

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ФАРМАЦЕВТОВ

Вестник

Ежеквартальное
издание

№ 1
2026

ФЕРОНА



Острые кишечные инфекции у детей: эффективность и безопасность препаратов интерферона в терапии и профилактике

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ¹

- Лечение гриппа и ОРВИ, в том числе осложненных бактериальными инфекциями
- Профилактика гриппа и ОРВИ²
- Лечение герпетической инфекции
- Лечение урогенитальных инфекций (хламидиоз, уреаплазмоз, трихомониаз, гарднереллез, бактериальный вагиноз, кандидоз, микоплазмоз, ЦМВИ, ПВИ)
- Лечение неонатальных инфекций (ЦМВИ, герпес и др.), сепсиса, пневмоний и менингитов, в том числе у недоношенных детей
- Лечение вирусных менингитов
- Лечение хронического бактериального простатита

для медицинских работников и фармацевтов



● ВИФЕРОН® Суппозитории

¹ Инструкции по медицинскому применению Р N000017/01, Р N001142/02 и Р N001142/01.

² ВИФЕРОН® Гель.



Smart Pharma Awards 2021
1 место в номинации
«Противовирусный препарат №1 для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ у детей с первых дней жизни и беременных женщин»



Russian Pharma Awards 2022
1 место в номинации
«Доверие профессионалов в защите здоровья матери и ребенка от вирусных инфекций»



Russian Pharma Awards 2023
1 место в номинации
«Препарат выбора для часто и длительно болеющих детей»



Производится в соответствии с международными стандартами качества GMP

РЕКЛАМА



Уважаемые коллеги!

Острые кишечные инфекции (ОКИ) у детей остаются одной из самых значимых проблем педиатрической практики. Наиболее уязвимыми являются дети первых лет жизни, у которых заболевание может развиваться стремительно и нередко требует госпитализации.

Особенности детского иммунитета, в том числе недостаточная выработка интерферонов в раннем возрасте, делают организм ребенка более восприимчивым к вирусным поражениям ЖКТ. Поэтому важное значение приобретают терапевтические методики с применением препаратов интерферона, которые входят в клинические рекомендации Минздрава РФ и успешно используются в ежедневной клинической практике как амбулаторно, так и в режиме стационара. Препараты интерферона в суппозиториях

обеспечивают системное действие на организм: способствуют прекращению репликации вирусов и формированию эффективного иммунного ответа. В клинической практике накоплен обширный опыт применения ректальных суппозиторий ВИФЕРОН® в терапии ОКИ. В новом номере нашего журнала мы собрали наиболее актуальные материалы на эту тему.

Статья д. м. н., проф. В. Н. Тимченко, заведующего кафедрой инфекционных заболеваний у детей им. проф. М. Г. Данилевича ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, посвящена клинико-лабораторной эффективности препарата ВИФЕРОН® при вирусных поражениях ЖКТ у детей. Одним из ее ключевых выводов является факт сокращения периода вирусывыделения и сроков госпитализации на 2,8 дня у пациентов, принимавших этот препарат.

В интервью с д. м. н., проф., главным внештатным специалистом по инфекционным болезням у детей МЗ РФ по СФО и Красноярскому краю Галиной Петровной Мартыновой, заведующей кафедрой детских инфекционных болезней КрасГМУ, подробно рассматриваются актуальность и особенности течения ОКИ у детей, обосновывается необходимость применения суппозиторий ВИФЕРОН® для сокращения длительности и выраженности инфекционного процесса, а также раскрываются преимущества использования ректальной формы в острой фазе заболевания.

Особое место в номере занимает материал «Ученый, врач, учитель». 25 марта 2026 года после тяжелой продолжительной болезни ушла из жизни заслуженный врач РФ, д. м. н., проф. Людмила Николаевна Мазанкова. Она внесла неоценимый вклад в развитие отечественной науки и практической медицины. Светлой памяти Людмилы Николаевны, члена редакционной коллегии нашего журнала, соратника, коллеги и друга, мы посвятили материал о ее профессиональном пути и научном наследии.

Валентина Васильевна Малиновская,
главный редактор журнала «Вестник Ферона», научный руководитель
ООО «Ферон», главный научный сотрудник ФГБУ «НИЦЭМ
им. Н. Ф. Гамалеи» МЗ РФ, ученый-вирусолог, д. б. н., проф., заслуженный
деятель науки РФ, дважды лауреат премии Правительства РФ за
достижения в области науки и техники, лауреат Национальной премии
«Призвание» за вклад в развитие медицины, внесенный представителями
фундаментальной науки, лауреат премии «Первые лица» за вклад
в развитие перинатальной медицины, почетный доктор Детского
научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор –

В. В. Малиновская, доктор биологических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, дважды лауреат Премии Правительства РФ, почетный доктор ДНКЦИБ ФМБА России, заведующая лабораторией онтогенеза и коррекции системы интерферона ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почетного академика Н. Ф. Гамалеи» МЗ РФ

Г. А. Галегов, доктор биологических наук, профессор, член междуведомственного совета по вирусологии РАМН

И. Н. Захарова, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО) МЗ РФ, заслуженный врач РФ

М. В. Дегтярева, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой неонатологии ФДПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова

О. В. Зайцева, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, заслуженный врач РФ

Л. Н. Мазанкова, доктор медицинских наук, профессор, руководитель инфекционной службы ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ», главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей ДЗМ и МЗ РФ по ЦФО, профессор кафедры инфекционных болезней Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования МЗ РФ, заслуженный врач РФ

Г. А. Самсыгина, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, председатель редакционного совета журнала «Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского»

Х. С. Ибшиев, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

125424, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 73
Тел.: 8 (499) 193-07-03, e-mail: info@viferon.ru
сайт: <http://www.viferon.ru>

Издатель: ООО «Медиа-Сервис»,
11024, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ
Лефортово, ул. Авиамоторная, д. 50, стр. 2, помещ. 29/2
Тел.: +7 (495) 988-18-06 | ludipeople.ru
E-mail: ask@vashagazeta.com

Фото: Shutterstock/FOTODOM, в номере используются иллюстрации, созданные с помощью нейросети Sora

Фото на обложке: фото сгенерированы с помощью нейросети Sora

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Рег. номер: ПИ №ФС77-40988 от 16 июля 2010 г.

Тираж: 3000 экз.

Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Отпечатано в типографии ООО «Юнион Принт»: 603000, г. Нижний Новгород, ул. Горького, д. 43, офис 12.

Аудитория: 18+

АКТУАЛИА / Актуально

Острые кишечные инфекции у детей: эпидемиология..... 3

Acute intestinal infections in children: epidemiology

Острые кишечные инфекции у детей: цифры и факты..... 4

Acute intestinal infections in children: facts and figures

CONSILIUM / Консилиум

Клинико-лабораторная эффективность препарата ВИФЕРОН® при вирусных поражениях желудочно-кишечного тракта у детей

В. Н. Тимченко, М. Д. Субботина, Т. А. Каплина, О. В. Булина, В. Ф. Суховецкая, Ж.-К. Хакизимана, М. А. Шакмаева.....6

Clinical and laboratory efficacy of VIFERON® in GIT viral lesions treatment in children

V. N. Timchenko, M. D. Subbotina, T. A. Kaplina, O. V. Bulina, V. F. Sukhovetskaya, J.-K. Khakizimana, M. A. Shakmayeva

INTER COLLEGAS / Между коллегами

Острые кишечные инфекции у детей: особенности течения и возможности современной терапии
Интервью с Галиной Петровной Мартыновой.....14

Acute intestinal infections in children: features of the course and possibilities of modern therapy

Interview with Galina Petrovna Martynova

IN MEMORIAM / Памяти коллеги

Ученый, врач, учитель
Памяти Людмилы Николаевны Мазанковой.....18

The Scientist, The Doctor, The Teacher

In memory of Lyudmila Nikolaevna Mazankova

A POSTERIORI / Из опыта

Клинические рекомендации МЗ РФ по лечению вирусных кишечных инфекций у детей.....20

Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation for viral intestinal infections treatment in children



ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают ведущее место в инфекционной патологии у детей, уступая только острым респираторным инфекциям и ветряной оспе¹.

500 000

заболеваний, сопровождающихся диареей, ежегодно регистрируют в России³

1,7
МЛРД СЛУЧАЕВ

диарейных заболеваний регистрируется в мире в год²



В России продолжается значительный рост очагов ОКИ с фекально-оральным механизмом передачи и количества пострадавших в них¹

60–65%

случаев ОКИ диагностируют у детей³

до **70%** из них

у детей первых лет жизни³

3,2 случая

диарейных заболеваний инфекционной этиологии регистрируется на одного ребенка в год⁴

Реальная заболеваемость ОКИ в 3–5 раз превышает официальную, в том числе за счет легких форм, лечение которых проводится родителями в домашних условиях, без обращения к врачу.⁵

Изображения сгенерированы с помощью нейросети Sora.

