

bolii cardiace ischemice se numără:

1. Electrocardiograma de repaus cu 12 derivații – cunoscută sub denumirea de ECG, este de primă intenție și indispensabilă diagnosticului;

2. Analizele de laborator – pe lângă cele uzuale și cele care vizează decelarea factorilor de risc, cum ar fi profilul lipidic sau glicemia, se recoltează enzime miocardice (CK, CKMB) și mai specifică, troponina cardiacă;

3. Ecocardiografia – de obicei se folosește pentru evaluarea funcției cardiace sau a complicațiilor bolii cardiace ischemice, în special ale infarctului miocardic acut, cât și pentru a infirma sau confirma un diagnostic diferențial;

4. Testul ECG de efort – este folosit în scop diagnostic, în cazul unui traseu ECG de repaus normal, dar și pentru evaluarea riscului și prognosticului bolii cardiace ischemice;

5. Scintigrafia miocardică – obiectivează ischemia la pacienții care din diverse motive (fizice sau anomalii ECG) nu pot efectua un test ECG de efort;

6. Investigații de înaltă acuratețe – angio CT și mai ales coronarografia, care se poate completa ulterior cu procedura de revascularizare percutană [4].

Tratamentul bolii cardiace ischemice, indiferent de forma sub care se prezintă (angină pectorală sau infarct miocardic), cuprinde 3 direcții terapeutice majore: modificarea stilului de viață și a regimului igienico-dietetic, tratamentul medicamentos și, în cele mai multe cazuri, cel intervențional, de revascularizare miocardică percutană sau chirurgicală.

În primul rând, este esențială schimbarea stilului de viață: oprirea fumatului, scăderea în greutate pentru pacienții obezi, adoptarea unei diete stil mediteranean, constând în multe

fructe, legume, pește și mai puține glucide, grăsimi de origine animală, evitarea pe cât posibil a sedentarismului cu efectuarea de exerciții fizice zilnice, în limita toleranței.

În ceea ce privește tratamentul medical, acesta trebuie să conțină obligatoriu un antiagregant plachetar, pe care pacientul îl va lua ulterior întreaga viață. În unele cazuri este necesară asocierea a două antiagregante plachetare, adică pe lângă tratamentul cu aspirină, se administrează și clopidogrel, prasugrel sau ticagrelor. Alte clase terapeutice utilizate sunt: anticoagulantele (perioadă limitată), betablocantele, blocantele de calciu, inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei (IECA), blocanții de receptori de angiotensină (sartani) – în caz de intoleranță la IECA, statinele și nitrații. În condițiile unui infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST survenit în afara unui centru de angioplastie primară se utilizează tromboliza și ulterior pacientul este referit pentru coronarografie unei clinici de specialitate [5].

Abordarea intervențională a pacienților coronarieni cuprinde revascularizarea percutană prin angioplastie cu stent, în cazul în care anatomia coronariană o permite, sau, revascularizarea prin by-pass aortocoronarian cu arteră mamară, arteră radială sau venă safenă internă.

Prognosticul bolii cardiace ischemice poate fi unul favorabil, de exemplu în cazul pacienților cu infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST, care au beneficiat de dezobstrucția rapidă a arterei coronare responsabile de infarct, sau nefavorabil, în cazul celor care asociază complicații, cum ar fi insuficiența cardiacă, ruptura de perete liber ventricular, de sept interventricular sau de mușchi papilar, tulburări de ritm sau de conducere și complicații de tip trombotic.

Bibliografie

1. Date raportate prin sistemul DRG la Casa Națională de Asigurări de Sănătate România în anul 2017. Sursa – Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, Societatea Română de Cardiologie;
2. Tatu-Chițoiu G (coordonator RO-STEMI) – Raportul Registrului Român pentru Infarct Miocardic Acut cu Supradenivelare de Segment ST (RO-STEMI) (1997-2008). Revista Română de Cardiologie. 2009; XXIV, 3: 182-206;
3. Z. Reiner et al. Guidelines for the management of dyslipidemias. Eur Heart J, 2015; 32: 1769-1818;
4. Cristopher P. Cannon, Braunwald E. Unstable Angina and Non-ST Elevation Myocardial Infarction, In Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 8th ed. 2007; 1319-14340;
5. Ph. Gabriel Steg et al. Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J, 2012; 33(20): 2569-2619.



ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ И ГРИППА ИНДУКТОРАМИ ИНТЕРФЕРОНА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

PROFILAXIA INFECȚIILOR VIRALE ȘI A GRIPEI CU INDUCTORI AI INTERFERONULUI LA COPII CU BOLI ALERGICE

PREVENTION OF THE ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTION (ARVI) AND FLU BY THE INFLUENCE OF INTERFERON INDUCERS AT THE CHILDREN WITH ALLERGIC DISEASES

Шит С. М., к.м.н., доцент департамента педиатрии Кишиневского Государственного Университета Медицины и Фармации им. "Н. Тестемицану", врач аллерголог-иммунолог

1 - Государственный Университет Медицины и Фармации им. "Н. Тестемицану"

2 - CSF "Galaxia"

Rezumat

Terapia efectuată cu utilizarea Kagotsel[®], pentru prevenirea gripei și infecțiilor virale respiratorii acute în timpul perioadei de creștere sezonieră a bolilor respiratorii, la pacienți cu boli alergice (astm bronșic, dermatită atopică și rinită alergică), s-a dovedit a fi eficientă, cât din punctul de vedere preventiv, atât și medical. Datele obținute în cadrul studiului reprezintă dovada influenței profilactice favorabile a medicamentului Kagotsel[®] asupra frecvenței și severității infecției virale respiratorii acute, ce permite reducerea numărului de prescripții ale antibioticilor la complicațiile bacteriene ale gripei și infecțiilor virale respiratorii acute la copii. Acest lucru este important pentru a prognoza reducerea reapariției bolii și reprezintă motivul principal pentru utilizarea acestui inductor al interferonului ca măsură profilactică în perioada care precede creșterea volumului infecțiilor virale și al gripei. Terapia cu Kagocel, efectuată în timpul creșterii sezoniere a bolilor respiratorii, la pacienți cu boli alergice, a demonstrat eficiența, cât din punct de vedere a cursului favorabil al bolilor virale, cu scăderea frecvenței complicațiilor, atât și pentru a preveni exacerbarea patologiei alergice.

Abstract

Therapy with Kagocel[®], with the purpose of prevention of acute respiratory infections and flu, during seasonal increase of respiratory diseases number, at patients with allergic diseases (bronchial asthma, atopic dermatitis and allergic rhinitis), has shown its effectiveness from both preventive and therapeutic point of view. The data obtained during the study represents a proof of the beneficial preventive effect of Kagocel[®] on the frequency and severity of ARVI flow, which allows reducing the number of antibiotic prescriptions for bacterial complications of acute respiratory viral infection and flu, at children. This is important for forecasting a decrease in the repetitions' frequency of the basic disease and is the justification for the utilization of this inductor as a prophylactically measure in the period which precedes the increase of ARVI and flu appearance. Kagocel[®] therapy during the seasonal increase of respiratory diseases frequency, at patients with allergic diseases, showed effectiveness in terms of both a more favorable course of viral disease and a decrease of frequency of complications, and prevention of aggravation of allergic pathology.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп представляют собой серьезную проблему у детей во всем мире, имеющую наибольшую остроту и актуальность среди всех инфекционных заболеваний. Это связано как с высоким риском развития серьезных осложнений ОРВИ и гриппа, неблагоприятным их влиянием на состояние здоровья растущего организма, так и преобладающей долей ОРВИ в структуре детской смертности в целом. Особенно часто вирусные инфекции встречаются у детей с иммунными нарушениями, к которым относятся больные с аллергическими заболеваниями. Этот контингент больных требует индивидуального подхода к назначению иммуномодулирующих средств, а также постоянного проведения мероприятий по профилактике развития вирусных инфекций. Кроме того, у детей с аллергическими заболеваниями (АЗ) комбинация различных иммунологических нарушений приводит к прогрессированию хронического аллергического воспаления, что сопровождается нарастанием тяжести течения заболевания.

