

ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КАГОЦЕЛ® У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Р. В. ВАРТАНЯН,¹ Э. М. СЕРГЕЕВА,² С. Г. ЧЕШИК¹

ФГУ НИИ ВИРУСОЛОГИИ ИМ. Д. И. ИВАНОВСКОГО МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ¹,
ФГБУ НИИЭМ ИМ. Н. Ф. ГАМАЛЕИ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ², МОСКВА

В статье представлены результаты проведенного исследования по оценке безопасности и терапевтической эффективности отечественного препарата Кагоцел® таблетки 12 мг в примененной дозе 12 мг 2 раза в день в первые 2 дня и по 12 мг 1 раз в день — на 3, 4 дни лечения у 30 детей в возрасте от 2 до 6 лет с гриппом и ОРВИ, протекающими с обструктивным ларингитом или другими осложнениями (бронхообструктивным синдромом, лакунарной ангиной, инфекцией мочевыводящих путей). Показано, что Кагоцел® является эффективным противовирусным и иммуномодулирующим препаратом, который можно рекомендовать для лечения детей младшего и дошкольного возраста с гриппом и ОРВИ, независимо от их этиологии.

Ключевые слова: Кагоцел®, ОРВИ, грипп, стенозирующий ларингит, бронхообструктивный синдром, ангина

УДК 616.921.5:615.03

Контактная информация: Вартамян Раиса Викторовна — к.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ вирусологии им. Д. И. Иванова; 123098, Москва, ул. Гамалеи, 16; (495) 490-14-15

EVALUATION OF THERAPEUTIC EFFICACY OF KAGOCEL® PREPARATION IN CHILDREN OF EARLY AND PRESCHOOL AGE WITH ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS

R. V. VARTANYAN¹, E. M. SERGEEVA², S. G. CHESHNIK¹

RESEARCH INSTITUTE OF VIROLOGY NAMED AFTER D. I. IVANOVSKY¹,
RESEARCH INSTITUTE OF EPIDEMIOLOGY AND MICROBIOLOGY NAMED AFTER N. F. GAMALEYA, MOSCOW²

The article presents the results of studies on evaluation of safety and therapeutic efficacy of domestic drug Kagocel® applied in a dose of 12 mg 2 times a day on the first two days and 12 mg 1 time a day on days 3 and 4 in 30 children aged from 2 to 6 years. The children under observation had influenza and ARVI that progressed with obstructive laryngitis or other complications (broncho-obstructive syndrome, lacunar tonsillitis, urinary tract infection). It is shown that Kagocel® is an effective antiviral and immunomodulatory drug which can be recommended for treatment of influenza and ARVI regardless of their etiology in children of early and preschool age.

Key words: Kagocel®, ARVI, influenza, stenosing laryngitis, broncho-obstructive syndrome, tonsillitis

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — наиболее распространенные заболевания детского возраста. Их удельный вес в детской инфекционной патологии достигает 90% [1–3]. Максимальная заболеваемость ОРВИ у детей отмечается в возрасте от 6 мес. до 6 лет и составляет, в среднем, от 4 до 6 заболеваний в год. По данным различных авторов, часто болеющие дети составляют от 14 до 80% детского населения [4].

Сложность профилактики и лечения ОРВИ связана со множеством вирусных агентов (более 200), вызывающих респираторные заболевания. В последние годы, с появлением новых диагностических технологий (ПЦР — полимеразной цепной реакции), стали выявляться ранее неизвестные новые вирусные инфекции — бокавирусная — HBoV, метапневмовирусная — HMPV, SARS, согопа-вирусы — HCoV-NKUI, NL63, грипп А — H1N1swl [5, 6]. Специфическая профилактика гриппа имеет ограниченные возможности ввиду уникальной изменчивости вируса гриппа. Кроме того, вытеснение в результате специфической иммунизации вирусов гриппа привело к росту заболеваемости, как ранее известными (парагрипп, аденовирусная, РС-вирусная инфекция и др.), так и новыми вирусными инфекциями.

