы была выявлена отчетливая положительная динамика (табл. 2).

В назоцитограммах детей, получивших курс Анаферона детского, отмечались достоверное повышение количества цилиндрического эпителия, уменьшение сенсibilизации слизистой оболочки носоглотки, снижение индекса адсорбции плоского эпителия, что косвенно подтверждало уменьшение содержания микроорганизмов на слизистых оболочках верхних дыхательных путей. Клеточный состав назоцитограммы (нейтрофилы, эозинофилы) у детей контрольной группы оставался неизменным. Количество клеток цилиндрического эпителия в назоцитограммах детей контрольной группы достоверно снижалось к концу наблюдения ($p < 0,001$), что свидетельствовало о нарушении мукоцилиарного клиренса у детей этой группы.

Динамика показателей местных факторов защиты слизистых оболочек респираторного тракта отражена в табл. 3.

Таблица 4

Заболеваемость детей на фоне приема Анаферона детского

Заболеваемость	Группы детей			
	опытная (n=33)		контрольная (n=20)	
	абс.	%	абс.	%
Не болели	13	39,4	2	10,0
Болели 1 раз ОРВИ	9	27,3	3	15,0
Болели 2 раза ОРВИ	6	18,2	4	20,0
Болели 3—4 раза ОРВИ	—	—	3	15,0
Острый бронхит	2	6,1	2	10,0
Острый отит	1	3,0	3	15,0
Острый тонзиллит	1	3,0	2	10,0
Острая пневмония	1 (14 дней)	3,0	1 (34 дней)	5,0

Таблица 5

Продолжительность клинических симптомов ОРВИ на фоне приема Анаферона детского

Продолжительность клинических симптомов, сутки	Группы детей	
	опытная (n=33)	контрольная (n=20)
Температура тела >37 °С	1,2±0,3	2,3±0,4*
Першение и боли в горле	2,1±0,8	4,2±0,2*
Восстановление носового дыхания	4,0±0,9	7,1±0,5*
Общая длительность заболевания	8,0±0,2	10,9±0,9*

* достоверность различия при сравнении показателей опытной и контрольной групп.

После проведения профилактического курса Анаферона детского регистрировалось достоверное повышение активности лизоцима ($p < 0,001$), увеличение уровня IgA ($p < 0,05$) и SIgA в носовом секрете ($p < 0,001$).

Элиминация микробных возбудителей, повышение местных факторов защиты верхних дыхательных путей у детей опытной группы способствовали снижению уровня заболеваемости. Так, среди воспитанников, получавших Анаферон детский, удельный вес не болевших детей был почти в 4 раза выше (39,4% против 10%), а уровень заболеваемости за 5 месяцев — в 2,5 раза ниже (757,6 и 1900,0 на 1000 человек). Обращало на себя внимание более легкое течение ОРВИ у детей опытной группы (табл. 4).

Применение лечебной дозы Анаферона детского с первых часов ОРВИ приводило к более быстрому купированию основных симптомов, что позволяло

сократить продолжительность заболевания (табл. 5). В процессе наблюдения отмечалась хорошая переносимость препарата, не было отмечено ни одного случая побочных эффектов.

Таким образом, Анаферон детский, обладая не только противовирусными, но и выраженными иммуномодулирующими свойствами, оказывал положительное влияние на показатели местной защиты верхних дыхательных путей, способствовал уменьшению обсемененности слизистой оболочки носоглотки патогенными микроорганизмами у детей с ЛОР-патологией. Снижение респираторной заболеваемости, облегчение течения клинических симптомов ОРВИ на фоне приема Анаферона детского являются основанием для включения его в программу профилактики и реабилитации детей, часто болеющих ОРВИ на фоне патологии лимфоузлов.

ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatricjournal.ru> № 6/2006, приложение № 7.

© Заплатников А.Л., 2006

А.Л. Заплатников

ТОПИЧЕСКИЕ ДЕКОНГЕСТАНТЫ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: БЕЗОПАСНОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Кафедра педиатрии (зав. проф. Н.А. Коровина)
Российской медицинской академии последипломного образования Росздрава, Москва

Деконгестанты — лекарственные средства (ЛС), терапевтический эффект которых направлен на купирование насморка и заложенности носа [1—3].

Дословная расшифровка этого термина обозначает «устранение гиперемии и застоя в носу» (от англ. congestion — закупорка, застой, гиперемия). Учи-