

Гомеопатический препарат Оциллококцинум в лечении и профилактике гриппа и ОРВИ

Е.П. Селькова¹, Т.А. Семененко,
И.А. Ленева, М.И. Бурцева

ФГУ НИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, ФГУН
НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, Москва

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к группе массовых заболеваний и продолжают оставаться самой серьезной проблемой для мирового сообщества. В последние годы особую озабоченность ученых многих стран мира вызывает возможность появления нового пандемического штамма вируса гриппа. Несмотря на эффективность вакцинации, актуальным продолжает оставаться поиск препаратов различного происхождения для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ. В статье приводятся обзор данных литературы и результаты исследований в России по изучению эпидемиологической и клинической эффективности и противовирусной активности в отношении вирусов гриппа гомеопатического препарата Оциллококцинум.

Актуальность проблемы

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к группе массовых заболеваний и составляют ежегодно около 90 % всей инфекционной патологии. Особенно негативное влияние на состояние здоровья человека оказывают повторные заболевания этими инфекциями. По данным ВОЗ, ежегодно каждый взрослый в среднем два раза болеет гриппом или другими ОРВИ, школьник – три раза, ребенок дошкольного возраста – 6 раз. Дети первого года жизни переносят от двух до 12 эпизодов ОРВИ [1]. Нередко развиваются серьезные осложнения, особенно тяжело протекающие у пациентов с заболеваниями бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем, у пожилых лиц и детей. Грипп в 10–15 % случаев осложняется развитием пневмонии и поражением ЛОР-органов, в 2–3 % – миокардитом. У 60 % лиц, перенесших ОРВИ или грипп, в течение одного месяца развивается синдром послевирусной астении (СПА), сопровождающийся эмоциональными нарушениями, психическими расстройствами и постоянной усталостью, ухудшающими качество жизни и отрицательно влияющими на трудоспособность [3].

Эпидемии гриппа наносят большой экономический ущерб и продолжают оставаться самой серьезной медицинской и социально-экономической проблемой для мирового сообщества.

Эпидемиологическая ситуация

Особенностью эпидемической ситуации последних лет является одновременная циркуляция

в человеческой популяции нескольких респираторных вирусов: гриппа А (H3N2 и H1N1) и В с периодическим преобладанием одного из них, аденовирусов, вирусов парагриппа и риновирусов, респираторно-синцитиальных вирусов, коронавирусов и др. В эпидемических наблюдениях выявлена высокая заболеваемость инфекциями, вызываемыми указанными вирусами как в ассоциации с гриппом, так и в моноинфекциях. Данные статистики свидетельствуют о том, что 60 % случаев смерти связаны с вирусассоциированными болезнями (пневмонии, бронхиты, синуситы, отиты, энцефалопатия и др.).

Вместе с тем ведущая роль в группе респираторных вирусов принадлежит вирусам гриппа, способным вызывать эпидемии и пандемии. Начиная с 1997 г. наибольшую тревогу и озабоченность у мирового сообщества вызывает возможность появления нового вируса гриппа, крайне опасного для человека и способного в короткие сроки поражать значительные контингенты населения на больших расстояниях.

Способность респираторных вирусов, особенно вирусов гриппа, быстро распространяться среди населения, преодолевать в короткие сроки значительные расстояния и инфицировать одновременно большие группы людей, полиэтиологичность возбудителей, тяжесть клинических проявлений и частое возникновение вторичных осложнений создает трудности в проведении дифференциальной диагностики и этиотропной терапии. Перечисленные свойства респираторных вирусов, а также особенности современной эпидемической ситуации осложняют проведение эффективных профилактических и лечебных мероприятий. Во многих исследованиях доказано, что гриппозные вакцины, приготовленные из актуальных для данного эпидемического сезона вакцинных штаммов, способны защитить от заболевания гриппом около 80 % здоровых детей и взрослых, являясь эффективным средством профилактики этого массового заболевания [4]. Вместе с тем, чтобы привести вакцину в соответствие с возникшим новым пандемическим штаммом вируса гриппа и произвести ее в необходимом количестве, нужно не менее 4 месяцев [1]. В этот период для защиты населения требуется наличие достаточного количества эффективных средств для профилактики и лечения гриппа. Это диктует необходимость постоянного поиска эффективных препаратов для лечения и профилактики гриппа.

Арсенал препаратов для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ весьма обширен. Тем не менее заболевания, вызванные респираторными вирусами, остаются (кроме гриппа) практически неуправляемыми инфекциями. Радикальных средств как для предупреждения, так и для лечения острых респираторных вирусных заболеваний до сих пор нет. Ситуацию осложняет наблюдающаяся в последние годы резистентность многих респираторных вирусов к химиопрепаратам. Одной из причин этого является нерациональная фармакотерапия, проводимая без учета фармакодинамики и фармакокинетики препаратов [2, 7]. Следовательно, поиск и внедрение в клиническую практику лекарственных средств для профилактики и лечения гриппа и других ОРВИ продолжает оставаться актуальной проблемой.

