

дыхательных путей / А.В. Сукало // Рецепт. – 2007. – № 5. – С. 47–49.

5. Таточенко, В.К. Антибактериальная терапия пневмонии у детей / В.К. Таточенко, А.М. Серeda, А.М. Федоров // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – 2000. – № 1. – С. 77–88.

## **ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ИРС-19 И КИПФЕРОНОМ ВОСПОЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Лысенко И.М., Баркун Г.К., Журавлева Л.Н., Матющенко О.В.,  
Никитина Н.И.*

*Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет, Витебск*

Острые респираторные инфекции (ОРИ) представляют одну из наиболее актуальных проблем в детской инфекционной патологии. Особенно это касается детей раннего возраста, когда заболеваемость характеризуется значительной частотой сочетанных вирусно-бактериальных инфекций с возможностью развития тяжелых форм и исходов болезни. В этой связи особое значение приобретают вопросы разработки и внедрения в практику здравоохранения новых форм иммунобиологических лекарственных препаратов.

Одним из таких препаратов, получивших широкое применение для терапии инфекций у детей, стал «Кипферон, суппозитории». Кипферон представляет из себя комбинацию, состоящую из известного и хорошо зарекомендовавшего себя комплексного иммуноглобулинового препарата (КИП), содержащего иммуноглобулины трех классов: IgG, IgA и IgM, и рекомбинантного человеческого интерферона  $\alpha$ -2. Комплексный иммуноглобулиновый препарат (КИП), являющийся результатом фракционирования плазмы крови доноров, протестирован на отсутствие в его составе антител к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) 1 и 2 типов, вирусу гепатита С и поверхностного HBS Ag. В одной суппозитории Кипферона содержится 500000 МЕ интерферона  $\alpha$ -2 и 60 мг КИП. Доказано, что в комплексном иммуноглобулиновом препарате содержатся специфические

антитела против герпесвирусов, ротавирусов, хламидий, стафилококков, повышенные концентрации антител к энтеробактериям (шигеллы, сальмонеллы, эшерихии) и других патогенных микроорганизмов. КИП обладает свойственным иммуноглобулиновым препаратам иммуномодулирующим действием [6, 7, 12, 13, 14, 15]. Рекомбинантный альфа-2-интерферон ингибирует внутриклеточные стадии развития вирусов, цитомегаловирусов, хламидий, риккетсий, действует на бактерии, обладает иммунокорректирующими и противоопухолевыми свойствами, стимулирует антибактериальный, противовирусный и антипротозойный иммунитет.

Сочетанное действие этих препаратов обуславливает мощное антивирусное и антимикробное как внутриклеточное действие, так и во внеклеточной среде организма за счёт прямого действия на возбудителей заболеваний и стимуляции механизмов местного и общего иммунитета.

Клиническое применение препарата показало, что кипферон сочетает антихламидийное действие специфических антител, содержащихся в КИП, с антибактериальным, противовирусным, противовоспалительным и иммуномодулирующим действием интерферона  $\alpha$ -2. Кипферон суппозитории широко используется для комплексного лечения не только урогенитальных и кишечных инфекций, но и заболеваний респираторного тракта (бронхитов, пневмоний), при вторичных иммунодефицитных состояниях, в том числе у недоношенных, детей грудного возраста, находящихся на искусственном вскармливании.

Практика применения кипферона подтвердила простоту и надежность этой лекарственной формы, как для условий стационара, так и поликлиник, показала достоверное повышение эффективности общепринятой терапии острых и хронических инфекций у детей, в том числе с осложненным течением, и значительное сокращение сроков их выздоровления. Кроме того, было отмечено, что суппозитории кипферона позволяют предупредить развитие осложнений и неблагоприятных исходов заболеваний, усилить общую резистентность организма ребенка и сократить частоту возникновения рецидивов.