В последние годы аллергические заболевания всё чаще стали называть «глобальной проблемой человечества» из-за их высокой распространённости у детей и взрослых. Около 40% жителей нашей планеты страдают аллергическими реакциями/заболеваниями [1]. Достигнутый прогресс в изучении механизмов развития АЗ у детей способствовал разработке концепции патогенеза, согласно которой основу патологии составляет хроническое аллергическое воспаление, являющееся следствием вторичного иммунодефицитного состояния.

В основе развития АЗ лежат IgE - опосредованные реакции, сопровождающие воспаление кожных покровов при atopическом дерматите (АД), слизистой оболочки носа при аллергическом рините (АР) и слизистой бронхов при бронхиальной астме (БА). Клиническая картина аллергических поражений у детей напрямую связана с возрастом ребенка и особенностями воспалительных изменений в коже и бронхах. Так, у детей до 5 лет кожные проявления характеризуются экзематозными проявлениями, а бронхиальная обструкция возникает за счет отека слизистой оболочки бронхов и гиперсекреции слизи [3,4].

Одним из факторов высокого риска развития бронхиальной астмы (БА) у детей считается atopический дер-

матит (АД), который можно считать **первым** (по срокам возникновения) аллергическим заболеванием, а также начальным этапом «атопического марша»: atopический дерматит — аллергический ринит – бронхиальная астма. Именно, atopический дерматит является одним из самых распространенных аллергических (соматических) заболеваний у детей раннего возраста (первого года жизни). Как правило, у подавляющего большинства (70–85%) детей atopический дерматит впервые проявляется в первый год жизни, и, лишь у 10–15% маленьких пациентов, он может начинаться в более старшем возрасте.

Факторы риска развития АД у детей:

- наследственная предрасположенность;
- искусственное вскармливание;
- нарушение функций желудочно-кишечного тракта;
- фармакологическая нагрузка, например, антибиотиками;
- влияние различных аллергенов.

Диагностические критерии АД (J.M. Hanifin, G. Rajka, 1980)

Главные

- кожный зуд;
- типичная морфология (папуловезикула + вторичные элементы);
- типичная локализация поражений кожи;
- хроническое рецидивирующее течение;
- начало заболевания в раннем возрасте (до 2-х лет);
- атопия в анамнезе или наследственная предрасположенность к атопии.

Дополнительные

- ксероз;
- ихтиоз / усиление рисунка на ладонях;
- реакции немедленного типа;
- абсолютная и относительная эозинофилия в общем анализе крови;
- повышенный уровень сывороточного IgE;
- частые инфекционные поражения кожи, в основном стафилококковой и герпетической этиологии;
- локализация кожного процесса на сгибательных поверхностях конечностей;
- дополнительные суборбитальные складки Денье-Моргана;
- периорбитальная гиперпигментация, темные круги под

глазами и др.

Для постановки диагноза АД необходимо: не менее 3-х главных, а также 3-х дополнительных критериев, при минимальном сроке сохранения симптомов не менее 6 недель.

Вторым по времени возникновения в «атопическом марше» у детей является аллергический ринит. Аллергический ринит – это хроническое заболевание, в основе которого лежит воспалительная IgE-опосредованная реакция, вызванная попаданием аллергенов на слизистую оболочку полости носа.

Аллергический ринит (АР) является наиболее распространенным атопическим заболеванием, характеризующимся такими симптомами, как ринорея, приступы чихания, заложенность носа и зуд. Указанные симптомы снижают качество жизни пациентов, оказывают влияние на повседневную активность, а также снижают качество сна и продуктивность работы. Следует отметить, что недостаточный контроль АР, помимо нарушений сна, повышенной дневной усталости, нарушений обучения, может привести к развитию апноэ во сне и БА.

Бронхиальная астма – третий этап «атопического марша» - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей – наиболее распространенное аллергическое заболевание (АЗ) детского возраста.

Диагноз БА обычно основывался на жалобах, данных анамнеза, осмотра и типичных симптомах: частые эпизоды свистящих хрипов в грудной клетке (более одного в месяц); кашель или хрипы, вызванные физической нагрузкой; кашель по ночам в отсутствие вирусной инфекции. У детей с БА, соответственно, тяжелое течение заболевания имело место в 40% случаев, среднетяжелое - в 53%, а легкое - в 7% случаев. У детей с АД соответственно, течение заболевания: тяжелое - 45%, среднетяжелое - 41%, легкое - 14%. У больных с АД при тяжелом течении индекс SCORAD составил более 40 баллов, при среднетяжелом - от 20 до 40 баллов, при легком - до 20 баллов.

