

**В.А. Булгакова, И.И. Балаболкин, Т.Б. Сенцова, Л.К. Катосова, И.В. Рылеева, Н.В. Юхтина, Н.В. Башилова**

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

## Применение топических иммуностропных препаратов при интеркуррентных инфекциях у детей с аллергической патологией

В СТАТЬЕ ОБОБЩЕНЫ ДАННЫЕ ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННОГО ОПЫТА ПО ПРИМЕНЕНИЮ ТОПИЧЕСКИХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЛИЗАТОВ ПРИ ИНТЕРКУРРЕНТНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ. У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ И ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЯХ ИМЕЕТСЯ ДЕФИЦИТ МУКОЗАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА, ЧТО ОБОСНОВЫВАЕТ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ДЕТИ, АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ, РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ, СТОМАТИТЫ, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ.

56

### Контактная информация:

Булгакова Виля Ахтямовна,  
кандидат медицинских наук,  
научный сотрудник первого  
аллергологического отделения  
Научного центра здоровья детей РАМН  
Адрес: 119991, Москва,  
Ломоносовский проспект, д. 2/62,  
тел. (495) 134-14-77  
Статья поступила 14.03.2006 г.,  
принята к печати 26.07.2006 г.

В настоящее время в мире прослеживаются два взаимосвязанных и взаимообусловленных процесса: во-первых, рост острых и хронических инфекционных заболеваний, вызываемых условно-патогенными или оппортунистическими микробами; во-вторых, снижение иммунологической резистентности населения, наблюдаемое практически во всех развитых странах [1]. Оба процесса особенно актуальны для пациентов с аллергической патологией. Клинические наблюдения и данные литературы свидетельствуют о повышенной предрасположенности детей с атопией к вирусным и бактериальным инфекциям [2–4]. Доказано, что присоединившаяся инфекция может быть причиной обострения аллергического процесса [5]. С другой стороны, изменения в иммунной системе, которые обуславливают развитие атопии, являются предрасполагающим фактором, способствующим инфицированию ребёнка с аллергией [3, 6]. Нарушение барьерной функции слизистой оболочки дыхательных путей и кишечника при аллергических заболеваниях способствует проникновению инфекционных агентов во внутренние среды организма, усугубляя имеющиеся нарушения [4, 7, 8]. В этой связи особую значимость приобретает разработка и выбор эффективных иммунофармакологических препаратов для лечения инфекционной патологии у детей с атопическими заболеваниями.

В последние годы одним из перспективных направлений в повышении эффективности терапии и профилактике многих заболеваний является применение иммуномодуляторов микробного происхождения, среди которых выделяют следующие группы: очищенные бактериальные лизаты — ИПС 19, Имудон, Бронхомунал, комбинированные иммунокорректоры, содержащие антигены

**V.A. Bulgakova, I.I. Balabolkin, T.B. Sentsova,  
L.K. Katosova, I.V. Ryleyeva, N.V. Yukhtina,  
N.V. Bashilova**

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy  
of Medical Sciences, Moscow

**Topical immunotropic agents  
in treatment of intercurrent  
infections in children with  
allergic pathology**

USE OF TOPICAL BACTERIAL LYZATES AS A THERAPY FOR INTERCURRENT INFECTIONS IN CHILDREN WITH ALLERGIC PATHOLOGY IS REVIEWED BASING ON PUBLICATIONS AND PERSONAL CLINICAL EXPERIENCE. DEFICIENT MUCOUS IMMUNITY HAS BEEN ESTABLISHED IN ALLERGIC CHILDREN WITH RECURRENT AND ACUTE UPPER RESPIRATORY TRACT AND HERPES-VIRUS INFECTIONS, THUS PROVIDING BASE FOR USE OF IMMUNOMODULATORS AS A PART OF COMPLEX TREATMENT FOR THIS GROUP OF PATIENTS.

**KEY WORDS:** CHILDREN, ALLERGIC DISEASES, RESPIRATORY TRACT INFECTIONS, STOMATITIS, PROPHYLAXIS, TREATMENT, IMMUNOMODULATORS.

бактерий и неспецифические иммуномодуляторы (ЛПС, протеогликан) — Рибомунил, поликомпонентная вакцина иммуновак-ВП-4, и полусинтетические аналоги — глюкозаминилмурамилдипептид [9]. К микробным препаратам можно отнести Рузам, являющийся продуктом жизнедеятельности термофильных штаммов *Staphylococcus aureus*. Эти препараты имеют двойное действие: специфическое (вакцинирующее) и неспецифическое (иммуностимулирующее). Бактериальные лизаты предназначены для стимуляции специфической защиты организма от патогенного воздействия тех микробов, антигенные субстраты которых входят в состав препарата. Их применение увеличивает содержание специфических антител. Использование бактериальных лизатов позволяет сократить число эпизодов острых респираторных инфекций и обострений хронических инфекций, значительно уменьшить их продолжительность и тяжесть, предотвратить развитие осложнений [10, 11].