Применение натуропатических средств

Одним из перспективных направлений неспецифической профилактики и терапии гриппа и ОРВИ является внедрение натуропатических средств (гомеопатических, фитопрепаратов, средств минерального происхождения и др.). Накопленный многолетний опыт включения гомеопатических препа-

¹Адрес для переписки: Селькова Евгения Петровна, д.м.н., ГУ МНИИЭМ им. Ф. Н. Габричевского, заместитель директора, тел. 8-499-747-6374, 970-69-15, тел/факс: 452-18-30; E-mail: es@vpost.ru

Таблица 1. Число пациентов с симптомами гриппа (температура, ломота, озноб) до приема Оциллококцинума и на 4-й день лечения			
Симптомы		Пациенты, принимавшие Оциллококцинум, n = 150	Пациенты, принимавшие плацебо, n = 150
Температура	1 день	38,4 ± 0,45	38,5 ± 0,98
	4 день	37,3 ± 0,42	38,1 ± 1,01
Озноб	1 день	126	132
	4 день	97	56
Ломота	1 день	96	110
	4 день	28	57

ратов в схемы комплексной терапии и профилактики ряда заболеваний свидетельствует об их высокой эффективности. Преимущества этой группы натуропатических средств связаны с тем, что гомеопатия в большинстве своем – регулирующая терапия. При заместительной терапии лекарства назначают до устранения имеющегося дефицита, компенсаторная терапия продолжается до тех пор, пока орган не придет в состояние равновесия. Регулирующая терапия, в т. ч. гомеопатическими препаратами, мобилизует организм на активизацию внутренних механизмов для борьбы с болезнью.

Важным свойством гомеопатических препаратов является практически полное отсутствие противопоказаний и возможность их применения практически у всех групп населения. Это особенно важно для лиц с наличием сопутствующей патологии и получающих этиотропную терапию для лечения этих заболеваний. Достоинством гомеопатических средств является возможность приема на фоне сопутствующей терапии и отсутствие побочных эффектов. Прием гомеопатических препаратов не вызывает привыкания, поэтому их можно принимать в течение длительного периода.

Одним из таких средств является гомеопатический препарат Оциллококцинум, который был создан во Франции д-ром Д. Роем более 70 лет назад. Он представляет собой гомеопатические гранулы, содержащие экстракт печени и сердца барбарийской утки. Препарат давно и успешно используется во многих странах для профилактики и лечения гриппа.

Изучение эффективности Оциллококцинума

В исследованиях, проведенных в разных странах, показана высокая эффективность при лечении гриппа и гриппоподобных состояний.

В многоцентровом рандомизированном исследовании во Франции по изучению эффективности препарата Оциллококцинум при лечении гриппа приняли участие 300 пациентов. При возникновении первых проявлений гриппа (озноб, ломота и высокая температура) группа больных принимала Оциллококцинум в течение 3–4-х дней до исчезновения симптомов заболевания. Результаты исследования представлены в табл. 1.

Как видно из данных табл. 1, температура, примерно одинаковая в двух группах пациентов до лечения, быстрее снижалась в группе, получавшей Оциллококцинум, и нормализовалась к 4-му дню. Озноб, присутствовавший до начала лечения у пациентов обеих групп, исчез к 4-му дню соответ-

ственно у 55 и 26,5 % больных. Ломота исчезла в течение первого дня у 64 % больных в группе, получавшей Оциллококцинум, и у 73,3 % в группе, получавшей плацебо [6].

В другом слепом плацебо-контролируемом исследовании в Германии в период эпидемического подъема ОРВИ с ноября 1990 до весны 1991 гг. у 188 пациентов (93 женщины и 95 мужчин, средний возраст составил 35,1 ± 12,7), получавших Оциллококцинум, и 184 (88 женщин и 96 мужчин, средний возраст составил 34,9 ± 12,1), получавших плацебо, оценивалась эффективность лечения гриппа Оциллококцинумом. Оценка проводилась в начале лечения, после двух суток и в период с 7-го по 10-й день. Дважды в день измерялась температура тела, регистрировались изменения девяти симптомов (кашель, насморк, мышечные боли, боли в горле и т. д.), а также отмечалось возможное использование других медикаментов [7].

В этом исследовании препарат признавался эффективным, если число пациентов из принимавшей его группы, у которых исчезли все гриппоподобные симптомы в течение двух первых суток, превышало число выздоровевших из группы принимавших плацебо и/или если период полного выздоровления был менее продолжительным при использовании препарата, чем при приеме плацебо. У всех пациентов, участвовавших в эксперименте и принимавших Оциллококцинум, изучались точность, с которой они следовали необходимым предписаниям, полнота и регулярность заполнения анкет и наличие побочных явлений. По этим причинам из исследования были исключены 21 пациент из опытной и 17 из контрольной группы, нарушивших условия опыта. Таким образом, в каждой группе оценивалось состояние 167 пациентов.

Результаты исследования, подтвердившие эффективность применения Оциллококцинума в лечении гриппа, показаны в табл. 2.