Частые эпизоды ОРВИ и гриппа способствуют формированию у детей хронических заболеваний бронхолегоч-

ной системы и аллергической патологии, могут быть причиной задержки психомоторного и физического развития ребенка, приводят к вторичной иммуносупрессии, провоцируют заболевания сердца и сосудов. Поэтому своевременное начатое лечение гриппа и ОРВИ позволяет избежать осложнений или уменьшить их тяжесть [4, 7–9].

Несмотря на определенные достижения в области фармакотерапии, до настоящего времени представляется актуальным решение проблемы оптимизации лечения острых респираторных инфекций у детей, в частности, с использованием препаратов, обладающих противовирусными и иммуномодулирующими свойствами. Такими свойствами обладает препарат Кагоцел®, эффективность и безопасность которого в лечении и профилактике гриппа и ОРВИ ранее была продемонстрирована в ряде исследований у взрослых и детей [10–14].

Многолетний опыт клинического использования индуктора интерферона Кагоцела® у взрослых и детей старше 6 лет демонстрирует безусловную медицинскую значимость этого препарата, его безопасность и эффективность для профилактики и лечения гриппа и других ОРВИ.

Торговое (патентованное) название препарата — Кагоцел® (Kagocel®, ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», Россия). Регистрационный номер — Р N 002027/01 — 19.11.2007 г.

Основным механизмом действия Кагоцела® является способность индуцировать продукцию интерферона. Кагоцел® вызывает в организме продукцию так называемого позднего интерферона, являющегося смесью α - и β -интерферонов, обладающих высокой противовирусной активностью, а также стимулирует продукцию физиологических количеств гамма-интерферона. Кагоцел® вызывает продукцию интерферона практически во всех популяциях клеток, принимающих участие в противовирусном ответе организма: Т- и В-лимфоцитах, макрофагах, гранулоцитах, фибробластах, эндотелиальных клетках. При приеме внутрь одной дозы препарата Кагоцел® титр интерферона в сыворотке крови достигает максимальных значений через 48 часов. Интерфероновый ответ организма на введение препарата Кагоцел® характеризуется продолжительной (до 4–5 суток) циркуляцией интерферона в кровотоке [13].

Кагоцел®, при назначении в терапевтических дозах, не токсичен, не накапливается в организме. Препарат не обладает мутагенными и тератогенными свойствами, не канцерогенен и не обладает эмбриотоксическим действием.

Кагоцел® применяется для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ у взрослых и детей старше 6 лет. Кроме того, Кагоцел® применяется для лечения герпетической инфекции у взрослых пациентов [14].

Целью настоящей работы явилось определение безопасности и клинической эффективности Кагоцела® при гриппе и других острых респираторных вирусных инфекциях, протекающих как в неосложненной форме, так и при возникновении различных осложнений у детей в возрасте от 2 до 6 лет.

Материалы и методы исследования

Клиническое исследование препарата Кагоцел® проведено в детском клиническом отделении респираторных вирусных инфекций НИИ вирусологии им. Д. И. Ивановского на базе клинической инфекционной больницы № 1 в марте-июне 2010 г.

Данное исследование относится к III фазе клинических испытаний (регистрация препарата по новым показаниям — у детей в возрасте от 2 до 6 лет) и является слепым, рандомизированным, плацебо-контролируемым исследованием.

Работа проводилась в соответствии с Протоколом К1109 клинического исследования «Многоцентровое слепое, рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование по оценке эффективности и безопасности препарата Кагоцел® таблетки 12 мг для лечения гриппа и других острых респираторных заболеваний у детей в возрасте от 2 до 6 лет».

Критериями включения больных в исследование являлись:

1. Больные с острыми респираторными заболеваниями, имеющие выраженные клинические симптомы (температура тела в день назначения препарата не ниже 37,5 °С).
2. Начало лечения — не позднее 48 часов с момента начала заболевания.
3. Возраст больных от 2 до 6 лет (включительно).
4. Осложненные формы ОРВИ (до 30% от всех случаев).

5. Получение от родителей пациента до участия в исследовании подписанного информированного согласия.

