

ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Е.И. Юлиш

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

В работе представлены методы этиопатогенетического лечения острых респираторных вирусных инфекций у детей. Рассмотрена значимость рекомбинантных α -2 β -интерферонов в терапии данной категории заболеваний.

Ключевые слова: вирусные респираторные инфекции, дети, рекомбинантные интерфероны.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — наиболее часто встречающаяся патология, вне зависимости от возраста, места проживания и социального статуса человека. Более 90% людей не менее одного раза в течение года переносят, так называемое, «простудное» заболевание (по принятой за рубежом терминологии — «common cold»), причём в 80–90% вирусной этиологии [11,25,14,27]. В России, к примеру, на долю ОРВИ приходится до 93% всей инфекционной патологии [22] и до 90% всех выплат по временной нетрудоспособности [16]. По данным серии работ, выполненных под эгидой ВОЗ в разных странах, как развитых, так и развивающихся, дети раннего возраста ежегодно переносят 5–8 острых респираторных заболеваний, причём в сельской местности они болеют реже, чем в городах, где ребенок может переносить 10–12 инфекций в год [29]. Нередко ОРВИ являются причиной вторичных бактериальных осложнений — острого среднего отита, синусита, пневмонии и рядом других. Именно на фоне вирусных инфекций чаще обостряются хроническая патология и манифестируют системные, аллергические и аутоиммунные заболевания, а также некоторые виды злокачественных процессов.

Если дети в раннем детстве реже контактируют с источниками инфекции и меньше болеют, они «добирают» недостающие инфекции в начальных классах школы.

В связи с отсутствием у людей специфического иммунитета респираторные вирусы быстро распространяются в популяции, не только вызывая повышенную заболеваемость, нередко с осложнённым течением, но и приводя к колоссальным экономическим затратам, в т.ч., и на лечение [21,26]. Адекватная терапия инфекционного заболевания, независимо от возбудителя и локализации, предполагает использование этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. В практике лечения вирусных заболеваний, и врачами, и больными при самолечении, доминируют две противоположные тактики: в одних случаях лечение не проводится или используются симптоматические средства — жаропонижающие, сосудосуживающие капли в нос, пастилки, спреи, полоскания для горла, в других — сразу же назначаются антибиотики. Вместе с тем не оправданы ни первая, ни вторая точки зрения на подобные подходы к лечению ОРВИ. Мало того, что антибиотикотерапия при вирусной этиологии заболевания нередко осложняет течение болезни, приводит к росту бактериальной резистентности, она чревата развитием ряда побочных эффектов и аллергических реакций, а предотвращение бактериальных осложнений на фоне их использования не подтверждается клинической практикой.

Благодаря особенностям репродукции и организации генома, вирусы способны к изменчивости по двум направлениям: генному дрейфу — постепенной смене антигенных свойств и генному шифту — появлению в человеческой популяции вирусов с принципиально новыми антигенными характеристиками. Высокая скорость изменчивости

позволяет вирусам, с одной стороны, ускользать от иммунного ответа хозяина, а с другой — в течение нескольких вирусных поколений вырабатывать устойчивость к противовирусным препаратам [1,31]. Кроме быстрого развития резистентности вирусов к лекарственным средствам, противовирусная этиотропная терапия при гриппе и других ОРВИ реализуется весьма узким спектром существующих химиопрепаратов, предельностью сроков их назначения — обычно они активны по отношению к вирусам гриппа только в течение 48 часов от начала заболевания, возрастными ограничениями, а также большим спектром побочных действий.

Среди препаратов противовирусного действия выделяются:

- препараты, непосредственно влияющие на респираторные вирусы (ингибирование синтеза вируса и его компонентов);
- препараты интерферонового ряда;
- индукторы интерферона.

