

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СЕЗОННЫХ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

В. Шишкова, кандидат медицинских наук,
Л. Зотова

Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва

E-mail: veronika-1306@mail.ru

В структуре сезонной заболеваемости взрослых и детей преобладают острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) разной этиологии, протекающие с поражением верхних дыхательных путей (ВДП), а также трахеи, бронхов и имеющие определенное сходство в развитии патогенеза и клинической симптоматики. Представлены результаты изучения клинической эффективности и безопасности терапии ОРВИ с поражением ВДП препаратом Оциллококцинум® у пациентов с коморбидными состояниями в сравнении с симптоматической терапией.

Ключевые слова: терапия, верхние дыхательные пути, острые респираторные инфекции, коморбидные состояния.

Острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей (ВДП) – актуальная проблема современной медицины, особенно в периоды резкого колебания температуры и влажности окружающей среды: в зимне-весенний и осенне-зимний, когда традиционно ожидаемая заболеваемость гриппом и другими острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) возрастает. По данным ВОЗ, ежегодно в мире гриппом и ОРВИ заболевают до 100 млн человек, из которых почти 4 млн умирают от осложнений [1]. С одной стороны, это, безусловно, результат патогенетического влияния развития собственно инфекции в организме человека; с другой – известно, что в зоне риска развития тяжелых состояний и осложнений при заболевании ОРВИ или гриппом в большей степени находятся дети, беременные, пожилые или пациенты с сопутствующей патологией – коморбидными состояниями.

Известно, что при любом типе гриппа могут развиваться такие осложнения, как поражение сердца, воспаление легких и обострение хронических болезней ВДП; последние лидируют в клинической картине начала гриппа [1]. Опасная тенденция – отношение самих пациентов к развивающемуся заболеванию: почти 75% населения считают грипп или ОРВИ банальной инфекцией и не обращаются сразу к врачу при первых симптомах, занимаясь самолечением. Но большинство заболевших все равно приходят к врачу (или вызывают скорую помощь), когда ситуация уже значительно ухудшилась, т.е. развились осложнения – пневмония, респираторный дистресс-синдром (острая дыхательная недостаточность) или обострение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1]. Какое именно осложнение может развиваться у конкретного пациента, можно предположить по имеющимся у него хро-

ническим заболеваниями. Пациент с ССЗ, заразившись, может погибнуть от усугубления сердечно-сосудистой патологии, с бронхиальной астмой – от развившейся как осложнение пневмонии или дыхательной недостаточности; у пациента с сахарным диабетом (СД) и другими метаболическими нарушениями возможны быстрая генерализация инфекции и развитие бактериальных осложнений (синусит, позадиголоточный абсцесс, пневмония). Поскольку механизм ослабления иммунитета у всех таких групп пациентов разный, возможные пути коррекции, профилактики и оптимизации терапии острых состояний также должны быть изучены для каждой группы отдельно. Здесь мы оценили возможность повышения эффективности терапии ВДП у пациентов с коморбидной патологией: ССЗ, цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) и СД типа 2 (СД2).

САМЫЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ВАРИАНТЫ КОМОРБИДНОСТИ

ССЗ и ЦВЗ, представленные в официальной международной статистике как болезни системы кровообращения, являются ведущими причинами смерти населения практически во всех странах мира; в частности, в России на их долю приходится >55% смертей от всех причин как мужчин, так и женщин [2].

Единство патофизиологических процессов, приводящих к развитию и прогрессированию ССЗ и ЦВЗ, подтверждается едиными для них факторами риска (ФР), такими как артериальная гипертензия (АГ), атерогенная дислипидемия, гипергликемия и СД, ожирение, особенно абдоминального типа, метаболический синдром, инсулинорезистентность, хроническая болезнь почек, а также курение и гиподинамия. Как видно из представленных ФР, многие из них являются самостоятельными заболеваниями, приводящими к развитию или ухудшению прогноза сосуществующих с ними болезней. Клиническая картина взаимодействия нескольких видов патологии у одного больного хорошо известна врачам, поскольку в настоящее время редко, особенно у пациентов среднего и пожилого возраста, можно встретить только 1 патологию.

