

И.В. БАБАЧЕНКО^{1,2}, д.м.н., Е.В. ШАРИПОВА¹, к.м.н., Т.Л. БЕЛИКОВА¹

¹ Научно-исследовательский институт детских инфекций Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ОРВИ У ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАРЕ И ПОЛИКЛИНИКЕ

Задачами исследования, проведенного в Научно-исследовательском институте детских инфекций Федерального медико-биологического агентства, было проанализировать динамику выраженности клинических синдромов и выделения вирусов гриппа/ОРВИ на фоне лечения препаратом Кагоцел[®]. Группу наблюдения составили 80 детей в возрасте 3–11 лет, госпитализированных с симптомами гриппа и ОРВИ, в комплексную терапию которых был включен препарат Кагоцел[®]. Проведенное исследование показало достоверное ($p < 0,001$) снижение лихорадки к третьим суткам от начала терапии с нормализацией температуры тела с четвертых суток. Синдром интоксикации преимущественно купировался ($p < 0,001$) к четвертым суткам. Катаральный синдром достоверно ($p < 0,01$) снижался с третьих до седьмых суток терапии. Элиминация респираторных вирусов по результатам ПЦР к 5–6-м суткам от начала терапии Кагоцелом составила 57,1%. Наиболее часто снижалось выделение вирусов гриппа В и А, РС-вируса (86 и 53,8, 71,4% соответственно), реже отмечена элиминация риновирусов (33,3%). Сопоставление результатов проведенного исследования с литературными данными показало однонаправленность динамики клинических синдромов гриппа/ОРВИ при включении в терапию Кагоцела, его хорошую переносимость у детей с трех лет как в условиях стационара, так и амбулаторных условиях.

Ключевые слова: лечение гриппа и ОРВИ, дети, индуктор интерферонов, элиминация вирусов гриппа и ОРВИ.

I.V. BABACHENKO^{1,2}, MD, E.V. SHARIPOVA¹, PhD in medicine, T.L. BELIKOVA¹

¹ Research Institute of Children's Infections of the Federal Medical and Biological Agency, Saint-Petersburg

² Saint-Petersburg State Pediatric Medical University

HOSPITAL- AND CLINIC-BASED APPROACHES TO THE TREATMENT OF ARVI IN CHILDREN

The objectives of the study conducted at the Research Institute of Children's Infections of the Federal Medical and Biological Agency was to analyze the changes in the severity of clinical syndromes and isolation of influenza/ARVI viruses during treatment with Kagocel[®]. The study group consisted of 80 children aged 3–11 years who were hospitalized with symptoms of influenza and ARVI, whose complex therapy included Kagocel[®]. The study showed a significant ($p < 0.001$) reduction of fever on day 3 of therapy with normalization of body temperature from day 4. The intoxication syndrome was in most cases relieved by day 4 ($p < 0.001$). Catarrhal syndrome significantly ($p < 0.01$) decreased from day 3 to day 7 of therapy. The elimination of respiratory viruses based on PCR results by day 5–6 of therapy with Kagocel amounted to 57.1%. The most frequently observed reduction of isolated viruses was recorded for influenza B, A and RS-virus (86, 53.8, 71.4% respectively), and rhinovirus was eliminated less frequently (33.3%). Comparison of the results of the study with the literature data demonstrated correlation of the changes in clinical syndromes of influenza/ARVI if Kagocel was included in therapy, as well as its good tolerability in children from three years at hospitals and in outpatient settings.

Keywords: treatment of influenza and ARVI, children, interferon inducer, elimination of influenza virus and ARVI.

