

Н.В. Ермилова¹, Е.Ю. Радциг², М.Р. Богомилский², Е.П. Селькова³, Н.А. Гудова³

¹ Детская городская поликлиника № 99, Москва

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

³ Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского, Москва

Профилактика ОРВИ в организованных детских коллективах: способы и эффективность

Контактная информация:

Радциг Елена Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры отоларингологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1, тел.: (495) 959-87-59, e-mail: Radtsig_e@rsmu.ru

Статья поступила: 08.12.2011 г., принята к печати: 25.01.2012 г.

Статья посвящена вопросам профилактики острых респираторных инфекций в организованных детских коллективах. Рассматриваются способы повышения противоинфекционной защиты организма. Приведены данные об эффективности препаратов Оциллококцинум, Анаферон детский, Гриппферон в качестве средств для профилактики сезонного подъема заболеваемости респираторной патологией в организованных детских коллективах.

Ключевые слова: профилактика, дети, комплексные гомеопатические препараты.

Состояние здоровья детей является предметом множества публикаций. Общеизвестным является факт учащения заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ) с начала посещения детских организованных учреждений, что подтверждается данными Роспотребнадзора РФ [URL: [www.rosпотребнадzor.ru](http://www.rosпотребнадзор.ru)] (рис. 1).

Многообразие возбудителей, вызывающих ОРИ (на сегодняшний день типировано более 200 вирусов, приводящих к развитию респираторной патологии) [2–6], определяет специфику не только лечебных, но и профилактических мероприятий. К основным методам контроля над респираторными вирусными инфекциями (включая грипп) относят специфическую (вакцинацию) и неспецифическую профилактику [1, 2].

В настоящее время вакцинация проводится только против вирусов гриппа, но постоянная изменчивость циркулирующего вируса ограничивает ее эффективность [1, 2]. Химиотерапия предполагает использова-

ние различных лекарственных средств, воздействующих на репликацию вирусов. К ним относятся римантадин, рибавирин, тилорон, осельтамивир, арбидол. Однако достаточно узкий спектр действия, возможность быстрого формирования резистентности к препаратам этого класса, невозможность использования у детей раннего возраста (арбидол, осельтамивир), возможные побочные эффекты ограничивают их применение [2]. В связи с этим неспецифическая профилактика сезонного всплеска респираторной патологии в детском возрасте не теряет своей актуальности. Задачи профилактики — повышение активности механизмов противоинфекционной защиты организма, снижение уровня контаминации слизистых оболочек различными патогенами и поллютантами. Для достижения указанных задач могут использоваться препараты, относящиеся к различным фармакологическим группам [2–5]. Следует помнить, что лекарственное средство, применяемое с профилактической целью, дается практически здоровому ребен-

N.V. Ermilova¹, E.Y. Radtsig², M.R. Bogomilskiy², E.P. Selkova³, N.A. Gudova³

¹ City Children's Polyclinic № 99, Moscow

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

³ Gabrichevskiy Moscow Scientific Research Institute of Epidemiology and Microbiology, Moscow

Acute respiratory viral infections prophylaxis in organized groups of children: means and efficacy

In the article we observe questions of acute respiratory infections prophylaxis in organized groups of children along with means of boosting of body ant-infectious protection. We review efficacy data for Ocilococccinum, Anaferon for children, Grippferon used as means of seasonal prophylaxis of respiratory diseases in organized groups of children.

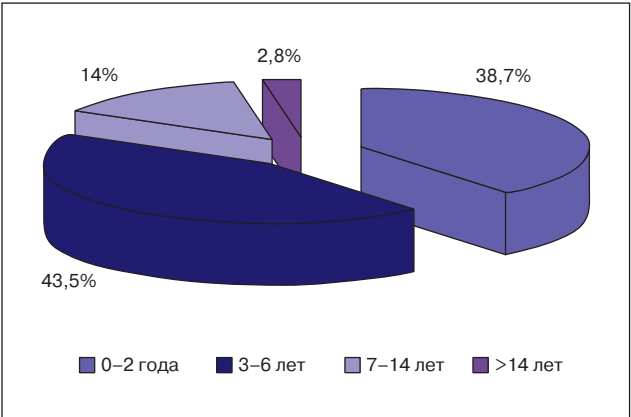
Key words: prophylaxis, children, complex homeopathic medications.