Термин «коморбидность» (от лат. *co* – вместе, *morbus* – болезнь) предложил в 1970 г. А. Feinstein – врач, исследователь и эпидемиолог, оказавший значительное влияние на технику проведения клинических исследований, особенно в области клинической эпидемиологии. Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, вне связи с основным заболеванием, и всегда отличается от таковой при нем [3]. Однако принципиально уточнили термин «коморбидность» Н. Крамер и М. Аккер, определив ее как сочетание у одного больного нескольких именно хронических заболеваний. Они же предложили первую классификацию коморбидности [3]. Согласно их данным, факторами, влияющими на развитие коморбидности, могут являться хроническая инфекция, воспаление, инволютивные и системные метаболические изменения, ятрогения, социальный статус, экологическая обстановка и генетическая предрасположенность [3].

Согласно современным данным, число больных с ≥ 5 коморбидными заболеваниями увеличилось с 42% в 1988–1994 гг. до 58% в 2003–2008 гг. [4, 5]. Среди существующих сегодня систем оценки коморбидности наиболее распространен индекс Charlson, предложенный для оценки отдаленного прогноза. Данный индекс представляет собой балльную систему оценки (от 0 до 40) наличия определенных сопутствующих за-

болеваний и используется для прогноза летальности [6]. При его расчете суммируются баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям, а также добавляется 1 балл на каждые 10 лет жизни после 40 лет (т.е. 50 лет – 1 балл, 60 лет – 2 балла и т.д.); табл. 1, 2.

Важный момент влияния на индекс летальности – фактор полипрагмазии, который редко учитывается врачами при лечении ОРВИ и гриппа. Однако именно препараты, назначаемые для лечения в этот период, чаще всего вступают в межлекарственные взаимодействия, что может многократно увеличивать риски развития осложнений. У пациентов с коморбидными состояниями терапия ОРВИ и гриппа должна быть осознанно безопасной с точки зрения как влияния на организм пациента, так и высокого риска межлекарственных взаимодействий [7].

Таким образом, коморбидные состояния влияют не только на прогноз жизни, но и вносят серьезные коррективы в терапию других сопутствующих болезней, например остро возникшего воспаления ВДП в результате ОРВИ или гриппа.

ПЛАЦДАРМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВДП ПРИ ОРВИ И ГРИППЕ

Важно помнить, что именно слизистая ВДП является барьером и «входными воротами» для патогенных микроорганизмов – респираторных вирусов и бактерий. В структуре сезонной заболеваемости взрослых и детей преобладают ОРВИ разной этиологии, протекающие с поражением ВДП, а также трахеи, бронхов, и имеющие определенное сходство в развитии патогенеза и клинической симптоматики.

Таблица 1

Индекс коморбидности Charlson

Баллы	Вид патологии
1	ИМ; застойная сердечная недостаточность; болезнь периферических артерий; ЦВЗ; деменция; хроническое заболевание легких; болезнь соединительной ткани; язвенная болезнь; легкое поражение печени; СД без осложнений
2	Гемиплегия; умеренная или тяжелая болезнь почек; СД с поражением органов; злокачественная опухоль без метастазов; лейкопения; лимфомы
3	Умеренное или тяжелое поражение печени
6	Метастазирующие злокачественные опухоли; СПИД (болезнь, а не только вирус)

Примечание. Добавляется по 1 баллу за каждые 10 лет жизни после 40 лет (40–49 лет – 1 балл, 50–59 – 2 балла и т.д.); ИМ – инфаркт миокарда; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита.

Таблица 2

Сумма баллов	10-летняя выживаемость, %
1	99
2	96
3	90
4	77
5	53
6	21

Наибольшую роль в этиологии ОРВИ играют вирусы и вирусно-бактериальные ассоциации; в качестве самостоятельного этиологического фактора могут выступать также бактерии, внутриклеточные возбудители и грибы. Сила повреждающего действия микроорганизмов зависит от свойств возбудителя и способности организма сопротивляться инфекции, которая определяется силами естественной защиты организма в целом и ВДП в частности. ОРВИ дает спектр неблагоприятных эффектов, главный из которых – нарушение мукоцилиарного клиренса и снижение местного иммунитета слизистых. Известно, что защита слизистой оболочки дыхательной системы осуществляется благодаря мукоцилиарному и иммунному механизмам. Мукоцилиарный клиренс у здоровых людей в нормальных условиях является важным механизмом очищения респираторного тракта. Движения ресничек эпителия обеспечивают удаление секрета, содержащего патогенные вещества. В случаях повреждения эпителия, нарушения мукоцилиарного клиренса и несостоятельности местной иммунной системы патогенным микроорганизмам удается преодолеть все защитные барьеры и фиксироваться на слизистых оболочках, после чего начинается процесс их размножения. С этого момента к защите подключается иммунная система организма в целом. Иммунная защита осуществляется благодаря макрофагальной системе и IgA – это неспецифический врожденный иммунитет «быстрого действия», который есть у каждого человека. В норме существует баланс между факторами внешней среды и защитной системой организма. Это равновесие достаточно неустойчиво и может нарушиться при определенных условиях (например, при переохлаждении, загрязнении воздуха, вирусной инфекции и коморбидных заболеваниях, таких как СД, ССЗ, ЦВЗ, хронические заболевания ЛОР-органов или дыхательных путей), что приводит к развитию патологического воспалительного процесса.