ВВЕДЕНИЕ

Ежегодно острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), включающие грипп и ОРВИ негриппозной этиологии, занимают первое место среди всех инфекционных заболеваний (более 90%) и являются многочисленной, полиэтиологической группой заболеваний, которые регистрируются в течение всего года, часто в виде смешанных вирусно-вирусных инфекций. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире гриппом ежегодно болеют от 3 до 5 млн человек, из которых от 250 до 500 тыс. человек погибают от этого заболевания и его осложнений [1]. В России ежегодно регистрируют от 27,3 до 41,2 млн заболевших гриппом и ОРВИ [2]. Дети, особенно раннего возраста, не только являются самой уязвимой группой населения, доля которых в возрастной структуре гриппа и ОРВИ составляет от 50% до 75%, но и наиболее часто госпитализируются в связи с осложненным течением ОРВИ и гриппа [3, 4]. Экономический ущерб от гриппа и ОРВИ составляет 86%

потерь от всех инфекционных заболеваний, являясь существенным экономическим бременем и обуславливая необходимость разработки эффективных и безопасных средств лечения гриппа и ОРВИ негриппозной этиологии у детей [5].

Отечественный индуктор интерферонов Кагоцел[®] доказал свою безопасность и эффективность в терапии гриппа и ОРВИ у детей старше 3 лет [6–10]. Кагоцел[®] (ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», Россия, регистрационный номер Р N002027/01 от 19.11.07) представляет собой высокомолекулярное соединение, синтезированное на основе натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы и низкомолекулярного природного полифенола, получаемого из растительного сырья (хлопчатника) путем химического синтеза. Препарат выпускается в форме таблеток, содержащих 12 мг активного вещества Кагоцел.

Механизм действия препарата реализуется через его способность индуцировать образование в организме человека «позднего» ИФН, который представляет собой смесь альфа- и бета-интерферонов, обладающих высокой

противовирусной активностью, и который длительно циркулирует в кровотоке (до 4–5 суток). Кагоцел® вызывает продукцию ИФН большинством клеточных популяций, принимающих участие в противовирусном ответе: Т- и В-лимфоцитами, макрофагами, гранулоцитами, эндотелиальными клетками и фибробластами. Максимальных значений концентрация «позднего» интерферона в сыворотке крови после приема внутрь препарата Кагоцел® достигает через 48 ч и циркулирует в кровотоке до 5 дней, что соответствует периоду вирусемии и срокам реактивации возбудителей персистирующих герпесвирусных инфекций у детей с рекуррентными респираторными заболеваниями [11]. Препарат Кагоцел® при назначении в терапевтических дозах не токсичен, не канцерогенен и не накапливается в организме.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире гриппом ежегодно болеют от 3 до 5 млн человек, из которых от 250 до 500 тыс. человек погибают от этого заболевания и его осложнений. В России ежегодно регистрируют от 27,3 до 41,2 млн заболевших гриппом и ОРВИ

В настоящее время накоплен опыт и описаны результаты клинических исследований и наблюдательных клинических работ, позволяющих оценивать эффективность и безопасность применения препарата Кагоцел® при лечении гриппа и других ОРВИ у детей в возрасте 3 лет и старше. Сотрудниками кафедры инфекционных болезней у детей РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ на базе Морозовской городской детской клинической больницы г. Москвы было проведено рандомизированное слепое плацебо-контролируемое исследование, в которое были включены 60 детей, поступавших в стационар с синдромом крупа на фоне гриппа и ОРВИ негриппозной этиологии как в виде моно- (55%), так и микст-инфекции. Авторами было показано, что в группе детей, получавших Кагоцел® на фоне симптоматической терапии, в 63,3% случаев симптомы интоксикации и лихорадки купировались к 4-му дню терапии, при этом продолжительность лихорадки в этой группе составила в среднем $1,7 \pm 0,4$ дня, а интоксикации – $1,3 \pm 0,4$ дня. В группе детей, получавших плацебо, в 56,7% случаев симптомы интоксикации сохранялись до 5-го дня терапии, при этом средняя продолжительность симптомов интоксикации составила $2,75 \pm 0,2$ дня, а лихорадки – $2,8 \pm 0,3$ дня [8].

