

ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА И ОРВИ

Т.И. Гаращенко, Л.И. Ильенко, М.В. Гаращенко

Российский государственный медицинский университет, Москва

(Зав. каф. оториноларингологии педиатрического факультета – проф. М.Р. Богомильский)

Вирусные заболевания респираторного тракта являются часто встречающейся патологией у детей. Эти заболевания в структуре детских инфекционных заболеваний занимают 80–90%. По данным Федерального ГОСТ статистического наблюдения в 2001 году в РФ зарегистрировали 20,1 млн. случаев инфекционных заболеваний у детей, среди которых грипп и ОРВИ составили 18,3 млн. случаев (91,3%). До настоящего времени сохраняется высокая смертность от гриппа и ОРВИ [1, 8, 17].

Около 200 видов возбудителей являются причиной респираторной патологии. Современные вакцины против гриппа обеспечивают защитный эффект у 80–90% детей, но только в том случае, если антигенная формула вакцины полностью соответствует антигенной формуле эпидемического класса вируса гриппа, при этом, естественно, не защищают от других респираторных вирусов (парагрипп, аденовирусов, РС-вируса, рино- и реовирусов, короновирусов и т.д.). Поэтому заболеваемость среди привитых вакциной в осенне-зимний период другими ОРВИ может оставаться достаточно высокой, возможны тяжелые осложнения на фоне аденовирусной, парагриппозной инфекции (ложный круп), РС-вирусов (бронхообструкций) и др. Поэтому в последние годы значительный интерес представляют препараты неспецифической защиты, которые, повышая уровень неспецифических факторов общей защиты (прежде всего уровень эндогенного интерферона), местной резистентности (S иммуноглобулины, лизоцим, интерферон, пропердин) экстренно способны предотвратить развитие не только гриппа, но и всего спектра респираторных вирусных заболеваний. Среди таких препаратов есть интерфероны (гриппферон, чигаин), группа химиопрепаратов – индукторов интерферона (амиксин, арбидол, циклоферон), бактериальные иммунокорректоры (ИРС-19), рибомунил, бронхомунал). При этом было показано в исследовании *in vitro* для препарата Гриппфлю значительное повышение системы эндогенного интерферона (в состав препарата входит гриппозный нозод). Важным и новым направлением является элиминационная терапия, направленная на превентивное снижение вирусных и бактериальных патогенов на слизистых оболочках в дыхательных путях в эпидемически опасные периоды [2–7, 9–16, 18–20].

Материалы и методы исследования

Комплексное исследование по оценке эффективности препарата АКВА-МАРИС (Ядран, Хорватия) в профилактике ОРВИ и гриппа выполнено на базе общеобразовательной школы №1071 г.Москвы (Директор – д.п.н. И.Н. Щербо)

В исследовании участвовало 124 ребенка начальной школы (1–4 классы) в возрасте от 7 до 10 лет.

Схема профилактического курса АКВА-МАРИС соответствовала 2-х кратному орошению слизистой носа сразу по приходе в школу и перед уходом домой. 100 детей препарат получали самостоятельно, а у 24 промывание носа сочеталось с приемом гомеопатического препарата АКОГРИППИН (АЛКОЙ, Россия).

Цель исследования

На основании анализа заболеваемости в период эпидемии гриппа и ОРВИ оценить возможность применения топического интраназального препарата АКВА-МАРИС (Ядран, Хорватия) с профилактической целью.

Задачи исследования

1. Проанализировать заболеваемость ОРВИ на фоне приема АКВА-МАРИС и сравнить данный показатель с группой детей, не получавших медикаментозной профилактики.
2. Дать сравнительную оценку защищенности детей, получавших топический интраназальный препарат АКВА-МАРИС и вакцину ГРИППОЛ.
3. Проанализировать заболеваемости (формы и тяжесть течения заболевания, число дней болезни и т.д.) у детей, получающих классический индуктор интерферона – циклоферон в сравнении с возможностью топической элиминационной профилактики АКВА-МАРИСОМ.
4. Сравнить эффективность двух вариантов применения препарата: АКВА-МАРИС самостоятельно и в сочетании с системной терапией гомеопатическим препаратом АКОГРИППИН в профилактике ОРВИ.
5. Проанализировать эффективность всего спектра препаратов для профилактики гриппа и ОРВИ и определить место препарата АКВА-МАРИС среди исследуемых препаратов.

Результаты исследования и их обсуждение

В соответствии с первой задачей проведена сравнительная оценка профилактической эффективности АКВА-МАРИС (100 детей) в сравнении с детьми без медикаментозной профилактики (259 детей).

