

К.Е. Чилингари, Д.А. Банний // Хирургия.– 2004.– №8.– С. 37–40.

3. Кононенко, С.Н. Хирургическая тактика при доброкачественных узловых образований щитовидной железы / С.Н. Кононенко // Хирургия.– 2001.– №11.– С. 24–27.

4. Кузнецов, Н.С. Отдаленные результаты хирургического лечения больных многоузловым эутиреоидным зобом / Н.С.Кузнецов, В.Э.Ванушко, В.В. Воскобойникова // Хирургия.– 2001.– №4.– С. 4–9.

5. Курихара, Х. Оперативное лечение болезни Грейвса: суперсубтотальная резекция щитовидной железы / Х. Курихара // Вестник хирургии.– 2006.– Т. 165.– №3.– С. 28–30.

6. Оленева, И.Н. Оптимизация реабилитационных мероприятий у больных, оперированных по поводу узлового нетоксического зоба: Дис. канд. мед. наук / И.Н. Оленева.– Кемерово, 2002.– 130 с.

7. Фадеев, В.В. Болезнь Грейвса / В.В. Фадеев // Русский медицинский журнал.– 2002.– Т. 10.– № 27 (171).– С. 1262–1265.

8. Харнас, С.С. Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы 16 Российского симпозиума с международным участием по хирургической эндокринологии, Саранск, 18–20 сентября 2007 / С.С. Харнас, Л.И. Ипполитов, С.К. Мамаева.– Саранск, 2007.– С. 255–256.

9. Черкасов, В.А. Диагностика, лечение и профилактика послеоперационного рецидивного узлового зоба / В.А. Черкасов // Хирургия.– 2004.– №4.– С. 20–23.

10. Ku, C.F. Total thyroidectomy replaces subtotal thyroidectomy as the preferred surgical treatment for Graves' disease / Ku C.F., Lo C.Y., Chan W.F. // ANZ J. Surg.– 2005.– Vol. 75.– N 7.– P. 528–531.

11. Moalem, J. Treatment and prevention of recurrence of multinodular goiter: an evidence-based review of the literature / J.Moalem, I.Suh, Q.Y. Duh // World J. Surg.– 2008.– Vol. 32.– N 7.– P. 1301–1312.

12. Palit, T.K. The efficacy of thyroidectomy for Graves' disease: A meta-analysis / T.K.Palit, C.C. Miller, D.M. Miltenburg // J. Surg. Res.– 2000.– Vol. 90.– N 2.– P. 161–165.

13. Phitayakorn, R. Follow-up after surgery for benign nodular thyroid disease: evidence-based approach / R.Phitayakorn, C.R. McHenry // World J. Surg.– 2008.– Vol.32.– N 7.– P. 1374–1384.

14. Snook, K.L. Recurrence after total thyroidectomy for benign multinodular goiter / K.L. Snook// World J. Surg.– 2007.– Vol. 31.– N 3.– P. 593–598.

15. Tezelman, S. The change in surgical practice from subtotal to near-total or total thyroidectomy in the treatment of patients with benign multinodular goiter / S.Tezelman, I.Borucu, Y. Senyurek // World J. Surg.– 2009.– Vol. 33.– N 3.– P. 400–405.

16. Vaiman, M. Subtotal and near total versus total thyroidectomy for the management of multinodular goiter / M.Vaiman, A.Nagibin, P.Hagag // World J. Surg.– 2008.– Vol.32.– P. 1546–1551.

УДК: 618.15-002:616.379-008.64

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛЬПИТОВ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

И.Н. КОРОТКИХ, Т.В.АНИСИМОВА, В.Ю.БРИГАДИРОВА

ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н.Бурденко, ул. Студенческая, 10, Воронеж, 394030, e-mail: valeria_brig@mail.ru