Как видно из представленных данных, в течение первых двух суток у 19,2 % лиц, принимавших препарат, симптомы гриппа исчезли полностью и они смогли полноценно трудиться. На 5-е сутки оставались некоторые симптомы гриппа у 26,4 % лиц опытной группы и 32,3 % контрольной группы. Через 7–10 дней после начала испытания 133 пациента (80,1 %) из группы, принимавшей для лечения Оциллококцинум, не имели симптомов гриппа. В группе, получавшей плацебо, к этому дню выздоровело 128 человек (76,6 %).

Авторы особо подчеркивают положительное действие препарата на тяжесть течения заболевания. Через двое суток после начала лечения значительное улучшение состояния здоровья отмечали 43,7 % лиц, принимавших Оциллококцинум, и 33,5 % – плацебо. В группе, принимавшей плацебо, к этому сроку у 5,4 % человек отмечено ухудшение состояния здоровья, что, по-видимому, связано с присоединением вторичной инфекции и потребовало дополнительных лечебных мероприятий.

Пациенты контрольной группы, принимавшие плацебо, в сравнении с группой пациентов активного лечения с помощью Оциллококцинума в 1,5 раза чаще применяли сопутствующие лекарственные средства (анальгетики, отхаркивающие средства, средства против кашля и др.). Исследователи отмечают несколько более высокий процент

Таблица 2. Сравнение состояния здоровья пациентов, принимавших Оциллококцинум и плацебо (через двое суток)										
Пациенты	Отсутствие симптомов гриппа		Значительное улучшение		Улучшение		Отсутствие улучшения		Ухудшение	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Принимавшие Оциллококцинум	32	19,2	73	43,7	41	24,6	21	12,6	–	–
Принимавшие плацебо	25	15,0	56	33,5	49	29,3	28	16,8	9	5,4

работоспособных пациентов в группе активного лечения с помощью Оциллококцинума, чем в группе плацебо. Через два дня после лечения число работоспособных составило соответственно 16,3 и 9,2 %, через 4 дня – 48,9 и 46,7 %.

У 5 пациентов, участвующих в этом исследовании, наблюдались нежелательные явления. Согласно заключению авторов, в 4 из 5 случаев эти явления не были связаны с действием препарата. Один пациент страдал головной болью, возможно, связанной с приемом препарата.

Таким образом, по заключению авторов, проведение это исследование, применение Оциллококцинума способствует более быстрому исчезновению симптомов и сокращает продолжительность заболевания.

Интересные результаты получены во Франции [8]. В исследовании приняли участие 149 врачей общей практики, большинство которых не являлись гомеопатами. Исследование проводилось двойным слепым плацебо-контролируемым методом с соблюдением всех требований доказательной медицины. В опыте приняли участие 478 пациентов в возрасте 12 лет и старше. Отбор пациентов проводился по совокупности основных клинических симптомов, сопровождающих грипп или гриппоподобное заболевание. Критерии отбора включали наличие ректальной температуры выше 38 °C и по крайней мере двух клинических проявлений из следующих пяти: головной боли, ломоты, боли в суставах, боли в пояснице, озноба. Проявление первых признаков заболевания должно было иметь место в течение 24 часов до включения в группу. Из исследования исключались лица с наличием иммунодефицита, принимавшие иммунодепрессанты и иммуностимуляторы, имеющие локализованные инфекционные очаги, а также не вакцинированные против гриппа. Пациентам рекомендовалось в течение 48 часов после приема Оциллококцинума не принимать обезболивающие и жаропонижающие средства и в случае их приема сообщать об этом медицинскому работнику. Также пациенты должны были информировать о приеме антибиотиков. Опыт проводился в период эпидемии, вызванной вирусом гриппа А (H1N1). Критериями выздоровления являлось снижение ректальной температуры ниже 37,5 °C и окончательное исчезновение пяти признаков, входящих в определение гриппозного синдрома. Допускалась персистенция кашля, насморка и слабости. Эффективность препарата оценивалась по основным критериям (уровень выздоровления через 48 часов, изменение этого уровня с течением времени и длительность заболевания) и вторичным (применение сопутствующих препаратов, наличие нежелательных явлений).

В этом исследовании в 43 % случаев пациенты уже на момент включения их в опыт имели довольно тяжелые проявления гриппа (температура 39 °C и наличие как минимум трех из пяти признаков, входящих в определение). В 58 % случаев отмечены все пять функциональных симптомов. Результаты исследования показали, что в соответствии с определенными выше критериями около 7 % принимавших Оциллококцинум практически были здоровы через 48 часов. Доля пациентов, применявших обезболивающие и жаропонижающие средства, в контрольной группе была достоверно выше (50,2 %), чем в опытной (40,7 %).

Отмеченный исследователями факт применения почти третью пациентов других препаратов, возможно, свидетельствует о более эффективном применении этого препарата в комплексной терапии гриппа и ОРВИ.

В России проводилось изучение лечебной и профилактической эффективности Оциллококцинума по клиническим критериям с проведением этиологической расшифровки возбудителей заболевания и вируспецифического воздействия на вирусы гриппа. Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование проводилось среди медицинских работников, относящихся к группе высокого риска, с целью предупреждения инфицирования. Методом случайной выборки было сформировано две группы по 50 человек в каждой. Всего в исследовании приняли участие 100 пациентов.