Критериями исключения из исследования были:

1. Участие пациента в другом клиническом исследовании в течение 4-х недель до 1 дня данного исследования или одновременное участие в другом исследовании.
2. Больные с повышенной чувствительностью к любому из компонентов препарата Кагоцел®.
3. Больные, страдающие хроническими почечными, эндокринными, гематологическими, иммунными, неврологическими, психиатрическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями или другими заболеваниями/состояниями, которые, по мнению врача, могут повлиять на результаты исследования.
4. Дети, получающие лечение какими-либо иммуномодуляторами в течение 28 дней, предшествующих первому дню исследования.
5. Отказ пациента участвовать в клиническом испытании.

Всего под наблюдением находилось 60 больных с ОРВИ, заболевание у которых протекало с обструктивным ларингитом, бронхообструктивным синдромом или осложнялось ангиной.

При проведении исследования были рандомизированы 2 группы больных — испытываемая группа (30 больных, получавших Кагоцел®) и группа сравнения (30 больных, получавших Плацебо).

Детям, отвечающим критериям включения в исследование, назначался Кагоцел® или Плацебо по одной таблетке (12 мг) 2 раза в день в течение первых 2-х дней, затем по 1 таблетке 1 раз в день в течение последующих 2-х дней. Суммарная доза препарата Кагоцел® на одного пациента за 4 дня составила 6 таблеток (72 мг).

Лечение Кагоцелом® и Плацебо проводилось на фоне базисной терапии, включавшей кислородно-медикаментозные ингаляции с паром (у больных с обструктивным ларингитом) с применением муколитических, десенсибилизирующих и бронхолитических препаратов. По показаниям назначали жаропонижающие средства. Антибактериальная терапия при отсутствии бактериальных осложнений не применялась. В группе сравнения проводилась общепринятая терапия, с применением Плацебо.

Обследование больных проводилось по единой программе. Ежедневное клиническое наблюдение проводилось врачом-исследователем. Жалобы и состояние больного отражались в индивидуальной регистрационной карте (ИРК).

Полный период наблюдения за каждым больным составлял 6 дней, а при продолжении госпитализации более 6 дней — проводился до полного выздоровления и выписки пациента из стационара. Проводился обязательный лабораторный контроль, включавший:

■ Обнаружение специфических нуклеиновых кислот вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусов, респираторно-синцитиального вируса, риновирусов, бокавирусов, метапневмовирусов и коронавирусов методом полимеразной цепной реакции в клетках слизистой оболочки носоглотки. Исследование проводилось у всех больных до назначения Кагоцела®.

Таблица 1. Этиологическая расшифровка ОРВИ методом ПЦР у наблюдавшихся детей

ДНК или РНК респираторных вирусов	Выявление нуклеиновых кислот респираторных вирусов			
	Испытуемая группа (n = 30)		Группа сравнения (n = 30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Вирусы гриппа:				
H1N1	11	36,7	7	23,3
H1N1 swl	2	6,7	—	—
H3N2	1	3,3	—	—
B	5	16,7	2	6,7
Вирусы парагриппа	2	6,7	2	6,7
РС-вирус	11	36,7	10	33,3
Аденовирусы	6	20,0	3	10,0
Бокавирус	5	16,7	8	26,7
Метапневмовирус	2	6,7	8	26,7
Риновирусы	1	3,3	3	10,0
Отрицательные результаты	1	3,3	—	—
Всего:	46	153,3	43	143,3

Таблица 2. Нозологические формы ОРВИ в обследуемых группах больных

Нозологическая форма	Испытуемая группа (n = 30)	Группа сравнения (n = 30)
Грипп	10	8
Парагрипп	1	—
РС-вирусная инфекция	2	—
Бокавирусная инфекция	2	4
Метапневмовирусная инфекция	1	4
ОРВИ (недифференцированная)	1	—
Микст-инфекция:		
Грипп + РС-вирусная инфекция	1	1
Парагрипп + аденовирусная инфекция	—	1
РСВ-инфекция + аденовирусная инфекция	2	2
Парагрипп + РС-вирусная инфекция	1	—
Грипп + аденовирусная инфекция	3	—
Бокавирусная инфекция + риновирусная инфекция	1	1
Бокавирусная + РС-вирусная инфекции	3	3
РС-вирусная + риновирусная инфекции	1	2
РС-вирусная + метапневмовирусная инфекции	—	3
Парагрипп + метапневмовирусная инфекции	—	1
Аденовирусная + метапневмовирусная инфекции	1	—

■ Биохимическое исследование с определением уровня билирубина, сывороточных АлАТ и АсАТ, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы и креатинина. Исследование проводилось до начала и после завершения лечения у всех больных.

