

УДК 615.281.8-08-053

DOI:

Незгода І.І., Онофрійчук О.С., Науменко О.М., Левицька Л.І.,
Гончарук А.М., Бровінська Л.М., Колесник А.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна
Обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня, м. Вінниця, Україна

Сучасні підходи до лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей

Резюме. У статті висвітлено ефективність застосування інозину пранобексу (препарат Новірин), що забезпечує протівірусну й імунomodуючу дію при лікуванні гострих респіраторно-вірусних інфекцій (ГРВІ) у дітей. Під спостереженням перебував 61 хворий віком від 1 до 11 років із ГРВІ. Усім дітям проводився комплекс загальнолабораторних досліджень. З метою виявлення можливого етіологічного чинника проводилась люмінесцентна мікроскопія для визначення вірусів грипу, парагрипу, аденовірусу, респіраторно-синцитіального вірусу. Лікування хворих здійснювалось згідно з протоколами, затвердженими МОЗ України. Діти основної групи ($n = 31$) з першого дня стаціонарного лікування крім базисної терапії отримували інозин пранобекс (препарат Новірин) у віковому дозуванні. Застосування даного препарату прискорило усунення основних клінічних симптомів ГРВІ у дітей — температури, кашлю, що дозволило скоротити строки стаціонарного лікування хворих в умовах інфекційного стаціонару.

Ключові слова: гостра респіраторно-вірусна інфекція; діти; імунітет; лікування; інозин пранобекс

Вступ

Однією з важливих медико-соціальних проблем охорони здоров'я залишається достатньо висока захворюваність на грип та інші гострі респіраторно-вірусні інфекції (ГРВІ), що становлять понад 90 % усієї інфекційної патології дитячого віку [1–3]. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) відзначають, що ця група захворювань останніми роками має постійну тенденцію до збільшення. Це зумовлено рядом соціальних причин, пов'язаних із глобальним процесом постійного зростання урбанізації, посилення тісних контактів людей у будь-якій точці земної кулі, міжконтинентальних міграційних процесів [3, 4].

Захворювання даної групи викликають понад 250 різноманітних вірусів, які не пов'язані генетично й належать до різних груп. Останніми роками поряд із вірусами грипу, парагрипу, адено-, рино-, респіраторно-синцитіальними вірусами завдяки сучасним підходам і розвитку нових технологій у галузі вірусології стало можливим виділяти від хворих з ГРВІ й ідентифікувати нові, невідомі раніше респіраторні збудники. Так,

відкриття методу ампліфікації нуклеїнових кислот відіграло революційну роль у медичній вірусології. Цей метод дозволив ідентифікувати цілий ряд нових респіраторних збудників вірусної природи, у тому числі коронавіруси (NL-63, 229E, HKU-1, OC43), метапневмовіруси людини (hMPV), бокавіруси людини (hBoV), що посіли одне з перших місць в етіології захворювань дихальних шляхів [1, 3].

У період епідемічних спалахів грипу, особливо викликаних новими різновидами вірусів типу А (H1N1 і H3N2, у деякі сезони — H2N2) і В (у середньому 20 % захворювань) та іншими представниками ГРВІ, реєструється значна кількість хворих із тяжкими й ускладненими формами захворювання. Це обумовлено здатністю ряду вірусів блокувати первинну неспецифічну імунну відповідь фагоцитів і пригнічувати синтез інтерферону (ІФН), що сприяє поглибленню імунодефіциту (пригнічення функції макрофагів і нейтрофілів, блокада рецепторів фактора некрозу пухлини, лімфопенія, порушення механізмів клітинного диференціювання в системі Т- і В-лімфоцитів) [2–4].

© «Актуальна інфектологія» / «Актуальная инфектология» / «Actual Infectology» («Aktual'naâ infektologija»), 2019

© Видавець Заславський О.Ю. / Издатель Заславский А.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2019

Для кореспонденції: Незгода Ірина Іванівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна; e-mail: nezgoda59@gmail.com; контактний тел.: +38 (097) 9143340.