Для педиатрической практики важное значение имеют неинвазивные методы профилактики и терапии. Местное применение иммуномодуляторов способствует проникновению препарата в воспалённые ткани очага инфекции, что особенно важно с учётом нарушения общей циркуляции именно в этих зонах. Препаратами с таким механизмом действия являются топические бактериальные лизаты ИРС 19 и Имудон (Солвей Фарма, Франция).

ИРС 19 — это иммуномодулирующий респираторный спрей — препарат, содержащий лизаты инактивированных бактерий, наиболее часто встречающихся возбудителей заболеваний верхних дыхательных путей: *Streptococcus pneumoniae type I, II, III, V, VIII, XII, Haemophilus influenzae type b, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, Acinetobacter calcoaceticus, Moraxella catarrhalis, Neisseria subflava, Neisseria perflava, Streptococcus pyogenes group A, Streptococcus dysgalactiae group C, Enterococcus faecium, Enterococcus faecalis, Streptococcus group G*. Препарат применяется местно и усиливает природный специфический и неспецифический иммунный ответ, что выражается в качественном и количественном усилении фагоцитоза, повышении активности лизоцима, увеличении числа иммунокомпетентных клеток в слизистой оболочке. Одновременно ИРС 19 оказывает и профилактическое действие за счёт индукции секреторного IgA и фиксации последнего в виде защитной пленки на поверхности слизистых оболочек. Действуя непосредственно во входных воротах инфекции он уменьшает вероятность развития побочных эффектов и усиливает терапевтическую эффективность. ИРС 19 вещества полипептидной структуры препятствуют образованию сенсибилизирующих антител, обнаруживаемых при микробной аллергии, что обуславливает гипосенсибилизирующее действие [12].

ИРС 19 выпускается в виде аэрозоля, распыление которого образует тонкий слой, покрывающий слизистую оболочку носа и способствующий быстрому проникновению в неё препарата. Переносится хорошо, лишь иногда возможно развитие транзиторной ринореи, что не является показанием к прекращению лечения.

Препарат назначается с трёхмесячного возраста с целью профилактики и лечения острых и рецидивирующих инфекций дыхательных путей (ринита и ринофарингита), а также предупреждения их осложнений (отита, синусита и др.). В остром периоде болезни болезни распыляют по одной дозе препарата в каждый носовой ход от 2 до 5 раз в сут до исчезновения симптомов инфекции. С профилактической целью ИРС 19 распыляют по одной дозе в каждую половину носа 2 раза в сут в течение 2 нед. Детям с иммунодефицитом по Т-клеточному типу срок назначения препарата может быть продлен до 1 мес [13].

Результаты многоцентрового исследования по оценке возможности применения ИРС 19 для профилактики заболеваний ЛОР-органов у часто болеющих детей, проведённого в рамках программы Союза педиатров России «Риносинуситы у детей» в шести детских медицинских центрах, показали, что применение препарата снизило число эпизодов ЛОР-заболеваний в среднем в 4,75 раза. Кроме того, иммунопрофилактика с помощью ИРС 19 уменьшила продолжительность эпизодов болезни. Так, общее количество дней заболевания сократилось в 4,5 раза, средняя длительность заболевания (обострения) — в 2,1 раза, что является прогностически важным показателем для часто и длительно болеющих детей с преобладающей патологией ЛОР-органов. На основании полученных данных препарат ИРС 19 был рекомендован в качестве профилактического средства для часто болеющих детей с преимущественной патологией ЛОР-органов [14].