Все препараты к моменту начала исследования и в процессе исследования имели цифровой кодовый шифр. Первая исследовательская группа (9 мужчин и 41 женщина, средний возраст $49,3 \pm 11,3$) принимала препарат Оциллококцинум с профилактической целью один раз в неделю. Во второй контрольной группе (11 мужчин и 39 женщин, средний возраст $52,4 \pm 10,9$) пациенты получали плацебо по той же схеме. Препарат и плацебо пациенты получали в присутствии медицинского работника путем расщипывания одной дозы (одной таблетки) в ротовой полости на 1, 8, 15 и 29-й дни.

В исследовательскую группу включали лиц при наличии симптомов гриппа или ОРВИ в течение последних одного-двух дней у одного или более из членов семьи или постоянно проживающих в семье заболевшего, т. е. лиц, контактировавших с больным ОРВИ. В контрольную группу проводился отбор пациентов по тем же критериям.

В опытной группе, получавшей препарат Оциллококцинум, заболели ОРВИ 2 % лиц, в контрольной группе число заболевших составило 12 %. Эффективность препарата Оциллококцинум в отношении гриппа и ОРВИ подтверждена высокими показателями эпидемиологической эффективности: индекс эффективности (ИЭ) составил 6,0 при показателе защищенности (ПЗ) 83,1 %.

В другом опыте исследования проведены на ограниченном контингенте лиц молодого возраста ($n = 227$; средний возраст $18,6 \pm 1,4$, в диапазоне 16–22 года), обучающихся в медицинском училище и не вакцинированных против гриппа [9]. Методом случайной выборки были сформированы две равноценных группы численностью 110 и 117 человек. Все препараты к моменту начала и в процессе проведения исследования были зашифрованы. Лица опытной группы получали Оциллококцинум перорально по одной дозе (один тубик) один раз в неделю в течение четырех недель, в контрольной группе – плацебо по той же схеме.

У всех испытуемых лиц проводилось изучение гуморального иммунитета. Серологическое исследование образцов сывороток крови на наличие специфических антител к вирусам гриппа А (H1N1 и H3N2) и В, респираторно-синцитиальному (РС) вирусу, аденовирусу и вирусам парагриппа 1-го и 3-го типов в иммуноферментном анализе (ИФА) проводилось в динамике: до начала применения препаратов (первая проба) и спустя три месяца (вторая проба).

Применение Оциллококцинума привело к снижению показателей заболеваемости гриппом и ОРВИ по сравнению с контрольной группой. Сравнительные данные о заболеваемости студентов медицинского училища показаны в табл. 3.

Результаты исследования показали следующее. Несмотря на то что в изучаемый эпидемический сезон 2004–2005 гг. отмечен незначительный подъем заболеваемости ОРВИ, у лиц опытной группы применение Оциллококцинума привело к снижению показателей заболеваемости гриппом и ОРВИ в 1,62 раза ($20,0 \pm 2,6$ %) по сравнению с контрольной группой, получавшей плацебо ($32,5 \pm 4,4$ %;

Таблица 3. Заболеваемость гриппом и ОРВИ учащихся медицинского училища г. Калуги при применении Оциллококцинума и отсутствии профилактики (2004–2005 гг.)

Показатели	Опытная группа, n = 110			Контрольная группа, n = 117		
	всего	во время приема	после приема	всего	во время приема	после приема
Число случаев заболеваний	22	11	11	38	13	25
Заболевшие, %	20,0 ± 2,6	10,0 ± 1,3	10,0 ± 1,6	32,5 ± 4,4	11,1 ± 2,1	21,4 ± 2,7
Заболеваемость на 1000 учащихся	200	100	100	325	111	214

$p < 0,05$). Среди лиц опытной группы заболело по 50 % человек во время приема препарата и после его окончания, в контрольной группе заболело во время приема плацебо 34,2 % и после его окончания 65,8 % человек, что свидетельствует о несомненном защитном эффекте Оциллококцинума.

Результаты серологического исследования этиологической структуры гриппа и ОРВИ (на основании результатов ИФА) в коллективе учащихся показали, что как в опытной, так и в контрольной группе одновременно циркулировали все включенные в исследование респираторные вирусы. Результаты изучения этиологических агентов в коллективе учащихся представлены в табл. 4.