В первую очередь воспаление охватывает клетки поверхностных слоев слизистой. Развивается местная воспалительная реакция, в результате которой появляются заложенность носа, ринорея, дисфагия и осиплость голоса. Если перечисленные симптомы не устранить во время, воспаление может не ограничиться поверхностными слоями слизистой, а распространиться вглубь и спуститься ниже, охватывая трахею, бронхи с развитием трахеита и острого бронхита. Длительное воспаление может привести к глубокому повреждению эпителия респираторного тракта, создавая этим условия для активации аутофлоры респираторного тракта. Активный рост и размножение бактерий на фоне ОРВИ могут быть причиной развития осложнений, таких как ангины, отиты, этмоидиты, обструктивные бронхиты и др.

В ряде случаев могут присутствовать другие факторы, действующие постоянно или кратковременно, способствующие снижению местных защитных реакций слизистой и обсеменению патогенной флорой. Часто эти факторы не связаны с респираторно-вирусной инфекцией; это – переохлаждение, длительное переутомление, хронический стресс, а также заболевания, значимо влияющие на состояние гуморального и клеточного звена иммунитета и характеризующиеся повышенной обсемененностью слизистой бактериальной флорой. Одно из таких заболеваний – СД и его скрытые формы – предиабет (нарушенная толерантность к глюкозе – НТГ и нарушенная гликемия натощак – НГН).

СД – заболевание, входящее в самые частые коморбидные ассоциации, поскольку он максимально распространен

в популяции: к 2030 г., по данным экспертов ВОЗ, в мире предполагается увеличение числа больных с данной патологией до 552 млн; при этом у >90% из них – СД2 [8]. Сегодня СД2 рассматривают как эквивалент наличия у пациента клинически выраженного ССЗ. Собственно сами ССЗ встречаются у пациентов с СД2 в 2–5 раз чаще, чем у лиц без СД. При этом высок риск развития таких состояний, как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (ИБС), ИМ, АГ, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), инсульт. В структуре коморбидности у пациентов с СД присутствуют: у 80% – АГ, у 70% – атеросклероз, у 50–75% – диастолическая дисфункция миокарда, у 12–22% – ХСН. Внезапная сердечная смерть у пациентов с СД2 составляет 50% всей кардиоваскулярной летальности [9]. В то же время индекс коморбидности у пациентов с СД увеличивает риск летальности при возникновении таких частых сезонных заболеваний, как ОРВИ и грипп, и именно эти пациенты находятся в зоне максимального риска развития фатальных осложнений.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОРВИ И ГРИППА У ПАЦИЕНТОВ С СД

Повышенную восприимчивость к инфекциям у пациентов с СД связывают с нарушениями защитных функций иммунной системы: врожденного звена неспецифической защиты (IgA и макрофагальное звено; усиление клеточной адгезии микроорганизмов; наличие микро- и макроангиопатии, нейропатии; повышенная частота консервативных и хирургических вмешательств) [11]. Дополнительный фактор – склонность к катаболическим процессам. Так, изменяется синтез антител, снижается фагоцитарная активность макрофагов и лейкоцитов, ослабляется в целом регенерационная способность всех тканей, снижается барьерная функция слизистых оболочек, ухудшается мукоцилиарный клиренс. Показано, что время назального мукоцилиарного клиренса у пациентов с СД в 2,5 раза больше, чем у здоровых лиц, а pH носового секрета повышено до $7,96 \pm 0,75$ (норма – $6,43 \pm 0,67$) [11]. Больные СД характеризуются повышенной обсемененностью слизистой оболочки носа золотистым стафилококком (*Staphylococcus aureus*). По данным исследований, 30% больных СД носители *S. aureus* в носовой полости по сравнению с 11% в общей популяции. Частота носительства *S. aureus* напрямую связана с уровнем HbA1c и коррелирует с частотой госпитализаций [12]. Это позволяет предположить, что наиболее вероятно назальное носительство *S. aureus* – у больных СД с неудовлетворительным гликемическим контролем. Слизистая полости рта и глотки под влиянием метаболических нарушений, свойственных СД, также претерпевает значительные изменения. Ксеростомия (сухость слизистой полости рта) – один из самых известных симптомов СД; она встречается у большинства пациентов с СД; у большинства больных СД отмечается также атрофия слизистой оболочки ВДП [11]. Все эти изменения вносят существенный вклад в развитие, быстрое прогрессирование и генерализацию инфекции.

ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВДП ПРИ ОРВИ И ГРИППЕ

Чтобы острое респираторное заболевание протекало легко и без осложнений, нужно постараться повлиять на процесс развития болезни на самой ранней стадии. Поскольку часто наблюдаются такие ранние клинические проявления заболевания, как лихорадка, интоксикация, слабость, боль

и ломота в теле, ринит, фарингит и кашель, нередко для улучшения качества жизни используют большое количество лекарственных средств. Спектр одновременно назначаемых одному пациенту препаратов может быть широко: деконгестанты, противоотечные средства, местные антисептики, витаминные препараты, отхаркивающие, мукоактивные, комбинированные противокашлевые, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и жаропонижающие средства, антигистаминные и ноотропные препараты, а также другие средства симптоматической терапии. В последние годы часто назначают противовирусные и иммуностимулирующие препараты.

Лечение легкопротекающих острых воспалительных заболеваний ВДП обычно не представляет трудностей для врача. Однако все гораздо сложнее, если речь идет о пациентах с тяжелыми коморбидными заболеваниями, влияющими на иммунный статус и предрасполагающими к более торпидному течению инфекционных процессов с тенденцией к хронизации и развитию осложнений.

Изобилие представителей лекарственных средств (ЛС) разных групп для лечения ОРВИ и гриппа, в большинстве своем — безрецептурных, затрудняет правильный выбор, особенно у сложных пациентов, и может вести к развитию значительного числа осложнений [7, 13]. Учитывая, что перечисленные ЛС могут оказывать небезопасное действие, особенно на организм ослабленного взрослого человека, следует подумать об эффективной и безопасной терапии ОРВИ в долгосрочной перспективе.

В связи с этим серьезный интерес вызывают гомеопатические противогриппозные ЛС для лечения ОРВИ и гриппа, которые практически не имеют противопоказаний и возрастных ограничений, лишены побочных эффектов и могут использоваться в комплексе с другими препаратами [10, 13].

Одно из перспективных гомеопатических ЛС, используемых в лечении ОРВИ и гриппа, — Оциллококцинум® [13]. Препарат был создан специально для лечения респираторно-вирусных инфекций и представлен на рынке >30 стран. Особенно он популярен во Франции, где производится >70 лет и является самым продаваемым в стране безрецептурным лекарственным средством для лечения простуды и гриппа. В России препарат Оциллококцинум® зарегистрирован в установленном порядке и рекомендован к применению в качестве ЛС для профилактики и лечения гриппа легкой и средней тяжести и ОРВИ (регистрационный номер П №014236/01) [10, 13]. В последний систематический обзор медицинского общества доказательной медицины Кокрейн (2015) были включены 6 рандомизированных плацебоконтролируемых исследований применения препарата Оциллококцинум® для профилактики и (или) лечения гриппа и ОРВИ у взрослых и детей. Все исследователи отметили, что применение препарата Оциллококцинум® способствует быстрому купированию симптомов ОРВИ и гриппа и сокращению длительности заболевания [14]. Следует также отметить, что именно Оциллококцинум® стал 5-м из всех существующих противогриппозных ЛС, доказательная база которых достигла необходимого уровня для проведения подобного метаанализа [14]. При изучении препарата Оциллококцинум® обнаружено, что препарат не обладает иммунотоксическими свойствами, не оказывает алергизирующего действия и не подавляет продукцию собственного интерферона [15].

Нами в открытом сравнительном рандомизированном исследовании изучены клиническая эффективность и безопасность терапии ОРВИ с поражением ВДП препаратом

Оциллококцинум® у пациентов с коморбидностью в сравнении с традиционной симптоматической терапией (деконгестанты, местные антисептики, травяные препараты, анальгетики).