Все указанные характеристики предполагают эффективное

использование кипферона для лечения ОРВИ как вирусной, так и бактериальной этиологии в педиатрии. Схема применения препарата проста. Препарат при ректальном применении используется после естественного акта дефекации (или после очистительной клизмы) детям до 1 года по одному суппозиторию в день, в течение 5 дней на фоне базисной терапии. Учитывая высокую терапевтическую эффективность кипферона у детей и мягкое иммуномодулирующее действие на иммунную систему, целесообразно более широко применять этот препарат в педиатрической практике.

Среди препаратов, сочетающих высокую эффективность и безопасность, привлекает внимание иммуномодулятор ликопид, созданный на основе глюкозаминилмурамилдипептида, который является его действующим началом. Так как это вещество входит в состав клеточной стенки всех известных бактерий, ликопид можно считать природным модулятором системы иммунитета, а воздействие его на организм человека приближено к процессу естественной иммунорегуляции. Ликопид оказывает иммуномодулирующее действие за счет активации клеток фагоцитарной системы иммунитета (нейтрофилов и макрофагов).

Последние путем фагоцитоза уничтожают патогенные микроорганизмы и, в то же время, секретируют медиаторы естественного иммунитета – цитокины (интерлейкин-1, фактор некроза опухоли, колоний-стимулирующий фактор, гамма интерферон), которые, воздействуя на широкий спектр клеток-мишеней, вызывают дальнейшее развитие защитной реакции организма.

В конечном итоге ликопид воздействует на все три основных звена иммунитета: фагоцитоз, клеточный и гуморальный иммунитет, стимулирует лейкопоэз и регенераторные процессы. Достоинством ликопида является его возможность использования в педиатрии, в том числе в неонатологии. Ликопид используется при лечении бактериальных пневмоний у доношенных и недоношенных детей в суточной дозе 1 мг в течение 10 дней

Новым подходом в лечении ОРЗ следует считать использование средств для местного воздействия и местной иммунизации. Такой подход позволяет кратчайшим путем

создать необходимую концентрацию лекарства в очаге поражения и избежать нежелательного общего действия. Эффективно в этом отношении оказалось использование ИРС-19.

ИРС-19 является местным иммуномодулятором со свойствами вакцины в виде аэрозоля для назального введения. В составе препарата имеются антигены всех основных (19) возбудителей заболеваний верхних дыхательных путей. В их числе – *St. pneumoniae* I, II, III, V, VIII, XII типов, несколько типов пиогенного стрептококка А, С, G, лизаты *H. influenzae* и *M. catarrhalis*. При этом лизис микроорганизмов выполнен с использованием оригинальной методики, которая позволила сохранить их антигенные и иммуногенные свойства. Эти антигены непатогенны, однако их состав, количество (1 мл лизата содержит материал от 15 миллиардов микробных клеток) и свойства обеспечивают достоверный устойчивый эффект у взрослых и детей при профилактике и лечении ринитов, синуситов, отитов, ларингитов, трахеитов, фарингитов, ринофарингитов, тонзиллитов, бронхитов, а также вазомоторного ринита.

ИРС-19 оказывает и лечебное, и профилактическое действие за счет стимуляции местного неспецифического иммунитета, выражающейся в повышении активности фагоцитирующих макрофагов, выработки эндогенного лизоцима и интерферона, и специфического иммунитета, состоящей в увеличении числа иммунокомпетентных клеток в слизистой оболочке, индукции специфических и секреторных антител – sIgA, образовании защитной пленки из sIg на поверхности слизистой оболочки.

Лечебный эффект реализуется через неспецифические факторы местной защиты, которые начинают вырабатываться в течение 1 часа после применения ИРС-19. Увеличение числа плазматических клеток в слизистой оболочке и выработка специфических sIgA начинается на 2-4 сутки, увеличивает лечебное действие и обеспечивает профилактический эффект ИРС-19, который сохраняется в течение 3-4 месяцев.