В настоящее время, как говорилось ранее, количество истинно противовирусных средств, разрушающих инфекцию или блокирующих размножение вируса, крайне мало. В педиатрии в качестве противогриппозных средств в основном применяются ремантадин и осельтамивир, нарушающие процессы передачи вирусного генетического материала в цитоплазму клетки, а также угнетающие выход вирусных частиц из клетки. Ремантадин блокирует репродукцию вируса гриппа типа А, в некоторой степени замедляет репродукцию респираторно-синцициальных и парагриппозных вирусов. Осельтамивир избирательно ингибирует нейраминидазу вирусов гриппа типа А и В, блокируя вирусную репликацию а также высвобождение дочерних вирионов из инфицированных клеток.

Необходимо ещё раз подчеркнуть — данные противовирусные средства имеют ограниченный спектр действия и их использование эффективно только в первые 48 часов заболевания.

Сегодня, как в Украине, так и в странах бывшего СССР, очень широкое применение в лечении ОРВИ, в т.ч. у детей, получили индукторы интерферонотропности. Однако при их назначении следует учитывать, что выработка собственных интерферонов у больных ОРВИ в разгар заболевания существенно повышается, так как сам вирус является мощным интерферонотропом, а дополнительная искусственная стимуляция интерферонотропности путём индуцирования их продукции чревата срывом компенсаторных возможностей иммунной системы, вероятным развитием аллергических и аутоиммунных заболеваний. В большей степени это касается стимуляции при введении индукторов продукции γ -интерферона, влияющего на активацию иммунных факторов клеточного и гуморального звеньев иммунитета [25]. Согласно результатам нашего исследования, у детей, часто и длительно болею-

щих острыми респираторными заболеваниями, на фоне персистирующего течения вирусных инфекций имеет место значимое снижение в крови уровня α -интерферона — в 1,5 раза по сравнению с показателем здоровых детей и многократное увеличение γ -интерферона [13,24,30]. Таким образом, дополнительная стимуляция интерфероногенеза медикаментозным путем не всегда эффективна, а в ряде случаев чревата возникновением серьезных осложнений.

Не меньшую распространённость в лечении ОРВИ у детей получили так называемые «иммунокорректоры» или «иммуномодуляторы». Их в Украине зарегистрировано более сотни. Данные препараты представляются как средства многопланового воздействия: одновременная активация различных звеньев иммунитета — клеточного, гуморального, системы фагоцитоза, а также как индукторы интерфероногенеза. Однако рациональность такого широкого их использования в детской популяции сомнительна [7]. С одной стороны, нет смысла в активном влиянии на иммунную систему большинства детей, больных ОРВИ, так как имеется вероятность отрицательного воздействия иммуотропов с развитием неадекватных иммунных реакций, с другой — в стимуляции продукции всего комплекса интерферонов нет необходимости.

Что касается интерферона альфа-2 β , определяющего защитного фактора в элиминации вирусов, его количество при ОРВИ, на что указывалось выше, недостаточно. Более того, согласно данным А.А. Знаменской с соавт., эпителиальные клетки респираторного тракта слабо реагируют на вирусную инфекцию, продуцируя низкое количество альфа-2 β -интерферона [15]. Согласно исследованию Е. В. Образцовой с соавт., тяжёлое течение инфекционного процесса при ОРВИ наблюдается в случае дефицита синтеза и активности альфа-2 β -интерферона. По данным авторов, у 75,0–90,0% обследованных детей с фоновой патологией, в том числе и у ЧБД, имеющих неблагоприятный аллергоанамнез и/или хронические очаги инфекций, имеет место снижение активности в крови альфа-2 β -интерферона [23].

По данным клинико-иммунологического исследования, проведенного профессором Л.С. Намазовой [20], одним из значимых информативных критериев тяжёлого течения ОРВИ у детей является сниженная продукция α -интерферона, что также определяет их повышенную сезонную заболеваемость острыми респираторными заболеваниями и является причиной рецидивирующих вирусных инфекций [12].