Аннотация: в статье приводятся результаты лечения хронических кольпитов, вызванных *Candida albicans* женщин с сахарным диабетом I–II типов. Цель работы: доказать эффективность комплексного подхода к лечению (местная терапия совместно с системными препаратами и иммуномодулятором Полиоксидонием при рецидивирующих кольпитах). При сахарном диабете отмечается не только увеличение глюкозы в моче и клетках влажной слизистой эпителия, но и дистрофия последнего. Субстратом для питания бактерий служит выделяемый слизистой влажной гликоген. Это способствует размножению дрожжеподобных грибов, их внедрению в клетки эпителия и его разрушению с формированием эрозий. Отмечено, что хронический кольпит на фоне сахарного диабета часто даёт рецидивы после лечения. Добавление к терапии Полиоксидония позволяет, быстро и эффективно добиться наряду с коррекцией иммунологических нарушений, быстрее нормализовать показатели углеводного обмена и более эффективно купировать клинические проявления кольпита. Клинико-иммунологические эффекты сохраняются, по меньшей мере, до 6 месяцев.

Ключевые слова: хронический кольпит, сахарный диабет, Полиоксидоний, *Candida albicans*.

THE FEATURES OF TREATMENT OF CHRONIC COLPITIS IN THE WOMEN WITH DIABETES

I.N. KOROTKIN, T.V. ANISIMOVA, V.Y. BRIGADIROVA

Voronezh State N.N. Burdenko Medical Academy

Abstract: this article presents the results of treatment of chronic colpitis caused by *Candida albicans* in the women with diabetes mellitus type 1 and type 2. The objective of this study is to prove the effectiveness of an integrated approach to treatment (local therapy combined with systemic medications and immunomodulator the Polyoxidony in recurrent colpitis). At diabetes the increase of glucose in the urine and vaginal epithelial cells, but the degeneration of the latter are observed. Substrate for the supply of bacteria is secreted the vaginal glycogen that promotes breeding yeasts, their introduction into the cells of the epithelium and its destruction with the formation of erosions. The authors noted that chronic colpitis combined with diabetes mellitus often gives relapse after treatment. Therapy by means of the Polyoxidony allows to correct quickly and efficiently the immunological disorders, to normalize quickly carbohydrate metabolism and to arrest effectively the clinical symptoms of vaginitis. Clinical and immunological effects persist for at least 6 months.

Key words: chronic colpitis, diabetes mellitus, Polyoxidony, *Candida albicans*.

По сведениям Всемирной организации здравоохранения сейчас в мире 6% населения больны сахарным диабетом, это примерно 284,7 миллиона человек. Прогнозы на будущее неутешительны, по предварительным прогнозам специалистов, количество больных будет расти, и к 2030 году их станет уже 438,4 миллиона. Представительницы слабого пола чаще болеют сахарным диабетом. Из 100% выявленных случаев 55% приходится на женщин и только 45% на мужчин.

Сахарный диабет (diabetes mellitus) — заболевание, обусловленное абсолютным или относительным дефицитом инсулина в организме, характеризуется нарушением вследствие этого всех видов обмена и в первую очередь обмена углеводов.

Сахарный диабет 1 типа (по старой терминологии инсулинзависимый сахарный диабет), характеризующийся аутоиммунной деструкцией β -клеток, обычно приводящей к абсолютной инсулиновой недостаточности. Сахарный диабет 2 типа (инсулиннезависимый диабет), характеризующийся резистентностью к инсулину с относительной инсулиновой недостаточностью; другие специфические типы, обусловленные разными генетическими дефектами β -клеток (MODY) или генетическими дефектами в действии инсулина; вторичный, или симптоматический, диабет, сопровождающий эндокринные заболевания с гиперпродукцией контринсулярных гормонов акромегалию, болезнь Иценко-Кушинга и другие заболевания поджелудочной железы, например панкреатиты, а также развивающийся на фоне лечения глюкокортикоидами. В эту же группу входит диабет беременных, возникающий во время беременности. Гипергликемия при недостаточности инсулина является наиболее выраженной и стойкой, так как выпадает гипогликемический эффект, присущий только инсулину. Механизмы гипогликемического действия инсулина

следующие: увеличение поглощения глюкозы печенью, так как инсулин стимулирует синтез гликогена, активируя глюкокиназу. Глюкоза свободно поступает в печень, но без преобладания активности глюкокиназы будет превалировать эффект глюкозо-6-фосфатазы и глюкоза будет уходить из печени обратно в кровь. Таким образом, наличие инсулина будет обеспечивать отложение глюкозы в виде гликогена (печень поглощает около 55% поступившей глюкозы), а распад гликогена будет тормозиться; увеличение поступления глюкозы в мышцы и жировую ткань, в которых инсулин стимулирует превращение глюкозы в гликоген (в мышцах) и в жир (в жировой ткани в виде триглицеридов). Без инсулина поступление глюкозы в эти ткани значительно снижается, т.е. они — инсулинзависимые ткани [2,3].