Препарат АКВА-МАРИС получали 100 детей 1–4 классов (по 15 человек в классе в сравнении с 10–15 детьми, получившими другие схемы профилактики или без нее).

Результаты профилактической эффективности АКВА-МАРИС приведены в таблице 1.

Анализируя эффективность профилактики ОРВИ и гриппа препаратом АКВА-МАРИС, следует отметить, что в период эпидемии, из получавших АКВА-МАРИС заболело только 17% детей, тогда как в группе школьников, не получавших профилактику, заболело 32%.

У детей, получавших АКВА-МАРИС, течение заболевания было более легким (71%, и 65% – без профилактики). Более трети детей (35%), не получивших профилактики, перенесли ОРВИ в тяжелой форме, среднее количество пропущенных дней по болезни на всю группу обследованных составило (2,2 дня), тогда как в группе, получавших элиминационную топическую профилактику – 1,2 дня.

Интересной является информация по сравнительной оценке эффективности профилактики ОРВИ

препаратом АКВА-МАРИС и специфической защитной вакциной ГРИППОЛ. Данные представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, заболеваемость на фоне специфической вакцины против гриппа (ГРИППОЛ) отличается статистически достоверно от заболеваемости у детей, получавших препарат АКВА-МАРИС (25% и 17% соответственно. Причем и распределение больных по тяжести, течению сравнимо (тяжелая форма – ГРИППОЛ 21,4% – АКВА-МАРИС – 24%), что достоверно ниже заболеваемости у непривитых и незащищенных медикаментозно детей (32%).

Среди препаратов неспецифической профилактики ОРВИ доминирующее место занимают индукторы интерферонов. Наиболее удобной формой приема препарата является препарата ЦИКЛОФЕРОН, применяющийся у детей с 6-летнего возраста. Данные по сравнительной эффективности действия системного препарата неспецифической направленности циклофероном и АКВА-МАРИС представлены в таблице 3.

Заболеваемость ОРВИ на фоне классического индуктора интерферона – Циклоферона и заболеваемость на фоне АКВА-МАРИС отличается и составляет 35% и 17% соответственно, однако количество тяжелых форм заболевания ОРВИ на фоне Циклоферона составляет равные группы обследованных

Таблица 1.

Эффективность профилактики ОРВИ и гриппа АКВА-МАРИСОМ в сравнении с детьми, не получавшими медикаментозной терапии

Группы обследованных	Кол-во обследованных	Общее число заболев. (%)	Тяжелая форма		Легкая форма		Общее кол-во пропущенных дней в школе (в среднем на каждого ученика)
			Кол-во детей (% от заболев.)	Кол-во дней болезни	Кол-во детей (% от заболев.)	Кол-во дней болезни	
Начальная школа (1–4 классы)							
Аква-Марис	100	17 (17%)	5 (29%)	60	12 (71%)	62	122 (1,2 дня)
Без профилактики	259	83 (32%)	29 (35%)	264	54 (65%)	302	566 (2,2 дня)

Таблица 2.

Эффективность профилактики ОРВИ вакциной ГРИППОЛ и АКВА-МАРИС

Группы обследованных	Кол-во обследованных	Общее число заболев (%)	Кол-во детей (% от заболев.)	
			Тяжелая форма	Легкая форма
Начальная школа				
ГРИППОЛ	113	28 (25%)	6 (21,4%)	22 (78,6%)
АКВА-МАРИС	100	17 (17%)	5 (29%)	12 (71%)

Таблица 3.

Сравнительная оценка эффективности против ОРВИ и гриппа Циклоферона и АКВА-МАРИС

Группы обследованных	Кол-во обследованных	Общее число заболев (%)	Тяжелая форма		Легкая форма	
			Кол-во детей (% от заболев.)	Кол-во проп. дней в школе	Кол-во детей (% от заболев.)	Кол-во проп. дней в школе
АКВА-МАРИС	100	17 (17%)	5 (29%)	60	12 (71%)	62
ЦИКЛОФЕРОН	100	35 (35%)	6 (17%)	61	29 (83%)	144

при АКВА-МАРИС, по количеству пропущенных дней при Циклофероне 205 против 122 дней (АКВА-МАРИС).

Данные по заболеваемости ОРВИ и гриппом детей 1–4 классов на фоне сочетанного применения АКВА-МАРИС и гомеопатического препарата АКОГРИППИН (АЛКОЙ, Россия) и АКВА-МАРИС элиминационной терапии АКВА-МАРИС приведены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, заболеваемость ОРВИ на фоне профилактики АКВА-МАРИС с АКОГРИППИНОМ несколько ниже (16,7%), чем на фоне приема только топического препарата АКВА-МАРИС (17%). Однако при комплексном применении не отмечается тяжелых случаев, среднее количество пропущенных дней на группу составило 0,95 дня, без системного препарата 1,2 дня. Только при приеме Акогrippина заболеваемость составляет 35%, что в 2 раза выше, чем при элиминационной терапии АКВА-МАРИС (17%) – таблица 5.