Таким образом, проведенные в последние годы многочисленные исследования выявили показания к использованию при ОРВИ α -2 β -интерферонов, особенно в случаях тяжёлого течения заболевания. Мало того, в период пандемии гриппа в противовирусную терапию детей рекомендуется включение рекомбинантного α -2 β -интерферона как обязательного средства лечения и профилактики населения [4,10,19,28].

Интерфероны были открыты в 1957 г. А. Айзексом и Д. Линдеманоу случайно, как факторы, определяющие феномен интерференции, т. е. явления невосприимчивости к повторному заражению различными вирусами, возникшего при первом контакте с другим вирусом [33]. Исследователи столкнулись с непонятным фактом: мыши, которых заражали вирусами, не заболели. Оказалось, что животные, не поддавшиеся заражению вирусами, в этот момент уже болели другой вирусной инфекцией, т.е. «один из вирусов препятствует размножению другого». Это явление антагонизма вирусов получил название интерференция — «помеха, препятствие». Оно отмеча-

ется при введении в организм двух вирусов одновременно или с интервалом не более 24 часов. Исследователи предположили, что в этой борьбе вирусов участвует низкомолекулярный белок, который и был назван интерфероном.

Широкий спектр противовирусной активности, отсутствие резистентных к интерферону штаммов вирусов предопределили перспективу использования интерферонов как средств этиопатогенетической терапии вирусных инфекций. Индукторами α - и β -интерферонов в большинстве случаев являются сами инфекционные агенты — вирусы, бактерии, простейшие, а также РНК и синтетические полирибонуклеотиды, стрессовые факторы, а γ -интерферона — антигены и митогены. Образование интерферонов идет параллельно размножению вируса. Интерфероны особенно активны на этапе репликации вирусов, а значит, могут снижать концентрацию вирусов в крови и тканях, и влиять, таким образом, на тяжесть течения заболевания.

Эффективность применения α -2 β -интерферонов выявлена в лечении более 50 инфекционных, воспалительных и онкологических заболеваний [2]. Последние исследования свидетельствуют об их значимом антибактериальном действии за счёт индукции NO-синтетазы, мощного бактерицидного фактора, снижающего содержание L-триптофана, определяющего метаболизм бактериальной клетки [8].

Один из эффектов, выделившихся из инфицированных вирусами клеток, α - и β -интерферонов связан с их воздействием на соседние незараженные клетки, активируя в них противовирусные защитные механизмы и создавая состояние, называемое «противовирусным статусом» [34]. В результате вирусы, высвобождаемые из первично инфицированных клеток, неэффективно реплицируются в клетках, перешедших в состояние «противовирусного статуса» [32].

Условием для рационального лечения заболеваний, в т.ч. ОРВИ, у детей раннего возраста, кроме эффективности, является его безопасность. Именно в этом возрасте защитные функции ребёнка в большей степени связаны с неспецифическими факторами резистентности, в частности с интерфероном. Поэтому использование в терапии ОРВИ α -2 β -интерферонов этиопатогенетически обосновано и достаточно безопасно.

Среди рекомбинантных α -2 β -интерферонов в педиатрической практике в настоящее время широко используется, в т.ч. у новорождённых и недоношенных, отечественный препарат «Лаферобион» [9,17,18]. Препарат обладает комплексным противовирусным, антимикробным, антихламидийным, антипролиферативным и иммуномодулирующим действием [3]. Выпускается в форме ректальных суппозиторий. В состав Лаферобиона входят рекомбинантный α -2 β -интерферон по 150 000 МЕ, 500 000 МЕ, 1 млн и 3 млн МЕ, токоферола ацетат, аскорбиновая кислота и твердый жир. Интерферон, входящий в Лаферобион, производится без использования донорской крови. Среди преимуществ суппозиторий при ОРВИ у детей — лучшая, по сравнению с назальными формами интерферонов, биодоступность препаратов. Явления ринита, насморк значительно снижают всасывание препарата со слизистых носовых ходов. Кроме того, средства, которые всасываются в прямой кишке, в меньшей степени трансформируются в печени, а значит, снижают риск межлекарственных взаимодействий и, соответственно, развитие побочных реакций. Это актуально, так как при лечении ОРВИ ребёнок может принимать несколько препаратов одновременно — жаропонижающие, антигистаминные и т.д.)