В возникновении обоих типов диабета важную роль играет иммунная система. Диабет 1 типа — это аутоиммунное заболевание, при котором иммунная система атакует собственные клетки поджелудочной железы. Появляется также все больше доказательств, что воспалительные процессы могут провоцировать развитие диабета 2 типа. Люди с диабетом обоих видов более восприимчивы к инфекциям. Диабет может стать причиной возникновения множества осложнений.

Эпителий слизистой оболочки влагалища претерпевает значительные ритмические (циклические) изменения в последовательных фазах менструального цикла. В клетках поверхностных слоев эпителия (в его функциональном слое) откладываются зерна кератогиалина, но полного ороговения клеток в норме не происходит. Клетки этого слоя эпителия богаты гликогеном. Распад гликогена под влиянием микробов, всегда обитающих во влагалище, приводит к образованию молочной кислоты, поэтому влагалищная слизь имеет слабокислую реакцию и обладает бактерицидными свойствами, что предохраняет вла-

галище от развития в нем патогенных микроорганизмов. Железы в стенке влагалища отсутствуют. Базальная граница эпителия неровная, так как собственная пластинка слизистой оболочки формирует сосочки неправильной формы, вдающиеся в эпителиальный пласт. Одним из признаков, которые учитывают при цитологическом анализе, является наличие или отсутствие гликогена в эпителиальных клетках. Этот полисахарид содержится в цитоплазме и обнаруживается в виде гранул коричневого (кирпичного) цвета после обработки препаратов парами йода [11]. При сахарном диабете отмечается не только увеличение глюкозы в моче и клетках влагалищного эпителия, но и дистрофия последнего. Это способствует размножению дрожжеподобных грибов, их внедрению в клетки эпителия и его разрушению с формированием эрозий. Отмечено, что при кандидозном вульвовагините на фоне сахарного диабета значительно чаще выделяется *C. Glabrata* [9]. Внутренняя поверхность влагалища имеет слабокислую реакцию. Кислая реакция (Рн 4,0-4,5) обусловлена присутствием молочной кислоты, образующейся в результате деятельности симбиотических бактерий из рода лактобактерий. Присутствие во влагалище лактобактерий (преимущественно виды *Lactobacillus crispatus*, *L. gasseri*, *L. jensenii*, *L. iners*, объединяемые собирательным названием «палочки Додерляйна») является естественным здоровым явлением и обозначается термином «естественная вагинальная флора». Жизнедеятельность лактобактерий влагалища препятствуют развитию патогенных микроорганизмов. Субстратом для питания бактерий служит выделяемый слизистой влагалища гликоген.

Цель исследования – анализ этиологии, патогенеза, клинической картины, сахарного диабета I-II типа, доказать эффективность комплексного подхода к лечению, рецидивирующих кольпитов (местная терапия совместно с системными препаратами и иммуномодулятором Полиоксидонием) для улучшения качества жизни пациенток.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 72 женщины, за период с января по ноябрь включительно 2012 г. на амбулаторном приёме в БУЗ ВОКБ №2 г. Воронежа. Возраст женщин составил от 35 до 65 лет, они соответствовали критериям включения:

- сахарный диабет I-II типа;
- хронический рецидивирующий кольпит, сопровождающийся постоянным зудом.

Диагноз хронического кольпита ставили на основании жалоб на дискомфорт, зуд, жжение, гиперемии в области наружных половых органов, различного рода выделения из половых путей от прозрачных, белых, желтоватых, до обильных творожистых, зеленоватых, с запахом и без запаха., наличия в мазках на флору повышенных лейкоцитов (от 35 до 100 в поле зрения).