ку, что диктует особые требования к безопасности его применения, в т.ч. и длительного. Перспективным с этой точки зрения является использование элиминационных препаратов (в т.ч. в виде спреев для интраназального применения и орошения слизистой ротоглотки), предназначенных для механической очистки слизистых оболочек, препаратов природного происхождения и комплексных гомеопатических препаратов, воздействующих на различные механизмы противоинфекционной защиты [5]. Представители этой группы препаратов появились на российском фармацевтическом рынке в начале 90-х гг. прошлого века и с тех пор завоевали доверие и популярность среди врачей и пациентов. Несмотря на то, что точный механизм действия их не ясен, эффективность гомеопатических препаратов доказана в ходе клинических исследований [6–9]. Преимуществом препаратов является отсутствие возрастных ограничений для их приема.

Эффективность комплексных гомеопатических препаратов послужила основанием для включения их в официальный перечень средств, рекомендованных Департаментом здравоохранения г. Москвы и Роспотребнадзором РФ для профилактики [5]. Исследованиями эффективности препаратов этой группы посвящены многочисленные публикации [7–9], но постоянно меняющийся спектр возбудителей сезонного подъема заболеваемости, формирующаяся устойчивость к препаратам, используемым с лечебной и профилактическими целями, диктуют необходимость проведения дополнительных исследований. Кроме этого, оценивается и фармакоэкономическая составляющая (стоимость профилактического курса, его эффективность, необходимость и кратность повторных затрат). Особенно актуально это для жителей мегаполисов, где уровень заболеваемости ОРИ выше: так, в Москве он в 1,5–1,8 раза превышает средний показатель по РФ. Это объясняется высокой плотностью населения, разветвленной транспортной сетью, интенсивными миграционными процессами и т.д.

Целью данной работы явилось изучение профилактической эффективности комплексного гомеопатического препарата Оциллококцинум в сравнении с препаратами Анаферон детский и Гриппферон в профилактике гриппа и ОРИ у детей, посещающих детские учреждения Москвы.

Рис. 1. Возрастная структура заболеваемости ОРИ детей и подростков



ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Изучение профилактической эффективности препаратов проводилось в организованных группах детей. В исследование включали детей, посещающих детские дошкольные учреждения Москвы и имеющих документальные сведения о ежегодно переносимых ОРИ (табл. 1) на протяжении всего времени посещения детского учреждения.

В исследование было включено 240 детей, сопоставимых по возрасту и полу, которых распределили в 4 группы по 60 человек в каждую. Дети 1-й группы получали в качестве средства профилактики препарат Оциллококцинум; 2-й — Анаферон, детский; 3-й — Гриппферон. Дети 4-й группы принимали поливитамины в течение всего периода наблюдения. Все вышеупомянутые препараты зарегистрированы на территории РФ в установленном порядке для применения в профилактике гриппа и ОРИ у детей. Дозировки и способы приема лекарственных средств представлены в табл. 2.

За всеми группами детей устанавливалось медицинское наблюдение. Информация о состоянии здоровья детей, находившихся в группах наблюдения и контрольной группе, ежедневно собиралась ответственным врачом в течение 30 дней приема препаратов и в течение недели после окончания профилактического курса, регистриро-

Таблица 1. Частота заболеваемости детей ОРИ в год по группам наблюдения

Группа наблюдения	Препарат	Среднее	Стандартное отклонение от среднего	Доверительный интервал
1-я	Анаферон	3,61	0,90	0,70
2-я	Гриппферон	4,18	1,65	0,46
3-я	Оциллококцинум	4,51	1,92	0,53
4-я	Поливитамины	4,20	1,67	0,48

Таблица 2. Дозировки и способы приема лекарственных средств, использовавшихся в исследовании

Принимаемый препарат	Дозировка и кратность приема
Анаферон детский	Внутрь, ежедневно по 1 таблетке 1 раз в день в течение 30 дней
Гриппферон	Через день, однократно утром, по 2 капли в каждый носовой проход, в течение 30 дней
Оциллококцинум	По одной дозе препарата 1 раз в нед (1, 8, 15 и 23 день), в промежутках между приемом пищи
Поливитамины	Ежедневно по 1 драже 1 раз в день в течение 30 дней

валась в картах наблюдения для детей 1, 2 и 3-й групп и листе наблюдения — 4-й группы. Во всех группах оценивалось соблюдение режима приема препаратов. По окончании исследования медицинских работников и родителей детей попросили оценить удобство приема препаратов.

С целью оценки эпидемиологической обстановки в группах и выявления наиболее значимых возбудителей ОРВИ проведена ретроспективная диагностика методом иммуноферментного анализа с определением специфических антител к исследуемым вирусам: класса А — в слюне и классов М и G — в сыворотке крови. Исследование выполнено в вирусологической лаборатории ФГУЗ Роспотребнадзора в г. Москве. Типировались следующие вирусы: грипп А — H3N2 и H1N1, парагрипп 2 типа, аденовирусы.