Как видно из данных табл. 4, значение отдельных инфекционных агентов в этиологии ОРВИ в этот период было неравноценным. Так, наибольший удельный вес заболеваемости как у лиц опытной, так и контрольной групп был обусловлен вирусом парагриппа 1 типа ($23,4 \pm 4,2$ % и $27,0 \pm 3,2$ %), вирусом гриппа А (H3N2) ($17,9 \pm 4,7$ % и $19,0 \pm 2,7$ %), аденовирусом ($14,6 \pm 3,1$ % и $15,9 \pm 2,8$ %) и РС-вирусом ($12,4 \pm 2,8$ % и $13,5 \pm 3,2$ % соответственно). Возможно, что недостаточно высокий показатель участия в общей заболеваемости респираторными инфекциями вируса гриппа А (H3N2) был обусловлен слабой интенсивностью эпидемии гриппа в сезон 1999–2000 гг. в связи с циркуляцией дрейф-варианта эталона А/Сидней/05/97 (H3N2) и родственным референс-вирусу А/Москва/10/99 (H3N2) (по данным НИИ гриппа РАМН). Реже встречались заболевания, этиологически связанные с вирусом гриппа А (H1N1) ($2,9 \pm 0,8$ % и $3,2 \pm 0,8$ %), вирусом гриппа В ($10,2 \pm 2,6$ % и $11,9 \pm 2,2$ %) и вируса парагриппа 3 типа ($9,5 \pm 2,2$ % и $8,7 \pm 1,5$ %). Обращает на себя внимание тот факт, что в контрольной группе участие всех возбудителей (за исключением вируса парагриппа 3 типа) в формировании заболеваемости было выше, чем в опытных группах. У многих испытуемых лиц отмечено одновременное диагностическое определение титров антител к двум и более инфекционным агентам: в $60,6 \pm 9,1$ % у лиц опытной группы и в $73,2 \pm 6,3$ % случаев в контрольной группе.

Изучение влияния применения Оциллококцинума на уровень и динамику образования специфических антител не позволило выявить статистически достоверных различий между показателями как в опытной, так и в контрольной группах. Установлено равномерное появление антител в сыворотках крови обследуемых лиц к циркулирующим в коллективе вирусам, что свидетельствует об отсутствии влияния препарата на выработку

специфических антител при инфицировании лиц опытных групп возбудителями ОРВИ.

В процессе проведения исследований нежелательных явлений не отмечалось. Имевшиеся жалобы у некоторых испытуемых были характерными для клинической симптоматики ОРВИ и, по-видимому, связаны с началом заболевания этой инфекцией.

Во всех проведенных исследованиях, в т. ч. в России, обращает на себя внимание большое число положительных оценок препарата Оциллококцинума пациентами, которые отмечали значительное улучшение самочувствия уже через несколько часов после первого приема препарата.

Эффективность Оциллококцинума при лечении и профилактике гриппа и ОРВИ показана только в клинических испытаниях. До настоящего времени данные о его противовирусной активности в отношении возбудителей этих инфекций отсутствуют. Представляют несомненный научный и практический интерес результаты проведенного в России изучения противовирусной активности препарата Оциллококцинума в культуре клеток MDCK в отношении вирусов гриппа. Целью этой работы являлось изучение активности Оциллококцинума в отношении вируса гриппа А и В в культуре клеток. В качестве субстанции в экспериментах использовалась лекарственная коммерческая форма препарата.

Определение цитотоксического действия Оциллококцинума проводилось по следующей методике. Клетки MDCK выращивали в 96-луночных планшетах фирмы «Costar» в среде Игла в присутствии 5 % сыворотки телят и 10 мМ глутамина до полного монослоя. Затем среду удаляли и в планшеты вносили по 200 мкл соединений в испытуемой концентрации в минимальной среде Игла без сыворотки. После инкубации клеток с препаратами в течение 48 или 72 часов при 37 °С визуально оценивали состояние клеточного монослоя. Концентрация соединений, вызывающая цитотоксический эффект у 50 % клеток по сравнению с контролем клеток, принималась за 50 % цитотоксическую дозу (ЦД50). Кроме того, определялось значение максимальной переносимой концентрации (МПК), т. е. максимальной концентрации вещества, не вызывающей видимых изменений в клеточном монослое по сравнению с клеточным контролем.

Для определения противовирусной активности соединений клетки MDCK рассаживали в 96-луночных планшетах фирмы «Costar» со средней плотностью 35 тыс. клеток на лунку и выращивали в минимальной среде Игла в присутствии 5 % фетальной сыворотки телят и 10 мМ глутамина до полного монослоя. Перед заражением вирусом клетки два раза промывали средой без сыворотки. Исследуемые препараты добавляли к клеткам в двукратной концентрации в 100 мкл минимальной среды Игла. К вирусному контролю добавляли по 100 мкл этой же среды, а к клеточному контролю – по 200 мкл. В опытах с использованием штаммов вируса гриппа человека изучаемые соединения и разведения вируса готовились на среде с добавлением 2,5 мкг/мл ТРСК трипсина. После инкубации клеток с исследуемыми препаратами в течение часа при 37 °С в лунки, исключая клеточный контроль, добавляли по 100 мкл аллантоисного вируса, разведенного на используемой

Таблица 4. Этиологическая структура гриппа и ОРВИ в коллективе учащихся

Возбудители ОРВИ	Группы обследованных, абс / %	
	Опытная, n = 110	Контрольная, n = 117
Вирус гриппа А (H1N1)	4 / 2,9 ± 0,8	4 / 3,2 ± 0,8
Вирус гриппа А (H3N2)	24 / 17,9 ± 4,7	24 / 19,0 ± 2,7
Вирус гриппа В	14 / 10,2 ± 2,6	15 / 11,9 ± 2,2
Аденовирус	20 / 14,6 ± 3,1	20 / 15,9 ± 2,8
РС-вирус	17 / 12,4 ± 2,8	17 / 13,5 ± 3,2
Вирус парагриппа 1 типа	32 / 23,4 ± 4,2	34 / 27,0 ± 3,2
Вирус парагриппа 3 типа	13 / 9,5 ± 2,2	11 / 8,7 ± 1,5

СОСТАВ И ФОРМА ВЫПУСКА

Одна доза (1 г) содержит экстракт печени и сердца барбарийской утки (*Anas Barbariae*) 200K (200 сотеннов), вспомогательные вещества (сахароза, лактоза)

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Противопростудное.