Все женщины были в анамнезе с сахарным диабетом I-II типа, длительность которого составляла от 10 до 30 лет. У женщин имелись осложнения сахарного диабета: диабетическая полинейропатия у 35 (48,6%) человек, диабетическая ретинопатия у 18 (25%), диабетическая стопа у 2 человек (2,8%), диабетическая нефропатия у 17 (23,6%).

Сахарный диабет был компенсированным у 49 (68,05%) больных, субкомпенсированным — у 23 (31,94%) больных.

Наблюдение велось на протяжении 11 месяцев. Все женщины были обследованы в начале исследования, через 1, 3, 6 месяцев после окончания лечения. Обследование пациенток включало сбор анамнеза, общеклинические лабораторные методы исследования (общий анализ крови и мочи, биохимические тесты), а также бактериологические (исследование выделений из цервикального канала на флору), полимеразную цепную реакцию (ПЦР) на ИППП, бактериоскопические (исследование мазков на флору из уретры, цервикального канала, влагалищного содержимого) и инструментальные (кольпоскопия, УЗИ органов малого таза) методы. В начале лечения, через 3 и 6 месяцев после лечения.

В ходе исследования все пациентки были разделены на 3 группы: в 1 группу вошли 20 (27,8%) женщин, которые получали только местную терапию; во 2 группу вошли 27 (37,5%) женщин, которые получали местную и системную терапию; в 3 группу вошли 25 (34,7%) женщин, которые получали комплексную терапию. Эффективность терапии оценивали через 1, 3, 6 месяцев после ее окончания. Критериями излеченности были — отсутствие жалоб и клинических проявлений воспалительного процесса при объективном осмотре, а также отрицательные результаты контрольных лабораторных исследований. Рецидив кольпита рассматривали как отсутствие эффекта от проводимой терапии. Кроме того, определяли частоту возникновения кандидозного кольпита после лечения у женщин с сахарным диабетом I-II типа. По окончании исследования были получены следующие результаты.

Результаты и их обсуждение. В большинстве случаев кольпит был вызван массивным ростом *Candida albicans* у 38 (52,8%) человек, у 34 (47,2%) человек инфекция была смешанной и обусловлена сочетанием: дрожжеподобные грибы рода *Candida albicans* и *Escherichia coli* (массивный или умеренный рост), *Candida albicans* и *Staphylococcus aureus* (массивный или умеренный рост), *Candida albicans* и *Enterococcus faecalis* (массивный или умеренный рост). Алгоритм лечения хронических кольпитов должен учитывать все звенья патогенеза заболевания [1,4,5,6,8,10]. Для назначения рационального лечения необходимо учитывать клиническую форму кандидоза, его распространенность и выявленные predisposing факторы (общие и местные).

Большинство жалоб было на сильный и упорный зуд, постоянный дискомфорт у (98%), в дальнейшем к нему присоединяются объективные признаки заболевания. Сначала на больших и малых половых губах, в глубине паховых складок появляется белесоватая полоска мацерированного слоя, формируются поверхностные трещины и эрозии. Поверхность эрозий — влажная, блестящая, синюшно-красного цвета, окаймленная белым ободком. Вокруг основного очага появляются «отсевы», представленные мелкими поверхностными пузырьками и пустулами. Вскрываясь, эти элементы превращаются в эрозии, также склонные к росту и слиянию. Диагноз подтверждается при микроскопическом или культуральном исследовании. [6]. Хронический кольпит характеризуется творожистыми выделениями из половых путей, зудом, жжением. Влагалище, его преддверие и вульва гиперемированы с наличием белесоватых пятен и мелких пустулезных сателлитов по периферии очагов гиперемии.

Статистическая обработка данных проводилась на ПЭВМ класса PentiumIII с использованием программы MicrosoftOfficeExcel 2003 в операционной среде Windowsc расчетом средней арифметической и ее стандартной ошибки. При проведении статистического анализа был использован t-критерий Стьюдента. Критический уровень значимости p при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

При остром кандидозном кольпите (I-группа женщин) хороший терапевтический эффект оказывают спринцевания 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата или 0,01% раствором мирамистина. Противогрибковые мази содержащие (сертаконазол, эконазол, натамицин и др.) применяют наружно и в соответствующих формах: свечах, вагинальных шариках, вагинальных таблетках и креме со специальным аппликатором.