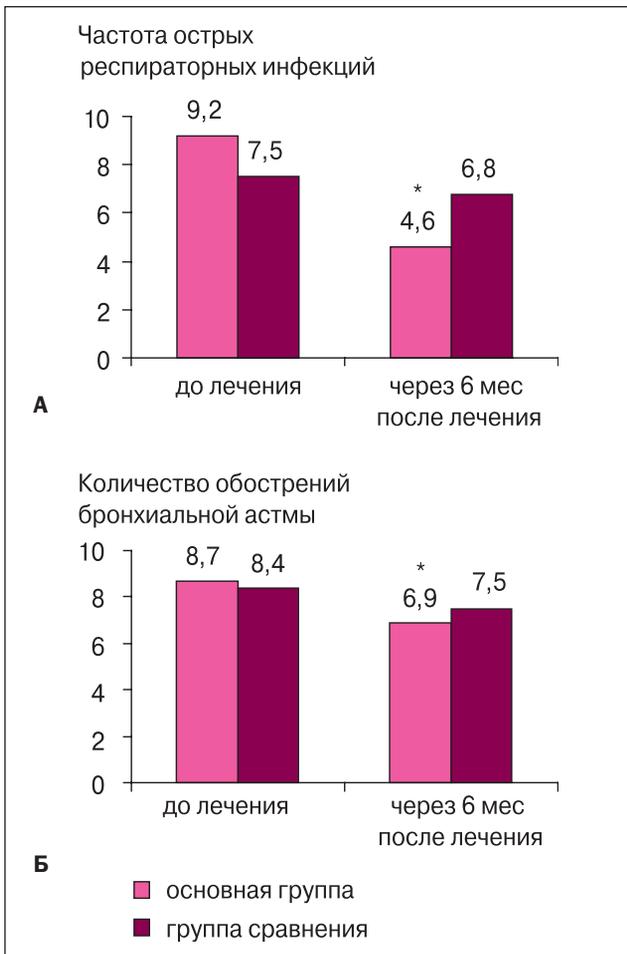
С аллергологических позиций в местном иммуномодуляторе ИРС 19 привлекают штаммы микроорганизмов, которые могут иметь отношение к аллергии, — это *Haemophilus influenzae, Neisseria subflava и perflava, Klebsiella pneumoniae*, группа кокковой флоры. Известно, что кокковая флора, особенно *Staphylococcus aureus*, является причиной развития вторичной инфекции у больных с аллергической патологией. А такие микроорганизмы, как *Neisseria spp., Klebsiella pneumoniae и Haemophilus influenzae*, в настоящее время рассматриваются как патогены, способные вызывать образование специфических иммуноглобулинов класса E. Развитие реактивного компонента на эти микроорганизмы может усилить аллергический процесс, и естественно возникает мысль об использовании препаратов, которые бы нивелировали это действие.

Нами исследована терапевтическая эффективность ИРС 19 у 60 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 3 до 15 лет, часто болеющих ОРВИ. Пациенты рандомизировались в 2 группы — основную, в которой дети, получали ИРС 19, и группу сравнения, получавшую только базисную противовоспалительную терапию бронхиальной астмы. У 43 детей был диагностирован хронический тонзиллит, у 14 при клиническом обследовании выявлены признаки бронхиальной инфекции (бронхит), у 3 — повторные отиты. Развитие бронхиальной астмы у пациентов было связано с сенсибилизацией к аллергенам домашней пыли (49,9%), *Dermatophagoides pteronyssimus* (36,5%), *Dermatophagoides farinae* (13,7%). Острая респираторная инфекция вызывала обострение астмы у всех больных со средней частотой от  $7,5 \pm 0,5$  до  $9,2 \pm 0,6$  раз в год. ИРС 19 применяли интраназально по 1 дозе в каждую половину носа 2 раза в сут в течение месяца. Лечение ИРС 19 проводилось на фоне базисной противовоспалительной терапии бронхиальной астмы. В течение 6 мес после лечения в основной и контрольной группах регистрировались число обострений заболеваний ЛОР-органов, частота интеркуррентных острых респираторных вирусных заболеваний, а также средняя продолжительность острого периода инфекционных заболеваний и обострений бронхиальной астмы.

Важным терапевтическим эффектом применения ИРС 19 было снижение частоты и длительности интеркуррентных острых респираторных вирусных инфекций у детей в основной группе в 2 раза ( $p < 0,05$ ) и обострений бронхиальной астмы в 1,3 раза (рис. 1).

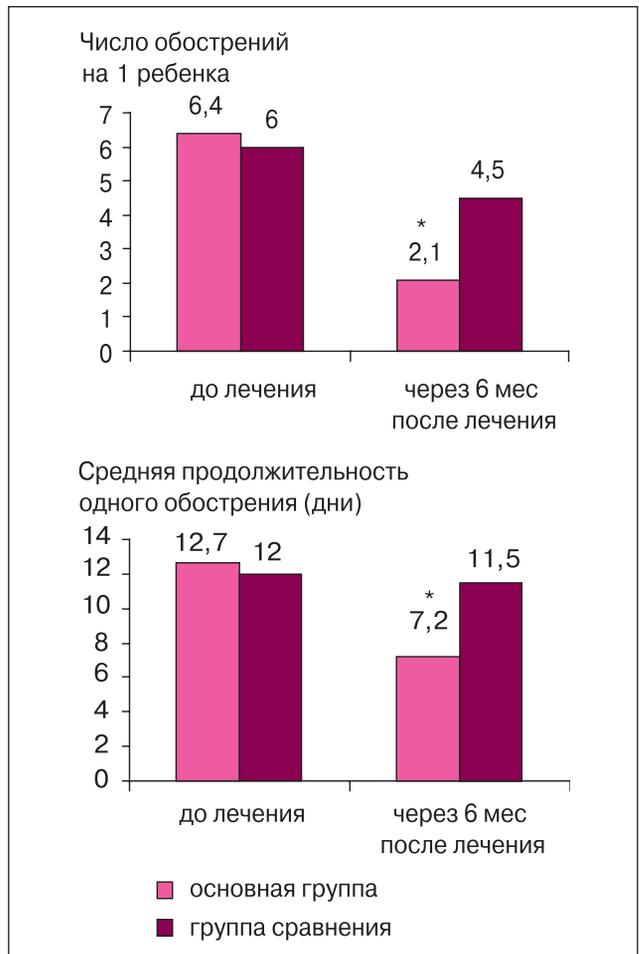
Применение ИРС 19 способствовало снижению частоты обострения хронической инфекции верхних дыхательных путей у детей с бронхиальной астмой в 3 раза ( $p < 0,001$ ), причем, продолжительность их уменьшилась в 1,8 раза ( $p < 0,001$ ) (рис. 2).