For correspondence: I. Nezgoda, Professor, Head of the Department of Children's Infectious Diseases, National Pirogov Memorial Medical University, Pirogov st., 56, Vinnytsia, 21018, Ukraine; e-mail: nezgoda59@gmail.com; phone +38 (097) 9143340.

Віруси ГРВІ та грипу, особливо в дітей, сприяють пригніченню клітинної ланки імунітету, а також факторів неспецифічного й специфічного захисту: знижується титр лізоциму, комплементу й пропердину в сироватці крові хворих. Тяжкі й ускладнені форми грипу та ГРВІ перебігають із розвитком транзиторної Т-клітинної імуносупресії, зниженням функціональної активності натуральних кілерів, фагоцитарної й метаболічної активності нейтрофілів периферичної крові, підвищенням вмісту сироваткових імунних комплексів, наявністю ІФН-дефіциту [4, 5].

В останнє десятиліття клінічний перебіг ГРВІ та грипу в дитячого населення, зберігаючи свої основні прояви, набуває ряду особливостей. Як показують спостереження [4, 5], у різні епідемічні сезони (у нашій країні й за кордоном) вік госпіталізованих помітно варіює, а число дітей із хронічною патологією та іншими відхиленнями в стані здоров'я неухильно зростає [1, 2]. Нерідко рееструють мікст-вірусні ГРВІ [4, 5]. Ураження центральної нервової, дихальної й серцево-судинної системи, хронічна патологія лор-органів, рахіт, обмінні порушення тощо на тлі незрілості імунної системи дитини можуть змінювати класичну картину хвороби, ставати предикторами тяжкого й тривалого перебігу захворювання. Це потребує своєчасного проведення комплексу організаційно-протиепідемічних, профілактичних і невідкладних лікувальних заходів [2].

На сьогодні лікування вірусних інфекцій, у тому числі ГРВІ та грипу, залишається не повністю вирішеним питанням, незважаючи на значні досягнення сучасної науки. У клінічній практиці лікування грипу передбачає раннє призначення специфічних протівірусних хіміопрепаратів (прямих інгібіторів реплікації), а саме таміфлю (озельтамівір), релензи (занамівір), що знижують рівень віремії та є найбільш ефективними з огляду на доказову базу [1, 2, 6]. Для лікування ГРВІ використовують лише патогенетичні симптоматичні засоби. На сьогодні, з урахуванням патогенетичних механізмів розвитку ГРВІ, актуальною у хворих є активізація природного імунітету індукторами ІФН та імуномодуляторами. З огляду на все вищевикладене нас зацікавив препарат АТ «Київський вітамінний завод» інозин пранобекс (Новірин). Діючою речовиною даного препарату є складний молекулярний комплекс: інозин; п-ацетамідобензойна кислота; N,N-диметиламіно-2-пропанол у співвідношенні 1 : 3 : 3, що забезпечує пряму протівірусну й імуномодулюючу дію. Протівірусна дія обумовлена зв'язуванням із рибосомами вражених вірусом клітин, що приводить до сповільнення синтезу вірусної РНК (порушення транскрипції й трансляції) і пригнічення реплікації РНК- і ДНК-геномних вірусів. Окрім того, препарат чинить опосередковану дію за рахунок потужної індукції інтерфероноутворення. Імуномодулюючий ефект обумовлений впливом на Т-лімфоцити (активізація синтезу цитокінів) і підвищенням фагоцитарної активності макрофагів. Під впливом препарату посилюється диференціація пре-Т-лімфоцитів, стимулюється індуквана мітогенами проліферація Т- і В-лімфоцитів, підвищується функціональна активність Т-лімфоцитів,

у тому числі їх здатність до утворення лімфокинів, нормалізується співвідношення між субпопуляціями Т-хелперів і Т-супресорів (відновлюється імунорегуляторний індекс CD4/CD8). Препарат значно посилює продукцію інтерлейкіну-2 лімфоцитами й сприяє експресії рецепторів для цього інтерлейкіну на лімфоїдних клітинах; стимулює також активність натуральних кілерів (NK-клітин), навіть у здорових людей; стимулює активність макрофагів щодо фагоцитозу, процесингу й презентації антигену, що сприяє збільшенню антитілопродукуючих клітин в організмі вже з перших днів лікування. Стимулює також синтез інтерлейкіну-1, мікробіцидність, експресію мембранних рецепторів і здатність реагувати на лімфокини й хемотаксичні фактори [5, 7–12].