■ Клинический анализ крови и мочи у всех детей до назначения и после окончания лечения.

Основными критериями оценки терапевтической эффективности Кагоцела® были сроки обратного развития основных клинических симптомов (кашель, ринит, синдром крупа, нормализация температурной реакции и др.), а также динамики показателей лабораторных исследований. Одновременно учитывали возможность появления побочных реакций, изменения в гемограмме и ферментативной активности крови.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием вариационного анализа и определения среднего арифметического (*M*), средней ошибки среднего арифметического (*m*) с последующим установлением достоверности различий между средними показателями в группах (*p*).

Результаты и их обсуждение

Всего под наблюдением находилось 60 больных с ОРВИ в возрасте от 2 до 6 лет включительно. Больные поступали в клинику на 1–3-ий день от начала заболевания, при этом 41,6% больных были госпитализированы в первый день болезни, 43,4% — на второй день и 15% — на третий день от начала заболевания.

В испытуемой группе средний возраст пациентов составил 3 года 6 месяцев, в группе сравнения — 4 года 1 месяц. Существенных различий в возрастной структуре больных в наблюдавшихся группах не установлено. Наиболее многочисленной была группа детей в возрасте от 2-х до 3-х лет: в испытуемой группе дети этого возраста составили 60%, а в группе сравнения — 46% (*p* > 0,05).

Одной из задач исследования было установление этиологической структуры респираторных вирусных инфекций у наблюдавшихся детей с помощью метода ПЦР. В результате проведенного исследования были выявлены специфические нуклеиновые кислоты (ДНК или РНК) у 59 больных из 60 обследованных (98,3%) (табл. 1).

Обнаруженные маркеры генома респираторных вирусов принадлежали к 7 нозологическим формам. Обращает на себя внимание большое количество микст-инфекций: они были выявлены у 27 больных (45%). Микст-инфекция была представлена двойной вирусной инфекцией. В роли сочетающихся инфекций чаще фигурировали РС-вирусная, аденовирусная и бокавирусная инфекции (табл. 2).

С учетом полученных результатов ПЦР-исследования, у больных были диагностированы следующие нозологические формы ОРВИ, которые представлены в таблице 2. Как видно из таблицы, у наблюдавшихся больных преобладал грипп, диагностированный в виде моноинфекции у 18 пациентов (30%) и в ассоциации с другими инфекциями — у 5 больных (8,3%). Этиологическая структура ОРВИ в обеих группах была вполне сопоставима (табл. 2).

Среди наблюдавшихся пациентов выделялись больные с гриппом, у которых преобладали симптомы интоксикации, гипертермия до 39–40 °С (100%), сопровождавшаяся ознобом и другими проявлениями интоксикации. У 2-х больных методом ПЦР был идентифицирован пандемический вирус гриппа А(H1N1) swl. Начало заболевания было острым, отмечалась гипертермия (до 39,8 °С). Необходимо отметить, что исследование проводилось во вре-

мя эпидемического подъема заболеваемости гриппом. РС-вирусная инфекция характеризовалась выраженными симптомами бронхообструкции на фоне умеренных симптомов интоксикации, сухого навязчивого кашля, одышкой экспираторного характера. У больных с аденовирусной инфекцией ведущими симптомами были явления фарингитов, тонзиллита, ринита, аденоидита и у части больных — конъюнктивита. Особенностью парагриппозной инфекции являлись ларингит и стеноз гортани различной степени тяжести.