ТЕПЕР
У НОВІЙ УПАКОВЦІ!

ПРИ ПЕРШИХ
СИМПТОМАХ ГРВІ
ТА ГРИПУ¹

ДОСТУПНА
ЦІНА²

ДЛЯ ДІТЕЙ
ВІД НАРОДЖЕННЯ
ТА ДОРОСЛИХ³



ЗРУЧНИЙ
У ЗАСТОСУВАННІ²

НЕ МІСТИТЬ СПИРТУ,
СМАКОВИХ ДОМІШОК,
БАРВНИКІВ¹

НЕ ШКОДИТЬ
ШЛУНКУ⁴

Діюча речовина: інтерферон альфа-2b рекомбінантний. **Лікарська форма:** супозиторії. **Код АТС:** L03A B01. Інтерферони. **Показання:** застосовують у комплексній терапії різних інфекційно-запальних захворювань у дітей, у тому числі новонароджених і недоношених; при гострих респіраторних вірусних інфекціях (ГРВІ), пневмонії (бактеріальній, вірусній, хламідійній), менінгітах, сепсисі, специфічній внутрішньоутробній інфекції (хламідіозі, герпесі, цитомегалії, ентеровірусній інфекції, вісцеральному кандидозі, мікоплазмозі); для лікування Епштейна-Барр-вірусної інфекції у дітей. У дорослих: при папіломавірусній інфекції (вульгарні бородавки, гострокінцеві конділоми); при уrogenітальних мікст-інфекціях, що передаються статевим шляхом; при бактеріальних, вірусних і змішаних інфекціях; при передпухлинних захворюваннях шийки матки. **Побічні ефекти:** всі побічні реакції, що пов'язані із застосуванням Лаферобіону®, незначні або середньої тяжкості. Після закінчення лікування вони зазвичай зникають. При введенні Лаферобіону® можливі грипозоподібні симптоми: озноб, підвищення температури, стомлюваність, млявість, а також головний біль, біль у м'язах, суглобах, пітливість. Для пом'якшення грипозоподібних симптомів рекомендується призначення парацетамолу. При тривалому застосуванні можливі лейкопенія, тромбоцитопенія, анемія, підвищення рівня АЛТ і АСТ, підвищення рівня ЛФ, запаморочення, порушення сну, артеріальна гіпертензія або гіпотензія, рідко — тахікардія, алергічні реакції. Інформація про лікарський засіб для професійної діяльності медичних і фармацевтичних фахівців. Перед застосуванням необхідно проконсультуватися з лікарем і ознайомитися з інструкцією. Зберігати в недоступному для дітей місці.

Сертифікат про держ. реєстрацію № 534/11-300200000 від 21.02.2011, затверджений Наказом МОЗ України № 747 від 21.08.2013.

1. Витяг з інструкції для медичного застосування препарату Лаферобіон (інтерферон альфа-2b рекомбінантний). 2. Згідно з даними дослідження, проведеного серед жінок, які мають дітей віком від 1 до 7 років (GfK Ukraine, грудень 2012). 3. Витяг з інструкції для медичного застосування препарату Лаферобіон (інтерферон альфа-2b рекомбінантний сухий). 4. Бєлюсов Ю.Б., Туревич К.Г. Клінічна фармакокінетика. — М.: Вид-во «Літєра». — 2005.

