

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

вья, которые приводят ребенка к инвалидности. Совершенствование специализированной помощи нефроурогинекологическим больным будет способствовать ранней диагностике, улучшению прогноза, профилактике осложнений, в том числе хронической почечной недостаточности, и снижению инвалидизации в детском возрасте. Важное значение имеет укрепление материально-технической базы детских лечебно-профилактических учреждений и повышение уровня после-дипломной подготовки педиатров по профилактической медицине.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы инфекций, передаваемых половым путем, у детей, подростков и беременных // Тез. докл. науч.-практич. конф. дерматовенерологов, акушеров-гинекологов и педиатров. – Екатеринбург, 1999.
2. Баткаев Э.А., Липова Е.В. Урогенитальный хламидиоз / Учебное пособие. – М., 2000. – 41с.
3. Брагина Е.Е., Орлова О.Е., Дмитриев Г.А. // ЗПП. – 1998. – № 1.
4. Внутритропные инфекции плода и новорожденного // Тез. докл. Всерос. междисциплинарной науч.-практич. конф. – Саратов, 2000.
5. Воспаление – патофизиологические и клинические аспекты / Под общей редакцией Н.П. Чесноковой, А.В. Михайлова. – Саратов, 1999.
6. Вялкова А.А. Роль факторов предрасположения в формировании и хронизации тубулоинтерстициального нефрита у детей / Автореф. докт. дисс. – М., 1989. – 46 с.
7. Горчакова Л.Н., Каширцева Л.Т. // Развитие и здоровье детей Европейского Севера: проблемы и решения / Сб. материалов науч.-практич. конф. под ред. акад. Манэб, проф. Ю.Р. Теддера. – Архангельск, 1997. – С. 138-139.
8. Горчакова Л.Н., Римарчук Г.В., Длин В.В. и др. Включение в терапию вирус-ассоциированного гломерулонефрита у детей нового комплексного препарата «ВИФЕРОН» / Метод. реком. – М., 1997. – 16 с.
9. Гранитов В.М. Хламидиозы. – М. – Н. Новгород, 2000. – 191 с.
10. Длин В.В., Видута О.В., Белостоцкий В.М. // Материалы I конгресса педиатров-нефрологов – СПб., 1996.
11. Зелинская Д.И., Вельтищев Ю.Е. Детская инвалидность. – М., 1995. – 53 с.
12. Игнатова М.С., Вельтищев Ю.Е. Детская нефрология. – Л., 1992. – 455 с.
13. Игнатов С.И., Игнатова М.С. Диагностика соматических заболеваний у детей. – М., 1994.
14. Коровина Н.А., Гаврюшова Л.П., Шашинка М. Гломерулонефрит у детей. – М., 1990.
15. Наумова В.И., Папаян А.В. Почечная недостаточность у детей. – Л., 1991.
16. Нефрология / Руководство, под ред. И.Е. Тареевой. – Т.1,2. – М., 1995.
17. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений Московской области за 1996 – 2000 гг. – М., 2001. – 42 с.
18. Римарчук Г.В., Горчакова Л.Н., Игнатова М.С. и др. Скрининг-обследование детского населения с целью раннего выявления заболеваний органов мочевой системы / Метод. реком. – М., 1995. – 16 с.
19. Усов И.Н. Нефриты у детей. – Минск, 1987.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИФЕРОНА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Л.Н. Горчакова, Н.И. Урсова, Н.И. Дациева, В.В. Длин, О.В. Катышева,
В.В. Малиновская*

МОНИКИ, МНИИ ПсДХ МЗ РФ, НИИЭиМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН

Для медленных вирусных инфекций характерна персистенция вируса и латентное течение заболевания. У больных с торпидным и волнообразным течением заболевания частота персистирующей ви-

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

русной инфекции достигает 97%. Установлено, что при резистентных к терапии формах иммунно-воспалительных заболеваний все чаще определяется персистенция вируса гепатита В и/или С, вируса простого герпеса (ВПГ) I типа.

