

АНАФЕРОН ДЕТСКИЙ – 10 ЛЕТ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

В рамках XII Конгресса детских инфекционистов России ведущие специалисты в области педиатрии и инфекционных болезней обсудили современные подходы к профилактике и лечению инфекционных болезней у детей.

Своим мнением о результатах симпозиума, посвященного 10-летию клиническому опыту применения Анаферона детского, с нами поделилась Нина Алексеевна Коровина – профессор, д. м. н., педиатр, заслуженный врач России, которая принимала в нем участие в качестве председателя.

Ключевые слова: рекуррентные вирусные инфекции, ОРВИ, грипп, вирусные гастроэнтериты, двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, Анаферон детский

Keywords: recurrent viral infections, influenza, viral gastroenteritis, double-blind placebo-controlled study, Anaferon for children

Нина Алексеевна, значительную часть участников симпозиума составили именно педиатры. С чем, по вашему мнению, связан интерес практических врачей к симпозиуму, на котором обсуждались результаты клинических исследований противовирусных препаратов?

Это связано с несколькими факторами. Безусловно, ОРВИ наиболее распространены в детском возрасте, создавая основную нагрузку для участковых педиатров. До сих пор в лечении острых респираторных инфекций применяются антибактериальные препараты, что без подтверждения бактериальной природы заболевания является недопустимой ошибкой. В нашей стране зарегистрировано большое количество лекарственных средств для лечения и профилактики ОРВИ, каждое из которых имеет свои особенности и показа-

ния. При этом, к сожалению, не для всех препаратов, рекомендуемых для лечения ОРВИ, имеются четкие алгоритмы применения. Кроме того, в педиатрии в настоящее время не так много лекарств, изучение эффективности и безопасности которых проведено на должном уровне. **Анаферон детский** – один из немногих препаратов, в отношении которого не только накоплен значительный практический опыт, но и осуществлено большое количество достаточно интересных исследований, охватывающих лечение и профилактику большинства инфекций, встречающихся в детском возрасте. По данным российских и зарубежных научных публикаций, **Анаферон детский** был исследован в 50 научных центрах более чем в 40 городах России, а количество пациентов-участников приблизилось

к 6000. Эти данные прозвучали в докладе заведующей кафедрой детских инфекций Читинской медицинской академии Наталии Анатольевны Миромановой, посвященном рациональной терапии инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей. Учитывая, что за последние 2 десятилетия частота респираторных инфекций у детей устойчиво превышает аналогичный показатель у взрослых почти в 4 раза, сохраняется пристальное внимание специалистов к профилактике и лечению ОРЗ. В своем докладе Наталия Анатольевна обратила внимание на то, что более 80% всех вызовов врачей-педиатров на дом составляют вызовы, обусловленные ОРЗ. А если добавить тот факт, что в России в различных регионах дети с рекуррентными вирусными инфекциями составляют от 14 до 80% детской популяции, а частота ОРЗ у детей с аллергическими заболеваниями в 5 раз чаще, чем у детей, не имеющих такие заболевания, то можно представить, с какими именно пациентами сталкивается участковый педиатр в своей ежедневной практике. Также нужно отметить, что до сих пор в нашей стране при лечении ОРВИ у детей антибактериальная терапия используется в 50–60% случаев, по сравнению с 14% аналогичных назначений в Канаде, 24% – во Франции. Нерациональное использование антибактериальных препаратов при вирусных инфекциях повышает резистентность бактерий к антибактериальной терапии и ведет к развитию множественной резистентности, от которой только в благополучной Европе ежегодно погибает 25 000 пациентов, тогда как риск развития бактериальных осложнений ОРВИ (отит, пневмония) мало зависит от применения антибиотиков.

Нина Алексеевна, симпозиум, на котором вы были председателем, назывался «Программы и протоколы лечения вирусных инфекций у детей». А какие подходы к лечению ОРЗ у детей используются в России в настоящее время?

Исходя из патогенеза самих ОРЗ, их терапия должна быть комплексной. Учитывая

то, что основную массу ОРЗ составляют негриппозные вирусные инфекции, и кроме того, во многих случаях заболевание является микст-инфекцией, на мой взгляд, важное место в терапии занимают противовирусные препараты с широким спектром действия и иммуномодулирующими свойствами. Это препараты интерферонов и их индукторов.