**Рис. 1.** Динамика частоты острых респираторных инфекций (ОРИ) (А) и обострений бронхиальной астмы (Б) у наблюдавшихся детей



\*  $p < 0,05$ .

**Рис. 2.** Характеристика обострений хронических инфекций дыхательных путей и ЛОР-органов у наблюдавшихся детей



\*  $p < 0,05$ .

В группе сравнения (получавших только базисную терапию бронхиальной астмы) снижения респираторной заболеваемости отмечено не было.

Исходно низкие показатели содержания компонентов IgA в слюне (sIgA<sub>1</sub> и sIgA<sub>2</sub>), выявленные у обследованных нами детей, свидетельствуют о недостаточности мукозального иммунитета у детей с аллергической патологией. На фоне лечения ИРС 19 показатели содержания компонентов IgA в слюне значительно повышались (рис. 3). После проведенной терапии препаратом ИРС 19 также возросло содержание в сыворотке крови иммуноглобулинов класса G ( $p < 0,001$ ).

Исследование состава микрофлоры у больных бронхиальной астмой детей показало, что количество патогенной флоры после лечения ИРС 19 снизилось (рис. 4). Уменьшилось число больных, выделявших *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, увеличилось количество выделителей сапрофитной флоры.

Исходя из этих данных, можно полагать, что терапевтический эффект ИРС 19 в значительной мере опосредуется на уровне изменений микробиоценоза верхних дыхательных путей и что это, вероятно, связано с изменениями в иммунном ответе.

Побочных явлений при применении препарата ИРС 19 мы не наблюдали.

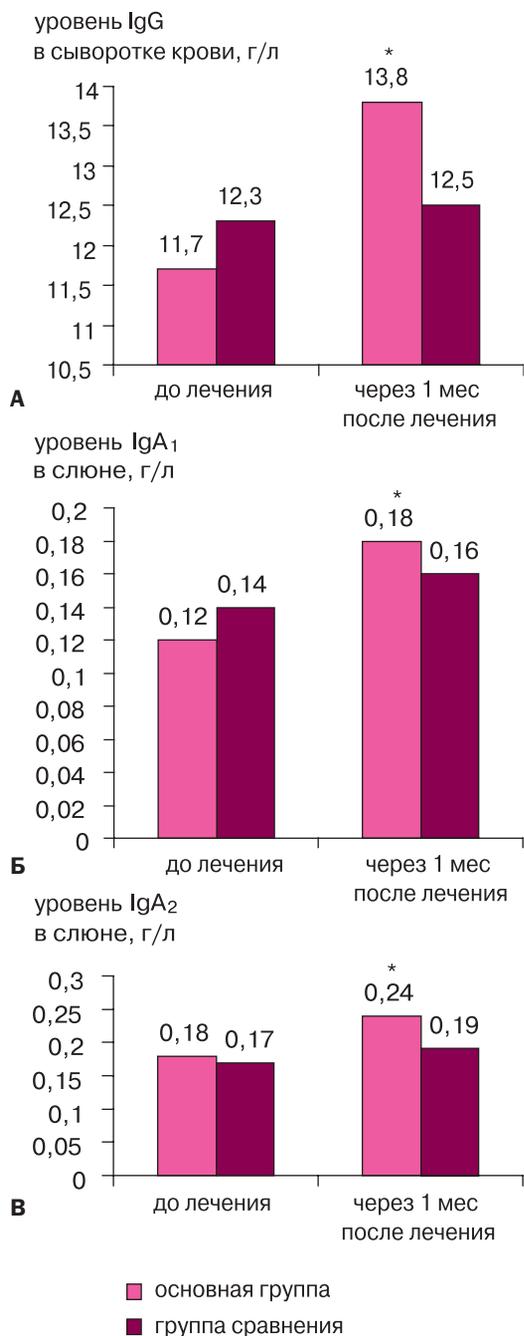
Таким образом, применение ИРС 19 у детей с бронхиальной астмой в комплексной терапии основного заболевания способствует уменьшению частоты интеркуррентных

респираторных инфекций. Полученный под влиянием препарата терапевтический эффект может быть связан с позитивными изменениями в иммунном ответе слизистых оболочек и гуморальном иммунитете. Наш опыт применения ИРС 19 свидетельствует о целесообразности его использования в лечении при бронхиальной астме у детей.