Лечение АЗ подразумевает использование комплексного подхода, основанного на рациональном применении фармакотерапевтических средств различных групп, как в приступном периоде, так и в межприступном периоде. Применение при АЗ медикаментозных лекарственных средств, обладающих различными механизмами действия, требует подбора строгой и рациональной их комбинации с целью предупреждения полипрагмазии и обеспечения терапевтической эффективности. Наблюдения последних лет свидетельствуют о том, что имеется отчетливая тенденция к увеличению числа больных, особенно детей, с сочетанными формами кожной и респираторной аллергии с так называемым дермо-респираторным синдромом [3].

К числу важных составляющих терапии АЗ относятся снижение риска развития обострений, предотвращение снижения функции легких и развития нежелательных побочных эффектов лекарств.

Целями терапии БА являются достижение и поддержание контроля заболевания, определяемого минимальными (не более 2 случаев в неделю) дневными симптомами и потребностью в препаратах для их облегчения, отсутствием ночных симптомов и ограничения активности пациента, а также нормальной функцией легких [7].

Больные с аллергическими заболеваниями требуют индивидуального подхода к назначению иммуномодулирующих

средств. Мы провели работу, целью которой являлась профилактика ОРВИ и гриппа, и их осложнений, у детей с аллергопатологией, противовирусным препаратом Кагоцел® (Кагоцел®). Кагоцел® (НИАРМЕДИК ПЛЮС, Россия) относится к индукторам интерферонов (ИФН) [2].

Выработка интерферонов (ИФН) – первая линия защиты клетки от вирусной инфекции, значительно опережающая синтез специфических антител и другие факторы иммунитета. В отличие от антител, ИФН ингибируют внутриклеточные этапы репродукции вирусов в зараженных клетках и обеспечивают невосприимчивость к вирусам окружающих здоровых клеток. Попадая из ворот инфекции в кровь, ИФН распределяются по организму, предотвращая последующую диссеминацию вирусов.

Механизм действия и спектр активности индукторов интерферона (ИИ), к которым относится Кагоцел®, и интерферонов аналогичны, однако ИИ имеют целый ряд преимуществ перед экзогенными интерферонами. В частности, образование эндогенного ИФН при введении ИИ является более физиологичным процессом, нежели постоянное введение больших доз ИФН, которые к тому же быстро выводятся из организма и угнетают образование собственных аутологических ИФН.

Индукторы ИФН, в отличие от экзогенных препаратов рекомбинантных ИФН, не приводят к образованию в организме пациента антител к ИФН, слабоаллергенны, а самое главное — вызывают пролонгированную продукцию эндогенного ИФН в физиологических дозах, достаточных для достижения терапевтического и профилактического эффектов.

Детальное изучение Кагоцел позволило установить двоякое его действие: этиотропный эффект препарата в отношении широкого спектра респираторных вирусов сочетается с выраженными иммуномодулирующими свойствами.

Наряду с базисной терапией основного заболевания в осенне-зимний период (с октября по март) всем обследованным пациентам с АЗ назначался курс профилактического лечения Кагоцелом по схеме два дня подряд в неделю, затем 5 дней перерыв в возрастных дозах, указанных в инструкции в течение 4-8 недель.

При необходимости (повышенная эпидемическая обстановка по вирусным заболеваниям) курс профилактики продлевался до 8 недель, либо повторялся через месяц в течение 5 недель. Эффективность терапии оценивалась по частоте ОРВИ и гриппа и тяжести течения заболевания, так же оценивалась частота обострений АЗ.

В случае заболевания детьми ОРВИ, Кагоцел® назначался по лечебной схеме в возрастных дозах согласно инструкции препарата.

Эффективность препарата оценивалась по срокам уменьшения симптомов интоксикации, катаральных явлений, клинических проявлений болезни, данных лабораторного исследования, свидетельствующих об активности патологического процесса, элиминации вирусов из слизистой оболочки полости носа, данных иммунного статуса. Нами было отмечено, при приеме Кагоцела, более легкое течение заболеваний респираторными инфекциями и зарегистрировано уменьшение числа осложненных форм в 2 раза. Прием данного препарата не вызывал развития обострения аллергической патологии.