Суммарная эффективность АКВА-МАРИС и различных вариантов защиты против ОРВИ и гриппа в период пика заболеваемости представлена в таблице 5.

Как видно из данных, приведенных в таблице 5, медикаментозная профилактика не только снижает заболеваемость ОРВИ и гриппом на 10–15%, но и в 2–2,5 раза снижает тяжесть течения заболеваний

ОРВИ и развития осложнений. Эффективность топического элиминационного препарата АКВА-МАРИС выше защищенности против гриппа и ОРВИ специфической вакциной – ГРИППОЛОМ (17% и 25%). Защищенность против ОРВИ АКВА-МАРИС (17%) выше защищенности после приема индуктора интерферона -Циклоферона (35%). Топическая элиминационная профилактика АКВА-МАРИС выше, чем системным препаратом гомеопатии АКОГРИППИН (17% и 35%), но сочетание двух препаратов дает самые высокие результаты.

Выводы

В заключении, следует отметить, что препарат АКВА-МАРИС (Ядран, Хорватия), показал высокую эффективность по защите детей в массовых общеобразовательных школах от ОРВИ и гриппа, превышающую другие схемы профилактики (17%). На фоне приема препарата уменьшается в 1,8 раз количество пропусков занятий в школе, что значительно меньше, чем при других схемах профилактики. Эффективность препарата выше защиты индуктором интерферонов с действием индукторов интерферонов и вакцинацией против гриппа и ОРВИ.

Таким образом, элиминационная терапия, направленная на снижение вирусной и бактериальной

Таблица 4.

Эффективность профилактики ОРВИ и гриппа на фоне комплекса препаратов АКОГРИППИН (АЛКОЙ, Россия) с АКВА-МАРИС и монотерапии АКВА-МАРИС (Ядран, Хорватия)

Группы обследованных	Кол-во обследованных	Общее число заболев (%)	Тяжелая форма		Легкая форма		Общее кол-во пропущенных дней в школе
			Кол-во детей (% от заболев.)	Кол-во дней болезни	Кол-во детей (% от заболев.)	Кол-во дней болезни	
АКВА-МАРИС + АКОГРИППИН	24	4 (16,7%)	10 (29%)	114	4 (100%)	23	23 (0,95 дней)
АКВА МАРИС	100	17 (17%)	5 (29%)	60	12 (71%)	62	122 (1,2 дня)

Таблица 5.

Заболеваемость ОРВИ и гриппом при различных способах профилактики

Группы обследованных	Кол-во обследованных	Общее число заболев (%)	Тяжелая форма		Легкая форма		Среднее кол-во пропущенных дней
			Кол-во детей (% от заболев.)	Кол-во пропущ. дней	Кол-во детей (% от заболев.)	Кол-во пропущ. дней	
АКВА-МАРИС	100	17 (17%)	5 (29%)	60	12 (7%)	62	122 (1,2)
АКВА-МАРИС + АКОГРИППИН	24	4 (16,7%)	—	—	4 (100%)	23	23 (0,93 дня)
АКОГРИППИН	100	35 (35%)	10(30%)	104	25 (70%)	125	229 (2,3)
ГРИППОЛ	113	28 (25%)	6 (21,4%)	—	22 (78%)	—	—
ЦИКЛОФЕРОН	100	35 (35%)	6 (17%)	61	29 (83%)	144	2,05
Не получавших профилактику	259	83 (32%)	29 (35%)	2647	54 (65%)	302	566 (2,2)