При поверхностном кандидозе гениталий и перигенитальной области (II-группа женщин) следует выяснить степень обсемененности дрожжами рода *Candida* желудочно-кишечного тракта. При массивной колонизации желудочно-кишечного тракта грибами рода *Candida* целесообразно назначение системных препаратов для подавления их роста (флуконазол, итраконазол, натамицин, вориконазол и др.) При одновременном поражении кожных складок наружную терапию проводят в зависимости от выраженности воспалительных явлений. Вначале назначают примочки перманганата калия (0,05% раствор хлоргексидина биглюконата, или 0,01% раствор мирамистина, или 0,04% раствор сульфата цинка), а затем смазывание очагов Фукорцином (жидкость Кастеллани) — лекарственное средство с антисептическим и противогрибковым действием. Раствор содержит активные вещества — борную кислоту 800 мг, фенол 3,9 г, резорцин 7,8 г, фуксин основной 400 мг;

вспомогательные вещества — ацетон 4,9 мл, спирт этиловый 95% 9,6 мл, воду 100 мл. После подсыхания раствора наружно противогрибковые мази содержащие (сертаконазол, эконазол, натамицин и др.) [7].

Общую комплексную противовоспалительную терапию (III-группа женщин) назначают больным с рецидивирующим кандидозным кольпитом, а также при кандидозе, возникшем на фоне лечения антибактериальными препаратами, глюкокортикоидами и цитостатиками, декомпенсированного сахарного диабета и др. Применение Полиоксидония в комплексной терапии обострения хронического рецидивирующего кольпита на фоне декомпенсации сахарного диабета, независимо от его типа, оказало положительное влияние на динамику иммунного статуса и титра аутоантител. Нормализация содержания аутоантител сопровождалась более быстрым и эффективным купированием проявлений кольпита, а также компенсацией течения сахарного диабета в более ранние сроки [12]. Примочки перманганата калия (0,05% раствор хлоргексидина биглюконата, или 0,01% раствор мирамистина, или 0,04% раствор сульфата цинка), а затем смазывание очагов Фукорцином (жидкость Кастеллани) — лекарственное средство с антисептическим и противогрибковым действием. Раствор содержит активные вещества — борную кислоту 800 мг, фенол 3,9 г, резорцин 7,8 г, фуксин основной 400 мг; вспомогательные вещества — ацетон 4,9 мл, спирт этиловый 95% 9,6 мл, воду 100 мл. После подсыхания раствора наружно противогрибковые мази содержащие (сертаконазол, эконазол, натамицин и др.) [7]. Сразу после терапии Полиоксидонием отмечалась положительная клиническая динамика течения сахарного диабета, сопровождавшаяся снижением показателей базальной, постпрандиальной и среднесуточной гликемии и HbA1c (во всех случаях $p < 0,01$) до нормальных величин [12].

У женщин из первой группы (20 человек) исчезновение симптомов зуда, дискомфорта на 7-10 день лечения, рецидив клинических проявлений у 11 (55%) женщин через 2 месяца. У женщин из второй группы (27 человек) улучшение состояния на 4-5 день лечения, рецидив клинических проявлений у 6 (22%) женщин через 2-2,5 месяца. Женщины из третьей группы (25 человек) отмечали улучшение общего состояния, уже на 2-3 день лечения, рецидив клинических проявлений у 2 (8%) женщин через 6-7 месяцев.

Заключение. Таким образом, микробный спектр влагалища женщин страдающих сахарным диабетом не стабилен, подвержен физиологическим колебаниям, обусловленным менструальным циклом, беременностью, возрастом. Наряду с гормонально-метаболическим механизмом регулирования влагалищного микробиоценоза, значимую роль играют иммунные процессы — как на гуморальном, так и на клеточном уровнях. При физиологически полноценных гормональных и иммунных

регулирующих системах состав вагинального микробиоценоза более стабилен, при случайных сдвигах (как правило, вследствие воздействия вредных внешних факторов) быстро восстанавливается без специальной коррекции. Однако при наличии значительных отклонений в показателях состояния общего метаболизма и при выраженных вредных экзогенных воздействиях неминуемы отрицательные реакции со стороны иммунной и эндокринной систем, что в конечном итоге может проявиться количественными и качественными нарушениями микробиоценоза влагалища. Стойкость этих нарушений и возможности медикаментозной коррекции зависят от степени нарушения функций иммунной и эндокринной систем [13].