Препарат також запобігає поствірусному послабленню клітинного синтезу РНК і білка в клітинах, що були інфіковані, і це особливо важливо щодо клітин, які задіяні в процесах імунного захисту організму. У результаті такої комплексної дії зменшується вірусне навантаження на організм, нормалізується діяльність імунної системи, значно активізується синтез власних інтерферонів, що сприяє стійкості до інфекційних захворювань і швидкій локалізації вогнища інфекції у випадку його виникнення. Отже, препарат має біфункціональні властивості: доведена протівірусна й імуномодулююча активність.

Мета дослідження: оцінити ефективність і безпечність використання імуномодулюючого препарату інозин пранобекс (Новірин) у комплексній терапії гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей.

Матеріали та методи

Під спостереженням на клінічній базі кафедри дитячих інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова в обласній дитячій клінічній інфекційній лікарні із січня по листопад 2018 року перебувала 61 дитина, хвора на гострі респіраторно-вірусні інфекції. Хворих включали в дослідження рандомізовано після надходження в стаціонар і встановлення діагнозу. Для підтвердження клінічного діагнозу хворим проводились основні клініко-лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, сечі, обстеження рото- й носоглотки на дифтерійну паличку (BL), патогенну мікрофлору). Для виявлення можливого етіологічного чинника проводилась люмінесцентна мікроскопія для визначення вірусів грипу, парагрипу, аденовірусу, респіраторно-синцитіального вірусу. Дане дослідження проводилось на базі вірусологічної лабораторії при Вінницькому обласному лабораторному центрі МОЗ України. Усі хворі були розподілені на дві репрезентативні групи: основна — 31 дитина; група порівняння — 30 дітей. Хворі з ГРВІ, які становили групу порівняння, отримували лише симптоматичну й патогенетичну терапію відповідно до протоколів лікування МОЗ України № 354 від 09.07.2004. До основної групи увійшли хворі, які, окрім основної терапії, отримували протівірусний препарат інозин пранобекс (Новірин) у дозі 50 мг/кг у 3–4 прийоми з перших днів перебування в стаціонарі. Тривалість за-

стосування препарату в середньому становила до 5 днів. У процесі дослідження хворі не застосовували інших противірусних засобів.

Групи були репрезентативними за віком і статтю. У групі порівняння 56,7 % (17 дітей) були чоловічої статі та 43,3 % (13 дітей) — жіночої. Серед обстежених основної групи також хлопчики (19 дітей — 61,29 %) переважали над дівчатками (12 хворих — 38,71 %).

Слід відмітити, що в обох досліджуваних групах діти віком від 1 до 3 років (46,7 і 58,1 % відповідно) переважали над хворими інших вікових категорій (рис. 1).

Серед дітей основної групи з ГРВІ у 22 хворих (71 %) був діагностований гострий стенозуючий ларинготрахеїт, у 6 пацієнтів (19,3 %) був встановлений діагноз ГРВІ, ринофарингіту. Гострий трахеобронхіт мав місце в 3 пацієнтів (9,7 %), в одного з них він ускладнився обструктивним синдромом. У дітей групи порівняння спостерігалась аналогічна тенденція: гострий стенозуючий ларинготрахеїт діагностовано у 21 хворого (70 %), ГРВІ, ринофарингіт — у 5 дітей (16,6 %), прояви трахеобронхіту мали місце в 4 обстежених (13,4 %).