обсеменности верхних дыхательных путей, является одним из перспективных направлений профилактики ОРВИ и гриппа в массовых детских коллективах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин И.И., Булгакова В.А., Сенцова Т.Б. Вирусные инфекции при бронхиальной астме у детей / Научные труды Европейского конгресса по астме / Под ред. Р.И. Сепиашвили.—М., 2001.—С. 185.
2. Балаболкин И.И., Булгакова В.А., Сенцова Т.Б. и др. Результаты применения препарата ИРС-19 для профилактики респираторных инфекций у детей с бронхиальной астмой // Детский доктор.—2001.—№5-6.—С. 30-32.
3. Балаболкин И.И., Булгакова В.А., Сенцова Т.Б. Опыт применения препарата Имудон для лечения острых стоматитов у детей с аллергической патологией / Тез. докл. VIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство».—М., 2001.—С. 120.
4. Балаболкин И.И., Булгакова В.А., Юхтина Н.В. и др. Иммунокоррекция в детской аллергологии / В кн.: Иммунокоррекция в педиатрии.—М.: Медицина для всех, 2001.—С. 37-63.
5. Богомилский М.Р. Опыт применения ИРС-19 в лечении острых заболеваний верхних дыхательных путей у детей // Детский доктор.—2000.—№2.—С. 26-28.
6. Богомилский М.Р., Маркова Т.П., Гарашенко Т.Н. и др. Клинико-иммунологическое обоснование применения топического бактериального иммунокорректора ИРС-19 для профилактики заболеваний верхних дыхательных путей у детей // Детский доктор.—2000.—№4.—С. 16-20.
7. Булгакова В.А., Сенцова Т.Б., Балаболкин И.И. и др. Алгоритм применения вакцин и иммуномодуляторов бактериального происхождения у детей с аллергическими заболеваниями / Тез. докл. XI Российского национального конгресса «Человек и лекарство».—М., 2002.—С. 404.
8. Вельтищев Ю.Е. Проблемы экзопатологии детского возраста: иммунологические аспекты // Педиатрия.—1991.—№12.—С. 74-80.
9. Гарашенко Т.И. Рациональная антибиотикотерапия острых синуситов и тонзиллофарингитов у детей // Медицина для всех.—1998.—№2.—С. 28-30.
10. Гарашенко Т.И., Балаболкин И.И., Булгакова В.А. и др. Многоцентровое исследование эффективности применения ИРС19 / В кн.: Иммунокоррекция в педиатрии.—М.: Медицина для всех, 2001.—С. 86-90.
11. Гарашенко Т.И., Балаболкин И.И., Булгакова В.А. и др. Результаты многоцентрового исследования применения ИРС19 для профилактики ЛОР-заболеваний у часто болеющих детей // Детский доктор.—2001.—№2.—С. 1-4.
12. Елизарова В.М., Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю. Имудон в детской стоматологии // Русский медицинский журнал.—2000.—№2.—С. 949.
13. Елизарова В.М., Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю. Острый герпетический стоматит у детей // Вопросы современной педиатрии.—2002.—Т.1, Вып.6.—С. 66-70.
14. Ершов Ф.И., Чижов Н.П. Лечение вирусных инфекций // Клиническая фармакология и терапия.—1995.—№4.—С. 75-78.
15. Костинов М.П., Магаршак О.О., Жирова С.Н. Иммунотропные препараты, применяемые с лечебной и профилактической целью / В кн.: Иммунокоррекция в педиатрии.—М.: Медицина для всех, 2001.—С. 19-36.
16. Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. Применение топических иммуномодуляторов в группе часто и длительно болеющих детей / Там же.—С. 91-98.
17. Студеникин М.Я., Балаболкин И.И. Аллергические болезни у детей.—М.: Медицина, 1998.—С. 147-152.
18. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Основные принципы иммуномодулирующей терапии / В кн.: Иммунокоррекция в педиатрии.—М.: Медицина для всех, 2001.—С. 6-18.
19. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Андропова Т.М. Отечественные иммунотропные лекарственные средства последнего поколения и стратегия их применения // Лечащий врач.—1998.—№4.—С. 46-51.
20. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Истамов Х.М. Экологическая иммунология.—М.: ВНИРО, 1995.—С. 10-12.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМАЛАНА В ЛЕЧЕНИИ КРУГЛОГОДИЧНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

С.В. Рязанцев, О.Н. Шабалина, А.В. Полевщиков

ГУ Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи МЗ РФ
(Директор - Засл. врач РФ, проф. Ю.К. Янов)

Аллергический ринит (АР) относится к числу наиболее распространенных заболеваний ЛОР-органов. Во всех развитых странах мира наблюдается рост частоты АР, от которого страдают по крайней мере около 10–25% населения, что связано с изменением состояния окружающей среды, широким и зачастую бесконтрольным использованием антибиотиков, совершенствованием методов аллергодиагностики.

АР подразделяют на сезонные аллергические риниты (САР), причиной которых является сезонное появление аллергенных частиц в воздухе, прежде всего, пыльцы растений, спор простейших грибов,

и круглогодичные аллергические риниты (КАР), причиной которых чаще всего являются клещи домашней пыли и перхоть домашних животных [1].

В основе развития АР лежит IgE-опосредованная аллергическая реакция I типа, сопровождающаяся воспалением слизистой оболочки носа различной интенсивности. Главными участниками аллергического воспаления в слизистой оболочке носа являются тучные клетки, эозинофилы, лимфоциты, базофилы и эндотелиальные клетки. Участие этих клеток определяет раннюю и позднюю фазы аллергической реакции. Гистамин является главным