В связи с оптимизацией состава препарата, что связано с изменением спектра основных возбудителей острых и хронических инфекций респираторного тракта ИРС 19 с недавнего времени содержит в своём составе обновлённый спектр 18 лизатов бактерий (табл.). Появилось новое показание для применения: восстановление местного иммунитета после перенесённых гриппа и других вирусных инфекций.

Имудон (таблетки для рассасывания) также содержит смесь лиофилизированных бактериальных лизатов *Lactobacillus acidophilus*; *Lactobacillus delbrueckii subsp. lactis*; *Lactobacillus fermentum*; *Lactobacillus helveticus*; *Streptococcus pyogenes group A*; *Enterococcus faecalis*; *Enterococcus faecium*; *Streptococcus sanguinis*; *Staphylococcus aureus subsp. aureus*; *Klebsiella pneumoniae subsp. pneumoniae*; *Corynebacterium pseudodiphthericum*; *Fusobacterium nucleatum subsp. nucleatum*; *Candida albicans*. Препарат оказывает иммуномодулирующее действие за счёт увеличения содержания интерферона и лизоцима в слюне, стимуляции выработки антител и фагоцитарной активности макрофагов. Имудон показан при

**Рис. 3.** Содержание иммуноглобулина G (А) в сыворотке крови и фракций секреторного иммуноглобулина А в слюне (Б, В) у наблюдавшихся детей



\*  $p < 0,05$ .

инфекционно-воспалительных заболеваний ротоглотки: фарингите, парадонтите, гингивите, стоматите, глоссите; с целью профилактики и лечения инфекционных осложнений до и после тонзилэктомии, удаления зубов, а также часто болеющим детям. Противопоказанием является гиперчувствительность к компонентам препарата. При лечении острых состояний и обострениях хронических воспалительных заболеваний ротоглотки, а также для профилактики препарат принимают по 6 табл. в сут (средняя длительность курса — 10 дней). Продолжительность курса для профилактики хронических заболеваний — 20 дней. Имудон хорошо сочетается с антибиотикотерапией. С профилактической целью рекомендуется проводить 2–3 курса лечения в год [12, 13, 15].

**Таблица.** Обновлённый состав лизатов бактерий препарата ИРС 19

<i>Streptococcus pneumoniae</i> , type I	1,11 мл
<i>Streptococcus pneumoniae</i> , type II	1,11 мл
<i>Streptococcus pneumoniae</i> , type III	1,11 мл
<i>Streptococcus pneumoniae</i> , type V	1,11 мл
<i>Streptococcus pneumoniae</i> , type VIII	1,11 мл
<i>Streptococcus pneumoniae</i> , type XII	1,11 мл
<i>Haemophilus influenzae</i> , type B	3,33 мл
<i>Klebsiella pneumoniae</i> ss. <i>pneumoniae</i>	6,66 мл
<i>Staphylococcus aureus</i> ss. <i>aureus</i>	9,99 мл
<i>Acinetobacter calcoaceticus</i>	3,33 мл
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2,22 мл
<i>Neisseria subflava</i>	2,22 мл
<i>Neisseria perflava</i>	2,22 мл
<i>Streptococcus pyogenes</i> , group A	1,66 мл
<i>Streptococcus dysgalactiae</i> , group C	1,66 мл
<i>Enterococcus faecium</i>	0,83 мл
<i>Enterococcus faecalis</i>	0,83 мл
<i>Streptococcus</i> , group G	1,66 мл