Исследованиями зарубежных и отечественных авторов показано, что бактериальные и вирусные антигены принимают участие в образовании иммунных комплексов. Существенным фактором, способствующим вирусной персистенции, являются нарушения со стороны интерфероновой системы. Установлено, что у всех детей с иммунно-воспалительными заболеваниями наблюдается выраженное подавление продукции как α -, так и γ -интерферона лейкоцитами крови, за счет повреждающего действия вирусов на интерфероносинтезирующий механизм клетки.

Важную роль в комплексном лечении вирусассоциированных заболеваний у детей играет применение иммуномодулирующих препаратов, к которым относятся интерферон и индукторы интерферонобразования.

Одним из основных противовирусных препаратов является ацикловир, его аналоги и производные, которые оказывают максимальный эффект на размножающийся вирус. Длительное оральное применение препарата (в половинной дозе) у больных с герпесной инфекцией в течение года более эффективно, чем применение в течение 5 дней. У 4,1-7,6% больных при длительном использовании отмечаются побочные явления в виде головных болей, патологии со стороны желудочно-кишечного тракта, нарушений менструального цикла, поражения кожи. Кроме того, включение ацикловира в комплексную терапию в 3-4 раза снижает частоту рецидивов герпесной инфекции у детей, получающих иммуносупрессивную терапию, использование рекомбинантного интерферона – более чем в 5 раз.

Интерфероны (ИФН) – лимфокины (растворимые эффекторы иммунных реакций) являются низкомолекулярными белками и кодируются тремя семействами генов. На основании иммунной реактивности, лабильности в кислой среде образующих их клеток, спектра хоэзев, гомологии аминокислотных последовательностей интерфероны разделены на три класса: I класс – α -интерферон образуется в основном в лейкоцитах; II класс – β -интерферон синтезируется в фибробластах и III класс – γ -интерферон вырабатывается стимулированными лимфоцитами (Т-лимфоцитами).

Интерфероны могут непосредственно действовать на зараженные вирусом клетки, угнетать репликацию вируса или активировать иммунную систему, противовирусную активность естественных киллерных клеток. Кроме того, ИФНы повышают эффективность иммунологического распознавания измененных клеток; усиливают экспрессию поверхностных антигенов клеток, в том числе и главного комплекса гистосовместимости; осуществляют иммунорегуляцию функций мононуклеарных фагоцитов, усиление фагоцитарной активности макрофагов и стимуляцию фагоцитоза; угнетают пролиферацию лимфоцитов. Все вышеизложенное позволяет рассматривать ИФНы как истинные иммуномодуляторы.

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

В клинической практике в последние годы стали шире применяться препараты ИФНа с лечебной целью. В зарубежной литературе имеются сообщения о токсическом влиянии α -интерферона на печень и почки растущего организма, что ограничило использование препаратов ИФНа у детей.

Новейшая технология позволила создать рекомбинантный генно-инженерный интерферон, эффективный для лечения разнообразных вирусных инфекций, с менее выраженными побочными эффектами (лихорадка, миалгия, тахикардия, нарушение функции печени), свойственными нативному ИФНу.

На основе рекомбинантного интерферона альфа-2b (Р-ИФН α -2b) в НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи РАМН в лаборатории «Онтогенеза и коррекции системы интерферона» в период 1982-1995 гг. В.В. Малиновской разработан новый лекарственный комбинированный препарат виферон, состоящий из комплекса Р-ИФН α -2b в сочетании с препаратами антиоксидантного действия (α -токоферол ацетат и аскорбиновая кислота) в терапевтически эффективных дозах. В качестве основы используется масло какао [1, 2, 4, 9, 15, 19], выпускается в виде суппозиторий. Виферон-1 содержит 150000 Международных Единиц (МЕ) интерферона в одном суппозитории; виферон-2 – 500000 МЕ интерферона, виферон-3 – 1000000 МЕ и виферон-4 содержит 3000000 МЕ.