Наличие в комплексе Лаферобиона мембраностабилизирующих компонентов и цитопротекторов — токоферола ацетата и витамина С — обуславливает повышение противовирусной активности интерферона в 10–14 раз путём усиления его иммуномодулирующего действия на Т- и В-лимфоциты. Кроме того, включение в состав Лаферобиона антиоксидантов препятствует окислительному разрушению молекул интерферона и способствует сохранности биологической активности лекарственного продукта. При этом ряд исследований [5,6] указывают на наличие противовирусной активности и у самих антиоксидантов. Проведенные исследования наглядно демонстрируют, что комбинация интерферона с тем или иным антиоксидантом обладает более высокой противовирусной активностью по сравнению с монопрепаратом интерферона (как в отношении пандемического штамма вируса гриппа, так и в отношении вируса простого герпеса 1-го типа). Это позволяет снизить курсовые дозы Лаферобиона, а также продолжительность курсов антибиотикотерапии на фоне его хорошей переносимости. Показаниями к применению Лаферобиона в комплексной терапии у детей всех возрастных групп, в том числе недоношенных, являются: ОРВИ, пневмония бактериальной, вирусной, хламидийной и хламидофильной этиологии, менингит, сепсис, внутриутробная инфекция, герпесвирусные и энтеровирусные инфекции, уреоплазмоз, висцеральный кандидоз, микоплазмоз, вирусные гепатиты.

Методика использования и дозирование Лаферобиона:

- новорожденным детям, в том числе недоношенным с гестационным возрастом более 34 недель, — по 150 000 МЕ 2 раза в сутки;
- недоношенным с гестационным возрастом менее 34 недель — по 150 000 МЕ 3 раза в сутки 5 дней. Перерыв между курсами — 5 дней;
- детям первого года жизни — по 150 000 МЕ 2 раза в сутки;

- детям от 1 года до 7 лет — по 500 000 МЕ 2 раза в сутки;
- детям 7–14 лет — по 1 млн МЕ (2 суппозитория) 2 раза в сутки.

Курс лечения — 5 дней. При пневмониях, менингите, герпесвирусной, энтеровирусной инфекциях Лаферобион применяется три раза в день 2–3 курсами, между которыми соблюдают 5-дневный интервал. Лаферобион сочетается с антибиотиками, химиопрепаратами, глюкокортикоидами, иммуносупрессорами. Очень небольшой спектр противопоказаний к использованию препарата связан с индивидуальной повышенной чувствительностью к его компонентам; заболеваниями щитовидной железы, сердечно-сосудистой системы и эпилепсией; тяжелым нарушением функции почек, печени. Побочные реакции — легкие или средней тяжести, после окончания лечения обычно исчезают.