Продолжительность проявления катаральных симптомов была статистически достоверно ($p \leq 0,001$) короче в основной группе по сравнению с группой больных, получавших плацебо: в среднем $4,2 \pm 0,2$ дня против $5,9 \pm 0,3$ дня соответственно. Так, на фоне приема препарата Кагоцел® исчезновение сухого кашля наступало достоверно ($p < 0,001$) быстрее в сравнении с больными, получавшими плацебо: в среднем за $4,4 \pm 0,3$ дня против $5,4 \pm 0,3$ дня соответственно. У детей, получавших Кагоцел®, симптомы ларингита исчезали достоверно ($p < 0,001$)

быстрее (в среднем спустя $3,2 \pm 0,1$ дня), чем у детей, получавших плацебо (в среднем спустя $5,2 \pm 0,2$ дня). Симптомы стеноза гортани у детей, получавших Кагоцел®, купировались ко 2-му дню терапии в 100% случаев, средняя продолжительность проявления симптомов составила $1,8 \pm 0,4$ дня (против $2,4 \pm 0,2$ дня у пациентов группы плацебо) [8]. Дальнейшие исследования, проведенные авторами в Инфекционной клинической больнице №1 г. Москвы в дизайне, аналогичном исследованию на базе Морозовской городской детской клинической больницы г. Москвы, позволили обобщить результаты у 120 пациентов с ОРВИ и гриппом, осложненным синдромом крупа, которые также свидетельствовали о сокращении длительности основных симптомов ОРВИ и стеноза гортани. У пациентов на фоне терапии индуктором интерферонов не было выявлено статистически значимой зависимости между темпами купирования основных клинических симптомов гриппа и ОРВИ и этиологией заболевания, в том числе при заболеваниях смешанной этиологии. В процессе терапии у всех больных наблюдалась хорошая переносимость препарата Кагоцел®, развития побочных реакций не отмечено [8, 9].

Хорошая переносимость Кагоцела® и комплаентность при приеме препарата в амбулаторных условиях были показаны при проведении исследования эффективности препарата в составе терапии ОРВИ на догоспитальном звене оказания помощи детям (на базе городской поликлиники г. Новосибирска) [10]. Комплексную терапию с включением Кагоцела® получали 30 детей (средний возраст 3,4 года) с острым ринофарингитом средней степени тяжести. Следует отметить, что аллергологический анамнез был отягощен у каждого третьего ребенка (33%), клинические признаки атопического дерматита регистрировали у 30% детей, что не являлось противопоказанием к назначению препарата. У всех пациентов в первые дни заболевания отмечено повышение температуры тела, причем 40% детей в первые 3 дня болезни получали антипиретики.

Механизм действия Кагоцела реализуется через его способность индуцировать образование в организме человека «поздних» ИФН, которые представляют собой смесь альфа- и бета-интерферонов, обладающих высокой противовирусной активностью, и которые длительно циркулируют в кровотоке (до 4–5 суток)

Оценка динамики интоксикационного синдрома включала наличие или отсутствие слабости, недомогания, снижения повседневной активности и аппетита ребенка. На 3-й день лечения умеренно выраженные симптомы сохранялись у 37% обратившихся за медицинской помощью. На 5-е сутки ни у одного ребенка не было зарегистрировано лихорадки и интоксикационного синдрома.

Жалобы на катаральные явления разной степени выраженности при первичном осмотре предъявляли

практически все больные. В динамике симптомы ринореи к 5-му дню лечения сохранялись только у четвертой части пациентов. Жалобы на боли в горле в начале исследования предъявляли 100% заболевших. К 5-му дню лечения вышеуказанные симптомы уменьшились у подавляющего числа пациентов. На момент начала наблюдения умеренный и сильный кашель был у 57% пациентов. Отчетливая положительная динамика отмечалась к 5-му дню лечения: всего у трех человек (10%) сохранялся редкий продуктивный кашель. Объем медикаментозной терапии соответствовал стандартам ведения больных ОРЗ на амбулаторно-поликлиническом этапе: этиотропное (Кагоцел®) и симптоматическое лечение. Через неделю от начала лечения полное исчезновение клинических симптомов констатировано у 74% больных, у остальных сохранялись незначительные проявления катарального синдрома в виде заложенности носа. Случаев отказа от применения данного лекарственного средства, а также нарушений режима терапии не зафиксировано. Подавляющее большинство родителей отмечали полное выздоровление (77%) или значительное улучшение в состоянии детей (23%), а также хорошую переносимость данного препарата и удовлетворение результатами лечения. Положительные отзывы получены и со стороны врачей: 73% участковых педиатров оценили результаты терапии как полное выздоровление и треть (27%) – как значительное улучшение [10].