При использовании виферона отмечается иммуномодулирующий эффект: усиление продукции всех видов эндогенного интерферона, нормализация соотношения Т-хелперов и супрессоров, увеличение продукции цитокинов (ИЛ 1 и ИЛ 2), антипролиферативный и противовирусный эффект, более выраженный при персистенции вирусов [1, 17, 19].

В экспериментально-клинических наблюдениях были определены основные подходы к применению виферона в педиатрической практике.

Внутриутробная инфекция занимает одно из первых мест (40%) в структуре ранней неонатальной смертности (по данным патологоанатомических исследований). Урогенитальная инфекция является одной из причин привычного невынашивания, преждевременных родов. Фундаментальные доклинические экспериментальные исследования, проведенные в НИИЭиМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН, выявили значительные нарушения функционирования системы ИФНа у беременных женщин с урогенитальной патологией, новорожденных с внутриутробными инфекциями и больных хроническими вирусными гепатитами, что обосновало необходимость коррекции этих изменений.

Клинические испытания препарата виферон и тщательные исследования проводились у новорожденных, в том числе недоношенных, в акушерской практике [15] и практически во всех ведущих клиниках России. Элиминация возбудителей под воздействием *виферона* наблюдалась у каждой 2-3-й больной. У каждой 6-й пациентки происходило восстановление микробиоценоза влагалища без дополнительного применения пробиотиков. Противовирусный характер действия препарата состоял в сокращении длительности рецидивов и увеличении межрецидивных промежутков.

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Препарат внедрен в лечебно-профилактических учреждениях Московской области и с 1990 года применяется в педиатрическом отделении МОНИКИ для лечения детей с тяжелыми заболеваниями почек – гломерулонефритом и пиелонефритом [4, 15, 17].

Виферон положительно зарекомендовал себя при включении в комплексную терапию. Особенно выраженный эффект наблюдался при лечении пневмоний хламидийной этиологии у глубоко недоношенных новорожденных детей, находящихся на искусственной вентиляции легких – на фоне терапии вифероном хламидийный антиген не выявлялся уже через 4 недели, тогда как на фоне общепринятой терапии – присутствовал в течение 5 месяцев. У детей с инфекционными поражениями ЦНС различной этиологии на фоне виферонотерапии реже диагностировались неврологические осложнения (44,4% и 71,4% в группе сравнения). Назначение виферона позволило предупредить развитие осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (миокардиты, кардиопатия). Установлен выраженный положительный эффект виферона при включении в терапию сепсиса, осложненного острым (подострым) ДВС-синдромом у новорожденных детей. Во время нахождения в стационаре дети, получавшие виферон, статистически достоверно меньше (в 2,5 раза) болели ОРВИ [1, 2, 3, 4, 9, 11, 12, 13, 15].

Положительный эффект виферонотерапии заключался в более быстром разрешении патологического очага (в 66% случаев), уменьшении длительности инфекционного токсикоза, сокращении антибактериальной терапии (на 10 дней) и ее массивности (в 2-3 раза), значительном снижении (в 2,5 раза) необходимости переливания крови и плазмы. Под влиянием виферона происходила интенсивная выработка антитоксических и антибактериальных антител [1, 2, 3, 11, 13, 15].

Катамнестические наблюдения за детьми, получавшими виферон первые 5 дней после рождения, показали, что они в 6 раз реже болели инфекционно-воспалительными заболеваниями в течение первого года жизни. Случаев образования у детей антител, нейтрализующих противовирусную активность виферона сразу после 5-10-го дневного курса, отмечено не было [12, 15].

Виферон-1 назначается детям до 7 лет, виферон-2 – детям старше 7 лет, виферон-3 и виферон-4 – преимущественно для лечения вирусных гепатитов. Беременным виферон-1 используется с 28-й недели гестации до 32-й, виферон-2 – с 32-й недели гестации до родоразрешения.