¹ Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году». ² Hartman RM et al. Risk Factors for Mortality Among Children Younger Than Age 5 Years With Severe Diarrhea in Low- and Middle-income Countries: Findings From the World Health Organization-coordinated Global Rotavirus and Pediatric Diarrhea Surveillance Networks. Clin Infect Dis. ³ Мальцева Ю. В., Кузнецова Т. А. Оптимизация тактики лечения острого вирусного гастроэнтерита у детей в условиях стационара // Российский педиатрический журнал. – 2019. – №22 (4). – С. 205–211. ⁴ Диарейные заболевания у детей с точки зрения педиатра и инфекциониста // Эффективная фармакотерапия. – 2017. – № 11. – С. 34–40. ⁵ Тлюстангелова Р. К., Долинный С. В., Пшеничная Н. Ю. Роль короткоцепочечных жирных кислот в патогенезе острых кишечных инфекций и постинфекционных синдромов // РМЖ. – 2019. – №10. – С. 31–35.



ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

ЭТИОЛОГИЯ ОКИ У ДЕТЕЙ

ОКОЛО
70%

всех ОКИ имеют
вирусное
происхождение



И
30%

вызваны
бактериями¹

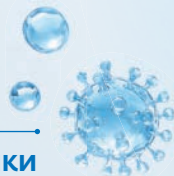
ДО
26%

случаев приходится
на микст-инфекции
(сочетание вирусов
и бактерий)²



ПОЧЕМУ ИНФЕКЦИЯ БЫСТРО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ

В 1 г фекалий может содержаться до 10^{10} – 10^{11} вирусных частиц¹



Кишечные вирусы могут вызывать вспышки в детских коллективах¹

Вирусовыделение может сохраняться до нескольких месяцев¹

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОКИ

В большинстве случаев ОКИ у детей протекают в форме гастроэнтерита. Наиболее высокая заболеваемость характерна для холодного времени года¹

Jihan Nafaa Zahri/Shutterstock/
FOTODOM



ПОЧЕМУ ОКИ У ДЕТЕЙ ПРОТЕКАЮТ ТЯЖЕЛЕЕ?

- Незрелость иммунитета³
- Быстрее наступает обезвоживание⁴
- Низкая кислотность желудочного сока⁵



¹ Клинические рекомендации МЗ РФ «Вирусные кишечные инфекции (гастроэнтериты) у детей», 2022 год. ² Николаева С. В., Горелов А. В. Клинические особенности острых кишечных инфекций сочетанной этиологии у детей // Педиатрия. – 2019. – №98 (1). – С. 174–177. ³ Горбунов С. Г. и соавт. Особенности иммунного ответа и эффективность иммунотерапии при ротавирусной инфекции у детей // Детские инфекции. – 2018. – №17 (3). – С. 38–46. ⁴ Бехтерева М. К., Раздьяконова И. В., Семенова С. Г. и др. Регидратационная терапия – основа лечения острых кишечных инфекций у детей // Медицинский совет. – 2017. – № 4. – С. 11–15. ⁵ Ким Д. В., Ким О. В. Физиология пищеварения у детей // ORIENSS. Vol. 2, no. 6. 2022. Pp. 308–312.

У ДЕТЕЙ: ЦИФРЫ И ФАКТЫ

Недостаточное количество секреторного IgA у детей

slgA

Недостаток slgA ослабляет защиту слизистой от закрепления и размножения патогенов¹

У детей содержание мукозального IgA достигает взрослого уровня лишь к 6–8 годам

Недостаточность системы интерферона (ИФН)

У детей до 3 лет выработка ИФН в 6 раз ниже, чем у взрослых, а в 3–12 лет – более чем в 2 раза ниже²

Кишечные вирусы подавляют синтез ИФН как в острой фазе, так и в период реконвалесценции³

У 92% пациентов с ОКИ отмечается недостаточная продукция ИФН-α⁴

ОСОБЕННОСТИ ИММУНИТЕТА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ОКИ

КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ВИФЕРОН® СУППОЗИТОРИИ ПРИ ОКИ

Повышение уровня slgA и ИФН-α, восстановление иммунитета^{5, 6}

Сокращение симптомов: интоксикации, диареи, рвоты^{1, 3, 6}

Уменьшение пребывания в стационаре в среднем на 2,8 дня⁶

Увеличение скорости элиминации кишечных вирусов⁶

Сокращение частоты эпизодов ОКИ и ОРВИ в 3 раза⁷

Снижение риска персистирующей диареи на 29%⁸

Пероральный прием может быть затруднен (тошнота, рвота, отказ от питья)

Ректальная форма – преимущество в острый период ОКИ

Суппозитории можно применять даже при частом жидком стуле – после короткой паузы (≥15 минут)

¹ Горбунов С. Г. и соавт. Особенности иммунного ответа и эффективность иммунотерапии при ротавирусной инфекции у детей // *Детские инфекции*. – 2018. – №17 (3). – С. 38–46. ² Соловьев В. Д., Бектемиров Т. А. Интерфероны в теории и практике медицины. – М.: Медицина. – 1981. – 400 с. ³ Оськин А. Н., Горбунов С. Г., Мазанкова Л. Н. [и др.] Клинико-иммунологическая эффективность интерферонотерапии при ротавирусной инфекции у детей раннего возраста // *Журнал инфектологии*. – 2021. – Т. 13. – № 3. – С. 46–54. ⁴ Мазанкова Л. Н., Чеботарева Т. А., Брагина Г. С. Пробиотики и интерфероны – новые возможности комбинированной терапии острых кишечных инфекций у детей // *Детские инфекции*. – 2008. – №4. – С. 47–50. ⁵ Инструкция по медицинскому применению ВИФЕРОН Суппозитории Р No00017/01. ⁶ Тимченко В. Н., Субботина М. Д., Каплина Т. А. и др. Клинико-лабораторная эффективность препарата Виферон® при вирусных поражениях желудочно-кишечного тракта у детей // *Педиатр*. – 2018. – Т. 9. – № 3. – С. 41–48. ⁷ Литяева Л. А., Ковалева О. В. Иммунобиокоррекция в профилактике острых кишечных инфекций у детей // *Педиатрия им. Г. Н. Сперанского*. – 2013. – №92 (5). ⁸ Мескина Е. Р., Русанова Е. В. Обоснование иммунотерапии острой кишечной инфекции инвазивного типа с использованием альфа-интерферона у детей первых месяцев жизни с кишечными дисфункциями // *Альманах клинической медицины*. – 2015. – № 42. – С. 87–95.



Клинико-лабораторная эффективность препарата ВИФЕРОН® при вирусных поражениях желудочно-кишечного тракта у детей

В. Н. ТИМЧЕНКО, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных заболеваний у детей им. проф. М. Г. Данилевича. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

М. Д. СУББОТИНА, к. м. н., доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей им. проф. М. Г. Данилевича. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Т. А. КАПЛИНА, к. м. н., доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей им. проф. М. Г. Данилевича. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

О. В. БУЛИНА, к. м. н., доцент кафедры реабилитологии ФП и ДПО. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

В. Ф. СУХОВЕЦКАЯ, к. м. н., доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей им. проф. М. Г. Данилевича. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Ж.-К. ХАКИЗИМАНА, очный аспирант кафедры инфекционных заболеваний у детей им. проф. М. Г. Данилевича. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

М. А. ШАКМАЕВА, студентка, 6-й курс. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

В последние годы в этиологической структуре острых кишечных инфекций (ОКИ) вирусные поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают ведущее место. Изучение особенностей клинического течения и лечения вирусных диарей у детей в современных условиях является актуальной задачей. Под наблюдением находилось 2568 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет, госпитализированных в ДГИБ №3 города Санкт-Петербурга в период с 2016 по 2017 год. Всем больным проводили стандартное лабораторное обследование. Этиологическую расшифровку осуществляли с помощью ПЦР, бактериологического и серологического методов. Из 2568 детей у 1502 (58,5%) диагноз был подтвержден. Доля бактериальных диарей составила 31,8%, вирусных поражений ЖКТ – 68,2%. Среди расшифрованных вирусных поражений ЖКТ доля детей с ротавирусной инфекцией составила 52,8%, норовирусной – 24,8%, микст-инфекцией – 19,6%. Установлено преобладание вирусных поражений ЖКТ у детей до 3 лет (71,7%). Наибольшая частота госпитализации детей до 5 лет обусловлена ротавирусной инфекцией, с 5 до 12 лет – норовирусной. В большинстве случаев (87,6%) вирусные диареи протекали в среднетяжелой форме, тяжелые формы достоверно чаще регистрировались у детей раннего возраста с микст-вирусной инфекцией. Включение препарата ВИФЕРОН® в виде ректальных свечей в комплексную терапию вирусных кишечных инфекций у детей в ранние сроки от начала заболевания достоверно сокращало выраженность и продолжительность синдромов интоксикации, лихорадки, диареи, катарального синдрома, длительность вирусовыделения, уменьшало сроки пребывания детей в стационаре.

Ключевые слова: дети, кишечные инфекционные, вирусные диареи, лечение, ВИФЕРОН®.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острые кишечные инфекции (ОКИ) продолжают занимать ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая только острым респираторным заболеваниям и гриппу. По данным экспертов ВОЗ, **ежегодно в мире регистрируется 1,7 млрд случаев диарейных заболеваний** и около 4 млн детей умирают от кишечных инфекций и их осложнений. ОКИ занимают третье место среди причин детской смертности [3, 9, 14].

