

Новые подходы к лечению острых респираторных инфекций у часто болеющих детей (результаты программы «ЧИБИС»)

Г.А.Самсыгина¹, С.Б.Фитилев², А.М.Левин²

¹Российский государственный медицинский университет, Москва;

²ЗАО «КлинФармТест», Москва

Представлены результаты открытого сравнительного многоцентрового исследования клинической эффективности препарата фузафунгин (Биопарокс) в комплексной терапии острых респираторных заболеваний (ОРЗ) у часто болеющих детей (ЧБД), проведенного в 42-х исследовательских центрах 37 регионов России в период с октября 2004 г. по январь 2005 г. и охватившего в общей сложности 2609 детей. Исследование ЧИБИС показало, что использование антибиотика местного действия Биопарокс позволило достигнуть полного выздоровления в течение 10-дневного периода наблюдения у 88,1% пациентов, в то время как при стандартной терапии к 10-му дню лечения выздоровление было достигнуто только у 68,8% пациентов. Назначение Биопарокса обеспечивало более быструю динамику уменьшения выраженности симптомов воспаления носоглотки. Эффективность препарата при повторном назначении не уменьшалась: процент отличных и хороших результатов одинаков, как при первичном курсе (93%), так и при повторных курсах (94%). Использование Биопарокса сопровождалось достоверным сокращением использованной для лечения лекарственной терапии при лечении ОРЗ у ЧБД. В частности, в основной группе, получающей Биопарокс, достоверно реже, чем в группе сравнения, использовались системные антибиотики (7,8 против 24,4%), муколитики (22,9 против 40,5%) и интраназальные вазоконстрикторы (29,6 против 60,0%). Переносимость и комплаентность Биопарокса оказались высокими. Побочные и нежелательные явления отмечены только в 1,94% случаев. Полученные результаты продемонстрировали отчетливый антибактериальный и противовоспалительный эффект Биопарокса.

Ключевые слова: местная антибактериальная терапия, фузафунгин, острое респираторное заболевание, часто болеющие дети

New approaches to treatment of acute respiratory infections in frequently ailing children (results of the «ChIBIS» program)

G.A.Samsygina¹, S.B.Fitilev², A.M.Levin²

¹Russian State Medical University, Moscow;

²«KlinFarmTest, Ltd.», Moscow

The article presents the results of an open comparative multicenter study of the clinical efficacy of the drug fusafungine (Bioparox) in a complex therapy of acute respiratory diseases (ARD) in frequently ailing children. The study was carried out in 42 research centers of 37 regions of Russia from October 2004 to January 2005 and comprised 2609 children. The ChIBIS study showed that the use of the local antibiotic Bioparox permitted to obtain a complete recovery within a 10-day observation period in 88.1% patients, while with the standard therapy a recovery by the 10th day of treatment was obtained only in 68.8% of patients. Administration of Bioparox resulted in a faster positive dynamic of marked symptoms of rhinopharyngeal inflammation. The effect of the drug did not decrease with repeat administration: the percentage of excellent and good results was equal in both the first (93%) and the repeat courses (94%). The use of Bioparox was accompanied by a reliable reduction of drug therapy used for treating ARD in frequently ailing children. In particular, in the basic group receiving Bioparox systemic antibiotics (7.8 vs. 24.4%), mucolytics (22.9 vs. 40.5%) and intranasal vasoconstrictors (29.6 vs. 60.0%) were used significantly more rarely than during the standart therapy. Tolerance and compliance of Bioparox were high. Side and undesirable effects were observed only in 1.94% of cases. The results were demonstrative of a marked antibacterial and antiinflammatory effect of Bioparox.

Key words: local antibacterial therapy, fusafungine, acute respiratory disease, frequently ailing children

Для корреспонденции:

Самсыгина Галина Андреевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детских болезней №1 педиатрического факультета с курсом кардиологии и кардиоревматологии детского возраста ФУВ Российского государственного медицинского университета

Адрес: 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., 1
Телефон: (095) 236-2594

Статья поступила 11.07.2005 г., принята к печати 17.10.2005 г.

Наивысший уровень заболеваемости острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) у детей приходится на возраст от 6 мес до 6 лет и составляет от 4 до 6 эпизодов ОРЗ в год. Среди школьников этот показатель снижается до 2–6 случаев в год, а среди взрослых – не превышает 2–5 заболеваний на протяжении года [1, 2]. Но особое внимание педиатров привлекает группа часто болеющих детей, кото-

рые, независимо от возраста, болеют ОРЗ более 4–6 раз в год. Следует отметить, что термин часто болеющие дети (ЧБД) обозначает группу детей, выделяемую при диспансерном наблюдении и характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями [3]. Некоторые исследователи предпочитают использовать определение «часто и длительно болеющие дети», подчеркивая тем самым тенденцию к затяжному разрешению инфекционного процесса у данной группы больных [2, 3]. Зарубежные авторы обычно используют для обозначения этой категории пациентов термин «пациенты с рекуррентными ОРЗ».

Группа часто болеющих детей составляет, по данным официальной статистики, 5% всего детского населения России, но среди детей раннего возраста она достигает 15–18% [4]. Следует отметить, что высокая заболеваемость ОРЗ имеет не только сугубо медицинское значение, но оказывает немалое социальное воздействие на общество и государство [5, 6]. К примеру, в 2002 г. в Екатеринбурге зарегистрировано свыше 140 тыс. инфекционных заболеваний среди детей. Заболеваемость составила 6118 на 10 000 детей. В структуре всех инфекций острые респираторные инфекции составили 88%, при этом 11,7 тыс. детей потребовалась госпитализация. В результате фактические затраты местного здравоохранения только на госпитализацию больных детей составили около 50 млн. руб [7].