Под нашим наблюдением находилось в период с 2012 по

2017 г. 551 больных с АЗ в возрасте от 3-х до 18 лет: 264 – с АД, 187 – с БА и 100 с АР, получавших Кагоцел. Группу контроля составили по 30 больных БА, АД и АР, у которых при заболевании ОРВИ помимо базисной терапии основного заболевания применялась только симптоматическая терапия [5-10].

У 90% матерей (в возрасте 25-30 лет) обследованных детей отмечался отягощенный аллергоанамнез, при том что у 40% из них одновременно регистрировалась и гастроинтестинальная патология. Абсолютное большинство матерей, во время беременности, в питании использовали облигатные аллергены, в первую очередь коровье молоко и молочные продукты, несмотря на то, что у 50% из них в этот период отмечались обострения аллергопатологии. В перинатальном анамнезе этих детей чаще наблюдались асфиксия в родах, недоношенность, синдром задержки внутриутробного развития плода, на первом году жизни — частые ОРВИ, бронхиты и пневмонии.

Клинические наблюдения и обследования детей больных АЗ позволили выявить следующие сопутствующие АЗ заболевания и патологические состояния: заболевания желудочно-кишечного тракта у 80–89% больных, изменения вегетативной нервной системы – у 55%.

У всех наблюдаемых больных проводили сбор данных аллергологического анамнеза, углубленное клиническое и параклиническое обследование. При первичном обследовании всем больным, наряду с общеклиническим обследованием, была сделана иммунограмма с определением Т-лимфоцитов и их фракций (Т-супрессоров и Т-хелперов), и В-лимфоцитов, IgA, IgM, IgG, а также определение в сыворотке крови общего IgE и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). В периоде клинической ремиссии определяли специфические IgE к различным группам аллергенов (методом иммуноферментного анализа ELISA).

Оценку эффективности терапии проводили на основе анализа частоты заболевания ОРВИ и тяжести их течения, а также динамики клинических симптомов основного аллергического заболевания. Положительным клиническим эффектом считали исчезновение воспалительных кожных (при АД) и респираторных (при БА и АР) проявлений на 7-10 день приема Кагоцел. Положительным клиническим эффектом при АД считали исчезновение воспалительных кожных проявлений, а также снижение индекса SCORAD более чем в два раза на 2 - 3 неделе после добавления к базисной терапии Кагоцела.

Было выявлено у всех обследованных больных до приема препарата Кагоцел® снижение общего количества Т-лимфоцитов с повышением Т-хелперов и снижением Т-супрессоров, снижение общего количества В-лимфоцитов у 65% обследованных: снижение IgA у всех обследованных, повышение IgE у 70%; у 30% больных отмечалось повышение ЦИК. У детей с легким течением АЗ уровень общего IgE в сыворотке крови составил $108 \pm 17,0$ МЕ/мл ($p < 0,05$), со среднетяжелым течением – $167 \pm 12,0$ МЕ/мл ($p < 0,05$) и с тяжелым течением – более 300 МЕ/мл ($p < 0,05$). После применения Кагоцел уровень IgE у детей с легким и среднетяжелым течением АД и БА и АР составил 60 ± 10 МЕ/мл ($p < 0,05$), а у детей с тяжелым течением – 86 ± 17 МЕ/мл ($p < 0,05$), т.е. снизился в 2,5 раза. После проведенного профилактического лечения у всех больных с АЗ сократилось количество респираторных заболеваний до 1-2-х в

сезон (до лечения - было 1-2 в месяц). Кроме того, у 150 больных с БА (80%) сократилось число приступов: с 1-2-х в неделю до 1-2-х в квартал. У 222 детей с АД (84%) не отмечалось обострения заболевания, а у 40 (15%) – обострение было локальным и кратковременным. У 66 больных АР и БА количество приступов БА резко сократилось, а обострение АР на фоне ОРВИ не отмечено. Проведенные лабораторные исследования указали на то, что у 80% обследованных пациентов, на фоне приема препарата Кагоцел, для профилактики ОРВИ и гриппа, отмечалась тенденция к нормализации иммунограммы: общее количество Т- и В-лимфоцитов повышалось, как и содержание IgA и снижалось содержание IgE в сыворотке крови.