В последние годы в этиологической структуре ОКИ произошли существенные изменения. Среди ОКИ бактериальной этиологии ведущие места стали занимать сальмонеллезы, эшерихиозы, кампилобактериозы, ОКИ, вызванные условно патогенными микроорганизмами (УПМ). Возросла роль вирусных поражений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [4, 17].

Ведущее место в структуре вирусных поражений ЖКТ занимает ротавирусная инфекция (РВИ), удельный вес которой среди всех ОКИ установленной этиологии составляет 30–35%, а в период эпидемического подъема заболеваемости достигает 50–70% [12]. В то же время с середины 1990-х годов наблюдается возрастание роли норовирусной инфекции (НВИ), для которой характерны вспышки в организованных детских коллективах. По данным системы эпиднадзора различных стран, до 90% эпидемических вспышек небактериальных гастроэнтеритов вызвано норовирусами. При этом в развитых странах они являются наиболее распространенным возбудителем острых гастроэнтеритов у взрослых и у 12,5% детей младше 5 лет [13]. По литературным данным, аденовирусы серогруппы F являются третьим по значимости этиологическим агентом вирусных поражений ЖКТ [6, 15, 18]. При изучении распространенности астровирусной инфекции у детей установлено, что в 92% случаев вируснейтрализующие антитела выявлялись к серотипу 1, в 69% случаев – к серотипу 3, в 50% случаев – к серотипу 4, в 36% случаев – к серотипу 5, у 31% обследованных детей – к серотипу 2 [16].

Среди детей возросла доля заболеваний, сопровождающихся сочетанным вирусным поражением ЖКТ и респираторного тракта. **Частота диарей, вызываемых группой респираторных и кишечных вирусов (рино-, рео-, корона-, энтеро-, бока- и парагриппозных вирусов), колеблется в широких пределах – от 7–9% в межэпидемический период до 25–32% во время сезонного подъема этих инфекций [10].**



New Africa/Shutterstock/FOTODOM

По данным отечественных авторов, в исходе вирусной диареи у детей практически в четверти случаев отмечается формирование патологии ЖКТ (вторичный синдром мальабсорбции, нарушения микробиоценоза кишечника, функциональные и хронические поражения ЖКТ, длительная персистенция и выделение возбудителя, формирования затяжных форм инфекции, иммунный дисбаланс) [2].

Важнейшим врожденным фактором противовирусной защиты является система интерферонов, продукция которых начинается сразу после проникновения вируса в клетку. Масштаб поражения окружающих тканей прежде всего зависит от скорости репликации вирусов и их способности подавлять синтез интерферонов пораженными клетками. При полноценном иммунном ответе происходит быстрая и эффективная элиминация возбудителей из организма человека [5, 7].

В условиях измененной реактивности детского организма, меняющейся этиологической структуры ОКИ, роста доли микст-инфекций большое значение приобретает тактика рационального лечения [1, 11]. Лечение ОКИ зачастую обусловлено отсутствием четко верифицированного возбудителя и имеет преимущественно неспецифический характер, включая в себя регидратационную, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию. Назначение с первого дня лечения диареи антибактериальных препаратов, которые не действуют на вирусы, увеличивает антибиотикорезистентность. В то же время **развивающийся при вирусных ОКИ транзиторный иммунный дисбаланс требует применения в составе комплексной терапии**



препаратов иммунопатогенетического механизма действия с широкой противовирусной активностью. Наиболее часто используют препараты интерферона (ИФН) I типа, которые оказывают системное действие без системных побочных эффектов [8].

Цель: изучить клинико-эпидемиологические особенности и оценить эффективность препарата ВИФЕРОН® в комплексной терапии вирусных диарей у детей в современных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением в период с 2016 по 2017 год находились 2568 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет, госпитализированных в ДГИБ №3 города Санкт-Петербурга с диагнозом «ОКИ неустановленной этиологии», из них у 58,5% (1502 больных) диагноз был подтвержден. Доля бактериальных диарей составила 31,8% (478 больных), у 68,2% (1024 больных) установлена вирусная природа ОКИ.

Клиническое течение вирусных диарей оценивали в соответствии с принципом определения типа, тяжести, характера течения инфекционного процесса. Для расшифровки диагноза проводили бактериологическое исследование фекалий у всех детей на предмет энтеропатогенов (*Shigella sp.*, *Salmonella sp.*, патогенные *E. coli*, *Iersinia sp.*, *Campilobakter sp.*) и оппортунистических бактерий (*gramnegativ bacteria*, *staphylococci*). Подтверждение условно-патогенной этиологии заболевания осуществляли полуколичественным методом в соответствии с критериями оценки этиологической значимости того или иного УПМ. В стандарт обследования также входили исследования с дизентерийным, сальмонеллезным и иерсиниозным эритроцитарными антигенными диагностиками в реакции непрямой гемагглютинации с целью обнаружения специфических антител в динамике заболевания. Обнаружение вирусных агентов в кале (рота-, норо-, астровирусов) проводили с помощью метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) двукратно в образцах стула, собранного в первые сутки с момента поступления ребенка в стационар и при выписке. Рутинные клинические и биохимические тесты проводили по общепринятым методикам. Потерю воды со стулом свыше 10 мл/кг массы тела в сутки расценивали как диарейный синдром. Тяжесть дегидратации определяли клинически. В день поступления в стационар всем больным назначали базисную терапию, которая включала низколактозную диету, оральную регидратацию (регидрон), по показаниям

В последние годы среди детей возросла доля заболеваний, сопровождающихся сочетанным вирусным поражением ЖКТ и респираторного тракта

инфузионную терапию (глюкозо-электролитными растворами), энтеросорбенты (смекта), пробиотики (лактобактерин).

С целью изучения эффективности различных видов терапии вирусного поражения ЖКТ были сформированы две группы по 40 больных, однородные по полу, возрасту и начальным клиническим проявлениям.

Больные I группы (основная) получали регидрон, по показаниям глюкозо-электролитные растворы в/в, смекту, препарат ВИФЕРОН® (суппозитории ректальные) в возрастных дозировках в течение 5 дней.

Больные II группы (сравнения) получали регидрон, по показаниям глюкозо-электролитные растворы в/в, смекту, лактобактерин в возрастных дозировках в течение 5 дней.

Эффективность терапии определяли по срокам исчезновения клинических проявлений, нормализации показателей копрограммы и эрадикации вирусов из кишечника, а также по наличию и тяжести осложнений.

Статистическая обработка результатов проведена на ПК с помощью пакетов программ Statgraphics Centurion 18 и Microsoft Excel 2013. Для параметрических переменных определяли среднее значение показателя по группе пациентов (M), стандартное отклонение (s). Различия средних величин считались достоверным при уровне значимости $p < 0,05$, соответствующем достоверной вероятности 0,95 и более.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Из 478 детей с бактериальной диареей диагноз «сальмонеллез» подтвержден у 168 детей (35,1%), «диареогенный эшерихиоз» – у 118 детей (24,7%), «кампилобактериоз» – у 96 (20,1%), «ОКИ, обусловленные УПМ» – у 82 детей (17,2%), «шигеллез» – у 9 (1,8%), «иерсиниоз» – у 5 (1,1%). Среди расшифрованных вирусных диарей доля РВИ и НВИ составила 77,0% (рис. 1). Больные РВИ чаще поступали в стационар в зимне-весенний период, НВИ – в осенне-зимний, астровирусной – в летне-осенний. Анализ данных эпидемиологического статуса показал, что у больных ротавирусной диареей чаще (151 ребенок – 27,9%) отмечался контакт с больными в детском учреждении, из семейных очагов – у 81 ребенка (15,1%), после приема пищи – у 60 детей (11,2%), после посещения торговых центров и поликлиник – у 32 (6,1%). У больных с НВИ связь с приемом пищи отмечали 79 детей (32,1%), посещение торговых центров – 60 детей (24,2%), контакт с больными в ДУ – 55 детей (22,2%), из семейного очага – 30 детей (12,1%).

При астровирусной диарее предполагаемого источника заражения у наблюдаемых пациентов выявить не удалось. Преморбидный фон у 839 детей (81,9%) был отягощен ранним переходом на искусственное вскармливание, недоношенностью, перинатальной энцефалопатией, анемией, дисбактериозом кишечника, атопическим дерматитом, дискинезией желчевыводящих путей.

Возрастная структура детей с вирусными диареями представлена на рис. 2. У детей до 3 лет достоверно чаще регистрировалась микст-вирусная инфекция, с 6 месяцев до 5 лет – ротавирусная, а у детей школьного возраста – норо- и астровирусная.

Больные с вирусными диареями по тяжести распределились следующим образом: легкая форма – 42 ребенка (4,1%), среднетяжелая – 897 детей (87,6%), тяжелая – 85 детей (8,3%). Тяжелые формы достоверно чаще выявляли у детей раннего возраста с РВИ и микст-инфекциями.

В клинической картине больных с вирусной диареей острое начало заболевания и раннее поступление в стационар (1–3 сутки) отмечалось у 69,8% больных, при этом достоверно чаще – у детей с моноинфекцией. Постепенное начало заболевания наблюдалось у 30,2% больных, достоверно чаще – с сочетанной и астровирусной инфекцией.