Обращает на себя внимание довольно высокий процент выявления бокавирусной инфекции — у 5 (16,7%) больных в испытываемой группе и у 8 (26,7%) — в группе сравнения. В клинической картине бокавирусной инфекции преобладало острое начало с лихорадкой и развитием бронхообструктивного синдрома. И, как было отмечено выше, микст-инфекция выявлена у 45% больных.

Особенностью наблюдавшихся больных явилось то, что у подавляющего большинства из них ОРВИ протекало с ларингитом, нередко сопровождавшимся развитием стеноза гортани. У отдельных больных выявлялся бронхит с обструктивным синдромом. Эти осложнения рассматривались нами как проявление вирусной инфекции. В таблице 3 представлены осложнения ОРВИ у наблюдавшихся больных. Как видно из таблицы 3, ларингит наблюдался у 51 (85%) больного и у 40 (66,7%) из них со стенозом гортани. Обструктивный ларингит у подавляющего большинства больных протекал в компенсированной форме и диагностировался примерно с одинаковой частотой в обеих группах больных. Первыми признаками его были: появление беспокойства, охриплости голоса, грубого лающего кашля, затрудненного дыхания. У большинства больных обструктивный ларингит возникал уже в первые сутки от начала заболевания.

Бронхит с обструктивным синдромом был диагностирован у 9 (15%) больных, в том числе в испытываемой группе — у 5 (8,3%) и в группе сравнения — у 4-х (6,7%) пациентов.

Лакунарная ангина, как осложнение ОРВИ, диагностировалась по существу с равной частотой, как в испы-

Таблица 3. Осложнения в сравниваемых группах больных

Характер осложнений	Испытуемая группа (n = 30)		Группа сравнения (n = 30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Ларингит	25	83,3	26	86,7
Обструктивный ларингит:	19	63,3	21	70,0
стеноз гортани 1 ст.	16	53,3	18	60,0
стеноз гортани 2 ст.	3	10,0	3	10,0
Бронхит с обструктивным синдромом:				
I степени	1	3,3	2	6,7
II степени	4	13,3	2	6,7
Лакунарная ангина	3	10,0	3	10,0
Инфекция мочевыводящих путей	2	6,7	—	—
Бронхит	2	6,7	3	10,0
Пневмония	1	3,3	1	3,3

туемой группе у 3 (10%) больных, так и в группе сравнения — у 3 (10%). У отдельных больных диагностировались бронхит, пневмония, инфекция мочевыводящих путей.

Важной характеристикой заболевания является тяжесть состояния больных, оценка которой проводилась на основании клинических данных с учетом результатов лабораторного обследования. У всех больных, как в испытываемой группе, так и в группе сравнения, заболевание протекало в среднетяжелой форме.

Характеризуя представленные в этом разделе данные, можно сделать заключение, что по возрастному составу, этиологической структуре, тяжести заболевания, качеству и составу базисной терапии испытываемая и контрольная группа были сопоставимы.

Основные клинические симптомы и синдромы ОРВИ и их длительность у больных, получавших Кагоцел® и у пациентов группы сравнения, представлены в табл. 4.

Сопоставляя длительность основных симптомов заболевания в сравниваемых группах, можно отметить, что у

Таблица 4. Влияние Кагоцела® на длительность клинических проявлений у детей с ОРВИ, протекающих с ларингитом или бронхитом