Клиническое изучение виферона показало хорошую индивидуальную переносимость препарата, отсутствие побочных эффектов и отрицательного влияния на функции фетоплацентарного комплекса. Раннее начало виферонотерапии у беременных с аутоиммунными процессами позволяет отказаться от назначения глюкокортикоидов.

Применение виферона у беременных с высоким риском развития перинатальной инфекции снижает частоту генерализованных форм внутриутробной инфекции с 25,6% до 4,7%. Определение антиинтерфероновых антител проводилось у беременных после курса вифероно-

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

терапии и у рожденных ими детей [12, 15]. Ни в одном случае образования антител, нейтрализующих антивирусную активность рекомбинантного интерферона α -2b, обнаружено не было.

Высокая эффективность длительного применения виферона наблюдается при лечении гепатитов у детей: подавление репликации гепатотропных вирусов и снижение активности патологического процесса в печени, улучшение общего состояния, исчезновение симптомов интоксикации, сокращение размеров печени и селезенки, достоверное снижение активности аминотрансфераз практически до нормальных величин. Длительная ремиссия (более двух лет) наблюдалась у 82% детей с гепатитом В и у 33% детей – с гепатитом С [1, 15, 18]; при применении дорогостоящего зарубежного препарата интерона-А – не более 45% при первичной ремиссии.

Катамнестическое наблюдение за детьми с гепатитом на виферонотерапии показало улучшение фагоцитарного потенциала.

Ни у одного больного, получавшего виферон в течение 6 и 9 мес., побочных явлений и повышения титра антител, нейтрализующих антивирусную активность рекомбинантного интерферона, входящего в состав виферона, не отмечено. У большинства больных, находящихся на глюкокортикоидной терапии, включение виферона в схему лечения позволило снизить дозу преднизолона в 2-3 раза, а у 28% больных – отменить гормоны полностью.

Отмечено успешное применение виферона в комплексном лечении детей с хроническим вирусным гепатитом выраженной степени активности и циррозом печени с применением экстракорпоральных методов лечения. Проведение 14-дневного курса виферона перед плазмаферезом и/или гемосорбцией предупреждало развитие ОРВИ и герпеса [1, 15].

Изучение эффективности виферонотерапии у детей при инфекционных поражениях мочевой системы проведено нами у 443 больных.

Установлено, что использование виферона в 58% позволяет получить ремиссию; на фоне комплексной терапии (виферон в сочетании с иммуносупрессивными препаратами) – в 75%; назначение только иммуносупрессивной терапии снижает процент больных, вышедших в ремиссию, в 1,5 раза. Включение препарата в комплекс терапии больных вирусассоциированным гломерулонефритом (ГН), получавших иммуносупрессанты, позволяло в 88% предотвратить реактивацию вируса гепатита В и в 86% – вируса простого герпеса I типа. Противовирусный эффект состоял в значительном уменьшении персистенции ВПГ и ЦМВ [1, 4, 10, 15, 17, 18].

Установлена более высокая эффективность виферона в сравнении с виroleксом для профилактики рецидивов герпес-вирусной инфекции у больных ГН, ассоциированным с вирусом простого герпеса I типа, получавших иммуносупрессивные препараты (86% и 66% соответственно) [1, 10, 15]. Виферонотерапия эффективно сочетается с поддерживающими дозами кортикостероидов (0,1-0,3 мг/кг в сутки), у 25% детей удается снизить дозу преднизолона. У части детей, получавших ранее гормоны, выход в ремиссию возможен без кортикостероидной терапии [17, 19]. Установлена терапевтическая эффективность виферона у детей с остропротекающим ГН, ассоциированным с герпес-вирусами. Применение виферона в комплексной терапии ви-

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

рус-ассоциированных ГН почти на 20% снижает частоту формирования хронической почечной недостаточности, в том числе у больных гормонорезистентным нефротическим синдромом.