У детей с РВИ лихорадку регистрировали у 479 детей (88,5%), при этом повышение температуры



Рис. 1. Этиологическая структура вирусного поражения желудочно-кишечного тракта у детей

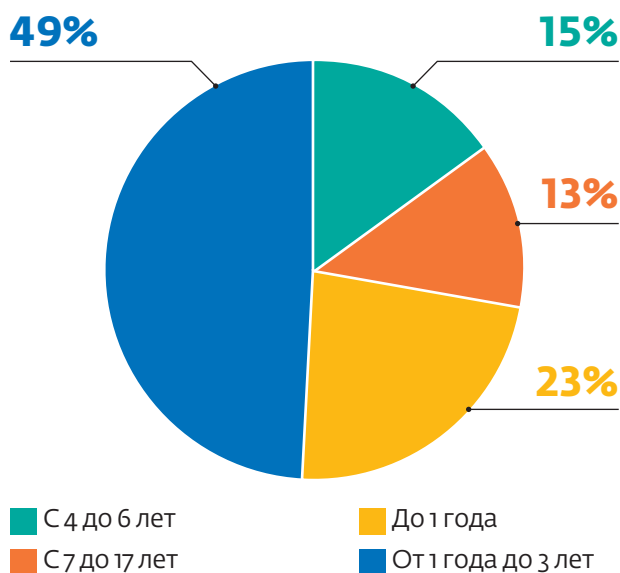


Рис. 2. Возрастная структура детей с вирусными поражениями желудочно-кишечного тракта

тела до фебрильных цифр отмечали у половины пациентов, субфебрильных – у трети больных. У всех больных выявлялись признаки поражения ЖКТ, включающие срыгивания, рвоту, болевой синдром, метеоризм, диарею. Рвота возникала у 460 детей (85,1%): с частотой от 1 до 3 раз в сутки – у 162 (35,3%), от 4 до 10 раз в сутки – у 298 (64,7%).



Включение препарата ВИФЕРОН® в комплексную терапию вирусных поражений ЖКТ у детей способствовало сокращению продолжительности симптомов

Нелокализованные абдоминальные боли наблюдались у половины больных, явления метеоризма – у 419 детей (77,5%). Одновременно или через несколько часов после рвоты у всех больных появлялся жидкий обильный водянистый стул: с частотой до 5 раз в сутки – у 192 детей (35,5%); от 6 до 10 раз в сутки – у 310 (57,3%); свыше 10 раз в сутки – у 39 (7,2%). Синдром дегидратации различной степени выраженности установлен у 470 детей (86,9%). Катаральный синдром отмечался у 314 детей (65,5%): неяркая гиперемия задней стенки глотки – у 98 детей (20,5%); гиперемия, зернистость задней стенки

глотки – у 209 (43,6%), необильные выделения из носа – у 46 (9,7%), кашель – у 177 (37,3%). У всех больных в копроцитограмме наблюдались различной степени выраженности признаки нарушения переваривания и всасывания. У всех детей с РВИ в посевах кала на УПМ обнаружено снижение роста полноценной кишечной палочки и активация *E. coli* с измененными свойствами. У 80,2% детей высевались УПМ (*St. aureus*, *P. mirabilis*, *P. vulgaris*, *P. rettgeri*, *Kl. pneumoniae*, *Kl. oxytoca*, *C. freundii*, *E. cloacae*), превышающие допустимые концентрации в 1,5–2 раза. У трети больных одновременно высевалось несколько возбудителей.

В клинической картине НВИ отмечалась лихорадка у 228 детей (91,9%) в течение трех суток, тошнота – у 244 (98,5%), рвота – у 245 (98,9%), с частотой 10 и более раз в сутки – у четверти больных, с 5 до 10 раз в сутки – у половины; боли в животе – у 212 детей (85,6%), диарея – у 136 (54,8%), с частотой 1–5 раз в сутки – у 75,2%. Синдром дегидратации различной степени выраженности выявлен у 118 детей (47,7%). По данным копрологического исследования, у половины больных отмечались признаки нарушения переваривания и всасывания. У 81 ребенка (65,1%) наряду с синдромом энтерита в копроцитограмме определялся колитический синдром (лейкоциты и эритроциты). У половины детей с НВИ в посевах кала на УПМ высевались *St. aureus*, *P. mirabilis*, *P. vulgaris*, *P. rettgeri*, *Kl. pneumoniae*, *Kl. oxytoca*, *C. freundii*, *E. cloacae*, превышающие допустимые концентрации в 1,5 раза.

В клинической картине астровирусной инфекции отмечалась лихорадка у 5 детей (21,7%) в течение суток, тошнота – у 2 (8,7%), боли в живо-

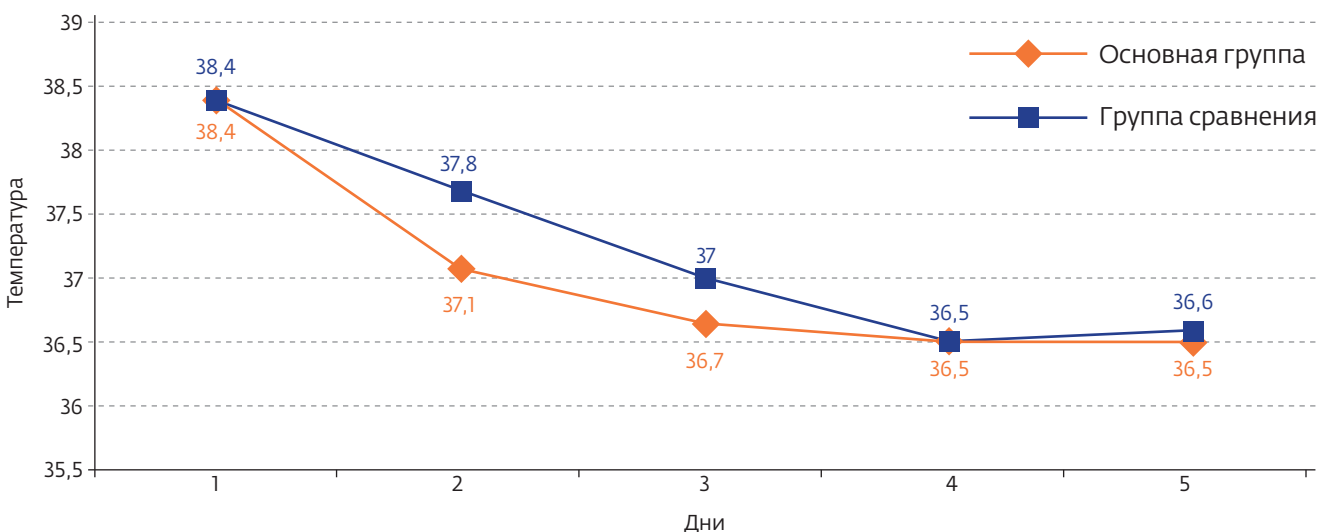


Рис 3. Эффективность препарата ВИФЕРОН® при вирусных диареях (динамика лихорадки)

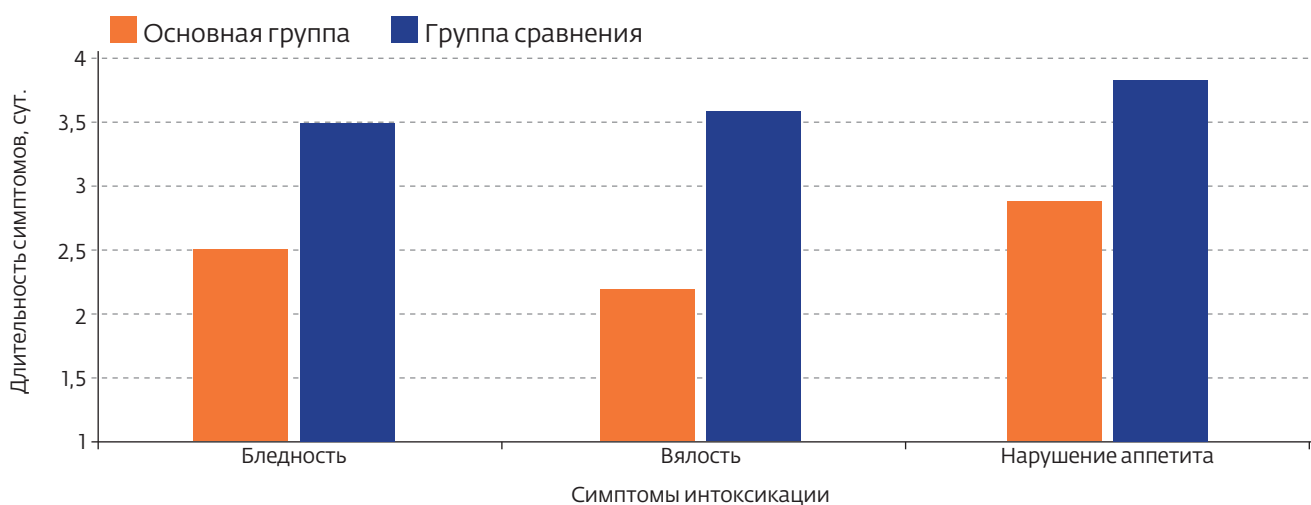


Рис. 4. Эффективность препарата ВИФЕРОН® при вирусных диареях (динамика интоксикации)

те – у 6 (26,1%), диарея – у всех детей (100,0%), с частотой 1–5 раз в сутки общей продолжительностью 5–7 дней. По данным копрологического исследования, у всех больных выявлялись признаки нарушения переваривания и всасывания. Эффективность и безопасность использования препарата ВИФЕРОН® оценивали на основе анализа основных клинических симптомов заболевания и динамики лабораторных показателей в сравниваемых группах. В ходе исследования показано, что продолжительность рвоты и абдоминального синдрома не имела достоверных отличий в зависимости от вида проводимой терапии. Продолжительность болей в животе составила в основной группе $1,0 \pm 0,7$ дня, в группе сравнения – $1,4 \pm 0,8$ дня, метеоризм в основной группе – $1,3 \pm 0,9$ дня, в группе сравнения – $1,7 \pm 1,1$ дня, рвоты в основной группе – $2,1 \pm 0,7$ дня, в группе сравнения – $2,7 \pm 0,9$ дня.