Клинические проявления	Испытуемая группа (n = 30)			Группа сравнения (n = 30)		
	Абс.	%	Длительность в днях (M ± m)	Абс.	%	Длительность в днях (M ± m)
Лихорадка	30	100,0	1,9 ± 0,24*	30	100,0	2,83 ± 0,34
Вялость	21	70,0	1,6 ± 0,29*	28	93,3	2,45 ± 0,30
Ринит	17	56,7	3,76 ± 0,68	14	46,7	5,0 ± 1,33
Кашель	29	96,7	4,1 ± 0,49*	27	90,0	5,79 ± 0,54
Охриплость голоса	22	73,3	2,3 ± 0,49	21	70,0	3,4 ± 0,74
Гиперемия ротоглотки	30	100,0	4,0 ± 0,43*	30	100,0	5,44 ± 0,52
Обструктивный ларингит:						
Стеноз гортани 1 ст.	16	53,3	1,56 ± 0,27*	18	60,0	2,39 ± 0,29
Стеноз гортани 2 ст.	3	10,0	2,3 ± 0,37	3	10,0	3,0 ± 1,7
Бронхообструктивный синдром:						
1 степени	1	3,3	2,0 ± 0,36	2	6,7	3,5 ± 2,4
2 степени	4	13,3	1,8 ± 0,9	2	6,7	3,0 ± 2,1
Хрипы в легких: сухие	12	40,0	3,5 ± 1,01	8	26,7	3,75 ± 1,3
Длительность госпитализации, к/день	5,2 ± 0,98			6,1 ± 1,0		

* — данные достоверно отличаются от контрольной группы (p < 0,05)

детей, лечившихся Кагоцелом®, достоверно быстрее исчезали признаки интоксикации. Одним из симптомов, характеризующих интоксикацию, является лихорадка. Последняя была существенно короче у больных, получавших Кагоцел® ($p < 0,05$). Применение Кагоцела® привело к сокращению длительности катарального и воспалительного синдрома со стороны верхних дыхательных путей. У пациентов, получавших Кагоцел®, продолжительность кашля и гиперемии ротоглотки была существенно короче, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Кагоцел® оказывал влияние на купирование синдрома крупа. Признаки стеноза гортани 1 степени быстрее ликвидировались у больных испытуемой группы по сравнению с пациентами группы сравнения ($p < 0,05$).

Оценка безопасности применения Кагоцела® включала, помимо клинических наблюдений, проведение биохимических и гематологических исследований.

Анализ изменений биохимических показателей крови у больных ОРВИ в сравниваемых группах проводился до начала лечения и после его окончания. Динамика этих показателей приводится в табл. 5.

Биохимические показатели крови у больных, как правило, не были изменены и соответствовали нормальным уровням. Можно лишь отметить, что у некоторых больных испытуемой группы до лечения и у отдельных больных группы сравнения в остром периоде болезни активность АсАТ была несколько повышена. И совершенно очевидно, что это никак не связано с приемом Кагоцела®. Негативного влияния Кагоцела® на биохимические показатели крови не выявлено.

Каких-либо отклонений в клинических анализах периферической крови, связанных с применением Кагоцела®, не установлено (табл. 6). В острый начальный период болезни у отдельных больных наблюдался небольшой лейкоцитоз в обеих группах больных, что было связано со стрессовой реакцией организма на инфекцию или с возникновением бактериальных осложнений. По завершении лечения происходила нормализация уровней лейкоцитов в крови. Динамика изменений других показателей гемограммы (ге-

моглобин, эритроциты, тромбоциты) не выходила за пределы нормальных колебаний в обеих группах больных.

Анализ проведенных клинических наблюдений показал, что ни в одном случае не было зарегистрировано побочных нежелательных явлений — ни токсических, ни аллергических. — связанных с применением Кагоцела®. Это свидетельствует о хорошей переносимости Кагоцела® детьми данной возрастной группы.

Заключение

В результате проведенных исследований установлено, что применение Кагоцела® у детей от 2 до 6 лет в терапии гриппа и других ОРВИ, в том числе протекающих с obstructивным ларингитом или другими осложнениями (бронхообструктивным синдромом, лакунарной ангиной, пневмонией, инфекцией мочевыводящих путей), было эффективным, что выразилось в достоверном сокращении длительности интоксикационного синдрома, катарального и воспалительного синдрома со стороны верхних дыхательных путей.

Применение Кагоцела® таблетки 12 мг у детей в возрасте 2—6 лет с гриппом и ОРВИ является безопасным. Нежелательных явлений, токсических и аллергических свойств препарата при его применении не выявлено.