Неудивительно, что изучение механизмов повышенной заболеваемости ОРЗ и поиск новых современных методов терапии, безвредных для детского организма, является основой проведения ряда научно-исследовательских программ, одной из которых явилась программа «ЧИБИС» («Лечение ОРЗ у Часто болеющих детей: Изучение эффективности и безопасности использования препарата Биопарокс»). Целью проведения данной программы явилось изучение вопроса о целесообразности включения местной антибактериальной терапии фузафунгином (Биопарокс, Лаборатории Сервье, Франция) в комплекс терапии ОРЗ у ЧБД, ее эффективности, безопасности и комплаентности.

Действующим началом Биопарокса является антибиотик растительного происхождения фузафунгин [8]. Он обладает только местным действием, не оказывая системного влияния на организм, используется в виде аэрозоля, микрочастицы которого при введении в носовые ходы проникают в синусы, а при ингаляции через рот – достигают бронхиол. После ингаляционного введения фузафунгин не определяется в плазме, полностью сохраняясь на поверхности слизистой оболочки респираторного тракта. Антимикробный спектр действия Биопарокса соответствует спектру основных бактериальных возбудителей респираторных заболеваний и их осложнений: *Streptococcus* spp. группы A, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus* spp., *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, некоторые штаммы *Neisseria* spp., *Mycoplasma* spp. и грибки рода *Candida*, а также некоторые виды анаэробов [8].

Препарат используют для орошения слизистой оболочки 4 раза в день каждые 6 ч. При этом создается высокая концентрация фузафунгина в месте введения, достигающая 240 мкг/л, что вполне достаточно для подавления микробного инфекционного процесса. Продолжительность курса ле-

чения не должна превышать 10 дней, так как более длительное применение препарата может вызывать нарушение нормального биоценоза верхних отделов респираторного тракта. Ограничением для использования Биопарокса является возраст до 2,5 лет [8].

Пациенты и методы

Программа «ЧИБИС» представляла собой открытое сравнительное многоцентровое исследование, которое проводилось в период с октября 2004 г. по январь 2005 г. в 42 центрах 37 регионов Российской Федерации: Архангельск, Барнаул, Брянск, Владивосток, Владимир, Волгоград, Вологда, Воронеж, Екатеринбург, Иваново, Казань, Киров, Краснодар, Красноярск, Курск, Липецк, Москва и Московская область (Истра, Можайск, Воскресенск, Клин), Мурманск, Нижний Новгород, Новокузнецк, Новосибирск, Омск, Оренбург, Пенза, Пермь, Ростов-на-Дону, Рязань, Самара, Санкт-Петербург, Саратов, Тамбов, Тверь, Тольятти, Томск, Тула, Хабаровск, Челябинск, Ярославль. Она охватила в общей сложности 2609 пациентов в возрасте от 3 до 14 лет включительно. В программе приняли участие 276 педиатров.

Из 2609 пациентов, включенных в программу, 1907 наряду с разрешенными в рамках исследования препаратами симптоматической терапии (парацетамол, витамины, препараты кальция, интраназальные вазоконстрикторы, отхаркивающие и противовоспалительные препараты) получали лечение Биопароксом (основная группа), 702 – только симптоматическую терапию ОРЗ (группа сравнения).

Критериями включения пациентов в программу были:

- возраст детей от 3 до 14 лет включительно;
- наличие ОРЗ легкой и средней тяжести, при условии, что в течение последнего календарного года эпизоды ОРЗ были отмечены не реже 6 раз для детей в возрасте до 6 лет и не реже 5 раз для детей старше 6 лет;
- первые три дня болезни;
- письменное информированное согласие родителей на участие в программе.

К критериям исключения были отнесены тяжелая форма ОРЗ или наличие тяжелых осложнений ОРЗ и необходимость назначения таких препаратов, как антигистаминные средства, топические кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты и местные антисептики.

Дизайн исследования предполагал обязательное 7-дневное лечение Биопароксом в виде монотерапии или в комбинации с симптоматической терапией, в течение которого проводилось три обязательных визита пациента к врачу: при включении пациента в программу; через 3–4 дня терапии и на седьмой (± 1) день терапии. Если за 7 дней выздоровление не было достигнуто, проводился четвертый визит к врачу на десятый (± 1) день терапии.

Программой определялся перечень ОРЗ, которые могли быть показанием для включения пациентов в исследование, а также перечень симптомов, по которым оценивалась эффективность терапии, как врачами, так и родителями или самими пациентами.

Основная группа и группа сравнения были рандомизированы по полу, возрасту и частоте сопутствующих заболева-

Таблица 1. Показатели рандомизации основной и контрольной групп детей, участвующих в исследовании

Показатели	Основная группа	Группа сравнения	p
Пол мужской, %	49,34	52,28	> 0,05
Пол женский, %	50,66	47,72	> 0,05
Возраст, годы	7,5 ± 3,5	7,3 ± 3,4	> 0,05
Частота сопутствующей патологии, %	17,72	13,82	> 0,05

Таблица 2. Частота форм ОРЗ у обследованных детей, %

Форма ОРЗ	Все пациенты	Основная группа	Группа сравнения	p
Острый ринит	8,05	8,13	7,83	> 0,05
Острый ринофарингит	58,87	58,73	59,26	> 0,05
Острый фарингит	10,58	10,49	10,83	> 0,05
Острый тонзиллофарингит не стрептококковой этиологии	8,59	8,91	7,69	> 0,05
Острый ларингит	4,37	5,09	2,42	< 0,05
Острый ларинготрахеит	10,85	10,23	12,54	> 0,05
Острый трахеобронхит	7,21	6,40	9,40	< 0,05
Острый простой бронхит	2,57	2,10	3,85	< 0,05

ний. По этим характеристикам достоверных различий выявлено не было (табл. 1). Распределение детей по возрасту также не выявило различий.