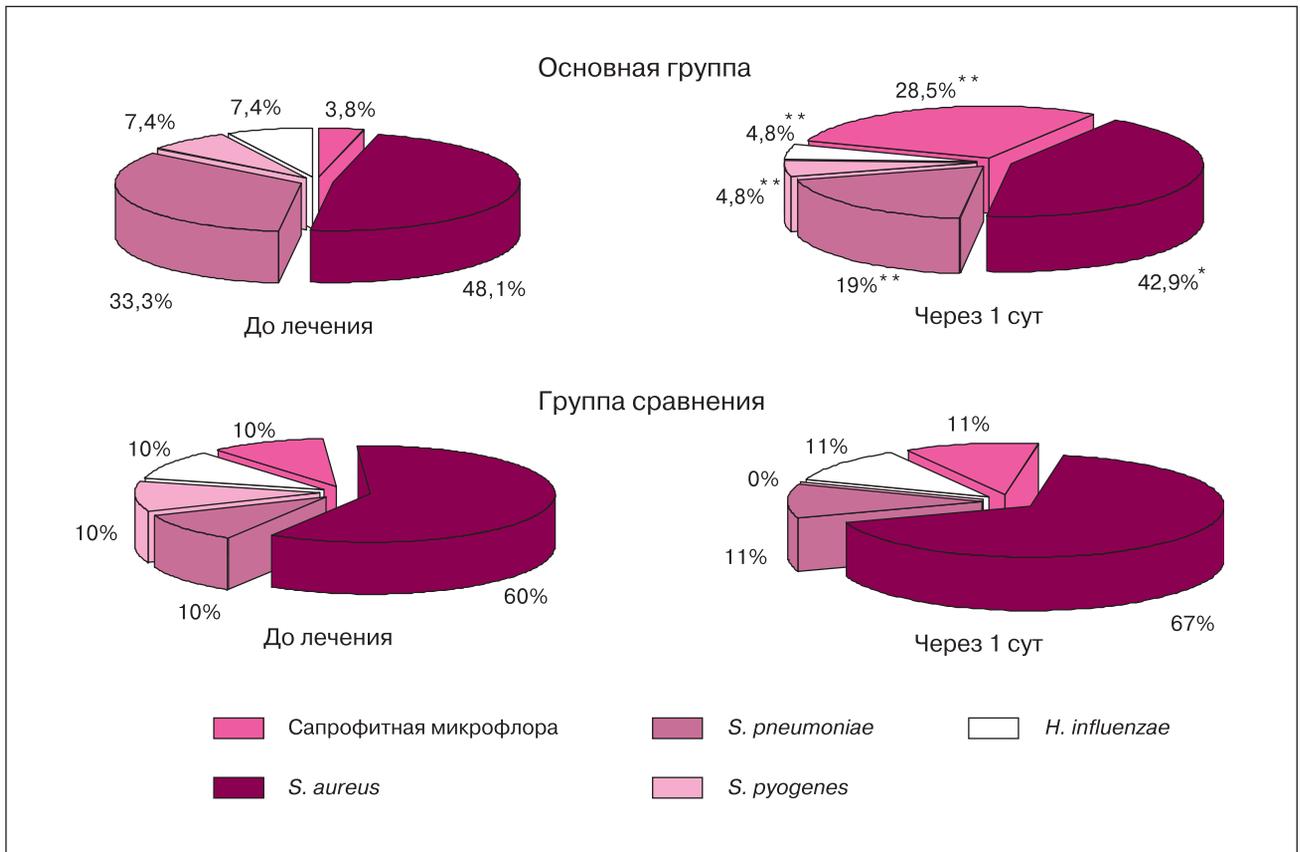
Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей относятся к наиболее распространённым в педиатрической и стоматологической практике. Особое место в этой проблеме занимает острый герпетический стоматит, так как на него приходится более 80% всех заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей [16, 17].

Состояние местных факторов защиты у детей, больных острым герпетическим стоматитом, коррелирует с тяжестью течения патологического процесса, поэтому патогенетически обоснованным является включение в комплексную схему терапии средств, направленных на устранение нарушений местного иммунитета.

При использовании препарата Имудон в комплексном лечении острого герпетического стоматита у детей на кафедре детской терапевтической стоматологии Московского государственного медико-стоматологического университета положительный эффект наблюдался уже на второй день в случае обращения к врачу в первый день заболевания: эрозии не переходили в афты, в окружающей слизистой оболочке инфильтраты не образовывались. Эффективность комплексной терапии острого герпетического стоматита с использованием средств стимулирующей иммунотерапии была высоко оценена, и Имудон был рекомендован для включения в схему лечения этого заболевания. Осложнений и побочных действий при использовании препарата не наблюдалось [18, 19].

У детей с аллергической патологией заболевания слизистой оболочки полости рта наблюдаются достаточно часто. Мы располагаем опытом применения препарата Имудон при острых стоматитах у детей с сочетанной формой аллергии. Под наблюдением находились 15 детей с дерматореспираторным синдромом в возрасте от 3 до 8 лет с явлениями острого стоматита. Имудон назначали с рекомендацией принимать по 1 табл. 6 раз в сут (средняя длительность курса 7 дней) в комбинации с комплексной терапией основного заболевания. Оценка эффективности проводилась на основании субъективных данных, динамики эпителизации

Рис. 4. Характеристика микрофлоры носа и зева до и после лечения у наблюдавшихся детей



\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,001$ .