Добавление к терапии Полиоксидония позволяет, быстро и эффективно добиться наряду с коррекцией иммунологических нарушений, снижением исходно повышенных титров аутоантител, быстрее нормализовать показатели углеводного обмена – маркеры декомпенсации сахарного диабета (базальной, постпрандиальной, среднесуточной гликемии и HbA1c, во всех случаях $p < 0,01$) – и более эффективно купировать клинические проявления кольпита. Клинико-иммунологические эффекты сохраняются, по меньшей мере, до 6 месяцев [12].

Литература

1. Абрамченко, В.В. Антибиотики в акушерстве и гинекологии / В.В. Абрамченко, М.А. Башмакова, В.В. Корхов. – СПб: Спецлит, 2000. – 220 с.
2. Антонов, А.Р. Лекции «Нарушения углеводного обмена» / А.Р. Антонов. – Новосибирск, 1995. – 23 с.
3. Патофизиология / Г.В. Порядина [и др.]. // Патофизиология углеводного обмена. – 2006. – Т. 2. – С. 20–60.
4. Иванов, О.Л. Учебник для студентов медицинских ВУЗов. Кожные и венерические болезни. Кандидоз кожи / О.Л. Иванов.
5. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии // Руководство для практических врачей / под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. – М., 2005. – С. 724–727.
6. Мерцалова, И.Б. Болезни кожи при сахарном диабете / И.Б. Мерцалова // Лечащий врач. – 2010. – №7. – С. 56–59.
7. Савичева, А.М. Диагностика и лечение урогенитального кандидоза / А.М. Савичева // Журнал Трудный пациент. – 2006. – №9. – С. 28–30.
8. Серов, В.Н. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения / В.Н. Серов, Л.В. Дубницкая, В.Л. Тютюник // Русский медицинский журнал. – 2011. – Т. 19. – № 1 (395). – С. 46–50.
9. Тихомиров, А.Л. Инфекции влагалища: взгляд гинеколога Рациональная терапия кандидозного и смешанных вульвовагинитов / А.Л. Тихомиров, Ч.Г. Олейник // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7. – № 3. – С. 98–101.
10. Тихомиров, А.Л. Комплексное лечение смешанных генитальных инфекций / А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания // Гинекология. – 2004. – Т. 6. – №6. – С. 14–17.
11. Филатова, Г.А. Клиническая иммунология. Влияние Полиоксидония на показатели иммунного статуса пациентов с хроническим обструктивным бронхитом на фоне сахарного диабета I и II типов // Г.И. Филатова, А.М. Попкова, Т.И. Гришина // ЖУРНАЛ Тера Медика. – 2005. – № 4 (40). – С. 151–154.
12. Шелковая, Н.Г. Микробиологические аспекты вагинального кандидоза / Н.Г. Шелковая // Медицинская газета: Здоровье Украины. – 2007. – ноябрь. – С. 53–56.
13. Blondeau, J.M. The evolution and role of macrolides in infectious diseases / J.M. Blondeau // Expert. Opin. Pharmacother. – 2002. – N 11. – P. 31–51.

УДК: 616.24-022.6-08-039.71-053

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ «АНАФЕРОН ДЕТСКИЙ» ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

З.А.ВОРОНЦОВА, С.А.КОСОБУЦКАЯ

«Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко», ул. Студенческая, 10, Воронеж, 394030

Аннотация: обследовано 30 часто болеющих детей в возрасте 4–6 лет, посещающих организованные коллективы, проведен анализ полученных клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. Выявлены эндогенные и экзогенные причины частой заболеваемости. У данной группы изучена профилактическая эффективность препарата «Анаферон детский». Результаты исследования позволяют рекомендовать препарат «Анаферон детский» как средство неспецифической профилактики в период эпидемического подъема заболеваемости острыми респираторными инфекциями в составе комплексной терапии часто болеющих детей и в качестве средства санации ротоглотки.