Расскажите, пожалуйста, подробнее, какое влияние на организм оказывают индукторы ИФН?

Индукторы интерферона характеризуются своей способностью стимулировать продукцию интерферонов. Под их влиянием синтез собственного интерферона (ИФН) сбалансирован, контролируется организмом, что выгодно отличает их от применения самих интерферонов. В отличие от других препаратов, **Анаферон детский** влияет, прежде всего, на вирус-индуцированную продукцию ИФН. То есть повышает продукцию интерферонов, только пока вирус находится в организме – в начале и разгаре вирусной инфекции. А по мере выздоровления ребенка препарат прекращает оказывать стимулирующее действие на синтез этих цитокинов. Поэтому **Анаферон детский** относится к индукторам интерферонов избирательного действия. Это свойство позволяет избежать истощения системы ИФН и сохранить функциональные резервы иммунной системы ребенка. Данные, которые были приведены в докладе Наталии Анатольевны Миромановой, подтверждают мою точку зрения. У детей, завершивших лечение ОРВИ **Анафероном**, способность клеток к продукции интерферона (показатели так называемой индуцированной продукции) была достоверно более высокой по сравнению с группой плацебо, что очень важно для защиты ребенка в случае повторной инфекции.

Кроме того, **Анаферон детский** повышает чувствительность рецепторов к интерферонам, тем самым еще больше повышая эффективность работы интерферонов.

Какое значение это имеет для практического специалиста?

Я считаю, что данная особенность очень важна именно в повседневной практике педиатра. Давайте рассмотрим типичную ситуацию на участке. Ребенок, посещающий детский сад, заболевает ОРВИ. Предположим, что, ориентируясь по клинической картине и эпидобстановке, педиатр исключил грипп и в составе лечения назначил препарат, обладающий неспецифической противовирусной активностью широкого спектра. Так вот, если это будет **Анаферон**, то мы сможем быть уверенными, что, во-первых, его спектром действия мы перекроем наиболее вероятных возбудителей ОРВИ, во-вторых, к моменту выздоровления препарат прекратит оказывать стимулирующее действие, и у ребенка сохранится способность клеток к продукции интерферонов. А это означает, что, когда мы его выпишем в детский садик (нередко главным инициатором ранней выписки являются именно родители), этот ребенок будет обладать достаточными резервами, чтобы защищаться от развития инфекции при контакте с другими возбудителями. Особенно хорошо это будет заметно в работе с теми детьми, которые склонны к рекуррентным респираторным инфекциям. Говоря о тактике педиатра в отношении этой группы детей, хочу отметить, что **Анаферон детский** может применяться не только для лечения ОРВИ, но и для их профилактики. Учитывая свойства **Анаферона детского**, педиатр может использовать этот препарат профилактическим курсом с переходом на лечебный в случае необходимости. Вместе с тем в некоторых случаях возможна обратная ситуация. Например, если родители настаивают на ранней выписке ребенка, можно на несколько дней рекомендовать продолжить прием **Анаферона** в профилактическом режиме и после лечения. Данная гибкая схема профилактического и лечебного применения разработана на нашей кафедре, а ее эффективность подтверждена в ходе серии исследований, проведенных под руководством профессора А.Л. Заплатникова.

А каковы возможности применения Анаферона детского при гриппе?

Ответ на данный вопрос прозвучал в докладе, представленном коллегами из ведущего учреждения в области инфекционных заболеваний у детей – института детских инфекций в Санкт-Петербурге. Заведующая отделом респираторных инфекций НИИ ДИ д. м. н. Ирина Владимировна Бабаченко представила данные исследования эффективности **Анаферона детского** в лечении гриппа. Очень важно, что в качестве препарата сравнения в этой работе был использован осельтамивир – своего рода эталон противовирусной терапии гриппозной инфекции. В ходе исследования не только проводилась верификация диагноза экспресс-методом, но и ежедневно оценивалась элиминация вируса со слизистой методом ПЦР. Так что представленные данные могут быть приняты для серьезной оценки возможностей лечения гриппа с помощью **Анаферона детского**. А результаты, озвученные уважаемым докладчиком, таковы: **Анаферон детский** достоверно способствует более быстрой элиминации вируса гриппа по сравнению с осельтамивиром и оказывает сопоставимое с осельтамивиром влияние на длительность лихорадки, выраженность интоксикации и катаральных симптомов. Причем интересно, что в данном исследовании **Анаферон детский** показал эффективность при лечении гриппа как типа А, так и типа В.