слизистой полости рта. У 8 из 15 детей была диагностирована герпетическая инфекция, у 10 из 15 — выделен *S. aureus*, у 8 из 15 — *Candida albicans*. В большинстве случаев (12 из 15) у наблюдаемых детей была выделена смешанная флора. Моноинфекция имела место в 3 случаях. Нами отмечено улучшение состояния слизистой полости рта у 85% детей — начиная с 3 сут, у 15% — с 4 сут от начала приёма препарата; было выявлено снижение болезненности патологических элементов, уменьшение отёчности слизистой, улучшение общего состояния, нормализация аппетита. Иммунологические исследования выявили у больных, получавших Имудон, повышение секреторных иммуноглобулинов А в слюне. Показатели сывороточных иммуноглобулинов, общего IgE и специфических IgE-антител оставались без изменений. Осложнений и побочных действий при использовании Имудона отмечено не было, рецидивов заболевания не наблюдалось.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что эффект ИРС 19 и Имудона в значительной мере может быть опосредован иммунологически: с одной стороны, с изменением специфического иммунитета по отношению к микроорганизмам, с другой стороны, за счёт повышения неспецифической резистентности организма на уровне фагоцитарной функции, увеличения продукции лизоцима, опсонин и интерферонов. Наш опыт применения этих препаратов позволяет рекомендовать их в лечении аллергических болезней у детей.

Об этом свидетельствует также положительный опыт, полученный в ходе осуществления многоцентрового исследования «Часто болеющие дети мегаполисов» [20]. Ис-

следование показало, что у детей, получавших местные бактериальные лизаты ИРС 19 и Имудон, на фоне проводимой терапии в 2 раза быстрее происходило исчезновение клинических признаков острой респираторной инфекции, лабораторные показатели также быстрее возвращались к нормативным данным, чем у детей контрольной группы, получавшей только традиционную терапию острой респираторной инфекции. Дети, получавшие терапию топическими бактериальными лизатами ИРС 19 и Имудон, стали в 2 раза реже болеть острой респираторной инфекцией, длительность заболевания снизилась более чем в 2 раза, а количества пропусков школы — в 4 раза. Кроме того, было отмечено, что у детей с сопутствующей аллергической патологией (бронхиальная астма, аллергический ринит), составляющих наибольшую часть среди часто и длительно болеющих детей мегаполисов (77%), также наблюдалось снижение обострения аллергической болезни на фоне острой респираторной инфекции (в 2,5 раза), значительно реже стали обращения за стационарной медицинской помощью, госпитализаций по неотложным показаниям при этом отмечено не было.

Таким образом, применение топических бактериальных лизатов (ИРС 19 и Имудон) благодаря высокой клинической эффективности и безопасности, выраженному терапевтическому и профилактическому действию, положительному влиянию на иммунный ответ слизистых оболочек позволяет снизить частоту и продолжительность эпизодов респираторных инфекций и обострений на их фоне аллергической патологии.

# ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- ринит
- синусит
- ларингит и трахеит
- фарингит,  
ринофарингит
- ТОНЗИЛЛИТ
- бронхит
- отит
- предоперационная  
подготовка
- послеоперационный  
период



**SOLVAY  
PHARMA**

119334, г. Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5  
Тел.: (495) 411-6911  
Факс: (495) 411-6910  
[Http://www.solvay-pharma.ru](http://www.solvay-pharma.ru)  
E-mail: [info@solvay-pharma.ru](mailto:info@solvay-pharma.ru)