В исследование были включены 60 пациентов, заболевших ОРВИ с поражением ВДП, имеющих коморбидные состояния: СД2, АГ, атеросклероз, ИБС, фибрилляция предсердий, перенесшие ИМ, мозговой инсульт и находившиеся на стационарном лечении в осенне-зимний период (2016) в Центре патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения Москвы. Особенностью популяции исследуемых больных были наличие у всех включенных в наблюдение пациентов СД2 и состояния резидуального периода после инсульта (до 2 лет), а также большое количество получаемых препаратов базовой терапии, среди которых были гипогликемические, антигипертензивные, антиангинальные ЛС, статины, антиагреганты, антикоагулянты, антиаритмические ЛС, антигипоксанты, нейротрофические препараты. Среднее число получаемых препаратов у пациентов исследуемой популяции составляло 8 ± 2 .

Рандомизацию пациентов в одну из групп лечения осуществляли методом конвертов. Были рандомизированы 60 пациентов (39 мужчин и 21 женщина; средний возраст — 52 ± 5 года) с ОРВИ, протекающими с лихорадкой, интоксикацией и симптомами поражения ВДП (ринит, фарингит, ларингит). На всех пациентов заполняли Карту индивидуального наблюдения за пациентом с ОРВИ, которая содержала данные о динамике клинических признаков, характерных для данного заболевания. Динамику анализируемых симптомов оценивали в сопоставлении с получаемой терапией; 1-ю (основную) группу составили 30 пациентов, которые получали Оциллококцинум® в режиме монотерапии с первых часов заболевания — по 1 дозе 3 раза через 6 ч, за 15 мин до еды или через 1 ч после еды, далее — в течение еще 3 дней — по 1 дозе утром и вечером. Препарат принимался внутрь сублингвально. У больных СД прием препарата Оциллококцинум® производили с учетом ХЕ. 30 пациентов группы сравнения (контроль) получали только симптоматическую терапию (деконгестанты, антисептики, травяные препараты, анальгетики). Следует особо подчеркнуть, что в связи с высоким индексом коморбидности пациентам, перенесшим ИМ, инсульт, большим ИБС, АГ, согласно современным рекомендациям по безопасности терапии [16], НПВП для лечения симптомов лихорадки и интоксикации не назначали. Длительность заболевания на момент назначения терапии не превышала 1 день в обеих группах. Все пациенты в начале заболевания имели схожую клиническую картину ОРВИ: повышение температуры от 37,5 до 39,0°C, слабость, головная боль и боль в мышцах, насморк, боль в горле.

Критериями исключения из исследования были: тяжелая форма ОРВИ, сопровождающаяся повышением температуры >39,0°C, выраженной тахикардией (частота пульса — >120 в минуту), снижением систолического АД (<90 мм рт. ст.), тахипноэ (>28 в минуту), выраженными проявлениями интоксикации (резкая головная боль, слабость, бред).

В Карте индивидуального наблюдения пациентов с ОРВИ ежедневно отмечали динамику анализируемых симптомов (температура, симптомы интоксикации, гиперемия глотки, боль в горле, симптомы ринита, осиплость голоса); оценивали также переносимость препаратов, фиксировали аллергические реакции. Наблюдение пациентов в рамках исследования осуществлялось до полного выздоровления и констатации отсутствия развития осложнений.

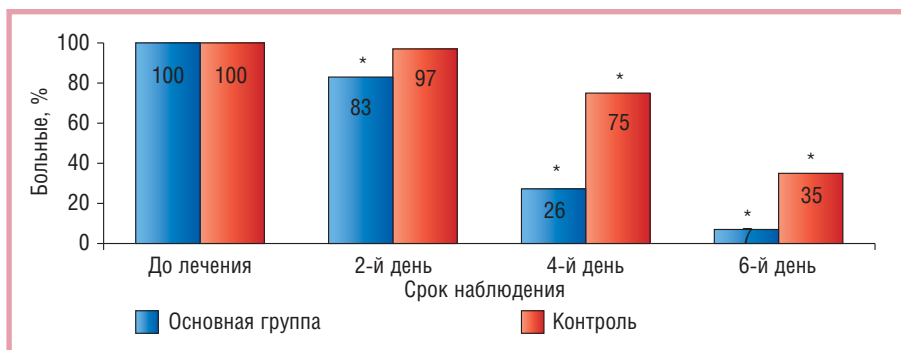


Рис. 1. Динамика температуры тела у пациентов, получавших Оциллококцину[®], и у пациентов группы сравнения (симптоматическая терапия); здесь и на рис. 2–4: * $p < 0,05$