Таким образом, представленные в литературе результаты исследования эффективности индуктора интерферонов Кагоцела по сопоставимым критериям (частоте сохранения симптомов к 5-м суткам от начала терапии и длительности клинических признаков заболевания) у 150 детей подтвердили однонаправленный регресс симптомов у пациентов с ОРВИ как на госпитальном, так и на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи. Однако в предыдущих исследованиях Кагоцела не изучали влияние препарата на длительность выделения респираторных вирусов, включая вирусы гриппа.

Кагоцел® вызывает продукцию ИФН большинством клеточных популяций, принимающих участие в противовирусном ответе: Т- и В-лимфоцитами, макрофагами, гранулоцитами, эндотелиальными клетками и фибробластами

В связи с этим задачами наблюдательного исследования, проведенного на базе клиники респираторных инфекций Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт детских инфекций Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ НИИДИ ФМБА России), было:

- 1) проанализировать динамику выраженности клинических проявлений гриппа и ОРВИ на фоне терапии препаратом Кагоцел®;
- 2) оценить долю пациентов с элиминацией вирусов гриппа/ОРВИ на фоне лечения препаратом Кагоцел®.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Группу наблюдения составили 80 детей, госпитализированных с симптомами гриппа и ОРВИ в разные сроки от начала заболевания, в комплексную терапию которых был включен препарат Кагоцел®. Все пациенты в соответствии с критериями включения были в возрасте от 3 лет до 11 лет включительно, у них отсутствовала аллергия и/или повышенная чувствительность к компонентам препарата Кагоцел® и имелось подписанное законным представителем пациента Информированное согласие на обработку данных, собранных в ходе текущего наблюдательного исследования.

На фоне приема препарата Кагоцел® исчезновение сухого кашля наступало достоверно ($p < 0,001$) быстрее в сравнении с больными, получавшими плацебо: в среднем за $4,4 \pm 0,3$ дня против $5,4 \pm 0,3$ дня соответственно [8]

Верификация диагноза и оценка длительности выделения респираторных вирусов у наблюдаемых пациентов проводилась с помощью исследования мазков из носоглотки методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием наборов реагентов «АмплиСенс® Influenza virus A/B-FL» и «АмплиСенс® ОРВИ-скрин-FL» (ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Россия), которые обеспечивают выявление специфических фрагментов нуклеиновых кислот гриппа А и гриппа В и следующих возбудителей ОРВИ: РНК человеческих респираторно-синцитиальных вирусов, коронавирусов, метапневмовирусов, риновирусов, вирусов парагриппа 1–4-го типов, а также ДНК человеческих аденовирусов групп В, С, Е и бокавирусов. Мазки из носоглотки брали у каждого пациента 2 раза: при поступлении и при выписке пациента из отделения респираторных инфекций НИИДИ (на 5–6 сутки от начала терапии). Анализ вирусологической эффективности препарата Кагоцел® проводили только у пациентов с верифицированными гриппом и ОРВИ негриппозной этиологии. Группа детей с верифицированными ОРВИ составила 42 человек (53%), из которых 20 были больны гриппом А и/или В.

Для анализа клинической эффективности Кагоцела® использовали основные критерии: выраженность и длительность лихорадки, интоксикации, катарального синдрома. Оценивали следующие симптомы интоксикации: головную боль, боль в глазных яблоках, озноб, потливость, слабость, боль в мышцах/суставах, сонливость. Выраженность катарального синдрома определяли по выраженности следующих признаков: заложенность носа, выделения из носа, боль в горле, кашель, гиперемия слизистых ротовой полости, наличие сухих или влажных хрипов. Качественные признаки оценивали в баллах – отсутствие признака – 0 баллов, слабовыраженный признак – 1 балл, средне (умеренно) выраженный – 2 балла, ярко (сильно) выраженный – 3 балла. Для оценки динамики интоксикационного и катарального

Рисунок 1. Частота проявления основных симптомов гриппа и ОРВИ



синдромов использовали совокупную оценку баллов с учетом всех симптомов.