СТАТИСТИКА

Статистическая обработка данных заключалась в представлении количественных данных в виде абсолютных (n, N), относительных (%) и средних значений (M), стандартного отклонения (SD) и определения доверительного интервала. Проверка статистических гипотез по результатам настоящего исследования проводилась при априорном уровне значимости (альфа-ошибке), равном 0,05. Поправки на множественные сравнения не выполнялись. Статистическая обработка данных производилась с использованием программного пакета SPSS 17.0 (Chicago, Illinois)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Этиологическая расшифровка ОРВИ представлена в табл. 3 и на рис. 2–5.

Таблица 3. Причины ОРВИ у детей в возрасте 3–6 лет в дошкольных учреждениях (%)

Антитела к возбудителям ОРВИ	Число выделенных вирусных антигенов (метод ИФА)			
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
Вирус гриппа А	22	12	24	26
Аденовирусы	28	13	35	20
Парагрипп 2 типа	0	19	20	20
Не выделено	11	18	43	32

Рис. 2. Причины заболевания в группе пациентов, получавших Анаферон детский

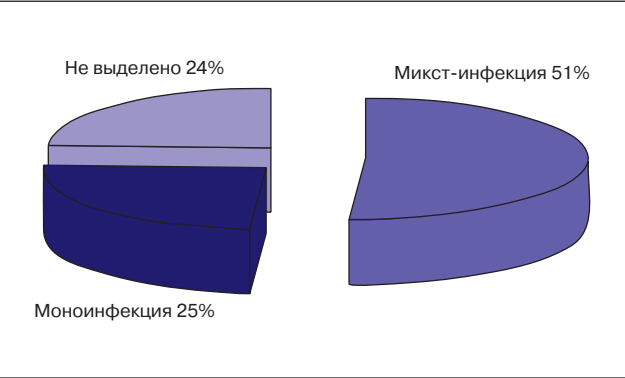


Рис. 3. Причины заболевания в группе пациентов, получавших Гриппферон

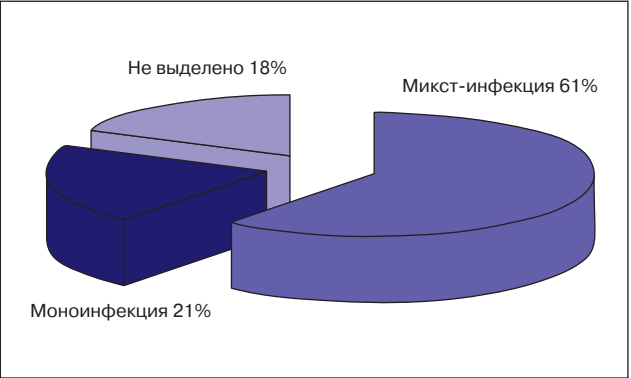


Рис. 4. Причины заболевания в группе пациентов, получавших Оциллококцинум

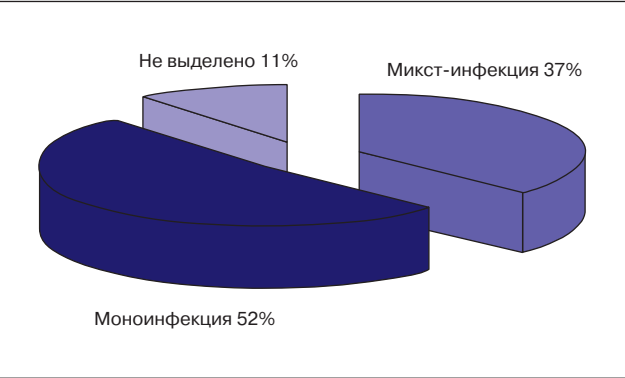
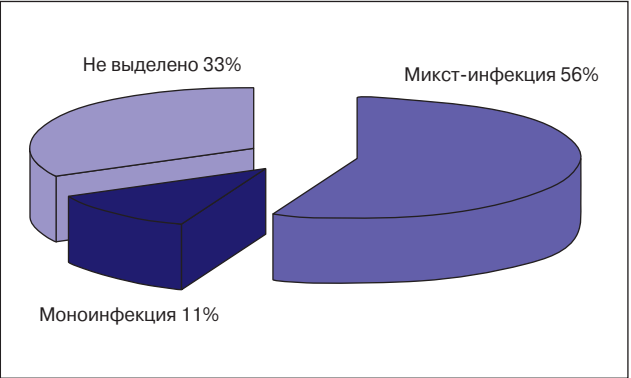


Рис. 5. Причины заболевания в контрольной группе



Как видно из табл. 3, во всех группах выявлялись специфические антитела к вирусу гриппа серотипа А и аденовирусам. Специфические антитела к вирусу парагриппа 2 типа обнаружены во всех группах за исключением первой. Полученные результаты совпадали с эпидемиологическими данными, представленными вирусологической лабораторией Роспотребнадзора г. Москвы о распространении вирусной инфекции среди заболевших в г. Москве на данный период времени.