Анализ сопутствующей патологии показал, что в основную группу, по сравнению с группой сравнения, вошло больше пациентов с хроническим аденоидитом (6,03 и 3,56% соответственно) и гипертрофией миндалин (3,56 и 0% соответственно), т.е. пациентов с угрозой развития бактериальных осложнений ОРЗ было больше ($p < 0,05$). Все больные, включенные в программу, соответствовали критериям ЧБД, различий не было.

Диагнозы отдельных форм ОРЗ приведены в табл. 2. Суммарное число пациентов больше 100%, так как у части из них врачи диагностировали более одной нозологической формы. Было отмечено, что в основную группу врачи чаще включали пациентов с острым ларингитом и реже – с трахеобронхитом и бронхитом. В обеих группах преобладали больные со средней степенью тяжести респираторной инфекции – 60,6% в основной группе и 59,7% в контрольной. Группы в целом были сопоставимы.

Выраженность симптомов интоксикации (головная боль, гипертермия) по 4-балльной шкале была одинаковой, так же как и степень выраженности ринита и фарингита (табл. 3). Но у детей основной группы достоверно чаще отмечались боль и першение в горле, осиплость голоса, что свидетельствовало о большей выраженности тонзиллофарингита и яв-

Таблица 3. Выраженность симптомов ОРЗ перед началом терапии

Симптомы	Основная группа	Группа сравнения	p
Повышение температуры тела	1,393 ± 0,926	1,389 ± 0,893	> 0,05
Головная боль	0,778 ± 0,816	0,840 ± 0,815	> 0,05
Чихание	0,830 ± 0,856	0,840 ± 0,828	> 0,05
Ринорея	1,557 ± 1,000	1,615 ± 0,975	> 0,05
Затруднение дыхания	0,594 ± 0,875	0,625 ± 0,867	> 0,05
Гиперемия и отек слизистой оболочки глотки	1,953 ± 0,836	1,905 ± 0,807	> 0,05
Боль и першение в горле	1,716 ± 0,934	1,621 ± 0,971	< 0,05
Осиплость голоса	0,658 ± 0,871	0,570 ± 0,838	< 0,05
Кашель	1,558 ± 1,002	1,671 ± 0,973	< 0,05

лений ларингита. С другой стороны, у пациентов группы сравнения достоверно чаще отмечался кашель и выявлялись аускультативные изменения в легких.

Сопоставление клинических данных пациентов основной группы и группы сравнения не выявило достоверно значимых различий при распределении по полу, возрасту, частоте ОРЗ за последний год и большинству диагнозов респираторных заболеваний. Статистически значимые различия касались лишь более частотного назначения препарата детям с острым ларингитом (5,09 против 2,42%, $p < 0,05$), в то время как при трахеобронхите и остром бронхите врачи достоверно реже назначали Биопарокс (8,5 против 13,25%, $p < 0,05$). Учитывая аэрозольный путь введения препарата, нельзя было исключить чисто психологические аспекты отношения врачей к его назначению: при ларингите возможность доставки препарата, используемого в виде спрея, представляется более надежной. В то же время у врачей, видимо, имеются сомнения в возможности реального местного воздействия препарата при трахеобронхите и бронхите. Об этом свидетельствует тот факт, что уже при сочетании ларингита и трахеита препарат назначался реже, хотя и недостоверно. Поэтому оценка эффективности препарата при инфекции нижних отделов респираторного тракта представляла для нас особый интерес.

Результаты исследования и их обсуждение

В основной группе, получавшей Биопарокс, к 10 дню выздоровление было зарегистрировано у 88,1% пациентов. Еще у 9,9% отмечено улучшение. Таким образом, положительный результат терапии зарегистрирован в 98% случаев (1789 детей).

В группе сравнения отмечены более медленные темпы выздоровления: к окончанию сроков наблюдения выздоровление было достигнуто только у 68,8% пациентов; у 29,5% отмечалось лишь улучшение ($p < 0,00001$). Частота ухудшения, потребовавшая изменения терапии, в группах не различалась и при стандартной терапии составила 0,57 против 0,68% при использовании Биопарокса ($p > 0,05$; рис. 1). При-

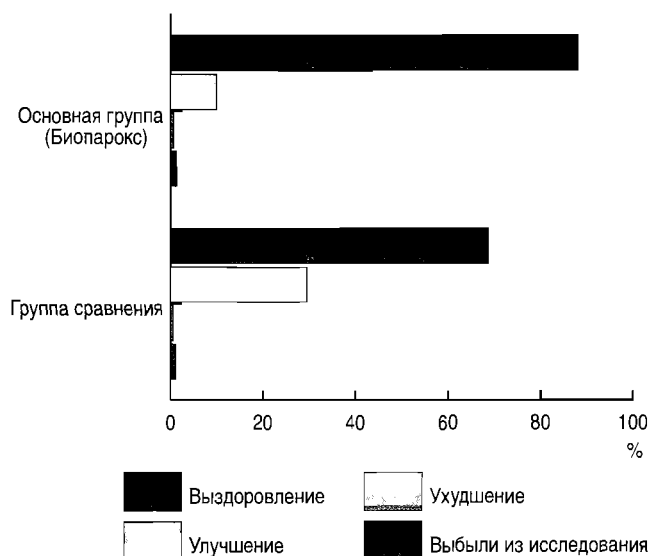


Рис. 1. Результаты терапии в наблюдаемых группах ЧБД.