Препарат Кагоцел® назначали согласно инструкции по применению по схеме:

- Детям в возрасте 3–5 лет: 2 дня по 1 таблетке 2 раза в день, 2 дня по 1 таблетке 1 раз в день. Полный курс лечения составлял 6 таблеток в течение 4 дней.
- Детям в возрасте 6–11 лет: 2 дня по 1 таблетке 3 раза в день, 2 дня по 1 таблетке 2 раза в день. Полный курс лечения составлял 10 таблеток в течение 4 дней.

Наряду с приемом Кагоцела пациенты получали сопутствующую симптоматическую терапию. Пациенты наблюдались до момента выписки из стационара. Общий период наблюдения составил не менее 7 суток.

Математико-статистическая обработка данных исследования осуществлена с помощью модулей «Анализ данных» и «Мастер диаграмм» табличного редактора Excel, а также модулей Basic Statistics / Tables (Базовые статистики и таблицы) и ANOVA (дисперсионный анализ) пакета программ по статистической обработке данных Statistica for Windows. Оценка значимости различия средних значений и частоты проявления признаков в различных группах больных проводилась с помощью параметрического метода оценки гипотез параметрического критерия t-Стьюдента. Оценка степени влияния качественных факторов проводилась с помощью однофакторного дисперсионного анализа. Результат решения представлен в графическом виде с указанием 95%-ных доверительных интервалов и оценки значимости различия этих средних значений параметра для различных уровней факторов по критерию LSD.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общая группа пациентов включала 80 детей, средний возраст которых составил $5,8 \pm 0,2$ лет. Младший ребенок 3-летний, старший 11 лет. 50% детей в возрасте от 4 до 7 лет. 42 ребенка (52,5%) – мальчики и 38 (47,5%) девочки.

У всех пациентов при поступлении в стационар отмечали наличие катарального синдрома, интоксикационного синдрома различной степени тяжести и в большинстве случаев повышение температуры тела дома и/или на момент госпитализации. Температуру тела выше 37°C в период лечения в стационаре регистрировали у 85%

больных: $37,0\text{--}37,4^\circ\text{C}$ – у 6%, $37,5\text{--}37,9^\circ\text{C}$ – у 12%, $38,0\text{--}39,0^\circ\text{C}$ – у 49%, более $39,0^\circ\text{C}$ – у 18% пациентов. Среднее значение максимальной температуры оказалось равным $38,6 \pm 01^\circ\text{C}$, минимальное 37°C , а максимальное 40°C . У 49% детей максимальная температура находилась в интервале $38\text{--}39^\circ\text{C}$. Другие наблюдаемые симптомы гриппа и ОРВИ представлены на рисунке 1.

Показано, что у наблюдаемых детей при поступлении в стационар регистрировались такие катаральные симптомы ОРВИ, как гиперемия зева – в 100% случаев, ринит – 97,5%, кашель – 88,75%, заложенность носа – 85,0%. Интоксикационный синдром преимущественно выражался слабостью (в 91,25% случаев), сонливостью (в 70,0%) и потливостью как проявлением вегетативной дисфункции на фоне интоксикационного синдрома (в 67,5%). Головная боль как характерный субъективный признак интоксикации отмечалась у трети больных, что объясняется доминированием пациентов с ОРВИ негриппозной этиологии, для которых не всегда характерны выраженные проявления интоксикации, а также возрастом детей, 75% которых были дошкольного возраста и не всегда могли адекватно оценить и изложить свои жалобы. Большинство симптомов протекали в слабой или средней степени выраженности с учетом их балльной характеристики. Максимальная выраженность катаральных симптомов отмечалась по гиперемии зева (в 30,0% случаев), кашлю и ринорее (по 22,5%). Другие катаральные симптомы протекали в слабой или средней степени выраженности или отмечались в выраженной степени в единичных случаях. При физикальном обследовании на момент включения у 76,3% пациентов хрипов в легких не выслушивали. При подозрении на вирусный характер процесса в группу наблюдения также включали пациентов с признаками обструктивного бронхита.