Таким образом, несмотря на огромное количество препаратов, представленных для лечения ОРВИ и гриппа на современном фармацевтическом рынке, выбор лекарственного средства остается актуальной задачей для практикующего врача. Тактика назначения и ведения больного ребенка с ОРВИ или гриппом напрямую связаны с тяжестью течения инфекционного процесса, формой заболевания и наличием осложнений. Успех лечения зависит от правильной оценки состояния больного и раннего начала лечения. Одним из перспективных направлений, не только профилактики, но и лечения вирусно-бактериальных заболеваний у детей всех возрастных групп, включая недоношенных новорожденных, является применение рекомбинантных α -2b-интерферонов, которым свойственно не только блокирование размножения инфекционных агентов, в частности вирусов, но и предохранение от инфицирования здоровых клеток, что способствует уменьшению тяжести заболевания, снижению частоты осложнений и профилактики рецидивов инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Активность интерферона в комбинации с антиоксидантами против ДНК- и РНК-содержащих вирусов человека / Штро А. А., Слита А. В., Карпинская Л. А. [и др.] // Лечащий врач. — 2012. — № 10.
2. Актуальные аспекты профилактики острых респираторных заболеваний у детей раннего возраста / Безкаравайный Б. А., Волошин А. Н., Гибнер Т. В., Войлова Е. Л. // Здоровье ребенка. — 2011. — № 6 (33). — С. 64–66.
3. Бекетова Г. В. Интерфероны в лечении острых респираторных инфекций у детей / Г. В. Бекетова // Ліки України. — 2011. — № 3. — С. 106–109.
4. Булгакова В. А. Противовирусная терапия острых респираторных инфекций у детей / В. А. Булгакова // Лечащий врач. — 2012. — № 8.
5. Васильев А. Н. Оценка влияния антиоксидантов на специфическую противовирусную активность интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного в отношении вируса простого герпеса в культуре клеток / А. Н. Васильев // Антибиотики и химиотерапия. — 2010. — № 7. — С. 20–25.
6. Васильев А. Н. Противовирусная активность антиоксидантов и их комбинаций с интерфероном альфа-2b человеческим рекомбинантным в отношении вируса гриппа птиц А/Н5N1 / А. Н. Васильев, П. Г. Дерябин, Г. А. Галегов // Цитокины и воспаление. — 2011. — Т. 10, № 2. — С. 32–36.
7. Дитяча імунологія / за ред. Л. І. Чернишової, А. П. Волохи. — К. : ВСВ «Медицина», 2013. — 720 с.
8. Дранник Н. Г. Патогенетическая клиническая иммунология и аллергология / Н. Г. Дранник, В. М. Дудник. — К., 2010. — 552 с.
9. Дудник В. М. Патогенетичні особливості використання лаферобіону в педіатрії : інформ.-метод. лист / В. М. Дудник. — Вінниця, 2008.
10. Иммунотропная терапия острых респираторных вирусных инфекций в педиатрической практике — опыт клинического применения препаратов интерферона альфа / Горелов А. В., Феклисова Л. В., Грачева Н. М. [и др.] // Consilium Medicum, Педиатрия. — 2010. — № 1.
11. Интерферонотерапия инфекционно-воспалительных заболеваний у детей — обзор современных исследований / Горелов А. В., Плоскирева А. А., Дриневский В. П. [и др.] // Лечащий врач. — 2012. — № 6.
12. Казмирчук В. Е. Пособие по клинической иммунологии для практических врачей / В. Е. Казмирчук, Д. В. Мальцев. — К. : Здоров'я України, 2012. — 368 с.
13. Клинико-иммунологический статус детей, воспитывающихся в доме ребенка / Юлиш Е. И., Бальчевцева И. В., Гадецкая С. Г. [и др.] // Совр. педиатрия. — 2010. — № 1 (29). — С. 63–71.
14. Колобухина Л. В. Современные возможности лечения и профилактики гриппа / Л. В. Колобухина // РМЖ. — 2005. — Т. 4. — С. 203–205.
15. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей / Знаменская А. А., Фомина В. Л., Учайкин В. Ф. [и др.] // Лечащий врач. — 2011. — № 1.
16. Лыткина И. Н. Профилактика и лечение гриппа и острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых

- групп населения / И. Н. Лыткина, Н. А. Малышев // Лечащий Врач. — 2010. — № 10. — С. 65—69.
17. Марушко Ю. В. Клінічні аспекти використання лаферобіону в педіатрії / Ю. В. Марушко, О. С. Мовчан // Совр. педиатрии. — 2012. — № 7. — С. 1—4.
 18. Місцева терапія гострих фарингітів / Марушко Ю. В., Мельников О. Ф., Зелена Н. А., Мовчан О. С. // Совр. педиатрия. — 2011. — № 4. — С. 107—110.
 19. Мониторинг чувствительности эпидемических штаммов вирусов гриппа изолированных в России к этиотропным препаратам / Бурцева Е. И., Шевченко Е. С., Белякова Н. В. [и др.] // Вопр. вирусол. — 2009. — Т. 54, № 5. — С. 24—87.
 20. Намазова Л. С. Часто болеющие дети мегаполисов: лечение и профилактика острых респираторных инфекций / Л. С. Намазова, В. В. Ботвиньева, Р. М. Торшхоева // Педиатрич. фармакол. — 2005. — № 1. — С. 3—7.
 21. Новые технологии в профилактике и лечении острой респираторной инфекции / Селькова Е. П. [и др.] // Consilium Medicum. Педиатрия. — 2007. — № 1. — С. 66—69.
 22. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2010 году : государственный доклад. — М. : ФГУ Центр гигиены и эпидемиологии, 2011. — 297 с.
 23. Образцова Е.В. Препараты интерферона и его индукторы при гриппе и ОРВИ у детей / Е.В. Образцова, Л.В. Осидак, Е. Г. Головачева // Детские инфекции. — 2010. — Т. 9, № 1. — С. 35—40.
 24. Подходы к лечению и реабилитации часто и длительно болеющих респираторными заболеваниями детей, проживающих в доме ребенка / Юлиш Е. И., Бальчевцева И. В., Висягин В. Б. [и др.] // Здоровье ребенка. — 2010. — № 2 (23). — С. 32—39.
 25. Свистушкин В. М. Возможности лечения больных с острыми респираторными вирусными инфекциями в настоящее время / В. М. Свистушкин, Г. Н. Никифорова, Н. П. Власова // Лечащий врач. — 2013. — № 1.
 26. Селькова Е. П. Применение Оциллококцинума для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ / Е. П. Селькова, Т. А. Семенов, И. А. Горбачев // Инф. болезни. — 2005. — Т. 3, № 4. — С. 74—78.
 27. Смирнов В. С. Современные средства профилактики и лечения гриппа и ОРВИ / В. С. Смирнов. — СПб. : ФАРМиндекс, 2008. — 48 с.
 28. Современная интерферонотерапия гриппа и острых респираторных инфекций у детей / Чеботарева Т. А., Выжлова Е. Н., Захарова И. Н., Заплатников А. Л. // Лечащий врач. — 2013. — № 4.
 29. Таточенко В. К. Лечение острых респираторных заболеваний у детей / В. К. Таточенко // Лечащий врач. — 2005. — № 7.
 30. Юлиш Е. И. Реабилитация часто и длительно болеющих детей при различном течении персистирующих инфекций / Е. И. Юлиш, С. Я. Ярошенко // Вестн. физиотерапии и курортол. — 2010. — Т. 16, № 6. — С. 193.
 31. How to overcome resistance of influenza A viruses against adamantane derivatives / Scholtissek C., Quack G., Klenk H. D., Webster R. G. // Antiviral Res. — 1998. — Vol. 37. — P. 83—95.
 32. Inborn errors of interferon (IFN)-mediated immunity in humans: insights into the respective roles of IFN-alpha/beta, IFN-gamma, and IFN-lambda in host defense / Zhang S. Y., Boisson-Dupuis S., Chappier A. [et al.] // Immunol. Rev. — 2008. — Vol. 226. — P. 29—40.
 33. Isaacs A. Virus interference I. The interferon /A. Isaacs, J. Lindenmann // Proc. R. Soc. London Ser. B Biol. Sci. — 1957. — Vol. 147. — P. 258—267.
 34. Randall R. E. Interferons and viruses: an interplay between induction, signalling, antiviral responses and virus countermeasures / R.E. Randall, S. Goodbourn // J. Gen. Virol. — 2008. — Vol. 89. — P. 1—47.

ПРОТИВІРУСНА ТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Є.І. Юліш

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

У роботі представлені методи етіопатогенетичної лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей. Розглянуто значення рекомбінантних α -2 β -інтерферонів у терапії цієї категорії захворювань.

Ключові слова: вірусні респіраторні інфекції, діти, рекомбінантні інтерферони.

ANTIVIRAL THERAPY IN THE TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN

E. I. Yulish

M. Gorkyi Donetsk National Medical University, Ukraine

The paper presents methods etiopathogenetic treatment of acute respiratory viral infections in children. Considered the importance of recombinant α -2 β -interferon in the treatment of diseases of this category.

Key words: viral respiratory infections, children, recombinant interferons.

Сведения об авторах:

Юлиш Евгений Исаакович — д-р мед. н., проф., зав. каф. пропедевтики детских болезней Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького. Адрес: г. Донецк, пр. Ильича, 16, тел. 0622-53-47-77

Статья поступила в редакцию 27.08.2013 г.