веденные данные позволили с высокой степенью достоверности ($p < 0,00001$) сделать заключение о целесообразности применения местной антибактериальной терапии у ЧБД в период ОРЗ.

Подтверждением явились результаты оценки эффективности терапии Биопароксом врачами и самими пациентами или их родителями. В основной группе отличная оценка эффективности терапии и врачами и пациентами была дана более чем в 50% случаев, что достоверно выше, чем в группе сравнения (11,3%). В целом, хорошая и отличная оценка была дана врачами в 94,5% случаев при лечении с включением Биопарокса и в 64,6% при отсутствии этой терапии ($p < 0,01$). Пациентами и их родителями хорошая и отличная оценка терапии с включением Биопарокса была дана в 92,2 против 60% в группе сравнения ($p < 0,01$).

Эффективность лечения была проанализирована в зависимости от времени начала терапии. Было показано, что в обеих группах прослеживается одинаковая закономерность: при позднем начале лечения (на 3 сут) эффективность снижалась на 10%. Но при использовании в схеме терапии Биопарокса и ее назначении в первые сутки заболевания эффективность достигала 90,6%. При назначении такой же терапии на 3 сут – она снижалась до 80,7%. В то же время, терапия в группе сравнения даже начатая с первых суток болезни, имела эффективность 72,3%.

Зависимости эффективности терапии от возраста пациента не было выявлено. Результаты продемонстрировали одинаково высокую эффективность включения Биопарокса в схему терапии ОРЗ у пациентов всех возрастных групп.

Побочные и нежелательные явления были отмечены только у 37 из 1907 детей (1,94%), в терапию которых был включен Биопарокс. При этом прекращение терапии потребовалось у 7 больных, т.е. в 0,4% случаев. У 21 больного (1,1% всех пациентов) отмечались ощущение сухости слизистой оболочки, легкое жжение, чихание или першение. В основном это были обратимые проявления, не нарушавшие состояния и самочувствия больного и не требовавшие отмены препарата. Только у 13 из 1907 детей (0,7%) отмечались побочные реакции в виде раздражения кожи вокруг носа, крапивницы, а также возникновение или усиление кашля и появления влажных хрипов в легких. Последнее было, видимо, обусловлено наличием у ребенка бронхоспазма. Такие нежелательные проявления, как раздражение кожи вокруг носа, на практике легко устраняются местными смягчающими средствами и предварительным промыванием полости носа теплым физиологическим раствором перед орошением Биопароксом. Незначительная частота нежелательных проявлений во многом объясняет высокую оценку переносимости Биопарокса, данную ему врачами: у 98% детей она характеризовалась как отличная или хорошая. Характерно, что на эту оценку не оказывали сколько-нибудь значимого влияния возраст пациентов, частота ОРЗ в анамнезе больных и сроки начала терапии. Таким образом, следует признать, что хорошая переносимость препарата Биопарокс явилась весьма стабильным показателем.

Анализ объема и характера проводимой терапии, проведенный на основе данных индивидуальных регистрационных карт больных, показал, что для лечения детей группы срав-

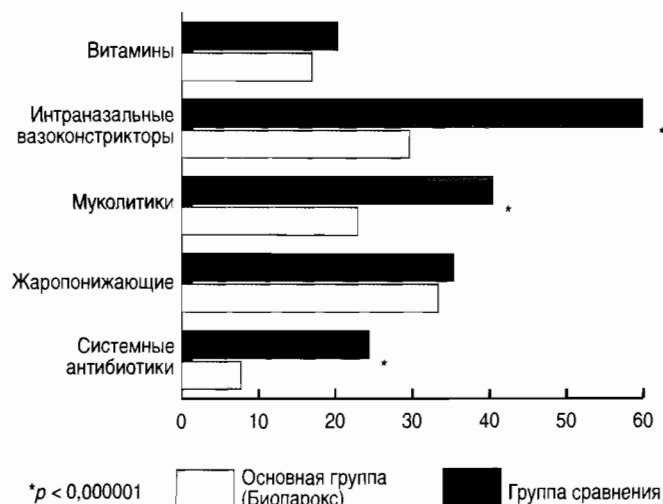


Рис. 2. Назначение пациентам наблюдаемых групп лекарственных препаратов.

нения было использовано достоверно большее количество различных препаратов (рис. 2). Они показывают, что при назначении Биопарокса в 3 раза реже назначались системные антибиотики, почти в 2 раза реже – муколитики и интраназальные вазоконстрикторы. Частота назначения жаропонижающих препаратов в начале исследования была одинаковой в обеих группах наблюдения, но в ходе терапии Биопароксом потребность в их использовании и частота их применения оказались достоверно ниже, чем у больных группы сравнения.

Таким образом, полученные в ходе исследования материалы с высокой степенью достоверности свидетельствовали о том, что препарат Биопарокс, обладая многокомпонентным действием (бактериостатическим и противовоспалительным), позволяет существенно уменьшить объем назначаемой терапии, что является экономически и патогенетически целесообразным и способствует комплаентности препарата. Данные опроса пациентов и/или их родителей после завершения курса лечения Биопароксом о их готовности в дальнейшем повторно использовать препарат показали, что из 1907 пациентов, получавших в ходе программы Биопарокс, положительно на этот вопрос ответили 1749 (91,71%) пациентов.