Выраженность синдромов оценивали по сумме баллов симптомов, характеризующих соответствующий синдром. В дальнейшем проводился однофакторный дисперсионный анализ для оценки динамики синдромов в общей группе больных гриппом и ОРВИ.

Динамика лихорадки, интоксикационного и катарального синдромов на фоне терапии представлена на рисунках 2, 3 и 4 соответственно.

Рисунок 2. Динамика лихорадки на фоне комплексной терапии с включением Кагоцела®

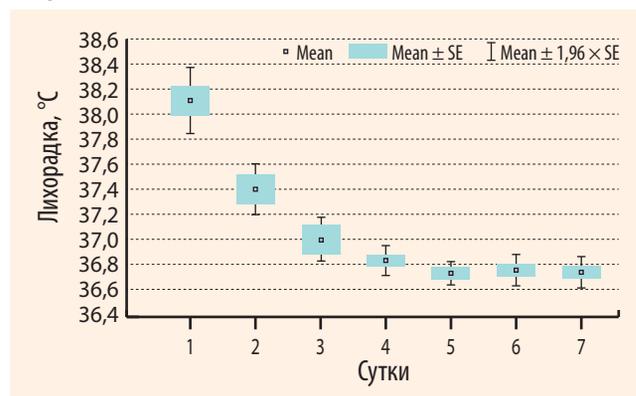


Рисунок 3. Динамика интоксикационного синдрома на фоне комплексной терапии с включением Кагоцела®

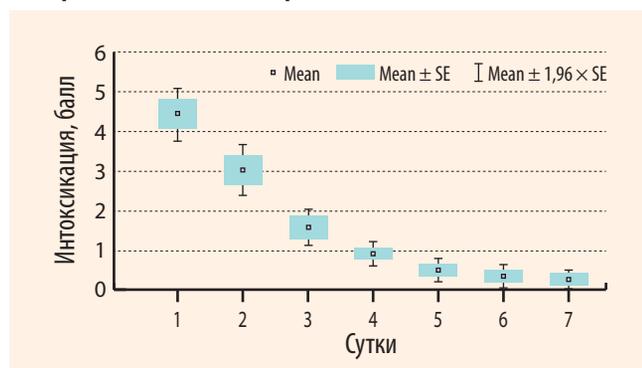
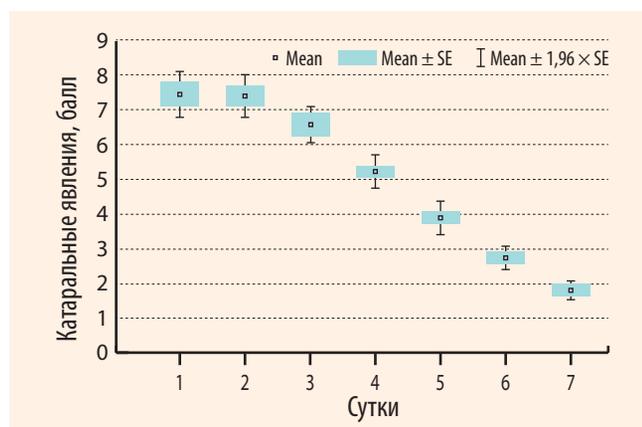


Рисунок 4. Динамика катарального синдрома в группе больных гриппом и ОРВИ на фоне комплексной терапии с включением Кагоцела®



Установлена высокая достоверность различий выраженности лихорадки на момент начала терапии и вторым ($p < 0,001$), а также третьим ($p < 0,001$) днями лечения. При этом лихорадка снизилась до $37,0^{\circ}\text{C}$ к третьим суткам от начала лечения, а с четвертых суток температура была менее $37,0^{\circ}\text{C}$. Таким образом, можно считать нормализацию температуры с третьих суток терапии.

Установлена высокая достоверность различий выраженности интоксикационного синдрома с первых по четвертые сутки ($p < 0,001$) (рис. 3). С пятых суток проявления интоксикационного синдрома минимальные, к седьмым суткам остаются незначительные проявления поствирусной астении.

Динамика катарального синдрома представлена на рисунке 4.