Зависимость изменений состояния детей от вида терапии проявлялась более четко после трехмесячного курса лечения. При сочетании виферона с преднизолоном через 2 недели удавалось начать снижение суточной дозы гормона, а через 4-6 недель больные входили в стойкую ремиссию (до 9 месяцев и более) с полной отменой гормональной терапии.

Особую группу составили дети с ГН, попавшие в контакт с инфекционными заболеваниями (ветряная оспа, корь). Виферон в данной группе назначался на период карантина (ежедневно от 7 до 10 дней, далее два или три раза в неделю, в течение 4-8 недель). При этом из 14 контактных детей, получавших виферон, заболели ветряной оспой двое, заболевание протекало в легкой форме, без обострения ГН. Случаев кори в этой группе детей не регистрировалось [1, 13, 15].

При пиелонефрите (ПН) виферон применялся в активную фазу у детей с давностью болезни более 1 года с рецидивирующим течением, часто болеющих ОРВИ, длительно получающих антибактериальную терапию, с манифестным течением ПН (после ликвидации лихорадочной реакции). Наиболее выраженное влияние виферона при ПН наблюдалось при назначении препарата в период стихания воспалительного процесса или в период клинической ремиссии в течение 10 дней по 1 свече 2 раза в сутки. Поддерживающая терапия включала применение виферона в течение 3 недель (по 1 свече 1 раз в день на ночь) 2 раза в неделю. Комплексная терапия ПН у детей с применением виферона способствовала ускоренной ликвидации симптомов интоксикации, клинических признаков заболевания и бактериурии, уменьшению частоты ОРВИ, восстановлению показателей интерферонового статуса, лимфоидной и фагоцитарной активности [2, 3, 9, 11, 13, 15].

Установлено, что у детей с ПН часто развивается дисбактериоз. У большинства больных высевается протей (19%), клебсиелла (19%), золотистый стафилококк (24%), синегнойная палочка (5%), у трети детей отмечается снижение кишечной палочки и изменение ее свойств. Нарушения в анаэробном компоненте микрофлоры характеризуются отсутствием или снижением лакто- и бифидобактерий. Более чем у половины больных ПН были обнаружены в кале грибы рода кандиды. После проведенного курса терапии вифероном отмечено восстановление или тенденция к нормализации микрофлоры. Восстановление стабильности цитомембран и микробиоценоза кишечника способствует достижению клинико-лабораторной ремиссии. Сочетание виферона с антибиотиками позволяет снизить длительность и массивность антибиотикотерапии и риск развития дисбактериозов [11, 15].

В последние годы у больных с инфекцией мочевой системы нередко выявляется хламидиоз, при котором течение болезни носит торпидный характер с частым рецидивированием воспалительного процесса. Это позволило включить в комплексную терапию наряду с

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

антибактериальными препаратами, действующими на хламидии (макролиды, антибиотики тетрациклинового ряда), в качестве иммунокорректора виферон, который применялся по схеме, курсом – от 4 до 8 недель. Комплексная терапия позволила ускорить наступление ремиссии и увеличить ее продолжительность. Контрольное исследование на хламидиоз (цитологическое и иммунологическое) свидетельствовало о санации мочевой системы. На фоне иммунокорригирующего действия виферона частота заболеваемости этой группы детей респираторными заболеваниями уменьшалась в 6 раз, что способствовало значительному снижению числа рецидивов [11, 12, 13, 15].