У обследованных детей в период клинической ремиссии в 95% случаев отмечалось повышение в сыворотке крови аллерген-специфических IgE: пищевых (в первую очередь, к коровьему молоку, шоколаду, цитрусовым), бытовых (в основном, к клещам домашней пыли, к кошкам и собакам), к различным травам (в большей мере, к сорнякам).

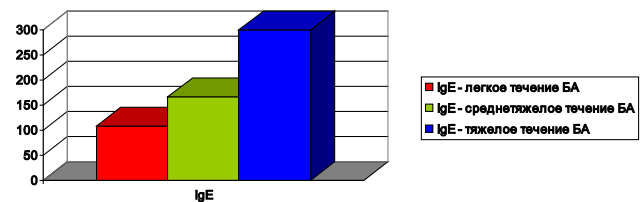


Рис. 1. Зависимость между тяжестью течения БА у детей и содержанием общего IgE в сыворотке крови

Как видно из рис.1 у детей с легким течением БА уровень общего IgE в сыворотке крови составил $108 \pm 17,0$ МЕ/мл ($p < 0,05$), со среднетяжелым течением БА – $167 \pm 12,0$ МЕ/мл ($p < 0,05$) и с тяжелым течением БА – более 300 МЕ/мл ($p < 0,05$).

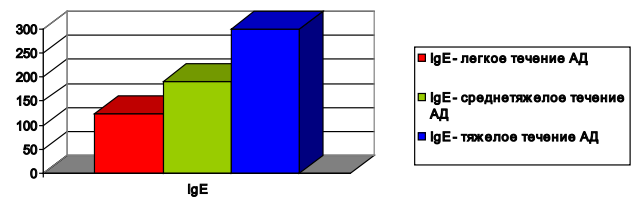


Рис. 2. Зависимость между тяжестью течения АД у детей и содержанием общего IgE в сыворотке крови

На рис.2 приведены данные о содержании общего IgE в сыворотке крови обследованных больных АД. Было выявлено у всех детей снижение общего количества Т-лимфоцитов с повышением Т-хелперов и снижением Т-супрессоров, снижение общего количества В-лимфоцитов у 65% обследованных, снижение IgA у всех обследованных, повышение IgE у 70%, у 30% больных отмечалось повышение ЦИК.

Оценку эффективности терапии проводили на основе анализа динамики клинических симптомов заболевания. Положительным клиническим эффектом считали уменьшение частоты и снижение тяжести приступов БА на 7-10 день коррекции иммунитета Кагоцелом, т.е. в этот период у больных развивалась клиническая ремиссия. После лечения у всех наблюдаемых больных с БА сократилось количество респираторных заболеваний до 1-2-х в сезон (до лечения - было 1-2 в месяц). У 155 больных с БА (83%) сократилось число приступов: с 1-2-х в неделю до 1-2-х в

квартал. У 32 (17%) наблюдаемых больных приступы БА были единичными и кратковременными.

Положительным клиническим эффектом считали исчезновение воспалительных кожных (при АД), а также снижение индекса SCORAD более чем в два раза на 2-3 неделе после добавления к базисной терапии Кагоцел®. Положительным клиническим эффектом при АР явилось отсутствие обострений основного заболевания на 7-10 день приема Кагоцел®. После проведенного лечения у всех больных АД сократилось количество респираторных заболеваний до 1-2-х в сезон (до лечения - было 1-2 в месяц). Кроме того, у 211 больных с АД (80%) сократилось число приступов: с 1-2-х в неделю до 1-2-х в квартал. У 222 детей с АД (84%) не отмечалось обострения заболевания, а у 40 (15%) – обострение было локальным и кратковременным.

У 85 детей с АР (85%) наступила клиническая ремиссия. Проведенные лабораторные исследования указали на то, что у 80% обследованных отмечалась тенденция к нормализации иммунограммы: общее количество Т- и В-лимфоцитов повышалось, как и содержание IgA, а также снижалось – IgE в сыворотке крови.