Установлено достоверное ($p < 0,01$) снижение проявлений выраженности катарального синдрома с третьих суток комплексной терапии, причем к седьмому дню сохраняются лишь слабовыраженные отдельные катаральные симптомы (небольшая заложенность носа, редкий сухой кашель у отдельных больных).

При поступлении в стационар всем детям проводили исследование мазков из носоглотки методом ПЦР на респираторные вирусы.

РНК/ДНК возбудителей ОРВИ методом ПЦР удалось выявить у 53% больных. У 20 пациентов, включенных в исследование были верифицированы вирусы гриппа (у 17% вирусы гриппа А, у 8% – гриппа В), исследование проходило в период эпидемического подъема заболеваемости гриппом А (H1N1)pdm09 в декабре 2015 – феврале 2016 г., составивших 25% от общего числа наблюдавшихся пациентов, доля больных гриппом превысила среднегодовые значения (12–16%) [12]. РНК вирусов парагриппа были выделены у 4% пациентов, РСВ – у 9%, риновирусов – у 11%, ДНК аденовирусов – у 4%. У двух пациентов при первом обследовании были выявлены смешанные вирусно-вирусные инфекции (аденовирусная + риновирусная и грипп А + парагрипп).

Анализ динамики вирусовыделения показал, что при поступлении в стационар (при первом обследовании) вирусы респираторной группы выделяли у 42 пациентов, а на 5–6-е сутки от начала терапии – лишь у 18 пациентов, что составило 42,9%. Таким образом, в целом негативация ПЦР по окончании противовирусной терапии Кагоцелом составила 57,1%. Наиболее часто отрицательные результаты повторной ПЦР отмечали в отношении вирусов гриппа, причем чаще гриппа В, чем А (5 из 6; 86% против 7 из 14; 53,8% соответственно), а также РСВ (5 из 7; 71,4%). При риновирусной инфекции негативация результата ПЦР отмечалась в 3 случаях из 9 (33,3%), при аденовирусной инфекции и при парагриппе – в 2 случаях из трех. Однако малое количество наблюдений не дает возможность сделать достоверные выводы.

Полученные данные представляют научный интерес, но о достоверности специфической активности Кагоцела в отношении определенных респираторных вирусов можно судить только при получении более полных данных на большой выборке пациентов. Представляется перспективным дальнейшее изучение влияния индукторов интерферонов на выделение респираторных вирусов.

Представленные в литературе результаты исследования эффективности индуктора интерферонов Кагоцела по сопоставимым критериям (частоте сохранения симптомов к 5-м суткам от начала терапии и длительности клинических признаков заболевания) у 150 детей подтвердили однонаправленный регресс симптомов у пациентов с ОРВИ как на госпитальном, так и на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи

Необходимо отметить хорошую переносимость терапии препаратом Кагоцел®, отсутствие нежелательных явлений, негативных изменений со стороны лабораторных показателей (клинического анализа крови, общего анализа мочи).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные результаты наблюдательного исследования по изучению клинической и вирусологической

эффективности комплексной терапии детей в возрасте 3–11 лет, госпитализированных по поводу острой респираторной вирусной инфекции, с применением препарата Кагоцел® показали достоверное ($p < 0,001$) снижение лихорадки к третьим суткам от начала терапии с нормализацией температуры тела с четвертых суток с начала терапии. Синдром интоксикации преимущественно купировался ($p < 0,001$) к четвертым суткам. Катаральный синдром достоверно ($p < 0,01$) снижался с третьих до седьмых суток терапии. Элиминация респираторных вирусов по результатам ПЦР к 5–6-м суткам от начала терапии Кагоцелом составила 57,1%. Наиболее часто снижалось выделение вирусов гриппа А и В, РСВ, реже элиминация вирусов по результатам ПЦР отмечалась после лечения риновирусной инфекции.

Сопоставление результатов проведенного наблюдательного исследования с данными, описанными в литературе, показало однонаправленность динамики клинических синдромов гриппа и ОРВИ при включении в терапию препарата Кагоцел®, его хорошую переносимость. Учитывая удобную схему применения, это позволяет использовать его в комплексной терапии детей с трех лет жизни как в условиях стационара, так и амбулаторно. 