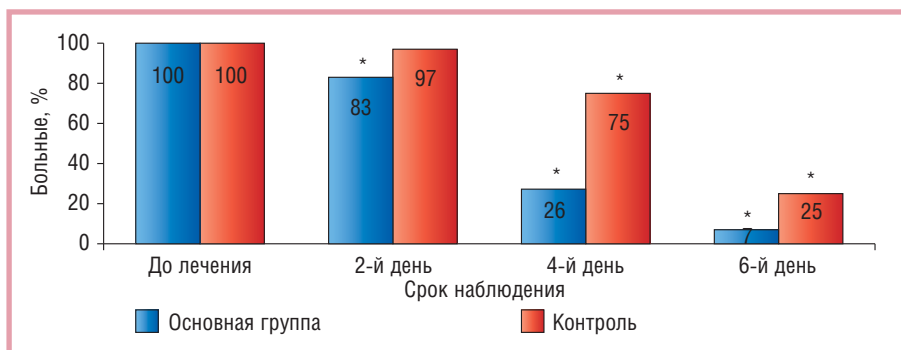


Рис. 2. Динамика интоксикации у пациентов, получавших Оциллококцину[®], и у пациентов группы сравнения (симптоматическая терапия)

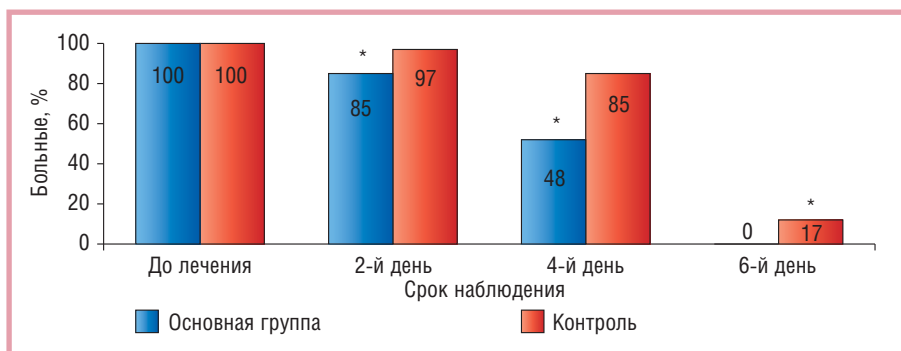


Рис. 3. Динамика симптома «боль в горле» у пациентов, получавших Оциллококцину[®], и у пациентов группы сравнения (симптоматическая терапия)

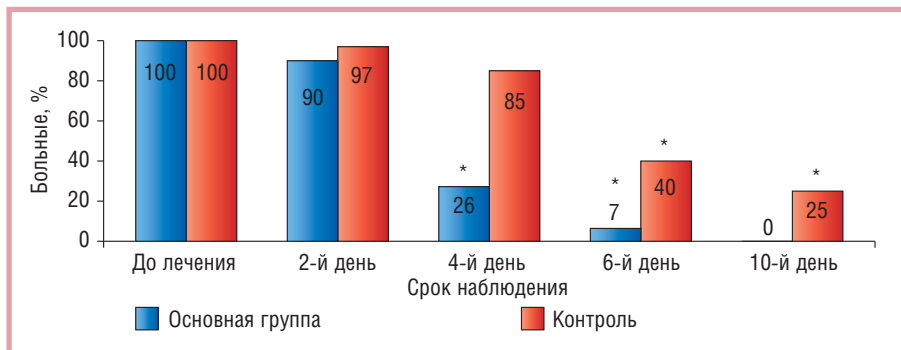


Рис. 4. Динамика ринита у пациентов, получавших Оциллококцину[®], и у пациентов группы сравнения (симптоматическая терапия)