Длительность лихорадки у детей, получавших препарат ВИФЕРОН®, оказалась на 1,3 су-

ток меньше, чем в группе сравнения (рис. 3). Продолжительность симптомов интоксикации (бледность, вялость, нарушение аппетита) в сравниваемых группах представлена на рис. 4. В динамике диарейного синдрома также выявлены достоверные различия.

Продолжительность диареи в основной группе составила $3,9 \pm 0,9$ дня (рис. 5), в группе сравнения – $5,1 \pm 1,0$ дня ($p < 0,05$). Одновременно с нормализацией частоты и характера стула у больных, получавших препарат ВИФЕРОН®, быстрее исчезали патологические примеси в стуле (слизь, зелень), **что свидетельствует о положительном влиянии препарата на процессы репарации кишечника.**

Следует отметить быстрое, почти синхронное исчезновение к 3–4-му дню лечения катаральных явлений в носоглотке, в то время как в группе сравнения эти изменения сохранялись к этому сроку у 33% детей.

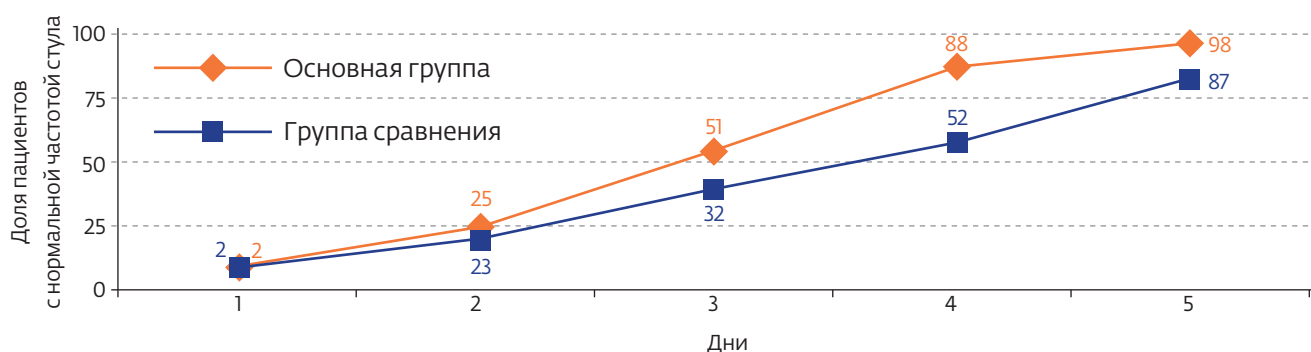


Рис. 5. Эффективность препарата ВИФЕРОН® при вирусных диареях (динамика диареи)



Обнаружение вирусов в копрофильтрах на 5-й день заболевания	Основная группа		Группа сравнения	
	Ротавирусная инфекция	Норовирусная инфекция	Ротавирусная инфекция	Норовирусная инфекция
Не обнаружено	24,8%	28,2%	0,0%	0,0%
Обнаружено	75,2%	81,8%	100,0%	100,0%

Таблица 1. Эффективность препарата ВИФЕРОН® при вирусных диареях (динамика вирусовыделения)

При изучении количественного содержания УПМ установлено, что в обеих группах у больных повышалось количество ПКП до нормы и уменьшалось количество *E. coli* с измененными свойствами, имело место достоверное снижение УПМ, а у половины больных отмечалась полная санация от УПФ.

Установлено, что в основной группе имели место более высокие темпы элиминации кишечных вирусов. Так, у детей, получавших препарат ВИФЕРОН®, в периоде ранней реконвалесценции ротавирусы не обнаруживались в 24,8% случаев, норовирусы – в 28,2%. У детей в группах сравнения рота- и норовирусы обнаруживались у 100% больных (табл. 1). **Применение в стационарных условиях препарата ВИФЕРОН®, снижающего длительность выделения вирусов в окружающую среду, приводит к уменьшению риска развития внутрибольничной вирусной кишечной инфекции.**

Оценивая эффективность препарата ВИФЕРОН® в комплексной терапии вирусных поражений ЖКТ, нужно отметить **сокращение сроков пребывания в стационаре в среднем на 2,8 дня** (длительность пребывания в стационаре больных основной группы составила $5,3 \pm 0,3$ дня, а группы сравнения – $8,1 \pm 0,5$ дня). Побочных проявлений не зарегистрировано.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вирусные поражения ЖКТ занимают 68,2% в структуре ОКИ установленной этиологии с увеличением числа госпитализируемых больных в осенне-зимне-весенний период.

Среди госпитализируемых пациентов преобладают дети в возрасте до трех лет (71,7%), преимущественно с ротавирусной инфекцией.

В большинстве случаев вирусные диареи у наблюдаемых детей протекали в среднетяжелой форме (87,6%), чаще – по типу гастроэнтерита.

Включение препарата ВИФЕРОН®, обладающего противовирусным действием и иммуностропной активностью, в комплексную терапию вирусных поражений ЖКТ у детей в первые дни заболевания способствовало сокращению продолжительности симптомов интоксикации, лихорадки, диареи, уменьшало дисбиотические нарушения, длительность вирусовыделения, сокращало сроки пребывания детей в стационаре.

Высокая клиничко-лабораторная эффективность и существенное сокращение койко-дня при применении препарата ВИФЕРОН® позволяют рекомендовать включение данного препарата в стартовую базисную терапию вирусных диарей у детей.