Після проведення люмінесцентної мікроскопії встановлено етіологічні чинники ГРВІ в обох досліджуваних групах. Так, серед дітей групи порівняння в рівних кількостях (по 10 % відповідно) реєстрували віруси парагрипу й аденовіруси, на той час як респіраторно-синцитіальна інфекція мала місце в 6,7 % випадків. У хворих основної групи провідними виявились віруси парагрипу та респіраторно-синцитіальної інфекції — по 9,7 % відповідно. У 3,2 % хворих при люмінесцентній мікроскопії був виявлений аденовірус. Слід відмітити, що в значного відсотка обстежених дітей (24 хворі, 77,4 %) випадки ГРВІ були неуточнені. Це обумовлено великим різноманіттям циркулюючих вірусів в оточуючому середовищі (бокавірусів, риновірусів, метапневмовірусів тощо), діагностика яких не завжди можлива через відсутність сучасних тест-систем.

Ефективність поданих схем лікування оцінювали за динамікою й тривалістю клінічних симптомів ГРВІ.

Статистичну обробку отриманих даних проводили загальноприйнятими методами варіаційної статистики. У процесі статистичної обробки визначали такі по-

казники: середня арифметична (M), середня помилка (m), рівень відмінностей між двома середніми величинами (довірча ймовірність — p), при цьому використовували персональний комп'ютер HPENVY з процесором Intel Core I5-3317U CPU 1.70 GHz 8.0 GB RAM Intel HD Graphics 4000 у рамках статистичного пакету програми Statistica 10.0.

Результати та обговорення

При надходженні хворих у стаціонар оцінювали особливості клінічної симптоматики обох груп. У всіх досліджуваних дітей захворювання характеризувалося середньотяжким перебігом. Серед обстеженого контингенту хворих як в основній групі, так і в групі порівняння переважали діти віком від 1 до 3 років — 46,7 і 58,1 % відповідно. Діти віком від 3 до 6 років становили 30 і 22,6 % відповідно. Дещо менше хворих було серед дітей старшої вікової групи (рис. 1).

При вивченні особливостей клінічної симптоматики ГРВІ враховувались ознаки як катарального, так і інтоксикаційного синдромів.

Слід зазначити, що в дітей обох досліджуваних груп початок захворювання супроводжувався ознаками інтоксикаційного синдрому. Клінічно це проявлялось загальною слабкістю у 30 хворих (96,8 %) основної групи й 27 дітей (90 %) групи порівняння, зниженням апетиту у 29 (93,6 %) і 28 обстежених (93,3 %) відповідно. Серед дітей старшої вікової категорії лише двоє дітей (6,5 %) основної групи і троє хворих (10 %) групи порівняння скаржились на головний біль. Слід відмітити, що в переважній більшості дітей досліджуваних груп (83,9 і 93,3 % відповідно) (табл. 1) захворювання супроводжувалось підвищенням температури тіла, яка коливалась у діапазоні від 37,2 до 39 °С.

Катаральний синдром, як один з кардинальних симптомів хвороби, мав місце в обох групах дослідження й проявлявся у вигляді гіперемії слизової ротоглотки, закладеності носа, ринореї (табл. 1). Значна кількість дітей також скаржилась на біль у горлі й кашель.

Таблиця 1. Особливості клінічної симптоматики в дітей основної групи та групи порівняння при надходженні до стаціонару

Симптоми	Основна група (n = 31)		Група порівняння (n = 30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Інтоксикаційний синдром				
Загальна слабкість	30	96,8	27	90
Зниження апетиту	29	93,6	28	93,3
Головний біль	2	6,5	3	10
Температурна реакція	26	83,9	28	93,3
Катаральний синдром				
Закладеність носа	19	61,3	18	60
Ринорея	16	51,6	15	50
Біль у горлі	26	83,9	27	90
Гіперемія ротоглотки	26	83,9	27	90
Кашель	29	93,6	25	83,3
Задишка	11	35,4	10	33,3