Исследование выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией, принятой в июне 1964 г. и пересмотренной в октябре 2000 г. (Эдинбург, Шотландия). От каждого пациента получено информированное согласие на участие в исследовании. Предшествующая базовая терапия в обеих группах на протяжении всего исследования сохранялась и не изменялась. Перед началом исследования всем пациентам были выданы дневники самочувствия и учета побочных действий терапии.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel, а также пакета программ Statistica 6.0. Достоверность различий оценивали методом вариационной статистики с использованием критериев Манна–Уитни, Краскела–Уолиса и Данна для независимых выборок и критерия Уилкоксона для парных случаев непараметрических распределений. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Как в основной группе (Оциллококцину[®]), так и в группе сравнения (симптоматическая терапия) в 1-й день заболевания отмечались повышение температуры от 37,5 до 39,0°C, симптомы интоксикации, насморк, чихание, гиперемия зева, боль при глотании. В первые 48 ч от начала терапии выраженность симптомов ОРВИ изменилась: в основной группе у 5 (17%) пациентов отметили нормализацию температуры тела и исчезновение симптомов интоксикации и чихания, а также снижение интенсивности боли в горле. В контрольной группе выраженное улучшение через 48 ч от начала терапии отмечено только у 1 (3%) пациента. На 4-е сутки наблюдения в основной группе число пациентов с проявлениями лихорадки, интоксикации и ринита уменьшилось, составив 8 (26%) человек, на 6-е сутки терапии оно сократилось до 2 (7%); рис. 1–4. В группе сравнения терапия не имела такого выраженного положительного эффекта. На 4-й день наблюдения симптомы интоксикации и лихорадка сохранялись у 20 (75%) пациентов, боль и першение в горле, а также ринит – у 25 (85%) на 6-й день небольшая лихорадка (37,0–37,5°C) сохранялась у 10 (35%), боль в горле – у 5 (17%), а ринит продолжал беспокоить 12 (40%) человек.

Положительная динамика симптомов фарингита также отмечена раньше в основной группе. К 4-м суткам наблюдения число пациентов с болью в горле составило 14 (48%), а на 6-е сутки в основной группе симптомы фарингита не отмечались. В группе сравнения

ЛЕЧЕНИЕ ОРВИ И ГРИППА

на 4-е сутки боль в горле сохранялась у 25 (85%) пациентов, на 6-е сутки число пациентов с фарингитом уменьшилось и составило 5 (17%) человек (см. рис. 3).

В основной группе монотерапия препаратом Оциллококцинум® проводилась первые 2 сут, далее добавляли при необходимости только деконгестанты и полоскание горла антисептиками, что оказалось достаточным для купирования основных симптомов ОРВИ практически у всех пациентов к 6-му дню наблюдения. В группе сравнения из-за длительности сохранения катаральных симптомов постоянно требовалось расширение арсенала ЛС. В этой группе не было случаев монотерапии с 1-х суток; 3 препарата получали 25% пациентов (деконгестанты, антисептики, жаропонижающие и/или противобольные), 4 – 75% (деконгестанты, антисептики, жаропонижающие и антибиотики). У 75% пациентов необходимость в терапии антибиотиками возникла на 5-е сутки болезни, так как у них сохранялась субфебрильная температура и усиливался лейкоцитоз.

При лечении препаратом Оциллококцинум® каких-либо нежелательных эффектов не отмечено; переносимость препарата оценена пациентами как хорошая. Важно отметить, что в 1-й группе наблюдались достоверно ($p < 0,05$) более быстрые нормализация температуры тела, исчезновение проявлений интоксикации и болей в горле, чем во 2-й, несмотря на отсутствие приема жаропонижающих средств (см. рис. 1–4).

Таким образом, применение препарата Оциллококцинум® в лечении ОРВИ у пациентов,отягощенных коморбидными состояниями, можно рассматривать как безопасную альтернативу традиционной полипрагмазии. Терапия препаратом Оциллококцинум® дает предсказуемый эффект, позволяющий быстро купировать основные симптомы ОРВИ (лихорадка, интоксикация, фарингит) и ускорять выздоровление. Терапия ОРВИ препаратом Оциллококцинум® сокращает длительность заболевания, экономически более выгодна, так как уменьшает число используемых препаратов, что особенно актуально для пациентов с коморбидностью, у которых применение многих традиционных схем лечения ОРВИ невозможно из-за выраженного риска межлекарственных взаимодействий.

Учитывая современное состояние здоровья населения (и детей, и взрослых), а именно – преобладание распространенности хронических заболеваний, таких как бронхиальная астма, хронические заболевания ВДП, ССЗ, болезни почек и печени, СД, ожирение, болезни крови, нервной системы, следует проявлять максимум внимания к назначению противостудной терапии, отдавая предпочтение проверенным временем эффективным и безопасным препаратам [17–19]. В каждой клинической ситуации и у каждого пациента необходимо оценить соотношение риск/польза, учитывая все эффекты использования каждого отдельного лекарственного препарата, а также вероятность прогрессирования заболевания. Следует помнить, что любое фармакологическое вмешательство обосновано только в том случае, если потенциальная польза превышает риски. Необходимо правильно понимать состояние пациента, знать о сопутствующей патологии, стадии заболевания и ходе его развития, а также иметь правильное представление о необходимом лечении и потенциальных побочных реакциях.

Литература

1. The world health report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life // World Health Organization. – 2002; 186: 192.