triocean/Shutterstock/FOTODOM

ЛИТЕРАТУРА

1. Горелов А. В., Феклисова Л. В., Глоскирева А. А. и др. Комплексная терапия вирусной диареи у детей – первые результаты открытого сравнительного рандомизированного клинического исследования препаратов интерферона // Педиатрическая фармакология. – 2011. – Т. 8. – № 4. – С. 106–111. [Gorelov A. V., Feklisova L. V., Ploskireva A. A., et al. Combined therapy of viral diarrhea in children: first results of an open comparative randomized clinical trial of interferon efficiency. *Pediatric pharmacology*. 2011;8(4):106–111. (In Russ.)]
 2. Григорович М. С. Исходы острых кишечных инфекций у детей, факторы, их определяющие, и оптимизация путей реабилитации: автореф. дис.... д-ра мед. наук. – М.: ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии». 2011. [Grigorovich M. S. Outcomes of acute intestinal infections in children, determining factors, optimization of rehabilitation routes. [dissertation] Moscow: FBUN "Tsentral'nyy nauchno-issledovatel'skiy institut epide miologii". 2011. (In Russ.)]
 3. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / Под ред. В. Н. Тимченко. – СПб.: СпецЛит, 2012. [Timchenko V. N., editor. *Infectious diseases in children: text book for pediatric faculties of medical schools*. Saint Petersburg: SpetsLit; 2012. (In Russ.)]
 4. Лукьянова А. М., Бехтерева М. К., Птичникова Н. Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика вирусных диарей у детей // Журнал инфектологии. – 2014. – Т. 6. – №1. – С. 60–66. [Lukyanova A. M., Bekhtereva M. K., Ptichnikova N. N. Clinical and epidemiological characteristic viral diarrhea in children. *Zhurnal infektologii*. 2014;6(1):60–66. (In Russ.)]
 5. Мазанкова Л. Н., Чеботарева Т. А., Майкова И. Д. Современные подходы к совершенствованию иммунобиологической терапии при вирусных диареях у детей // Педиатрическая фармакология. – 2008. – Т. 5. – №5. – С. 116–120. [Mazankova L. N., Chebotareva T. A., Maykova I. D. Up-to-date approaches to improving immunobiological therapy of viral diarrhea of children. *Pediatric pharmacology*. 2008;5(5):116–120. (In Russ.)]
 6. Малов В. А., Горобченко Е. А., Городнова Е. А. Вирусные гастроэнтериты // Лечащий врач. – 2002. – №11. – С. 54–58. [Malov V. A., Gorobchenko A. N., Gorodnova E. A. Viral gastroenteritis. *Practitioner*. 2002;(11):54–58. (In Russ.)]
 7. Михайлова Е. В., Данилов А. Н., Левин Д. Ю. Клинико-лабораторная характеристика вирусных диарей у детей и противовирусная терапия // Детские инфекции. – 2012. – Т. 11. – С. 44–48. [Mikhailova E. V., Danilov A. N., Levin D. Y. Clinical and Laboratory Characteristics of Viral Diarrhea in Children and Antiviral Therapy. *Detskie infektsii*. 2012;11:44–48. (In Russ.)]
 8. Нестеров И. В. Препараты интерферона альфа в клинической практике // Российский аллергологический журнал. – 2010. – №2. – С. 43–52. [Nesterov I. V. Interferon in clinical practice. *Rossiiskii allergo logicheskii zhurnal*. 2010;(2):43–52. (In Russ.)]
 9. Острые кишечные инфекции в практике педиатра и семейного врача: руководство для врачей всех специальностей / Под ред. В. Н. Тимченко, В. В. Левановича. – СПб.: Издательство Н-Л, 2011. [Timchenko V. N., Levanovich V. V., editors. *Acute intestinal infections in the practice of a pediatrician and family doctor: manual for physicians of all specialties*. Saint Petersburg: Izdatelstvo N-L; 2011. (In Russ.)]
 10. Раздьяконова И. В. Клинико-иммунологическая характеристика калицивирусной инфекции у детей и тактика терапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2007. [Razdyakonova I. V. Clinical and immunological characteristics of calicivirus infection in children and tactics of therapy. [dissertation] Saint Petersburg; 2007. (In Russ.)]
 11. Чернова Т. М., Субботина М. Д., Рубцова С. К. Эффективность препарата кагоцел при вирусных поражениях желудочно-кишечного тракта у детей // Медицинский совет. – 2015. – №1. – С. 40–44. [Chernova T. M., Subbotina M. D., Rubtsova S. K. Effect of Kagocel on viral lesions of the gastrointestinal tract in children. *Meditinskiy sovet*. 2015;(1):40–44. (In Russ.)]
 12. Тимченко В. Н., Павлова Е. Б., Субботина М. Д. Особенности течения и лечения ротавирусной инфекции у детей // Лечащий врач. – 2011. – №8. – С. 107–108. [Timchenko V. N., Pavlova E. B., Subbotina M. D. Features of the clinic and treatment of rotavirus infection in children. *Practitioner*. 2011;(8):107–108. (In Russ.)]
 13. Шестакова И. В. Норовирусная инфекция // Consilium Medicum. – 2013. – Т. 15. – № 12. – С. 34–37. [Shestakova I. V. Norovirus infection. *Consilium Medicum*. 2013;15(12):34–37. (In Russ.)]
 14. Lanata C. F., Fischer-Walker C. L., Olascoaga A. C., et al. Global causes of diarrheal disease mortality in children <5 years of age: a systematic review. *PLoS One*. 2013;8(9):e72788. DOI: 10.1371/journal.pone.0072788.
 15. Dey R. S., Ghosh S., Chawla-Sarkar M., et al. Circulation of a novel pattern of infections by enteric adenovirus serotype 41 among children below 5 years of age in Kolkata, India. *J Clin Microbiol*. 2011;49(2):500–505. DOI: 10.1128/JCM.01834–10.
 16. Matsumoto T., Wangchuk S., Tshering K., et al. Complete Genome Sequences of Two Astrovirus MLB1 Strains from Bhutanese Children with Diarrhea. *Genome Announc*. 2013;1(4). DOI: 10.1128/genomeA.00485–13.
 17. Wikswo M. E., Desai R., Edwards K. M., et al. Clinical profile of children with norovirus disease in rotavirus vaccine era. *Emerg Infect Dis*. 2013;19(10):1691–1693. DOI: 10.3201/eid1910.130448.
 18. Matsushima Y., Shimizu H., Kano A., et al. Genome sequence of a novel virus of the species human adenovirus d associated with acute gastroenteritis. *Genome Announc*. 2013;1(1). DOI: 10.1128/geno
- Библиографическая ссылка:** Тимченко В. Н., Субботина М. Д., Каплина Т. А. и др. Клинико-лабораторная эффективность препарата ВИФЕРОН® при вирусных поражениях желудочно-кишечного тракта у детей // Педиатр. – 2018. – Т. 9. – № 3. – С. 41–48. DOI: 10.17816/PED9341-48



Острые кишечные инфекции у детей: особенности течения и возможности современной терапии

ЕЖЕГОДНО В МИРЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ БОЛЕЕ 2 МЛРД СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПРИ ЭТОМ БОЛЬШИНСТВО ЗАБОЛЕВШИХ – ДЕТИ. НЕСМОТЯ НА РАЗНООБРАЗИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ И КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ, ОКИ ОСТАЮТСЯ ОДНОЙ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ПРИЧИН ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ РАННЕГО ВОЗРАСТА. В ИНТЕРВЬЮ ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ДЕТСКИЙ ИНФЕКЦИОНИСТ ГАЛИНА ПЕТРОВНА МАРТЫНОВА РАССКАЗЫВАЕТ О СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ О ПАТОГЕНЕЗЕ ВИРУСНЫХ ОКИ У ДЕТЕЙ, ПРАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДАХ К ИХ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И РОЛИ В НЕЙ ПРЕПАРАТОВ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2В.



Г. П. Мартынова – д. м. н., профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой детских инфекционных болезней с курсом постдипломного образования ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Воино-Ясенецкого» МЗ РФ, главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей Министерства здравоохранения РФ по Сибирскому федеральному округу и Красноярскому краю

Галина Петровна, насколько сегодня актуальны вирусные острые кишечные инфекции у детей? Какие возбудители сейчас определяют основную нагрузку?

По данным ВОЗ, в среднем на одного ребенка приходится три эпизода кишечной инфекции. Во всем мире диарея остается третьей по значимости причиной смерти среди детей до пяти лет после перинатальных заболеваний и патологий респираторного тракта. Каждый пятый ребенок в мире (около 1,5 млн в год) умирает в результате диареи.

В России, несмотря на значительные успехи в изучении кишечных инфекций в последнее десятилетие, заболеваемость ОКИ находится на высо-

ком уровне, при этом 2/3 заболевших – именно дети. Разнообразие возбудителей, неполноценность механизмов защиты ЖКТ, высокая частота сочетанного инфицирования нередко являются причиной тяжелых и осложненных форм с риском развития летального исхода. Но даже при условии благоприятного течения перенесенные в детском возрасте ОКИ приводят к нарушению функции целого ряда органов и систем, особенно у детей со сниженным уровнем здоровья.

Вирусные диареи отличаются неоднородностью и включают рота-, калици-, астро-, аденовирусы (F 40/41) и пр. При этом на протяжении многих десятилетий лидером остается ротавирус. Из-за множественности путей передачи, малой

инфицирующей дозы и стабильности в окружающей среде он распространен повсеместно.

В 2024 году среди больных, госпитализированных в наш инфекционный стационар КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница», удельный вес кишечных инфекций составил 65%, при этом ротавирусный гастроэнтерит (РВГЭ) зарегистрирован в 73% случаев (438 человек). Это больше, чем было в 2023 году, при этом более половины больных (52%) – дети в возрасте от 1 до 3 лет. В то же время в 4,2 раза (с 2,8 до 11,7%) увеличилось число детей старше 11 лет, которые также нуждались в госпитализации.

Почему именно дети раннего возраста требуют особенно внимательного подхода при ротавирусных инфекциях?

Ротавирусная инфекция (РВИ) уже более 40 лет остается основной причиной тяжелой обезвоживающей диареи у младенцев и детей младшего возраста во всем мире. Фонд ЮНИСЕФ сообщает, что в структуре смертности от инфекционных заболеваний РВИ занимает 11–15%, ежегодно от нее умирают около 200 тысяч детей.

Клиническую картину РВГЭ сравнивают с айсбергом, видимая часть которого – это традиционно возникающие симптомы гастроэнтерита: рвота, диарея, дегидратация, интоксикация. В то же время патогенное действие ротавируса не ограничивается только поражением слизистой оболочки тонкого кишечника. Доказана возможность генерализации процесса: развития внекишечных поражений с вовлечением в инфекционный процесс легких, сердца, печени, поджелудочной железы, головного мозга и других жизненно важных органов. Это и есть «подводная часть» айсберга.

Большая частота тяжелых форм РВГЭ с развитием кишечного эксикоза (КЭ) у детей раннего возраста обусловлена прежде всего анатомо-физиологическими особенностями их организма:

- высокой потребностью в воде при относительно больших физиологических потерях жидкости с дыханием, потоотделением и мочой;
- большой напряженностью обменных процессов;
- слабостью адаптационных механизмов;
- высокой чувствительностью сосудистой стенки и клеточных мембран к кислородному голоданию и токсическим факторам.

Число детей с тяжелой формой РВГЭ, госпитализированных в наш инфекционный стационар,



New Africa/Shutterstock/FOTODOM

выросло с 20% в 2022 году до 42% в 2024-м. Клиническое выздоровление к моменту выписки из стационара отмечено только у 52% детей, тогда как остальные были выписаны с остаточными явлениями, что в дальнейшем требовало наблюдения и лечения по месту жительства.

Исследования академика А. В. Горелова и его учеников указывают на значимость ОКИ как фактора риска гастроэнтерологической патологии (25,2%), развития лактазной недостаточности, панкреатопатий, функциональных нарушений билиарного тракта и декомпенсированных дисбиотических нарушений.