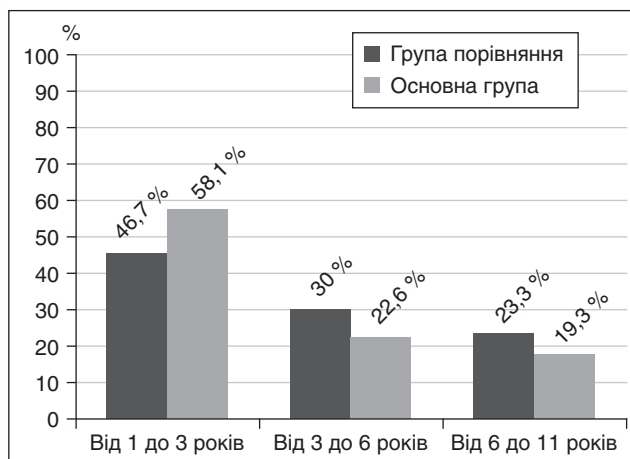


Рисунок 1. Розподіл дітей, хворих на ГРВІ, за віком

Дані симптоми зустрічались однаково часто в значній кількості хворих обох груп — 26 хворих (83,9 %) основної групи та 27 дітей (90 %) групи порівняння. Утруднене дихання ускладнювало перебіг стенозуючого ларинготрахеїту й гострого бронхіту з обструктивним синдромом у 11 дітей (35,4 %) основної групи й 10 хворих (33,3 %) групи порівняння (табл. 1).

Проаналізувавши тривалість клінічних симптомів ГРВІ у дітей обох груп залежно від призначених схем лікування, встановили, що ознаки інтоксикаційного синдрому зберігались не однакові проміжки часу в дітей різних груп (табл. 2). Вони проявлялись у вигляді загальної слабкості, зниження апетиту, головного болю.

Ознаки нездужання й загальної слабкості були притаманні практично всім хворим упродовж достатньо тривалого проміжку часу — від 1 до 7 днів, у середньому 4 дні, проте в дітей основної групи вони зникали значно швидше, уже до 3-ї доби в 13 пацієнтів (41,9 %) їх не було, на той час як у половини пацієнтів групи порівняння стан відновлювався лише до 5-го дня захворювання. Зниження апетиту тривало у хворих від 1 до 6 днів, у середньому 3,03 дня. Такий симптом, як головний біль, зустрічався у хворих украй рідко, він мав місце лише в 4 дітей, при цьому його тривалість не перевищувала 2 днів. Слід відмітити, що вірогідної різниці щодо даних ознак виявити не вдалось, проте, проаналізувавши тривалість температурної реакції, таку різницю ми знайшли. Так, у більшості пацієнтів основної групи (5 хворих, 16,2 %) ГРВІ перебігала на тлі нормальної температури, тоді як в групі порівняння лише у 2 хворих (6,7 %) температурна реакція була відсутня. У майже половини дітей основної групи (14 хворих, 45,2 %) температурна реакція тривала від 1 до 3 днів, тоді як у групі порівняння таких дітей виявилось лише двоє (6,7 %). А найголовніше, у більшості дітей групи порівняння (20 дітей, 66,6 %) тривалість температурної реакції перевищувала 5 днів на відміну від пацієнтів основної групи, у якій лише в 3 дітей (9,6 %) лихоманка відмічалась понад 5 днів ($p < 0,05$).

З'ясувавши особливості клінічної симптоматики інтоксикаційного синдрому, ми проаналізували тривалість окремих симптомів, що мали місце в пацієнтів із катаральним синдромом (табл. 2).

Більшість хворих — 19 дітей (61,3 %) основної й 18 хворих (60 %) групи порівняння — скаржились на закладеність носа, у половини спостерігались ясні виділення з носових ходів, тривалість яких коливалась від 1 до 7 днів і в середньому не перевищувала 5 днів (табл. 2).

Значна кількість пацієнтів обох груп — 24 хворі (83,8 %) і 27 дітей (90 %) відповідно — скаржились на біль у горлі, який тривав у межах 5 днів, проте в 7 хворих (23,3 %) групи порівняння больовий синдром тривав понад 5 днів, на відміну від 2 дітей (6,4 %) основної групи (табл. 2).

Гіперемія слизових зів була одним із яскравих симптомів ГРВІ, мала місце, як правило, у першу добу захворювання й зустрічалась практично в усіх пацієнтів.