В случае заболевания ОРВИ или гриппом наблюдаемого континента детей, больных АЗ (БА, АД и АР) (на фоне профилактического приема Кагоцел) инфекция имела более легкое течение, уменьшалось количество осложнений. При этом исключалось использование других противовирусных препаратов. Наряду со снижением частоты случаев ОРВИ и гриппа среди детей, принимавших Кагоцел с лечебной целью, отмечено более легкое течение заболеваний и зарегистрировано уменьшение числа осложненных форм в 2 раза. При этом, прием данного препарата не вызывал развитие обострения АЗ и нами не регистрировалось развитие побочных и аллергических реакций.

Таким образом, проведенная терапия Кагоцелом с це-

лю профилактики ОРВИ и гриппа в период сезонного нарастания их частоты у больных с АЗ показала свою эффективность как с профилактической, так и с лечебной точек зрения. Полученные данные служат доказательством благоприятного профилактического влияния препарата Кагоцел® на частоту и тяжесть течения ОРВИ и гриппа, что позволяет уменьшить число назначений антибиотиков при бактериальных осложнениях у детей, что важно для сокращения частоты рецидивов основного заболевания.

Выводы

1. Проведенная терапия Кагоцелом® с целью профилактики ОРВИ и гриппа в период сезонного нарастания частоты респираторных заболеваний у больных с аллергическими заболеваниями (БА, АД и АР) показала свою эффективность, как с профилактической точки зрения, так и с лечебной.

2. Полученные в ходе исследования данные служат доказательством благоприятного профилактического влияния препарата Кагоцел® на частоту и тяжесть течения ОРВИ, что позволяет уменьшить число назначений антибиотиков при бактериальных осложнениях ОРВИ и гриппа у детей. Это важно для прогнозирования сокращения частоты рецидивов основного заболевания и является обоснованием для применения данного индуктора ИФН с профилактической целью в период, предшествующий росту заболеваемости ОРВИ и гриппа.

3. Проведенная терапия Кагоцелом в период сезонного нарастания частоты респираторных заболеваний у больных с аллергическими заболеваниями показала эффективность в плане как более благоприятного течения вирусных заболеваний с уменьшением частоты развития осложнений, так и предотвращения обострения аллергической патологии.

Литература

- Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee//Lancet. 1998; 35: 1225-3122.
- Вартанян Р.В., Сергеева Э.М. Чешик С.Г. Оценка терапевтической эффективности препарата Кагоцел® у детей младшего и дошкольного возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями. // Детские инфекции, 2011 (1); 36-41.
- Детская аллергология. Под редакцией Баранова А. А., Балаболкина И. И., М., 2006.
- Ильин Н.И., Хаитов Р.М. Клинические рекомендации по аллергологии. Москва, 2009, с.39-52.
- Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Кладова О.В., Сергеева Э.М., Нестеренко В.Г. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста //Педиатрическая фармакология, 2012, 1 (9); 81-89.
- Шит С.М. Иммуномодулирующая терапия детей с аллергическими заболеваниями. X Всероссийский Конгресс "Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии". Москва, 2013.
- ШИТ С.М. Профилактика обострения бронхиальной астмы у детей. В кн. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. Под ред. проф. Ю.Л. Мизерницкого, декабрь 2014, с.156-160.
- Revenco N., Șit S. Profilaxia infecțiilor virale la copii cu boli alergice. Al XII-lea Congres Național de Pediatrie cu participare Internațională, 2-5 septembrie 2015, Timișoara, România, Revista Societății Române de chirurgie pediatrică. Jurnalul Pediatriei – Year XVIII, Vol.XVIII, Supplement 2, 2015, 130, ISSN 2360-4557.
- Шит С.М., Ревенко Н.Е. Профилактика ОРВИ у часто болеющих детей. Тезисы VII Конгресса педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания». 23-24 октября 2015г. Сочи, Краснодарский край, Россия, 94-95.
- Шит С.М., Ревенко Н.Е. Профилактика вирусных инфекций гриппа у детей с аллергической патологией. 15-й Всероссийский форум им. В.И. Иоффе с международным участием. Дни иммунологии в Санкт-Петербурге 1.06-4.06.2015, 187-188.