Нина Алексеевна, в рамках симпозиума прозвучал доклад, посвященный современному состоянию проблемы острых кишечных инфекций (ОКИ). Что, по вашему мнению, наиболее значимо для наших читателей?

Надо отметить, что, по данным эпидемиологов и вирусологов, за последние 10 лет этиологическая структура кишечных инфекций у детей претерпела значительные изменения. В последнее время около 80% ОКИ вызываются вирусами. Известно, что кишечные инфекции занимают третье место


в структуре инфекционной заболеваемости детей до 17 лет. Среди вирусных ОКИ значительная часть принадлежит ротавирусной инфекции. В своем докладе д. м. н. ст. н. с. Центрального НИИ эпидемиологии Денис Валерьевич Усенко отметил склонность к более тяжелому течению ротавирусной инфекции у детей раннего возраста (от 6 до 24 мес.), а также сложность прогноза тяжести заболевания даже при относительно легком начале. Обратили на себя внимание приведенные данные о длительном вирусывыделительстве, даже после клинического выздоровления пациентов с ротавирусной инфекцией. Бессимптомное носительство лежит в основе легкого распространения этой инфекции в детских организованных коллективах. Кроме того, докладчик подчеркнул, что в отдаленных исходах данной инфекции наблюдается высокая частота формирования функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта.

Мне кажется, что очень удачно и лаконично в докладе прозвучали основные подходы к терапии ОКИ. Я согласна с тем, что терапия данной группы инфекций должна быть комплексной и обязательно включать в себя в первую очередь пероральную регидратацию и лечебное питание. Современные требования таковы, что предпочтение при регидратации должны отдаваться низкоосмолярным растворам. В диетотерапии, кроме состава, очень важно регулировать объем пищи и кратность ее приема. В остром периоде правильнее будет снижать объем порции на фоне увеличения частоты ее приема.

В отличие от терапии бактериальных кишечных инфекций, лечение вирусных диарей, на мой взгляд, должно включать этиотропные препараты и при нетяжелом течении заболевания. Как и в отношении ОРВИ, мне кажется перспективным обращение к неспецифическим препаратам типа индукторов интерферона. А в более тяжелых случаях, например при тяжелом течении ротавирусной инфекции, оправданным будет применение и антиротавирусного иммуноглобулина.

В настоящее время накоплен значительный объем данных об эффективности терапии вирусных гастроэнтеритов с помощью уже обсуждавшегося препарата – **Анаферона детского**. Из последних данных хотелось бы обратить внимание на результаты двойного слепого плацебо-контролируемого исследования, проведенного в двух клинических центрах, в Москве и Краснодаре, под руководством заведующего клиническим отделом инфекционной патологии Центральный НИИ эпидемиологии профессора Александра Васильевича Горелова. Согласно полученным данным, **Анаферон детский** эффективно купировал не только типичные симптомы кишечной инфекции (лихорадка, рвота и диарея), но и часто встречающуюся при ротавирусной инфекции катаральную симптоматику (ринит, сухой кашель и др.). Особенно мне запомнилось то, что на фоне терапии **Анафероном детским** существенно сокращалась доля детей, являющихся бессимптомными носителями вируса к моменту выписки из стационара.

И в заключение, Нина Алексеевна, какие еще пожелания вы, как эксперт, посвятивший многие годы повышению квалификации специалистов практического здравоохранения, хотели бы адресовать нашей аудитории ?

Я бы хотела напомнить коллегам, что наш главный инструмент – это четкие знания и правильное клиническое мышление. Учитывая, что нашими пациентами являются дети, состав медикаментозной терапии мы должны формировать осознанно, взвешивая обоснованность каждого применяемого препарата. Лекарственные препараты, применяемые в педиатрии, должны иметь надежную доказательную базу и назначаться строго в соответствии с клиническими показаниями. И конечно же, препараты, которые мы выбираем для лечения детей, должны быть в высшей степени безопасными, действовать эффективно и физиологично. 

Беседовала ответственный редактор журнала «Практика педиатра» С.А. Кириллина