Вероятность повторного заражения РВ на первом году жизни составляет 30%, а к двум годам практически 70% детей переносят ротавирусную инфекцию уже дважды.

Какие особенности иммунитета важны при вирусных ОКИ у детей?

Защиту организма ребенка от ротавируса обеспечивают компоненты клеточного и гуморального иммунитета. Немаловажную роль играет и местная защита слизистых оболочек, прежде всего уровень секреторного IgA – одного из основных эффекторных факторов местного иммунитета. IgA вырабатывается всеми слизистыми оболочками организма, при этом мукозальный иммунитет у ребенка незрел, уровень секреторного IgA снижен и формируется только к 6–8 годам.

Исследования сотрудников нашей кафедры показали, что у пациентов с РВГЭ уже с первых дней заболевания развиваются выраженные нарушения со стороны микробиоценоза кишечника. Это продлевает клинические проявления болезни, способствует длительному вирусовыделению. Немаловажную роль в патогенезе РВИ играет и система неспецифической защиты – ИФН I и III типов.



Ротавирус использует многочисленные стратегии уклонения от иммунной системы хозяина и кишечной микробиоты, обеспечивая себе успешную репликацию. В исследованиях И. Д. Майковой (2008) у больных РВГЭ выявлена супрессия системы ИФН, фагоцитоза, интерлейкинов I и VI типов при отсутствии повышения IgG как в острой фазе болезни, так и в период выздоровления, что свидетельствует о возможном ускользании РВ от иммунного ответа, низкой функциональной активности интерферонов и длительности процессов иммуносупрессии.

При этом именно у детей имеет место особая незрелость системы интерферона. Уровень ИФН у детей первого года в 9 раз, а у детей 3 лет в 6 раз ниже, чем у пациентов старшего возраста.

Вы затронули тему иммуносупрессии, которая возникает как в силу возрастных особенностей, так и в результате действия вируса. Какую роль в лечении ОКИ играет терапия препаратами интерферона?

Основой лечения кишечных инфекций (любой этиологии) является максимально быстрое возмещение потери жидкости и электролитов с использованием оральной регидратации, которая может применяться как самостоятельный метод лечения у 90% пациентов с обезвоживанием. Немаловажную роль при лечении пациентов с вирусными диареями играют энтеросорбенты, лечебное действие которых обусловлено дезинтоксикационным, антидиарейным, противовоспалительным, метаболическим и цитомукопротекторным действием.



Oksana Kuzmina/Shutterstock/FOTODOM

В то же время для коррекции иммунологических нарушений при вирусных диареях наряду с пробиотиками целесообразно использование препаратов с иммуномодулирующим и противовирусным действием, которые положительно влияют на динамику клинических проявлений заболевания и состояние иммунитета.

Исследования Л. Н. Мазанковой с соавторами (2015) свидетельствуют, что ключевым фактором иммуносупрессии при РВИ у детей является подавление продукции интерферонов, что сопровождается снижением показателей индуцированных ИФН-α и ИФИ-γ и является обоснованием к назначению в комплексной терапии иммунобиологических препаратов в острый период заболевания.

Изучение эффективности препарата ВИФЕРОН® при ОКИ продолжается более 15 лет. В нем приняли участие почти 500 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Исследования показали, что включение препаратов рекомбинантного интерферона альфа-2b (ВИФЕРОН® ректальные суппозитории) в терапию вирусного гастроэнтерита у детей патогенетически оправдано.

Какие клинически значимые эффекты наиболее важны при включении препаратов рекомбинантного интерферона в комплексную терапию вирусных ОКИ у детей?

По данным В. Н. Тимченко (2018), включение препарата рекомбинантного интерферона альфа-2b ВИФЕРОН® (суппозитории ректальные) в комплексную терапию пациентов с вирусными диареями с первых дней заболевания способствует сокращению продолжительности симптомов интоксикации и лихорадки в 1,8 раза, диареи – в 1,3 раза, приводит к значительному уменьшению дисбиотических нарушений, высоким темпам элиминации кишечных вирусов, сокращению в среднем на 2,8–3 дня сроков пребывания детей в стационаре.

Назначение препарата наряду с базисной терапией, включающей пробиотические штаммы BB12 и LGG в комплекс лечебных мероприятий у детей с РВГЭ, вместе с клиническим эффектом позволяет достоверно снизить в сыворотке крови уровень провоспалительного цитокина (ИЛ-6) и повысить уровень индуцированного ИФН-γ до нормы у 67% детей. Катамнестическое наблюдение пациентов, перенесших РВГЭ, в течение 6 месяцев выявило сокращение количества последующих случаев ОРВИ в 1,6 раза и эпизодов ОКИ в 1,5 раза, что свидетельствует не только о клиническом, но и о профилактическом эффекте препарата ВИФЕРОН®.

Ключевым фактором иммуносупрессии при ротавирусной инфекции у детей является подавление продукции интерферонов

Насколько в педиатрической практике важно сокращение периода вирусывыделения и почему это значимо не только для самого пациента, но и для детского коллектива или стационара?

Вновь обратимся к результатам проведенных исследований. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей препарата ВИФЕРОН® в комплексной терапии вирусных диарей В. Н. Тимченко (2018) свидетельствует не только о его клинической эффективности, но и о более высоких темпах элиминации кишечных вирусов и сокращении длительности вирусывыделения.

В основной группе пациентов уже на 5-й день терапии ВИФЕРОН® ротавирусы не были обнаружены у 25% пациентов, норовирусы – у 28% больных. В то же время в группе сравнения практически у 100% выздоравливающих вирусывыделение продолжалось. Это поддерживало циркуляцию вирусов в окружающей среде, способствовало возникновению спорадических случаев заболеваний и локальных вспышек, а также внутригоспитального инфицирования.

В качестве примера хочу упомянуть результаты проведенного в период пандемии COVID-19 рандомизированного открытого научного исследования эффективности и безопасности препарата ВИФЕРОН® (суппозитории ректальные и гель для наружного применения) в терапии новой коронавирусной инфекции COVID-19 у детей, в котором мы приняли участие.

Применение рекомбинантного ИФН альфа-2b с антиоксидантами по модифицированной схеме в 2,5 раза сократило выделение с калом коронавируса SARS-CoV-2 по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о его высокой санитарной активности.

Почему ректальная форма у ребенка с вирусной кишечной инфекцией – это не ограничение, а в ряде ситуаций практическое преимущество?

ВИФЕРОН® суппозитории ректальные очень удобны в педиатрической практике. Ведущие симптомы у ребенка с ОКИ – это тошнота и рвота, что нередко приводит к отказу больного от питья, еды и приема лекарственных препаратов. На этом фоне ректальная форма препарата ВИФЕРОН® имеет свои преимущества, особенно в острый период болезни, когда пероральный путь ограничен. Эргономические характеристики позволяют применять суппозитории ВИФЕРОН® при паузе между дефекациями в 15 минут. Они разрешены с первых дней жизни детей, в том числе и у недоношенных, а также для беременных женщин с 14-й недели.

Одним из компонентов препаратов ВИФЕРОН® являются антиоксиданты. Насколько актуально сегодня обсуждать роль окислительного стресса при вирусных ОКИ у детей? Есть ли у этого практический смысл?

Роль окислительного стресса и воспалительных сигнальных путей особенно подробно изучалась именно на модели ротавирусной инфекции. В ряде клинических обзоров показано, что ротавирус индуцирует окислительный стресс и воспалительные каскады, что рассматривается как потенциально значимое для патогенеза и будущих терапевтических подходов открытие. Таким образом, наличие антиоксидантов в составе препарата ВИФЕРОН® – его важное преимущество.

Какие направления в изучении терапии вирусных ОКИ у детей кажутся вам сегодня наиболее перспективными?

Мы живем в век вирусных инфекций, а ОКИ – это неуправляемая ситуация! Их полиэтиологичность, множественность путей инфицирования и преимущественное поражение детей раннего возраста с развитием тяжелых форм заболеваний требуют продолжения как клинических, так и фундаментальных исследований. Необходимо продолжить изучение иммунопатогенеза вирусных диарей, расширить представления о механизмах взаимодействия кишечных вирусов с интерфероновыми путями кишечного эпителия и локальным иммунитетом слизистых. Это позволит совершенствовать не только терапию, но и профилактику этой группы заболеваний.



Ученый, врач, учитель

ПАМЯТИ ЛЮДМИЛЫ НИКОЛАЕВНЫ МАЗАНКОВОЙ

25 МАРТА 2026 ГОДА ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ УШЛА ИЗ ЖИЗНИ ЛЮДМИЛА НИКОЛАЕВНА МАЗАНКОВА – Д. М. Н., ПРОФЕССОР, ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РФ, РУКОВОДИТЕЛЬ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ ГБУЗ «ДГКБ ИМ. З. А. БАШЛЯЕВОЙ ДЗМ», ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ У ДЕТЕЙ ДЗМ И МЗ РФ ПО ЦФО, ПРОФЕССОР КАФЕДРЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ. СВЕТОЙ ПАМЯТИ НАШЕЙ КОЛЛЕГИ МЫ ПУБЛИКУЕМ МАТЕРИАЛ, ПОСВЯЩЕННЫЙ ЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ПУТИ И НАУЧНОМУ НАСЛЕДИЮ.