В 1989-1997 гг. наблюдался резкий подъем заболеваемости дифтерией, а в 1994-1998 гг. – эпидемическим паротитом. При этих инфекционных заболеваниях доказано нарушение неспецифической иммунореактивности ребенка и снижение уровня показателей системы ИФНа, что послужило основанием для включения в комплексную терапию виферона. У детей с дифтерией, находящихся на виферонотерапии, поступивших в ранние сроки, в острый период заболевания достоверно увеличивался синтез антитоксических антител, а в конце острого периода – антибактериальных. На поздних сроках заболевания в 8 раз эффективнее увеличивался синтез антибактериальных антител по сравнению с общепринятой терапией (группа сравнения). Назначение виферона облегчало течение заболевания, укорачивало сроки интоксикации, длительность лихорадочного периода, местные изменения в зеве [1, 15], уменьшался риск формирования специфических осложнений со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы.

Наибольшая частота заболеваемости (230,3 на 100 тыс. населения) при эпидемическом паротите приходится на пубертатный период и молодой возраст, когда у мужского населения в 50% случаев возможны осложнения с формированием нарушений репродуктивной функции, что придает особую социальную значимость лечению эпидемического паротита. Отсутствие этиотропных средств лечения этой инфекции обосновало необходимость включения в традиционную терапию виферона, применение которого способствовало сокращению длительности температурной реакции и увеличения слюнных желез, проявлений орхита, уменьшению выраженности менингеальной и общеинфекционной симптоматики. У детей с орхитом паротитной этиологии удалось избежать назначения глюкокортикостероидных препаратов [1, 15]. При паротитном орхите виферонотерапия, по сравнению с общепринятой глюкокортикоидной терапией, способствовала более раннему исчезновению симптомов орхита, что предотвращало развитие атрофии яичек и бесплодия.

Применяемые в настоящее время методы терапии хронических гастродуоденитов, направленные на уменьшение воспаления, включающие широкий спектр антибактериальных, антисекреторных препаратов, не всегда оказываются эффективными и требуют дальнейшего совершенствования. Установлено, что активная стадия заболевания сопровождается выраженным повышением сывороточного ИФНа (до 18,9 МЕ/мл) при значительном угнетении продукции α - и γ -

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

ИФНа (до $20,9 \pm 5,6$ МЕ/мл и $22,4 \pm 5,6$ МЕ/мл соответственно), что подтверждает существование дисбаланса иммунной системы при гастродуоденальной патологии и определяет необходимость коррекции препаратами ИФНа. Разработаны показания и кратность применения *виферона* при хронических гастродуоденитах. Препарат назначался в период стихания обострения по 500000 МЕ тремя курсами по 10 дней (по 1 свече 2 раза, затем по 1 свече 1 раз и по 1 свече через сутки). Анализ эффективности лечения через 1-2 мес. показал, что у всех больных при включении *виферона* отмечалась отчетливая и стойкая положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Улучшалось самочувствие, снижались явления интоксикации, исчезали абдоминальный и диспепсический синдромы, нормализовались биохимические показатели крови, существенно повышалась способность лейкоцитов синтезировать α - и γ -ИФН (соответственно в 3,3 и 2,7 раза). Отсутствия эффекта от проводимой терапии не отмечено ни у одного ребенка. При катamnестическом наблюдении у больных установлено уменьшение частоты ОРВИ в 4 раза (в течение года) и обострений гастродуоденита почти в 2 раза по сравнению с контрольной группой. Таким образом, *виферон* является перспективным иммуномодулирующим препаратом, который необходимо широко использовать в детской гастроэнтерологии.