Скорее Оциллококцинум®

Информации для медицинских работников



ДЛЯ ВСЕЙ
СЕМЬИ
0+



- Мировое признание – **70 лет** более чем в **30** странах
- Способствует быстрому уменьшению симптомов¹
- Ускоряет выздоровление^{2,3}

1. Голуб Н.А., Крылова Н.А., Тюрин Е.Н., Яблоков Е.А. Направление совершенствования терапии ОРВИ у детей. Доктор.Ру. 2016;9(123):47-51. 2. Paop H., Schutback G., Beck E. Oscillococcinum in patients with influenza-like syndromes. Br Homeopath J. 1998;87:59-76. 3. Самсыгина Г.А., Казакова Т.В., Дудина Т.А. и соавт. Новые технологии в профилактике острых респираторных инфекций и гриппа у детей младшего возраста. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2008;87(5):102-107.

BOIRON®

2. Заболеваемость населения России в 2007 году. Статистические материалы / М., 2008.
3. Шишкова В.Н. Коморбидность и полипрогмазия: фокус на цитопротекцию // *Consilium Medicum*. – 2016; 18 (12): 65–71.
4. Boyd C. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for performance // *JAMA*. – 2005; 294 (6): 716–24.
5. Caughey G., Vitry A., Cibert A. Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia // *BMC Public Health*. – 2008; 8: 221.
6. Charlson M., Pompei P., Ales H. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation // *J. Chron. Dis.* – 1987; 40: 373–83.
7. Шишкова В.Н. Эффективность, безопасность и неоправданная полипрагмазия в лечении острых респираторных заболеваний // *Врач*. – 2016; 11: 50–3.
8. International Diabetes Federation, *Diabetes Atlas*, 5th ed. International Diabetes Federation, 2011
9. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет / М.: Медицинское информационное агентство, 2005; 677 с.
10. Шишкова В.Н. Особенности современной коморбидной патологии и возможности коррекции в практике терапевта // *Поликлиника (слепцы. Неврология)*. – 2016; 1: 58–65.
11. Шишкова В.Н. Сахарный диабет как предрасполагающая к развитию респираторных заболеваний патология // *Врач*. – 2013; 11: 25–8.
12. Chin-Hong P. Infections in patients with diabetes mellitus: importance of early recognition? Treatment and prevention // *Adv. Stud. Med.* – 2006; 6 (2): 71–81.
13. Шишкова В.Н. Возможности современных препаратов для лечения и профилактики ОРВИ и гриппа // *Рус. мед. журн.* – 2016; 3: 1–6.

14. Mathie R., Frye J., Fisher P. Homeopathic Oscilloccoccinum® for preventing and treating influenza and influenza-like illness // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2015; 1: CD001957.

15. Коваленко Л.П., Толлерова А.В., Кузцова О.С. и др. Экспериментальное изучение аллергизирующих свойств и иммунотоксичности препарата Оциллококцинум // *Токсикол. вестн.* – 2015; 1 (130): 37–41.

16. Шишкова В.Н. Безопасная терапия остеоартроза у пациентов с сопутствующими заболеваниями // *Врач*. – 2016; 9: 64–9.

17. Геппе Н.А., Крылова Н.А., Тюрина Е.Н. и др. Направление совершенствования терапии ОРВИ у детей // *Доктор.Ру*. – 2016; 6 (123): 47–51.

18. Егоров В.И., Козаренко А.В. Современный подход к лечению острых вирусных риносинуситов // *Альманах клинической медицины*. – 2016; 44 (7): прил. XXIV.

19. Гомеопатия в XXI веке: возможности и перспективы // *Медицинский совет*. – 2016; 16: 38–42.

EFFICIENCY OF THERAPY FOR SEASONAL ACUTE RESPIRATORY DISEASES IN PATIENTS WITH COMORBIDITIES

V. Shishkova, Candidate of Medical Sciences; **L. Zotova**
Center for Speech Pathology and Neurorehabilitation, Moscow

In the structure of seasonal death rates in adults and children, there is a predominance of acute respiratory infections (ARI) of different etiologies, which occur with the involvement of the upper respiratory tract (URT), trachea, and bronchi and have a certain similarity in the development of pathogenesis and clinical symptoms. The paper gives the results of studying the clinical efficiency and safety of Oscilloccoccinum therapy for ARI with URT involvement in patients with comorbidities versus symptomatic therapy.

Key words: therapy, upper respiratory tract, acute respiratory infections, comorbidities.