Таблиця 2. Тривалість клінічних симптомів захворювання в дітей основної групи та групи порівняння залежно від призначених схем лікування

Симптоми	Основна група (n = 31)		Група порівняння (n = 30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Інтоксикаційний синдром				
<i>Загальна слабкість</i>				
Відсутня	1	3,2	3	10
Від 1 до 3 днів	13	41,9	8	26,7
Від 3 до 5 днів	12	38,7	15	50
Понад 5 днів	5	16,2	4	13,3
<i>Зниження апетиту</i>				
Відсутнє	2	6,4	2	6,7
Від 1 до 3 днів	11	35,6	10	33,3
Від 3 до 5 днів	12	38,7	13	43,3
Понад 5 днів	6	19,3	5	16,7
<i>Головний біль</i>				
Відсутній	29	93,6	27	90
Від 1 до 2 днів	2	6,4	3	10
<i>Температурна реакція</i>				
Відсутня	5	16,2	2	6,7
Від 1 до 3 днів	14	45,2	2	6,7
Від 3 до 5 днів	9	29	6	20
Понад 5 днів	3	9,6	20	66,6*
Катаральний синдром				
<i>Закладеність носа</i>				
Відсутня	12	38,7	12	40
Від 1 до 3 днів	6	19,4	6	20
Від 3 до 5 днів	12	38,7	6	20
Понад 5 днів	1	3,2	6	20
<i>Ринорея</i>				
Відсутня	15	48,5	15	50
Від 1 до 3 днів	4	12,9	5	16,7
Від 3 до 5 днів	9	29	6	20
Понад 5 днів	3	9,6	4	13,3
<i>Біль у горлі</i>				
Відсутній	5	16,2	3	10
Від 1 до 3 днів	6	19,3	5	16,7
Від 3 до 5 днів	18	58,1	15	50
Понад 5 днів	2	6,4	7	23,3
<i>Гіперемія зів</i>				
Відсутня	5	16,2	1	3,4
Від 1 до 3 днів	7	22,6	4	13,3
Від 3 до 5 днів	17	54,8	20	66,6
Понад 5 днів	2	6,4	5	16,7
<i>Кашель</i>				
Відсутній	2	6,4	5	16,7
Від 1 до 3 днів	5	16,2	1	3,3
Від 3 до 5 днів	19	61,2	5	16,7
Понад 5 днів	5	16,2	19	63,3*
<i>Задишка</i>				
Відсутня	20	64,6	20	66,6
Від 1 до 3 днів	8	25,8	7	23,4
Від 3 до 5 днів	3	9,6	3	10
Понад 5 днів	—	—	—	—
Тривалість хвороби				
Від 1 до 5 днів	6	19,4	1	3,3
Від 5 до 7 днів	13	41,9	6	20
Понад 7 днів	12	38,7	23	76,6*

Примітка: * — $p < 0,05$ — статистично вірогідна різниця між показниками.

Характерною особливістю клінічної картини ГРВІ є кашель, який у більшості обстежених дітей (54,8 %) був сухим, а в 41,9 % пацієнтів — гавкаючим, досить швидко ставав вологим і згодом зникав. Затяжним (понад 5 днів) і надсадним кашель був у дітей групи порівняння (19 хворих, 63,3 %), тоді як в основній групі таких дітей виявилось лише 5 (16,2 %) ($p < 0,05$) (табл. 2). В основній групі кашель тривав в основному від 3 до 5 днів у 61,2 % хворих, тоді як у дітей групи порівняння (63,3 %) — понад 5 днів ($p < 0,05$).

У процесі вивчення ефективності лікування дітей, хворих на ГРВІ, нами оцінено тривалість хвороби в обох досліджуваних групах. Слід зазначити, що у 18 хворих (61,3 %) основної групи, які в комплексній терапії ГРВІ отримували протівірусний препарат инозин пранобекс (Новірін), тривалість захворювання не перевищувала 7 днів, тоді як у 23 хворих (76,6 %) групи порівняння перебіг хвороби був затяжним і одужання наступало пізніше від 7-го дня з початку захворювання (табл. 2).