Регистрационный номер: П №012103/01-2000

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Истамов Х.М. Экологическая иммунология. М.: ВНИРО. — 1995. — С. 10–12.
2. Folkerts G., Busse W.W., Nijkamp F.P. et al. Virus-induced airway hyperresponsiveness and asthma // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 1998. — V. 157. — 1708 p.
3. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. — М.: Медицина, 1999. — 240 с.
4. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей. М.: Медицина. — 2003. — 320 с.
5. Булгакова В.А., Балаболкин И.И., Сенцова Т.Б. Респираторно-вирусная инфекция у детей и подростков с аллергической патологией. Детские инфекции. — 2005. — Т. 4, № 4, С. 17–24.
6. Титов Л.П., Кирильчик Е.Ю. Особенности иммунного статуса у часто и длительно болеющих детей с сопутствующей аллергической патологией // *Иммунология.* — 2000. — № 3. — С. 29–33.
7. Marring H.L., Scharztein R. Respiratory sensations in asthma; Physiological and clinical implications // *Asthma.* — 2001. — V. 38, № 6. — P. 447–460.
8. Микрофлора пищеварительного тракта / Под ред. А.И. Хавкина. — М.: Фонд социальной педиатрии, 2006. — 416 с.
9. Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин. Современные иммуномодуляторы. Классификация, механизм действия // *Росс. аллергол. журн.* — 2005. — № 4. — С. 30–43.
10. Hadden J.W. Immunostimulants. *Immunol. Today* 1993. — V. 3. — P. 275–280.
11. Коровина Н.А., Чебуркин А.В., Заплатников А.Л. и др. Иммунокорригирующая терапия часто и длительно болеющих детей. — М.: 1998. — 44 с.
12. Маркова Т.П., Чувилов Д.Г. Применение топических иммуномодуляторов в группе часто и длительно болеющих детей. В кн.: *Иммунокоррекция в педиатрии.* — М.: Медицина для всех. — 2001. — С. 91–98.
13. Костинов М.П., Магаршак О.О., Жирова С.Н. Иммуностропные препараты, применяемые с лечебной и профилактической целью. В кн.: *Иммунокоррекция в педиатрии.* — М.: Медицина для всех. — 2001. — С. 19–36.
14. Гаращенко Т.И., Балаболкин И.И., Булгакова В.А. и др. Многоцентровое исследование эффективности применения ИРС 19. В кн.: *Иммунокоррекция в педиатрии.* М.: Медицина для всех. — 2001. — С. 86–90.
15. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. Боровского Е.В., Машкиллейсона А.Л. М.: МЕДпресс, 2001. — 320 с.
16. Глинских Н.П. Герпесвирусы человека. В кн.: *Неизвестная эпидемия, герпес.* — Смоленск, 1997. — 8 с.
17. Brown D. European Study of the epidemiology and seroprevalence of HSV-2. Serological assays for Herpes simplex virus infections: new developments. *European Congress on STDs.* — 1996. — 19 p.
18. Елизарова В.М., Дроботыко Л.Н., Страхова С.Ю. Имудон в детской стоматологии // *Рус. мед. журн.* — 2000. — Т. 2. — 949 с.
19. Елизарова В.М., Дроботыко Л.Н., Страхова С.Ю. Острый герпетический стоматит у детей // *Вопросы современной педиатрии.* — 2002. — Т. 1, № 6. — С. 66–70.
20. Намазова Л.С., Ботвиньева В.В., Торшхоева Р.М. и др. Часто болеющие дети мегаполисов: лечение и профилактика острых респираторных инфекций // *Педиатрическая фармакология.* — 2006. — Т. 3, № 1. — С. 13–17.

**Информация для педиатров****ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО О ФАКУЛЬТЕТЕ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕДИАТРОВ ММА им. И.М.СЕЧЕНОВА**

Приказом ректора Р-275 и решением Ученого Совета от 25 октября 2005 г. в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова организован факультет послевузовского профессионального образования педиатров. Основной клинической базой факультета является Научный центр здоровья детей РАМН.

Декан факультета — д.м.н., профессор, заведующая курсом детской ревматологии кафедры педиатрии ФППО педиатров, заведующая ревматологическим отделением ГУ НЦЗД РАМН Екатерина Иосифовна Алексеева  
В состав факультета включено 5 кафедр:

1. **Кафедра педиатрии с курсом детской ревматологии** (зав. кафедрой — академик РАМН, профессор, директор ГУ НЦЗД РАМН Александр Александрович Баранов, зав. курсом — д.м.н., профессор, заведующая ревматологическим отделением ГУ НЦЗД РАМН Екатерина Иосифовна Алексеева).
2. **Кафедра гигиены детей и подростков** (зав. кафедрой — д.м.н., профессор, директор НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ГУ НЦЗД РАМН Владимир Ремирович Кучма).
3. **Кафедра педиатрии** (зав. кафедрой — д.м.н., профессор Олег Константинович Ботвиньев).
4. **Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии** (зав. кафедрой — академик РАМН, профессор Владимир Иванович Кулаков).

5. **Кафедра аллергологии и клинической иммунологии** (зав. кафедрой — д.м.н., профессор Лейла Сеймуровна Намазова).

Программы циклов рассчитаны на 72, 144, 216, 532 часа, включают в себя основные разделы педиатрии и предусматривают чтение лекций, проведение семинаров, практических занятий, школ, круглых столов.

Кафедра педиатрии с курсом детской ревматологии проводит сертификационные циклы, циклы тематического усовершенствования, циклы первичной переподготовки (формы обучения — очная, очно-прерывистая, выездные циклы), подготовку ординаторов, интернов и аспирантов по основным направлениям педиатрии.

Кафедра аллергологии и клинической иммунологии проводит циклы тематического усовершенствования (формы обучения очная, очно-прерывистая).

По всем вопросам обращаться по телефонам: (495) 134-14-94, 132-37-80 — к.м.н, доцент, зав. учебной частью кафедры педиатрии с курсом детской ревматологии ФППО педиатров Чистякова Евгения Геннадьевна (e-mail: chistyakova@nczd.ru).