Изменения деятельности желудочно-кишечного тракта при сахарном диабете (СД) у детей обусловлены как нарушением обменных процессов, так и расстройствами функционально-морфологических взаимосвязей гастродуоденохоледохопанкреатической системы и дисбалансом иммунной системы. У больных СД выявлялась тяжелая патология верхнего отдела пищеварительного тракта: выраженные морфоструктурные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с моторно-эвакуаторными нарушениями, эрозивные поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, хронический и реактивный панкреатит. Тяжесть гастродуоденальных изменений, снижение панкреатической секреции зависели от длительности течения СД и сопровождались угнетением продукции α - и γ -ИФНа. При оценке клинической и лабораторной эффективности и переносимости комплексного препарата *виферон* в дозе 30-50 тыс. МЕ/кг/сут по схеме в течение 6 мес. у всех детей уже через 1 мес. лечения отмечалось повышение уровня α -ИФНа, отсутствие рецидивов респираторно-вирусных инфекций, осложнений и побочных реакций. Применение *виферона* в сочетании с инсулинотерапией позволило быстрее стабилизировать уровень гликемии, общее состояние больных. Включение в комплексную терапию инсулинзависимого СД рекомбинантного α -2 β -интерферона повышало эффективность комплексной терапии, уменьшило риск присоединения интеркуррентных заболеваний, повышало эффективность лечения инсулином, способствовало стабилизации уровня гликемии.

Таким образом, многолетний опыт использования отечественного препарата *виферон* показал его высокую клиническую эффективность при лечении тяжелых социально значимых болезней (хронический вирусный гепатит, дифтерия, эпидемический паротит, гломерулонефрит и др.) [1, 13, 15].

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Учитывая высокую эффективность виферона в клинической практике, отсутствие побочных явлений при длительном применении у больных с иммуновоспалительными заболеваниями, существенно более низкую стоимость (виферон в 10-15 раз дешевле других аналогичных зарубежных препаратов), целесообразно шире использовать препарат для лечения детей с различной патологией, особенно при ассоциации с вирусами – гепатита В и С, герпес-вирусами ВПГ I и II типа, ЦМВ, атипичными инфекциями: хламидиозом, уреаплазмозом, микоплазмозом, кандидозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджиалиева М.М. // Сб. науч. работ молодых ученых, посвященный 70-летию РМАПО. – М., 2000. – С. 4-5.
2. Гаджиалиева М.М. Патогенетические основы применения препаратов интерферона (Виферона) при пиелонефрите у детей / Автореф. канд. дисс. – М., 2001. – 25 с.
3. Горчакова Л.Н., Длин В.В., Шабалина Н.В. и др. // Человек и лекарство / Матер. II Росс. нац. конгресса. – М., 1995. – С. 309.
4. Горчакова Л.Н., Длин В.В., Малиновская В.В. // Рос. вестн. перинат. и педиат. – 1996. – № 4. – С. 28-34.
5. Горчакова Л.Н., Длин В.В., Шабалина Н.В. и др. // I Конгресс педиатров-нефрологов России. – СПб., 1996. – С. 105-106.
6. Горчакова Л.Н., Длин В.В., Посева Т.А. и др. // Развитие и здоровье детей Европейского Севера: проблемы и решения / Сб. матер. Всерос. науч.-практ. конф. – Архангельск, 1997. – С. 136-137.
7. Горчакова Л.Н., Шабалина Н.В., Длин В.В. и др. // Развитие и здоровье детей Европейского Севера: проблемы и решения / Сб. матер. Всерос. науч.-практ. конф. – Архангельск, 1997. – С. 15.
8. Деленян Н.В., Ариенко Р.Ю., Мешкова Е.Н. Виферон – новый противовирусный и иммуномодулирующий препарат для детей и взрослых / Под ред. проф. В.В. Малиновской. – М., 2002. – 43 с.
9. Захарова И.Н., Малиновская В.В., Деленян Н.В. и др. // Человек и лекарство / Материалы VII Российского науч. конгресса. – М., 2000. – С. 163.
10. Краснопольский В.И., Федорова М.В., Малиновская В.В. и др. Прогностические критерии и алгоритм интерферонкорректирующей терапии при вирусных и бактериальных инфекциях у беременных и новорожденных // Метод. рекомендации. – М., 2001. – 18 с.
11. Малиновская В.В., Коровина Н.А., Захарова И.Н. и др. // Междунар. журн. мед. практики. – 2000. – № 6. – С. 71-73.
12. Орлова Т.Г., Воронина Ф.В., Миронова Л.Л. // Биотехнология. – 2000. – № 5. – С. 88-93.
13. О применении Виферона для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний в педиатрической и акушерской практике / Информ. письмо. Сост. В.В. Малиновская, В.Ф. Учайкин, Т.В. Чередниченко и др. – М., 2000. – 14 с.
14. Римарчук Г.В., Горчакова Л.Н., Игнатова М.С. и др. Скрининг-обследование детского населения с целью раннего выявления заболеваний органов мочевой системы / Методич. рекомендации. – М., 1995. – 16 с.
15. Римарчук Г.В., Горчакова Л.Н., Длин В.В. и др. Включение в терапию вирусассоциированного гломерулонефрита у детей нового комплексного препарата «ВИФЕРОН» / Методич. рекомендации. – М., 1997. – 16 с.
16. Талаева Е.Ю., Горчакова Л.Н., Шабалина Н.В. и др. // Новые перспективы применения препаратов интерферона в педиатрии и гинекологии. Использование препарата «ВИФЕРОН» в клинической практике / Сб. трудов науч.-практ. конф. – СПб., 1997. – С. 5-6.