Отже, у процесі наукового дослідження встановлено, що застосування препарату Новірін у комплексному лікуванні дітей із ГРВІ дало можливість скоротити тривалість температурної реакції й кашлю в пацієнтів, що, відповідно, зменшувало тривалість перебування дітей у стаціонарі. Значна кількість пацієнтів групи порівняння (23 дитини, 76,6 %) перебувала на стаціонарному лікуванні понад 7 днів, тоді як діти основної групи, навпаки, одужували швидше й перебували на стаціонарному лікуванні в основному від 5 до 7 днів (41,9 %). Отже, використання даного препарату дало змогу скоротити строк стаціонарного лікування.

Підсумовуючи вищевикладене, можна дійти висновку, що скорочення тривалості температурної реакції, зміна продуктивності кашлю й його припинення, зменшення тривалості хвороби в дітей основної групи дали можливість зменшити ризик розвитку затяжних форм ГРВІ, уникнути розвитку ускладнень і скоротити строки перебування дітей в стаціонарі. Саме ці обставини дають можливість зменшити економічні втрати батьків під час лікування дітей із даною патологією.

У процесі наукового дослідження використання препарату Новірін було продемонстровано його добру переносимість. Під час його застосування в жодного пацієнта не спостерігались алергічні або інші побічні реакції.

Висновки

1. Лікування ГРВІ залишається однією з важливих і невіршених проблем охорони здоров'я у зв'язку з достатньо високою захворюваністю на грип та інші гострі респіраторно-вірусні інфекції.

2. Призначення инозину пранобексу (препарат Новірін) прискорює усунення основних клінічних симптомів у дітей із ГРВІ, а саме: статистично значимо зменшується тривалість температурної реакції, змінюється характер і скорочується тривалість кашлю, зменшується термін перебування в стаціонарі.

3. Застосування Новіріну в комплексному лікуванні ГРВІ позитивно впливає на функціональну ак-

тивність імунної системи й сприяє зменшенню медикаментозного навантаження на дитячий організм.

4. Препарат Новірін є зручним і простим у використанні, не дає побічних ефектів і може бути рекомендований дітям різних вікових категорій у комплексному лікуванні ГРВІ.

Конфлікт інтересів. Не заявлений.

Список літератури

1. Исаков В.А. Оптимизация противовирусной терапии гриппа у детей и взрослых / В.А. Исаков, Т.В. Беляева, О.И. Афанасьева // *Вопросы современной педиатрии*. — 2013. — № 12(1). — С. 136-140.
2. Сергиенко Е.Н. Грипп у детей: клинико-эпидемиологические особенности и новые возможности терапии / Е.Н. Сергиенко, Е.П. Шмелева, И.Г. Германенко, Н.В. Грибкова // *Новости медицины и фармации*. — 2010. — № 3. — С. 12-13.
3. Булгакова В.А. Противовирусная терапия острых респираторных инфекций у детей // *Лечащий врач*. — 2012. — № 8. — С. 78-84.
4. Парамонова Н.С. Проблемы острых респираторных вирусных заболеваний в педиатрии / Н.С. Парамонова, О.А. Волкова // *Здоровье ребенка*. — 2010. — № 2.
5. Булгакова В.А. Клинико-иммунологическая эффективность применения инозина пранобекс при острых респираторных инфекциях у детей с атопической бронхиальной астмой / В.А. Булгакова, И.И. Балаболкин, М.С. Седова, С.Г. Шмакова, И.В. Зубкова, И.Л. Королькова // *Педиатрическая фармакология*. — 2010. — Т. 7, № 3. — С. 98-105.
6. Крамарев С.А. Инозин пранобекс в практике врача-педиатра // *Педиатрия. Восточная Европа*. — 2014. — № 1(05). — С. 70-76.
7. Булгакова В.А. Оценка эффективности применения иммуномодулятора комбинированного действия инозин пранобекса для профилактики респираторных инфекций у детей с аллергией / В.А. Булгакова, И.И. Балаболкин, М.С. Седова, С.Г. Шмакова, И.В. Зубкова, И.Л. Королькова // *Педиатрическая фармакология*. — 2010. — № 5. — С. 30-37.
8. Осидак Л.В. Изопринозин в терапии ОРВИ у часто болеющих детей / Л.В. Осидак, В.В. Зарубаев, Е.В. Образцова, Е.С. Эрман, В.П. Дринецкий // *Детские инфекции*. — 2008. — № 4. — С. 35-41.
9. The study on therapeutic efficacy of inosine pranobex in children / Golebiowska-Wawrzyniak M., Markiewicz K., Kozar A., Derentowicz P., Siwinska-Golebiowska H. // *Pol. J. Food. Nutr. Sci.* — 2004. — Vol. 6 (13/54 SI2). — P. 33-36.
10. Immunological and clinical study on the therapeutic efficacy of inosine pranobex / Golebiowska-Wawrzyniak M., Markiewicz K., Kozar A. et al. // *Pol. Merkurius. Lek.* — 2005. — Vol. 19. — P. 379-382.
11. Effect of inosiplex (Isoprinosine®) on induced human influenza A infection / Khakoo R.A., Watson G.W., Waldman R.H., Ganguly R. // *J. Antimicrob. Chemother.* — 1981. — Vol. 7. — P. 389-397.
12. Therapeutic efficacy of inosiplex (Isoprinosine) in rhinovirus infection / Waldman R.H., Ganguly R. // *Ann. N.-Y. Acad. Sci.* — 1977. — Vol. 284. — P. 153-160.