ЛИТЕРАТУРА

1. Fleming DM, Pannell RS, Cross KW. Mortality in children from influenza and respiratory syncytial virus. *J. Epidemiol. Community Health.*, 2005, 59: 586–590.
2. Ключников С.О. Острые респираторные заболевания у детей: учебно-методическое пособие. М., 2009: 36.
3. Зайцев А.А. Лечение острых респираторных вирусных инфекций. *Лечащий врач*, 2008, 8: 42–45.
4. Харламова Ф.С. Грипп у детей: лечение и профилактика осложнений. *Лечащий врач*, 2007, 1: 23–28.
5. Яковлева Т.В. Инфекционные и паразитарные заболевания детей: социальные и демографические аспекты. II Международный форум «Пути снижения детской смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний: Российский опыт», 2012. http://sites_default_filles_attachment_1день_Яковлева.
6. Сайиткулов А.М., Тазулахова Э.Б., Сарымсаков А.А. и соавт. Биологическая характеристика новых индукторов интерферона, созданных на основе госсипола. *Вопросы вирусологии*, 1984, 6: 749–751.
7. Вартамян Р.В., Сергеева Э.М., Чешик С.Г. Оценка терапевтической эффективности препарата Кагоцел® у детей младшего и дошкольного возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями. *Детские инфекции*, 2011, 1: 36–41.
8. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф., Сергеева Э.М., Нестеренко В.Г., Легкова Т.П. и соавт. Возможности применения противовирусного препарата Кагоцел® для профилактики и лечения гриппа и других острых респираторных инфекций у часто болеющих детей младшего возраста. *Эпидемиология и инфекции*, 2012, 1: 52–61.
9. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф., Чешик С.Г., Вартамян Р.В., Яблонская К.П. Метапневмовирусная и бокавирусная респираторные инфекции в структуре ОРВИ у детей. *Детские инфекции*, 2015, 2: 5–11.
10. Ёлкина Т.Н., Пирожкова Н.И., Грибанова О.А., Лиханова М.Г. Комплексная терапия острых респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста на педиатрическом участке. *Лечащий врач*, 2014, 2: 1–4.
11. Галегов Г.А. с соавт. Действие препарата Кагоцел® на репродукцию вируса герпеса. *Вопросы вирусологии*, 2002, 47(4): 42–44.
12. Ровный В.Б. Клинико-эпидемиологическая характеристика респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у больных с поражением нижних отделов респираторного тракта: автореф. дис. ...к.м.н. СПб.: ВМедА, 2014. 16 с.

Работает

даже при запоздалом лечении!



Современный противовирусный препарат
для взрослых и детей с 3 лет

кагоцел®
противовирусное средство



№1 СРЕДИ ПРЕПАРАТОВ ОТ ПРОСТУДЫ И ГРИППА¹

Кагоцел® работает при приеме вплоть до четвертого дня от начала появления первых симптомов простуды и гриппа. Вызывает в организме образование интерферонов с высокой противовирусной активностью, а также стимулирует иммунную защиту организма.

Кагоцел® способствует улучшению самочувствия ребенка, устраняя симптомы простуды и гриппа и укорачивая сроки антибактериальной терапии при лечении осложнений этих заболеваний².

Профилактический курс препарата Кагоцел® способствует снижению заболеваемости у часто болеющих малышей³.

№1 для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа по результатам голосования российских врачей в рамках премии Russian Pharma Awards 2016³.

¹ По данным ЗАО «Группа ДСМ»: Кагоцел® – самый популярный противовирусный препарат от простуды и гриппа в РФ в 2015 г., в упаковках.

² Харламова Ф.С. с соавт. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста // Педиатрическая фармакология. – 2012. – № 9 (1). – С. 81–89.

³ По версии Russian Pharma Awards 2016, в номинации «Самый назначаемый препарат при профилактике и лечении ОРВИ и гриппа».

Реклама



ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС»
125252, Москва,
ул. Авиаконструктора Микояна, д. 12.
Тел./факс: +7 (495) 741-49-89.
www.kagocel.ru
Рег. уд. Р N002027/01 от 19.11.2007.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.