ПОКАЗАНИЯ

Грипп и простудные заболевания.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Не выявлены.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Не выявлены.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Не описано.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Сублингвально (держат в рту до полного растворения) за 15 минут до приема пищи или через один час после.

Детям – растворить содержимое одного тюбика (1 доза) в небольшом количестве воды и давать с ложечки или с помощью бутылочки с соской.

Дозировка зависит от момента начала приема препарата и не зависит от возраста.

Профилактически – по одной дозе в неделю в период распространения ОРВИ.

В начальной стадии заболевания следует как можно раньше принять одну дозу, затем при необходимости повторить 2–3 раза с интервалом 6 часов.

Выраженная стадия заболевания – по одной дозе утром и вечером в течение 1–3 дней. Если в течение 24 часов симптомы заболевания нарастают, следует обратиться к врачу.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ

Препарат действует тем быстрее и эффективнее, чем раньше начато лечение: желательно начинать прием с первых же симптомов заболевания.

среде примерно $0,1 (10^{-4})$ до $10 (10^2)$ БОЕ на клетку. Далее планшеты инкубировали в течение 24 часов в атмосфере 5 % CO_2 при 37°C клетки. После инкубации среду удаляли и клетки фиксировали 80 % ацетоном на фосфатно-солевом буфере (PBS) в течение 20 минут, а далее реакцию проводили как описано [11].

Изучение вирулицидного действия препаратов на инфекционную активность вирусов в культуре клеток МДСК проводили в вирусосодержащей жидкости в отсутствие и в присутствии Оциллококцинума. Вирусосодержащую жидкость инкубировали

в течение одного и 17 часов при 37°C , после чего определяли инфекционный титр путём заражения культуры клеток МДСК. При изучении вирусостатического действия препаратов в культуре клеток МДСК перед инфицированием клетки МДСК два раза промывали средой без сыворотки для снижения возможной неспецифической реакции. Инфицирование проводили 10-кратными разведениями вирусов на среде MEM с добавлением трипсина (TPCK treated, Sigma) в концентрации 2 мкг/мл. Адсорбцию вируса проводили в течение 40 минут при 37°C . Не сорбировавшийся вирус удаляли

ГРИПП и ОРВИ

ОЦИЛЛОКОКЦИНУМ®

Лучшее решение для лечения и профилактики Гриппа и ОРВИ!



- **Лечение**
 - быстро купирует симптомы в начальной стадии заболевания
 - облегчает течение заболевания в стадии выраженных клинических проявлений
- **Профилактика**
 - достаточно одной дозы в неделю в период подъема заболеваемости
- **Не имеет побочных эффектов**
- **Разрешен к применению детям с первого года жизни**
- **Высокое европейское качество**

Таблица 5. Изучение вирулицидного действия Оциллококцинума на вирусы гриппа А/Н1N1 и А/Н3N2				
Вирусы	Инфекционные титры вирусов гриппа / исходные титры вирусов, lg			
	1 час инкубации		24 часа инкубации	
	1000 мкг/мл	2000 мкг/мл	1000 мкг/мл	2000 мкг/мл
A/PR/8/34(H1N1)	5,5/5,5	5,0/5,5	5,5/5,5	5,0/5,5
A/Aichi/1/68(H3N2)	5,5/5,5	5,5/5,5	5,5/5,5	5,5/5,5
Примечание. В таблице представлены средние результаты трех одинаковых опытов.				

трёхкратной промывкой средой без сыворотки. Контроли вирусов и клеток культивировали в этой же среде. Далее планшеты инкубировали в термостате с СО₂ в течение 72 часов при 37 °С. Учёт результатов проводили по цитопатическому действию (ЦПД) вируса на культуру клеток и определению гемагглютинаина в надосадочной жидкости в РГА через 72 часа.

Изучение цитотоксического действия различных концентраций Оциллококцинума в культуре клеток MDCK показало, что при инкубации этого вещества с клетками в течение 72 часов при концентрациях от 250 до 5000 мкг/мл препарат не оказывает цитотоксического действия на клетки MDCK, т. е. его ЦТД₅₀ и МПК превышает 5000 мкг/мл.