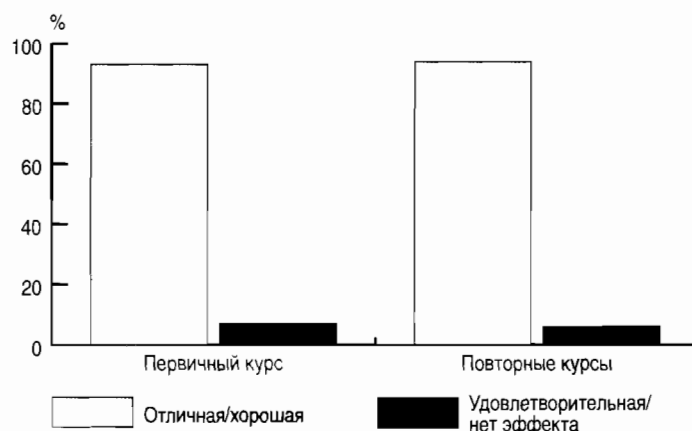


Рис. 3. Эффективность Биопарокса при первичных и повторных курсах.

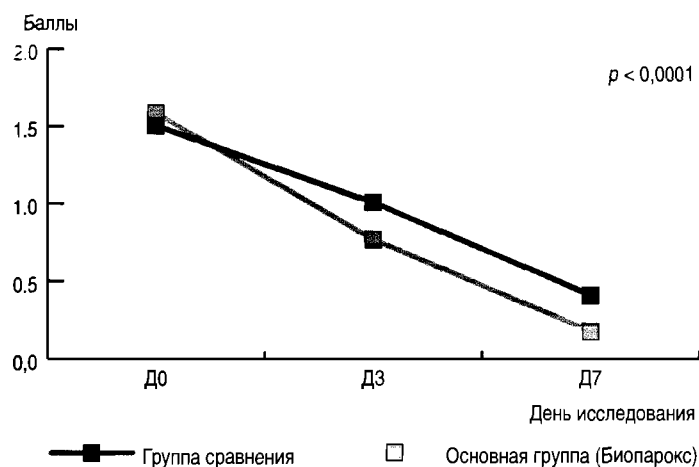


Рис. 4. Динамика степени заложенности носа (по оценке врачей).

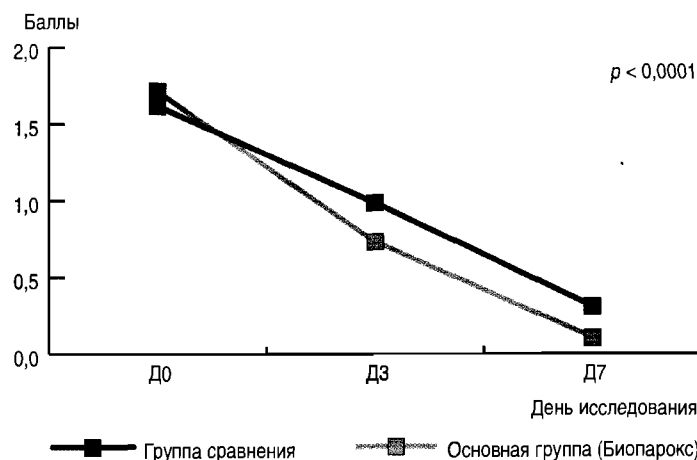


Рис. 6. Динамика жалоб на боль и першение в горле (по оценке врачей).

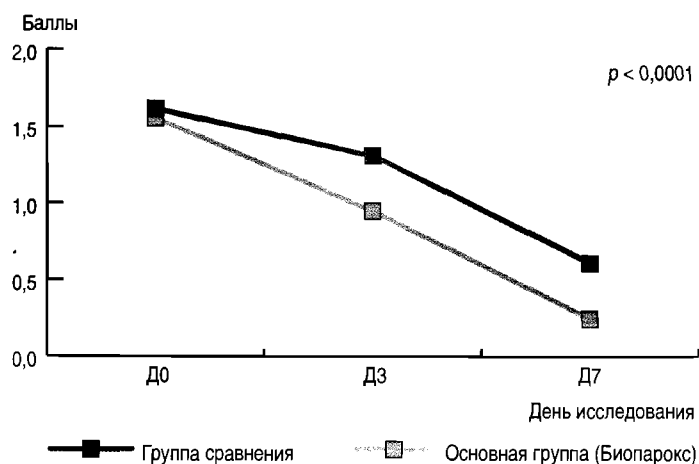


Рис. 5. Динамика выраженности ринореи (по оценке врачей).

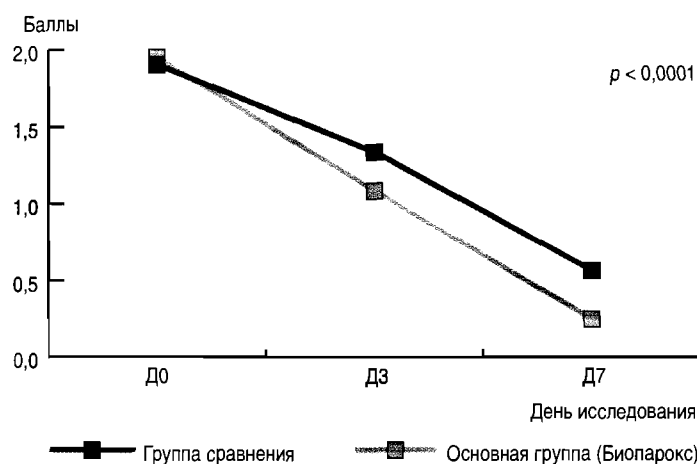


Рис. 7. Динамика гиперемии и отека зева (по оценке врачей).