ЛИЧНОСТЬ И ТАЛАНТ

Есть врачи, чьи имена навсегда остаются в истории медицины не только благодаря научным работам и ответственным должностям, но и прежде всего благодаря их роли в жизни других людей. Среди них – Людмила Николаевна Мазанкова, талантливый ученый и клиницист, человек редкой работоспособности, отзывчивости и доброты по отношению к коллегам, пациентам, ученикам.

В профессиональном кругу отмечали: «Она не вкладывала знания в головы – она перестраивала архитектуру ума так, чтобы инфекция стала главной оптикой, через которую врач смотрит на любого больного ребенка». Этот принцип Людмила Николаевна пронесла через всю жизнь, стремясь объединить усилия инфекционистов, педиатров и других профильных специалистов во имя снижения детской заболеваемости и смертности.

Для коллег она была человеком, который задавал высокий профессиональный стандарт, для учеников – наставником, который не только давал знания, но и воспитывал отношение к профессии.

МЕДИЦИНА КАК СУДЬБА

«Очень люблю лечить детей, консультировать пациентов, искать и находить новые подходы к терапии разных заболеваний и, конечно, преподавать», – этими словами Людмилы Николаевны, прозвучавшими в одном из интервью, можно кратко описать ее профессиональный путь.

Как вспоминала сама Людмила Николаевна, будущей профессией она грезила с ранних лет, еще в детском саду. После школы она с отличием окончила медучилище, а в 1977 году – педиатрический факультет 2-го МОЛГМИ (ныне – Российский научно-исследовательский университет, РНИМУ) им. Н. И. Пирогова. Работала врачом в Детской инфекционной больнице №5 в Москве, после заведовала там же отделением кишечных инфекций.

С 1985 по 1991 год была сотрудником ЦНИИ эпидемиологии МЗ СССР, и этот период зложил фундамент ее научных изысканий. В 1989 году Людмила Николаевна защитила кандидатскую диссертацию на тему «Клиника и диагностика ротавирусной инфекции у детей», в 1994 году – докторскую на тему «Клинико-патогенетическое значение изменений микрофлоры кишечника при острых кишечных инфекциях у детей».

С 1991 по 2002 год Людмила Николаевна работала в качестве ассистента, доцента и затем профессора кафедры педиатрии с детскими инфекциями ФУВ РГМУ, а с 2002 по 2024 год заведовала кафедрой детских инфекционных болезней ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. В этой должности с 2008 года она активно занималась реализацией уникального проекта – ежегодной Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». Междисциплинарная конференция объединила ведущих отечественных и зарубежных специалистов из различных отраслей педиатрии и способствовала обмену опытом и поиску новых решений в диагностике и лечении сложных клинических случаев.

С 2013 года, являясь главным внештатным специалистом по инфекционным болезням у детей Департамента здравоохранения Москвы и Минздрава России в Центральном федеральном округе, Людмила Николаевна активно занималась организацией системы оказания инфекционной помощи детям столицы. Под ее руководством городская инфекционная служба достигла высоких стандартов диагностики и лечения инфекционных заболеваний у детей, включая острые кишечные инфекции, менингиты и другие тяжелые патологии.

Несмотря на беспрецедентный объем административной и научной работы, Людмила Николаевна всегда уделяла большое внимание работе с пациентами. Ее телефон не умолкал, она всегда была открыта к проблемам и готова прийти на помощь, не только провести высококвалифицированную профессиональную консультацию, но и поддержать эмоционально, что было бесценно для детей и их родителей, попавших в сложную ситуацию.

Людмила Николаевна Мазанкова – автор 540 научных работ и методических пособий для медицинских работников (в том числе трех учебников, шести монографий, двух патентов), соавтор десяти российских клинических рекомендаций и протоколов. Она внесла неоценимый вклад в развитие инфектологии и педиатрии. Коллеги отмечали ее принципиальность и высокую планку профессиональной ответственности. Она требовала точности прежде всего от себя, и именно это делало ее врачом, которому доверяли. Ее разработки в области коррекции микрофлоры кишечника и лечения острых

«Очень люблю лечить детей, находить новые подходы к терапии разных заболеваний и, конечно, преподавать»

кишечных инфекций внедрены в клиническую практику московских стационаров, что позволило спасти тысячи детских жизней.

УНИКАЛЬНЫЙ НАСТАВНИК

Коллеги Людмилы Николаевны запомнят ее как выдающегося наставника, создавшего инфекционную школу и вырастившего целую плеяду российских врачей. Кафедра детских инфекционных болезней ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, которую многие годы возглавляла Л. Н. Мазанкова, стала ведущим образовательным центром страны по подготовке инфекционистов и педиатров. Под ее руководством защищены две докторские и 16 кандидатских диссертаций. Она отдавала все свои знания, способности и энергию почетному делу подготовки врачей-инфекционистов. Во всех уголках нашей страны и за рубежом работают ее ученики.

Все это – закономерное следствие ее главного педагогического таланта: Людмила Николаевна умела зажечь настоящий исследовательский интерес, разглядеть во вчерашнем выпускнике будущего ученого, передать ученикам не просто знания, а особенный способ мышления – взгляд на любое заболевание через призму междисциплинарности.

Уход Людмилы Николаевны Мазанковой стал невосполнимой утратой для медицинского сообщества. Память о ней продолжает жить в сердцах учеников, коллег, пациентов, в стенах медицинских учреждений, где она работала, на страницах научных трудов – в том огромном и неоценимом наследии, которому она посвятила всю свою жизнь.



A POSTERIORI / Из опыта

Клинические рекомендации МЗ РФ по лечению вирусных кишечных инфекций у детей

РОТАВИРУСНЫЙ
ГАСТРОЭНТЕРИТ
У ДЕТЕЙ



НОРОВИРУСНЫЙ
ГАСТРОЭНТЕРИТ
У ДЕТЕЙ



ВИРУСНЫЕ
КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ
(ГАСТРОЭНТЕРИТЫ) У ДЕТЕЙ



Согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ, препарат ВИФЕРОН® Суппозитории ректальные (МНН интерферон альфа-2b) включен в комплексную терапию острых кишечных инфекций различной вирусной этиологии у детей в возрастных дозировках:

для детей до 7 лет – по 150 000 МЕ
2 раза в день не менее 5 дней

для детей старше 7 лет – по 500 000 МЕ
2 раза в день не менее 5 дней



ВИФЕРОН® Суппозитории разрешены к применению с первых дней жизни ребенка, в том числе у новорожденных и недоношенных детей



ВИФЕРОН® входит в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденный Правительством России¹



Препараты ВИФЕРОН® производятся в соответствии с международными стандартами качества GMP²

¹ МНН интерферон альфа-2b. Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2025 №3867-р.

² Заключение Минпромторга России от 26.06.2025 №GMP/EAEU/RU/02089-2025 и №GMP/EAEU/RU/02090-2025.



ООО «ФЕРОН», российская фармацевтическая компания полного цикла:

разработка, производство, продвижение противовирусных иммуномодулирующих препаратов ВИФЕРОН®.



Производственные площадки, расположенные в г. Москве и г. Лобне,

оснащенные новейшим оборудованием, выпускают продукцию в соответствии с международными стандартами качества GMP.

Лабораторный комплекс контроля качества

проводит контроль всех поступающих партий сырья, материалов и выпускаемой готовой продукции более чем по 250 показателям.



ВИФЕРОН® – Лауреат премии Russian Pharma Awards в номинации «ДОВЕРИЕ ПРОФЕССИОНАЛОВ В ЗАЩИТЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА ОТ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ»*

* Russian Pharma Awards 2022. Инструкция по медицинскому применению Р N001142/02, Р N001142/01 и Р N000017/01.

ВИФЕРОН®

Бережная защита от вирусов



VIFERON.SU



Лечение и профилактика широкого спектра вирусных и бактериальных заболеваний (ОРВИ и грипп, герпес, пневмония, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная и энтеровирусная инфекции, менингит и др.)



Разрешен детям с первого дня жизни и беременным женщинам¹



Схема применения, разработанная специально для лечения часто и длительно болеющих детей



Лауреат медицинской премии Russian Pharma Awards «Доверие профессионалов в защите здоровья матери и ребенка от вирусных инфекций»²



Входит в клинические рекомендации и федеральные стандарты МЗ РФ по оказанию медицинской помощи при инфекционно-воспалительных заболеваниях у детей³

Реклама



ВИФЕРОН® Суппозитории

P N000017/01 P N001142/02 P N001142/01

¹ ВИФЕРОН® Суппозитории – с первого дня жизни; Беременным: ВИФЕРОН® Суппозитории – с 14-й недели гестации, ВИФЕРОН® Мазь/Гель – без ограничений.

² Премия Russian Pharma Awards 2022. Инструкции по медицинскому применению P N000017/01, P N001142/02 и P N001142/01.

³ Интерферон альфа-2b, действующее вещество препарата ВИФЕРОН®, в клинических рекомендациях и стандартах Минздрава РФ: minzdrav.gov.ru; cr.minzdrav.gov.ru.

Для медицинских работников и фармацевтов