ИРС-19 предназначен для ингаляционного введения через носовые ходы. Путь введения через слизистую оболочку верхних дыхательных путей был выбран с учетом специфических анатомических, физиологических и иммунологических условий в

носоглотке. Применение ИРС-19 в форме аэрозоля позволяет создать равномерный слой препарата на слизистой оболочке, что является оптимальным условием для всасывания.

У детей с ОРЗ терапия ИРС-19 способствует достоверному сокращению продолжительности интоксикационного синдрома, лихорадки, а также сроков появления продуктивного кашля с разжижением мокроты. Частота ОРЗ сокращается в 1,8 раза, уменьшается частота осложнений и рецидивов заболевания. В остром периоде респираторного заболевания ИРС-19 назначается по 1 инстилляцией в каждый носовой ход 2-5 раз в день до купирования острых явлений].

Препарат обладает отличной местной и общей переносимостью. Его можно назначать детям (с 3-х месячного возраста), больным, страдающим аллергией и лицам с нарушениями иммунной системы различного генеза. Учитывая полную безвредность и простоту применения препарата, его можно использовать в качестве базового средства иммунопрофилактики и иммунореабилитации респираторных заболеваний (по 1 инстилляцией в каждый носовой ход 2 раза в день на протяжении 14 суток).

Обширный арсенал лекарственных средств против острых респираторных инфекций делает возможным рациональную фармакотерапию этих заболеваний. Эффективная их профилактика и лечение могут быть достигнуты путем дальнейшей оптимизации схем профилактических и лечебных мероприятий.

Прежде всего, имеется в виду наиболее эффективное сочетание использования комплекса этиотропных, иммунокорректирующих, патогенетических и симптоматических препаратов. При этом необходимо учитывать сроки проведения терапии, этиологию инфекции и патогенетические особенности течения заболевания.

#### *Литература:*

1. Кондрашин, Ю.И. Перспективы использования нового отечественного иммунобиологического препарата «Кипферон, суппозитории для ректального и вагинального применения» в терапии вирусных и бактериальных инфекций у детей / Ю.И. Кондрашин, А.К. Денисов // Педиатрия. – 2007. – № 2. – С. 83–86.

2. Эффективность иммуномодулирующего препарата Кипферон в комплексной терапии острых пневмоний у детей / В.А. Алешкин [и др.] // Педиатрия. – 2007. – № 3. – С. 94–98.

3. Жерносек, В.Ф. Роль и место кипферона среди современных иммуномодуляторов в практике врача-педиатра / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбкова // Медицинские новости. – 2006. – № 6. – С. 75–82.

4. Иммунокорректирующая терапия: препараты и перспективы / В.П. Кузнецов [и др.] // Иммунология. – 2000. – № 5. – С. 165–176.

5. Коровина, Н.А. Острые респираторные инфекции у детей: современные возможности иммунопрофилактики и иммунотерапии / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. – 2007. – № 4. – С. 4–9.

## **ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИНИТА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ**

***Орехва И.А., Баранов Ю.Л., Никитина. Н.И.***

*Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет, Витебск*

*Санаторий «Росинка» ОАО «Белагроздравница», Витебская область*

Инфекционный ринит-воспаление слизистой оболочки носа, вызванное вирулентными микроорганизмами и проявляющееся затруднением носового дыхания, выделениями из носа и чиханием, реже – снижением обоняния, лихорадкой, головной болью и заложенностью ушей. Острый инфекционный ринит является одним из самых часто встречающихся заболеваний, как у детей, так и у взрослых. В последние годы отмечен рост числа заболеваний носа и ОПН. По некоторым данным дети, посещающие дошкольные учреждения, ежегодно переносят от 2 до 6 эпизодов этого заболевания.

Острый ринит имеет многофакторную этиологию и носит, как правило, сезонный характер. Рост заболеваемости наблюдается обычно в осенний и весенний периоды, а также во время эпидемий гриппа. Неблагоприятная экологическая обстановка, сложившаяся в некоторых регионах Беларуси, губительно сказывается на состоянии дыхательных путей и способствует снижению защитных сил организма.