Высокая степень эффективности препарата Биопарокс при лечении ОРЗ у часто болеющих детей и высокая комплаентность препарата обусловили актуальность проведения оценки эффективности, переносимости и комплаентности Биопарокса при повторном его применении у часто болеющих детей.

В нашем исследовании 1283 детям Биопарокс был назначен впервые (группа Б0), 624 больным – повторно (группа Б1). Группы Б0 и Б1 были идентичны по полу, возрасту и частоте предшествующих ОРЗ. Результаты сравнения эффективности Биопарокса при первичном назначении и при повторных курсах представлены на рис. 3. Полученные результаты с высокой степенью достоверности свидетельствовали об отсутствии различий в клинической эффективности препарата при повторном его применении. Доля отличных и хороших результатов была одинакова как при первичном применении Биопарокса, так и при повторном. Более того, при повторном применении достоверно снизилось число случаев с низкой клинической эффективностью, и полностью отсутствовали случаи плохой переносимости, что естественно, так как на повторное применение препарата давали согласие пациенты и/или их родители, уже убедившиеся в его хорошей переносимости и эффективности.

Динамика клинических проявлений в основной и контрольных группах оценивалась параллельно врачами и пациентами и/или их родителями. Это позволило дать довольно объективную оценку фармакологического воздействия препарата на различные симптомы и синдромы ОРЗ.

На рис. 4–7 представлены данные о динамике симптомов ринита и ринофарингита в основной и контрольной группах, при этом оценивалась динамика таких симптомов, как заложенность носа, интенсивность ринореи, жалобы на боль и першение в горле и данные визуального осмотра зева врачом. Как следует из рис. 4 и 5, включение в схему терапии ОРЗ Биопарокса у ЧБД сопровождается статистически значимым более быстрым купированием симптомов ринита. Это особенно очевидно в связи с тем, что изначально в основной группе была отмечена большая выраженность симптомов ринита. Тем не менее, уже ко второму-третьему дню терапии отмечалось значимое убывание выраженности этих симптомов в основной группе больных по сравнению с контрольной, где использовались только интраназальные вазоконстрикторы. Максимальное различие наблюдалось на 3–5-й дни терапии. В то же время клинический эффект в отношении симптомов ринофарингита и фарингита проявлялся в основном после 4–5 дня лечения

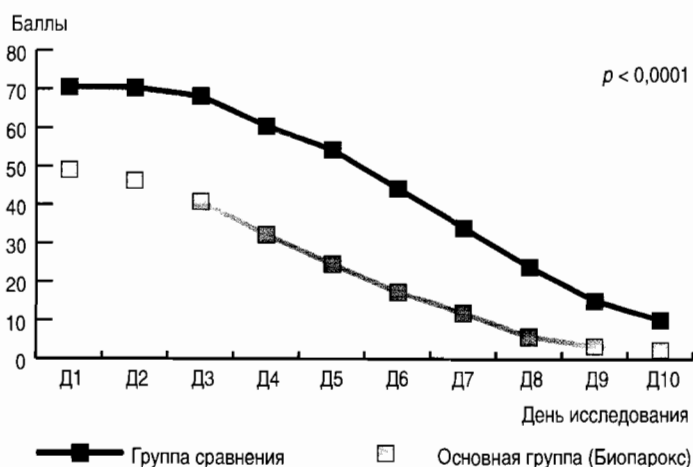


Рис. 8. Потребность в интраназальных вазоконстрикторах в ходе терапии ОРЗ.

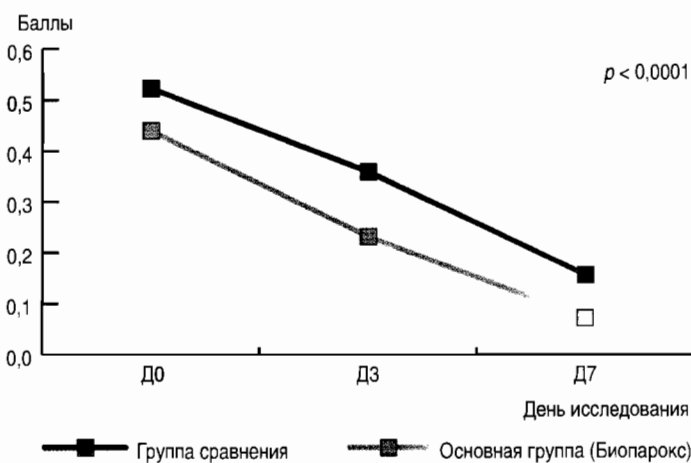


Рис. 10. Динамика аускультативных изменений в легких.

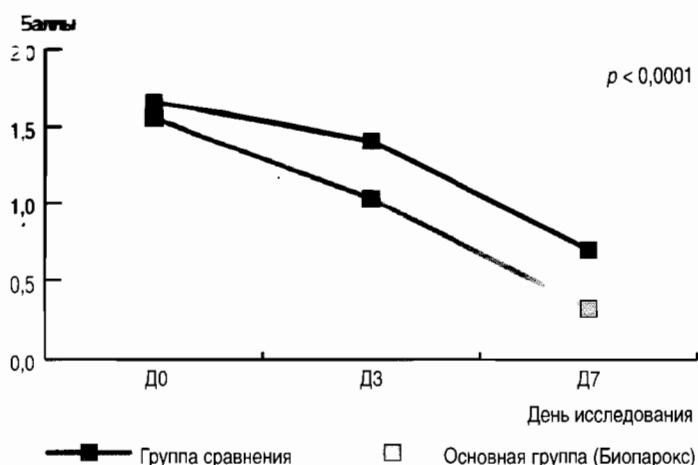


Рис. 9. Динамика интенсивности кашля (по оценке врачей).