Результаты изучения действия Оциллококцинума на репродукцию вируса гриппа А показали, что препарат селективно подавляет размножение этого вируса в культуре клеток MDCK, так как ингибирующий эффект увеличивался с повышением концентрации Оциллококцинума и снижался с увеличением множественности заражения вирусом. Изучение действия различных концентраций Оциллококцинума на репродукцию вируса гриппа А/Новая Каледония/20/99 (H1N1) при различной множественности заражения показал, что во всех случаях при увеличении концентрации препарата от 25 до 1000 мкг/мл ингибирующий эффект Оциллококцинума на вирусную репродукцию увеличивается от 5–10 % при концентрации 25 мкг/мл, достигая 45–50 % при концентрации 1000 мкг/мл. Далее с увеличением концентрации препарата до 2000 мкг/мл процент ингибирования вирусной репродукции препаратом меняется незначительно и колеблется от 50–60 %. При уменьшении множественности заражения клеточной культуры от 1 до 0,1 БОЕ на клетку ингибирование репродукции вируса гриппа А увеличивалось от 20 до 42 % и от 45 до 59 % при концентрациях 250 и 1000 мкг/мл соответственно.

Сходные результаты были получены при изучении действия Оциллококцинума на репродукцию вируса гриппа В/Шанхай/361/02 (табл. 5).

Представленные в табл. 5 данные показывают, что Оциллококцинум ингибирует репродукцию вируса гриппа В, причем активность препарата в отношении вируса гриппа В при множественности заражения 10² была сходна с его активностью в отношении вируса гриппа А/Новая Каледония/20/99 (H1N1) при этой же множественности

Таблица 6. Влияние Оциллококцинума на репродукцию ремантадинрезистентного штамма вируса гриппа А/Москва/57/06 (H3N2) в культуре клеток MDCK		
Препараты	Процент ингибирования вирусной репродукции разведения вируса	
	10 ²	10 ³
Оксицллококцинум 250 мкг/мл	10	17
Оксицллококцинум 500 мкг/мл	51	74
Оксицллококцинум 1000 мкг/мл	49	74
Оксицллококцинум 2000 мкг/мл	52	77
Ремантадин 5 мкг/мл	14	19

заражения. Ингибирующий эффект препарата на репродукцию вируса гриппа В/Шанхай/361/02 составлял 10 % при его концентрации 50 мкг/мл, усиливался при увеличении его концентрации от 100 до 500 мкг/мл от 19 до 29 % соответственно, достигая, так же как и в случае с вирусом гриппа А, 37 % при концентрации 1000 мкг/мл.

Проведено изучение возможности вирулицидного действия препаратов на инфекционную активность вирусов в культуре клеток MDCK. Предварительная обработка вирусов А/Аичи/1/68 (H3N2) и А/Пуэрто-Рико/8/34 (H1N1) Оциллококцинумом в концентрациях 10000 и 20000 мкг/мл в течение часа и 24 часов с дальнейшим инфицированием этим вирусом культуры клеток и определением инфекционного титра вируса в отсутствии препарата показала, что во всех случаях не наблюдалось достоверного снижения титра вируса (табл. 6).

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что активность Оциллококцинума в отношении вируса гриппа обусловлена его вирусспецифическим действием на вирусную репродукцию, а не является результатом разрушения или повреждения им вирусных частиц.

В настоящее время для лечения и профилактики гриппа широко применяются препараты адамантанового ряда – амантадин и ремантадин. Однако процент резистентных к ним штаммов в последние годы чрезвычайно возрос, достигая 90 % в некоторых странах. Резистентные варианты также способны вызывать инфекцию у людей [12]. В связи с этим для преодоления инфекции, вызванной такими штаммами, представляется целесообразным использование препаратов с отличным от них механизмом действия.

При изучении влияния Оциллококцинума на репродукцию ремантадинрезистентного штамма вируса гриппа А/Москва/57/06 (H3N2) в культуре клеток MDCK установлено, что полученные данные об эффективности препарата в отношении вируса гриппа В свидетельствуют о различиях механизма вирусспецифического действия этих препаратов. Изучение действия Оциллококцинума на репродукцию эпидемического ремантадинрезистентного штамма вируса гриппа А/Москва/57/06 (H3N2), выделенного во время эпидемического сезона 2003–2004 гг. в России, показало, что Оциллококцинум в концентрациях 500–2000 мкг/мл подавлял репродукцию данного вируса в среднем на 70–75 % в отличие от ремантадина, подавление которым репродукции этого вируса в концентрации, превышающей в два раза его среднюю для лабораторных и эпидемических штаммов МИК50, было незначительно и составляло 19 % (табл. 6).

Таким образом, изучение Оциллококцинума в культуре клеток показало, что он является малотоксичным препаратом, цитотоксичность которого существенно ниже цитотоксичности известных противогриппозных препаратов. Оциллококцинум специфически ингибирует репродукцию вирусов гриппа А, в частности ремантадинрезистентного штамма, а также вируса гриппа В в культуре клеток MDCK. Полученные нами данные об отсутствии у препарата вирулицидного действия подтверждают, что активность Оциллококцинума в отношении вируса гриппа обусловлена подавлением им именно вирусной репродукции.

Дальнейшее исследование свойств и механизма действия препарата Оциллококцинум и его профилактической и клинической эффективности в современных эпидемических условиях представляет научный и практический интерес.