В подавляющем большинстве случаев (от 37 до 61%) в качестве причины заболевания регистрировалась микст-инфекция, что подтверждает актуальность именно неспецифической профилактики развития респираторной патологии среди детей.

Анализ данных карт и листов наблюдения выявил следующее.

Группа 1. На фоне приема препарата Анаферон детский в течение 30 дней признаки ОРВИ выявлены у 19 (31,6%) детей. Субфебрильная температура наблюдалась в течение 2,5 сут, средняя продолжительность заболевания составила 5,5 сут. У всех детей заболевание закончилось полным выздоровлением без осложнений. Двое детей (3,3%) были исключены из исследования из-за развития аллергических реакций на принимаемый препарат (в виде кожных высыпаний).

За аналогичный период прошлого года в этой группе ОРВИ болели 50% детей, что в 1,5 раза превышает уровень заболеваемости за период наблюдения. По данным анамнеза, осложненное течение респираторной патологии

в предшествующем году наблюдения отмечено у 7 (11,7%) детей.

Группа 2. На фоне 30-дневного приема препарата Гриппферон признаки ОРИ имели 37 (61,7%) детей. Субфебрильная температура наблюдалась в течение 2,5 сут. Продолжительность заболевания составила 7,5 сут.

У всех детей заболевание закончилось полным выздоровлением без осложнений. Хотя у 8 (13,3%) детей требовалось назначение дополнительных препаратов для купирования симптомов ОРИ. За аналогичный период прошлого года 35 (58,3%) детей данной группы болели ОРИ; осложненное течение респираторной патологии в год, предшествующий году наблюдения, отмечено у 8 (13,3%) детей. Соотношение заболевших ОРИ в предыдущем и текущем сезонах составляло 0,9.

Группа 3. На фоне приема препарата Оциллококцинум в течение 4 нед признаки ОРИ отмечены у 26 (43,3%) детей. Субфебрильная температура у детей этой группы регистрировалась в среднем в течение 1,5 суток. Средняя продолжительность заболевания составила 4,5 сут, все эпизоды ОРИ завершились полным выздоровлением без развития осложнений. За аналогичный период предыдущего года в этой же группе признаки ОРИ имели 40 (66,6%) детей (что в 1,55 раза выше заболеваемости за период наблюдения), осложненное течение было зарегистрировано у 16 детей (26,6%). В ходе исследования из группы исключен один ребенок в связи с его переводом в другое дошкольное учреждение. Случаев непереносимости препарата, побочных реакций и нежелательных

101



ТАК ПРОСТО БЫТЬ ЗДОРОВЫМ!



Лечение

- ▶ быстро устраняет симптомы в начальной стадии заболевания
- ▶ облегчает течение заболевания на стадии клинических проявлений
- ▶ сокращает длительность заболевания
- ▶ способствует восстановлению после болезни

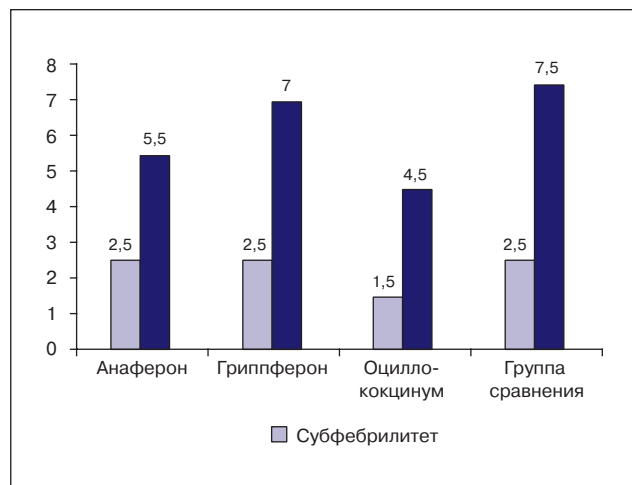
Профилактика

- ▶ достаточно одной дозы гранул в неделю в период подъема заболеваемости
- Не имеет возрастных ограничений
- Простая схема приема

Рег. удостоверение П № 014236/01

Таблица 4. Заболеваемость ОРВИ у наблюдаемых групп детей

Группы	2009 г.	Соотношение	2008 г.
1-я	32%	1,5	50%
2-я	62%	0,9	58%
3-я	44%	1,6	68%
4-я	51%	0,4	20%

Рис. 6. Средняя продолжительность субфебрильного периода и эпизода ОРВИ (в днях) у наблюдаемых групп

эффектов на фоне приема препарата в группе 3 зафиксировано не было.