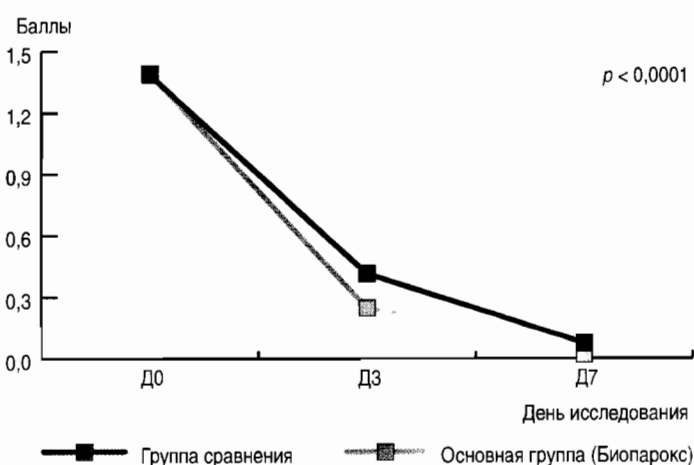


Рис. 11. Динамика температурной реакции (по оценке врачей).

и достигал максимума к 7 дню (рис. 6 и 7). Особого внимания заслуживают данные о значительном сокращении потребности больных детей в использовании интраназальных вазоконстрикторов. Несмотря на то, что вначале ринит был более выражен в основной группе, у детей уже в первый день при назначении Биопарокса значительно уменьшалась необходимость как в назначении вазоконстрикторов, так и в частоте их введения (рис. 8).

Особый интерес представляли данные о влиянии Биопарокса на симптомы бронхита. Динамика кашлевого синдрома, по оценке врачей, характеризовалась более быстрым его исчезновением на фоне терапии Биопароксом, чем у пациентов, не получавших препарат (рис. 9). Это подтверждалось и данными о характере аускультативных изменений в легких (рис. 10).

Следует отметить, что аускультативные изменения в легких у пациентов основной группы уже в первый день терапии отмечались достоверно реже, на 3–4-й дни наблюдалось более отчетливое снижение числа больных с аускультативными изменениями, а к 7 дню терапии их количество было почти в 2 раза ниже, чем в группе сравнения. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о выраженном клиническом эффекте Биопарокса при острой инфекции нижних отделов респираторного тракта.

Также представлялось интересным оценить клинический эффект препарата на динамику выраженности головной боли и температурной реакции у больных. Оказалось, что назначение препарата практически не влияло на головную боль. В то же время у больных, получавших Биопарокс, наблюдалось достоверно более быстрая нормализация температуры тела (рис. 11), что сопровождалось, как отмечено выше, сокращением потребности в использовании жаропонижающих препаратов. Столь отчетливый эффект Биопарокса можно было объяснить только его противовоспалительным фармакологическим воздействием. Известно, что Биопарокс снижает экспрессию молекул межклеточной

Таблица 4. Оценка эффективности препарата Биопарокс при различных формах ОРЗ

Диагноз	% отличных и хороших оценок лечения
Острый ринит	98,1
Острый ринофарингит	93,5
Острый фарингит	96,0
Острый тонзиллофарингит не стрептококковой этиологии	94,1
Острый ларингит	93,8
Острый ларинготрахеит	89,7
Острый трахеобронхит	91,0
Острый простой бронхит	95,0

ИНТЕР

Биопарокс®

фузафунгин

**УНИКАЛЬНЫЙ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ
ПРЕПАРАТ
С ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
СВОЙСТВАМИ**

- ринит
- синусит
- тонзиллит
- фарингит
- ларингит
- трахеит
- бронхит

по 4 ингаляции через рот и/или

по 4 ингаляции в каждый носовой ход

4 раза в день

Состав: Биопарокс выпускается в виде дозированного аэрозоля по 20 мл (400 доз). Одна доза содержит 0,125 мг фузафунгина.
Показания: Антибактериальный препарат местного действия с противовоспалительными свойствами для лечения инфекционных и воспалительных заболеваний дыхательных путей, таких как синуситы, риниты, ринофарингиты, фарингиты, тонзиллиты, ларингиты, трахеиты, бронхиты, состояния после удаления миндалин. У взрослых препарат применяется по 4 ингаляции через рот и/или в обе ноздри каждые 4 часа. У детей препарат применяется по 4 ингаляции через рот и/или в обе ноздри каждые 6 часов. Длительность курса лечения 8-10 дней.
Противопоказания: Применение Биопарокса противопоказано при повышенной чувствительности к компонентам препарата, а также у детей до 30 месяцев. Возможно развитие местных быстро проходящих реакций типа ощущения сухости в носу или горле, а также возникновения приступов чиханья, что не требует прекращения лечения.



Адрес: Москва, 113054,
Павелецкая пл., д. 2, строение 3.
Тел.: (095) 937-07-00, факс (095) 937-07-01.

адгезии 1 типа, тем самым способствуя снижению продукции и высвобождению медиаторов воспаления активными Т-лимфоцитами, подавляя при этом синтез свободных радикалов кислорода и выброс провоспалительных цитокинов, инициирующих в том числе и температурную реакцию организма [9, 10].