Положительными свойствами препарата Оциллококцинум является следующее. Грипп и ОРВИ относятся к массовым инфекционным заболеваниям, поражающим в короткие сроки население на популяционном уровне. К препаратам для лечения и профилактики этих инфекций предъявляется ряд требований. Они должны быть, прежде всего, безопасны, эффективны и доступны, а также иметь удобную упаковку. Под доступностью имеется в виду наличие препарата в аптечной сети для амбулаторного применения, в т. ч. возможность его безрецептурного приобретения. Эти препараты также должны быть доступны для большинства населения с экономической точки зрения. Для профилактики инфицирования гриппом достаточно одной упаковки препарата на шестинедельный курс (по одной дозе один раз в неделю). Одна упаковка Оциллококцинума (пластмассовый поддон) содержит три пластиковых тюбика, в каждом из которых содержится одна доза (1 г гомеопатических гранул), что позволяет легко отслеживать количество принятых доз и служит одновременно защитой от подделки этого препарата.

Литература

1. Материалы ВОЗ 2005 г.
2. Киселев О.И. с соавт. Антивирусные препараты для лечения гриппа и ОРВИ. СПб., 2000.
3. Карпухин Г.И. Грипп. Л.: Медицина, 1996. 345 с.
4. Селькова Е.П., Семенов Т.А. и др. Циркуляция респираторных вирусов в Москве и их роль в формировании ОРЗ // ЖМЭИ. 2001. № 4.
5. Гендон Ю.З. // Вакцинация. 2001. № 5(17). С. 4–5.
6. Kazanova P., Gherar P. Proposta omeopatica 3, Anno IV, Ottobre 1998.
7. Papp P., Shubak P., Bek E., etc. // British Homoeopathik Jomal 1998; 87:69–76.
8. Ершов Ф.И., Касьянова Н.В. Возможна ли рациональная фармакотерапия гриппа и других ОРВИ // Инфекция и антимикробная терапия. 2003. № 6. С. 3–9.
9. Селькова Е.П., Семенов Т.А., Горбачев И.А. Применение Оциллококцинума для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ // Инфекционные болезни. 2005. Т. 3. № 4. С. 74–78.
10. Селькова Е.П. Гомеопатические препараты в профилактике и лечении гриппа // Фарматека. 2006. № 5. С. 55–60.
11. Leneva I., Roberts N., Govorkova E., et al. The neuraminidase inhibitor GS4104 (oseltamivir phosphate) is efficacious against A/Hong Kong/156/97 (H5N1) and A/Hong Kong/1074/99 (H9N2) influenza virus // Antiviral Research. 2000. V. 48. P. 101–115.
12. Bright R., Medina M., Xu X., et al. Incidence of adamantane resistance among influenza A (H3N2) viruses isolated worldwide from 1994 to 2005: a cause for concern // Lancet. 2005. 366. 1175–1181.

Ежегодная научная конференция «Философские проблемы биологии и медицины»

Организаторы конференции

Московский государственный медико-стоматологический университет, Институт философии РАН, Междисциплинарный гуманитарный центр МГМСУ; кафедра философии, биомедицины и гуманитарных наук МГМСУ.

Планируемое время проведения – март 2007 г.

Возможные темы докладов и сообщений:

- феномен жизни, понятия «здоровье» и «болезнь» («норма» и «патология»), критерии здоровья и болезни, проблема количественного измерения здоровья и болезни;
- феномен теоретической биологии и медицины, статус теоретического знания медико-биологических наук, его соотношение с естественнонаучным и гуманитарным типом знания;
- редукционизм и холизм в биологии и медицине, проблема системности и целостности, уровневая организация живой природы;
- биоэтика, психосоматическая медицина, направления современной мировой медицины (западно-ориентированная, восточно-ориентированная и синтетическая медицина), тенденции развития современной медицины;
- философские проблемы конкретных медико-биологических дисциплин (физиологии, морфологии, терапии, хирургии и т. д.);
- философия и методология медико-биологического образования;
- философские традиции отечественной медицины, философия и история медицины;
- наука и искусство в медицинской профессии;
- болезни цивилизации, биологические и цивилизационные особенности современного типа человека;
- методология и логика медицинского диагноза, медико-биологическое моделирование и эксперимент, феномен доказательной медицины;
- место биологии и медицины в системе наук и т. д.

Тезисы принимаются до 20 января 2007 г.

Просьба деньги перечислять только после получения подтверждения о принятии тезисов.

Оплата – 100 руб. за страницу.

По поводу способа перечисления денег просьба писать по адресу vimo@vmail.ru Моисееву Вячеславу Ивановичу.

Правила оформления тезисов докладов

Объем – до 5 страниц, шрифт Times New Roman, размер 12, через 1,5 интервала, поля 2 см., ссылки внизу страницы. Должны быть предоставлены печатный (обязательно для жителей Москвы) и электронный (на дискете или по почте) варианты текста.

Тексты высылать и передавать по адресу: г. Москва, Старомонетный пер., 5, теоретический корпус МГМСУ, кафедра философии, биомедицины и гуманитарных наук МГМСУ (с пометкой «на конференцию»). Для иногородних участников достаточно выслать электронный вариант сообщения Моисееву Вячеславу Ивановичу на адрес vimo@vmail.ru