Группа 4. В течение 30 сут дети получали поливитамины. В этой группе признаки ОРВИ отмечались у 31 (51,7%) ребенка из участвующих в исследовании. Субфебрильная температура наблюдалась в течение 2,5 суток. Продолжительность заболевания составила 7,5 суток, у всех детей заболевание закончилось полным выздоровлением без осложнений. В данной группе за аналогичный период прошлого года ОРВИ перенесли 20% детей. У 8 (13,3%) детей было отмечено осложненное течение ОРВИ (была назначена антибактериальная терапия по поводу острого среднего отита у 3 (5%) детей, трахеита — у 4 (6,6%) детей и бронхита — у 1 (1,7%) ребенка).

Сводные данные о заболеваемости детей представлены в табл. 4 и на рис. 6.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные фактические данные свидетельствуют о росте сезонной заболеваемости среди детей в организованных коллективах в 2009 г. по сравнению с предшествующим 2008 г. В группах детей, посещающих организованные детские дошкольные учреждения, чаще всего в качестве возбудителей выявляли респираторные вирусы (грипп А, парагрипп 2 типа, аденовирус), циркулирующие в общей популяции. В высоком проценте случаев (от 37 до 61%) определялась микст-инфекция, что подтверждает необходимость использования средств неспецифической профилактики.

На фоне приема препаратов Оциллококцидум и Анаферон детский отмечено снижение общей заболеваемости ОРВИ, уменьшение длительности их эпизодов и более легкое (неосложненное) течение, что позволяет говорить об эффективности указанных препаратов для профилактики ОРВИ.

Более длительное и/или тяжелое течение заболеваний, отмеченное в группах 2 и 4, свидетельствует о меньшей профилактической эффективности Гриппферона и поливитаминных препаратов, использованных в условиях нашего исследования при ОРВИ.

С точки зрения удобства применения (по результатам опроса родителей и медицинских работников) среди рассматриваемых профилактических средств лидирует препарат Оциллококцидум, рекомендуемый для приема 1 раз в нед. Это позволяет использовать его в детских дошкольных учреждениях для коллективной профилактики в период сезонного подъема заболеваемости острыми респираторными инфекциями.

Таким образом, применение комплексных гомеопатических препаратов является эффективным способом профилактики ОРВИ у детей, посещающих детские учреждения, что позволяет рекомендовать их для проведения неспецифической профилактики у детей из организованных групп.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Учайкин В. Ф. Диагностика, лечение и профилактика острых респираторных заболеваний: Пособие для врачей. — М., 2001. — 14 с.
2. Костинов М. П. Иммунокоррекция в педиатрии.
3. Селькова Е. П. и соавт. Новые технологии в профилактике и лечении гриппа и ОРВИ // Педиатрия. — 2007; 1: 72–74.
4. Гончарова О. В. Программы профилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей // Приложение «Педиатрия» к журналу Consilium medicum. — 2010; 1: 12–16.
5. Ильенко Л. И. и соавт. Методическое письмо ДЗ г. Москвы «О профилактике гриппа и ОРВИ у детей».
6. Селькова Е. П., Волчецкий А. Л., Радциг Е. Ю. и соавт. Влияние Оциллококцидума на интерферонообразование у часто болеющих детей // Consilium medicum. — 2009; 4: 3–7.
7. Селькова Е. П., Семенов Т. А., Ленева И. А. Натуропатические средства в лечении и профилактике гриппа и ОРВИ // Лечащий врач. — 2007; 2: 76–77.
8. Селькова Е. П., Богомильский М. Р., Радциг Е. Ю. и соавт. Эффективность комплексных гомеопатических препаратов в период сезонного всплеска заболеваемости // Consilium medicum. — 2008; 2: 13–18.
9. Самсыгина Г. А., Богомильский М. Р., Казюкова Т. В. и соавт. Профилактика и терапия острых респираторных заболеваний с использованием гомеопатических средств // Педиатрия. — 2008; 87 (5).