Оценка эффективности Биопарокса при различных нозологических формах ОРЗ приведена в табл. 4. Можно видеть, что практически при всех формах она была высокой и колебалась от 89,7 до 98,1%.

Заключение

Представленные материалы позволяют рекомендовать препарат Биопарокс в качестве обязательной терапии ОРЗ у часто болеющих детей. Назначение препарата способствует сокращению объема лекарственной терапии, в первую очередь, сокращая потребность в использовании интраназальных вазоконстрикторов и системных антибиотиков, муколитиков, а также жаропонижающих препаратов. Повторное использование препарата не сопровождается снижением его эффективности.

Литература

1. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Пособие для врачей. М., 2002; 70.
2. Bartlett J.G. Management of respiratory tract infection; 3rd Ed. Philadelphia, 2001; 178–82.
3. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинические и социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 1986.
4. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года). М., 2003; 96.
5. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь–декабрь 2001 года. Эпидемиол. инфекц. бол. 2002; 3: 64.
6. Здоровье детей России. Под ред. А.А.Баранова. М., 1999; 66–8, 116–20.
7. Прудков А.И., Колпащикова Г.И., Савинова Т.Л., Фомин В.В. и др. Пути снижения заболеваемости острыми респираторными инфекциями в крупном промышленном городе. Детские инфекции 2003; 4: 56–9.
8. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. М.: АстраФармСервис, 2005.
9. Овчинников Ю.М., Свистушкин Г.Н., Никифорова Г.Н. Инфекция и антимикробная терапия 2000; 2(6): 3–5.
10. Рациональная антимикробная химиотерапия. Под ред. В.П.Яковлева, С.В.Яковлева. М.: Литера, 2003; 2: 1001.

ИНФОРМАЦИЯ СОЮЗА ПЕДИАТРОВ РОССИИ

X Конгресс педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии»

6–9 февраля 2006 года

Центр международной торговли, Москва

Организаторы Конгресса:

- Министерство здравоохранения и социального развития РФ
- Российская академия медицинских наук
- Союз педиатров России
- ГУ Научный центр здоровья детей РАМН
- Выставочная компания «Меткомцентр»

Научная программа Конгресса:

- Концепция охраны здоровья детей в Российской Федерации. Пути ее реализации
- Первичная медико-санитарная помощь детям, включая скорую и неотложную помощь
- Специализированная амбулаторная и стационарная помощь детям
- Педиатрические проблемы в детской хирургии. Новые технологии
- Высокие технологии в педиатрии
- Стандарты диагностики, лечения и профилактики болезней детского возраста
- Питание здорового и больного ребенка
- Региональные особенности состояния здоровья и системы оказания медицинской помощи детскому населению
- Клиническая генетика в педиатрии
- Вакцинопрофилактика в педиатрии
- Геополитические аспекты охраны репродуктивного здоровья детского населения
- Медико-социальные проблемы реабилитации детей. Профилактика детской инвалидности
- Постдипломная подготовка медицинских кадров в педиатрии
- Актуальные вопросы школьной и университетской медицины
- Правовые, этические и социальные вопросы педиатрии
- История отечественной педиатрии

В ходе работы Конгресса будут подведены итоги:

- Конкурса «Детский врач года» (к участию приглашаются детские врачи всех специальностей и всех звеньев организации медицинской помощи детям)
- Конкурса «Детская медицинская сестра года» (к участию приглашаются медицинские сестры всех специальностей, оказывающие медицинскую помощь детям, а также фельдшеры)
- Конкурса работ молодых ученых.

Конкурс молодых ученых

В конкурсе смогут принять участие врачи и научные сотрудники в возрасте до 35 лет. Для участия в конкурсе необходимо до 20 января 2006 года прислать в конкурсную комиссию по почте или E-mail заявку на участие и резюме работы объемом не более 2 страниц текста (текст должен быть напечатан в редакторе MS Word, шрифтом Times New Roman 11, через один интервал, название работы печатается в верхнем регистре без сокращений, с новой строки указываются фамилии авторов (инициалы ставятся после фамилии), с новой строки – полное официальное название учреждения и город. Файл должен иметь в названии фамилию первого автора и город, набранные без пробелов). Заявка должна содержать информацию об авторе (фамилия, дата рождения, должность, организация, город, страна, контактный телефон, E-mail) и быть заверена подписью руководителя учреждения. Авторы присланных работ примут участие в постерной сессии конкурса молодых ученых и будут освобождены от уплаты регистрационного взноса.

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, 2/62

ГУ Научный центр здоровья детей РАМН

Намазова Лейла Сеймуровна

Телефон: (095) 134-0392, 967-1566

E-mail: namazova@nczd.ru

Тезисы

Оплаченные тезисы должны поступить в Оргкомитет до 31 декабря 2005 года по почте (обязательно с приложением дискеты!) или по E-mail (с пометкой «Тезисы Конгресса педиатров России»).

Торжественное открытие Конгресса состоится 6 февраля 2006 года в 18.00 в Зале Церковных Соборов Храма Христа Спасителя по адресу: г. Москва, ул. Волконка, д. 15.

В рамках Конгресса состоится Международная медицинская выставка «Здоровье матери и ребенка-2006».

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конгрессе и выставке, конкурсах и публикации тезисов можно получить по телефонам в Москве: (095) 134-1308, 967-0892, 967-0893, 967-1566 и на сайтах www.pediatr-russia.ru, www.nczd.ru

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, 2/62

ГУ Научный центр здоровья детей РАМН

Оргкомитет Конгресса

Телефон: (095) 967-1566, 134-1308, 967-0892, 967-0893

E-mail: orgkomitet@nczd.ru