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

17. Шабалина Н.В., Длин В.В., Малиновская В.В. и др. // Рос. вестн. перинат. и педиат. – 1995. – № 5. – С. 29-35.
18. Delenian N., Zakharova I., Malinovskaya V. et al. // J. Interferon, Citokine Res. – 1999. – V. 19. – P. 158.
19. Dlin V.V., Katusheva O.V., Gorchakova L.N. et al. // XIII Intern. cong. of nephrology. – Madrid. – 1995. – P. 217.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ – ОДНОГО ИЗ ГЛАВНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

*Д.В. Жильников, О.Н. Тарасова, Г.В. Плаксина, В.Ю. Лоскутов,
Ю.Е. Зубова, А.Н. Вычерова, С.Н. Хлуткова, В.Ф. Барыбин*
МОНИКИ

Проблемы взаимоотношения человеческого общества со средой обитания становятся все более актуальными. Не случайно в мировой практике возникло новое научное направление «Экология и здоровье человека». В настоящее время мы часто наблюдаем экологически детерминированные нарушения состояния здоровья детей [4]. Загрязнение окружающей среды достигло сегодня существенных, а во многих регионах, в том числе в Московской области, – катастрофических размеров [6]. По данным статистики, пятая часть городского населения нашей страны, в том числе миллионы детей, проживают в экологически опасных условиях, что отражено в Белой книге России [11]. Наиболее неблагоприятным в настоящее время является состояние атмосферного воздуха, загрязнение окружающей среды ксенобиотиками, которые в организм людей поступают различными путями. Основные пути поступления: воздушный – с воздухом при дыхании и алиментарный – с водой и продуктами. Экопатологическое влияние вызвало увеличение числа различных заболеваний. В этих условиях необходима финансово поддерживаемая программа медико-педагогической, психологической, социальной и трудовой реабилитации населения [20].

В 80-х годах XX столетия академик Р.В. Петров ввел понятие «экологическая иммунология». Основными проявлениями иммунной недостаточности служат подверженность детей частым ОРВИ, повторным заболеваниям пневмонией, бронхитами и значительная распространенность аллергических заболеваний.

Об эпидемии астмы в России, анализируя изменения уровня аллергических заболеваний и бронхиальной астмы на протяжении 16 лет (1974 – 1987) в разных регионах России, говорят работы многих исследователей [10]. Общеизвестна роль бытовых аллергенов (домашней экологии) в развитии бронхиальной астмы, но вместе с тем у многих детей, больных бронхиальной астмой, удалось выявить и доказать сенсibilизацию к промышленным и химическим аллергенам, которые вносят свой вклад в формирование данной патологии [7]. Одним из наиболее важных и распространенных экологических факторов является курение матери, которое коррелирует с отрицательным ответом на бронходилататорную терапию и имеет