Отримано 14.02.2019 ■

Незгода И.И., Онофрийчук Е.С., Науменко О.Н., Левицкая Л.И., Гончарук А.М., Бровинская Л.Н., Колесник А.Н.
Национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра детских инфекционных болезней,
г. Винница, Украина
Областная клиническая детская инфекционная больница, г. Винница, Украина

Современные подходы к лечению острых респираторных вирусных инфекций у детей

Резюме. В статье показана эффективность применения инозина пранобекса (препарат Новирин), который обеспечивает противовирусное и иммуномодулирующее действие при лечении острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ) у детей. Под наблюдением был 61 пациент в возрасте от 1 года до 11 лет с ОРВИ. Всем детям проведен комплекс общелабораторных исследований. Для определения возможного этиологического фактора проводилась люминесцентная микроскопия для выявления вирусов гриппа, парагриппа, аденовируса, респираторно-синциального вируса. Лечение больных проводилось в соот-

ветствии с действующими протоколами, утвержденными МЗ Украины. Дети основной группы (n = 31) с первого дня стационарного лечения помимо базисной терапии получали инозин пранобекс (препарат Новирин) в возрастных дозировках. Применение данного препарата ускорило устранение основных клинических симптомов ОРВИ у детей — температуры, кашля, что позволило сократить сроки стационарного лечения больных в условиях инфекционного стационара.

Ключевые слова: острая респираторно-вирусная инфекция; дети; иммунитет; лечение; инозин пранобекс

I.I. Nezgod, O.S. Onofriichuk, O.M. Naumenko, L.I. Levytska, A.M. Honcharuk, L.M. Brovinska, A.M. Kolesnik
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine
Regional Clinical Infectious Diseases Hospital, Vinnytsia, Ukraine

Modern approaches to the management of acute respiratory viral infections in children

Abstract. The paper deals with the effectiveness of inosine pranobex (Novirin), which provides antiviral and immunomodulatory effect in the treatment of acute respiratory viral infections in children. Sixty one patients aged 1 to 11 years with acute respiratory viral infections were included in this study. All children underwent general laboratory studies. Luminescent microscopy was used to detect possible etiological factor for influenza, parainfluenza virus, adenovirus and respiratory syncytial virus. Treatment of these patients was carried out in accordance with protocols approved by the Ministry of Health of Ukraine. Children of

the main group (n = 31) from the first day in the hospital received inosine pranobex (Novirin) in age-related dosage in addition to standard therapy. The study results indicate the safety of inosine pranobex for the treatment of subjects with confirmed acute respiratory viral infections. This drug has accelerated elimination of main clinical symptoms of acute respiratory viral infections in children such as fever, cough, which allowed reducing the length of stay in infectious hospitals.

Keywords: acute respiratory viral infection; children; immunity; treatment; inosine pranobex