Кагоцел® рекомендуется детям в возрасте от 2 до 6 лет для лечения гриппа и ОРВИ, в том числе с осложненными формами и независимо от их этиологии. Препарат применяется в виде таблеток 12 мг по схеме: по 1 таблетке 2 раза в день в первые 2 дня и по 1 таблетке 1 раз в день — на 3-ий и 4-ый дни лечения. На курс лечения необходимо 6 таблеток Кагоцела®.

Выводы

1. Показано, что Кагоцел® обладает терапевтическим эффектом при лечении гриппа и ОРВИ у детей в возрасте от 2 до 6 лет, в том числе протекающих с obstructивным ларингитом и другими осложнениями. Препарат оказывал больший терапевтический эффект, чем Плацебо, приводя к сокращению длительности интоксикационного

Таблица 5. Динамика изменений биохимических показателей крови при лечении ОРВИ у детей 2—6 лет

Показатели	Испытуемая группа		Группа сравнения	
	До лечения ($n = 30$)	После лечения ($n = 30$)	До лечения ($n = 30$)	После лечения ($n = 30$)
Билирубин общий (мкмоль/л)	< 9	< 9	< 9	< 9
АсАТ (мкмоль/мин · л.)	43,8 ± 7,3	37,0 ± 6,2	38,3 ± 5,5	37,2 ± 4,7
АлАТ (мкмоль/мин · л.)	23,0 ± 4,1	22,0 ± 4,01	24,5 ± 4,47	20,0 ± 3,65
γ-глутамилтранспептидаза (мкмоль/мин · л.)	10,0 ± 1,8	11,0 ± 2,0	9,5 ± 1,73	12,0 ± 2,2
Щелочная фосфатаза, ед.	262,0 ± 47,8	176,0 ± 32,1	265,0 ± 48,3	186,0 ± 33,9
Креатинин (ммоль/л)	26,0 ± 4,7	31,0 ± 5,7	51,0 ± 9,3	33,0 ± 6,02

Таблица 6. Динамика изменений в гемограммах больных ОРВИ в сравниваемых группах

Наименование показателей	Испытуемая группа ($n = 30$)		Группа сравнения ($n = 30$)	
	До лечения ($M \pm m$)	После лечения ($M \pm m$)	До лечения ($M \pm m$)	После лечения ($M \pm m$)
Гемоглобин, г/л	125 ± 2,28	111 ± 2,02	122 ± 2,22	119 ± 2,17
Эритроциты, $10^{12}/л$	4,4 ± 0,8	4,05 ± 0,73	4,5 ± 0,82	4,5 ± 0,82
Лейкоциты, $10^9/л$	9,5 ± 2,7	6,7 ± 0,89	10,7 ± 2,3	8,5 ± 1,73
Тромбоциты, $10^9/л$	255 ± 2,9	332 ± 3,32	256 ± 2,9	335 ± 3,34

синдрома и катаральных явлений, более быстрому купированию синдрома крупа, скорейшему выздоровлению.

2. Препарат Кагоцел®, примененный для лечения гриппа и других ОРВИ у детей в возрасте от 2 до 6 лет, не оказывал побочного отрицательного воздействия на организм больного. Препарат хорошо переносится, токсических и аллергических реакций не зарегистрировано.

3. Предложенная схема применения Кагоцела® для лечения детей в возрасте от 2 до 6 лет с гриппом и ОРВИ является оптимальной.

Литература:

1. Покровский В.И. Инфекционная патология: вчера, сегодня, завтра // «Профилактика, диагностика и фармакотерапия некоторых инфекционных заболеваний». — М., 2002. — С. 7—17.
2. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным заболеваниям у детей. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. — 700 с.
3. Заплатников А.Л. Принципы рациональной терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей раннего возраста // РМЖ. — Т. 12, № 13. — 2004.
4. Зайцева О.В. Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения // Consilium medicum. — 2004. — Педиатрия. — Приложение № 3. — С. 3—7.
5. Бокавирусная инфекция у детей раннего возраста // Р.В. Вартамян и др. // Детские инфекции. — 2010. — № 3 — С. 10—14.
6. Новые острые респираторные вирусные инфекции у детей / А.В. Горелов, Е.Ю. Швец, Е.Л. Евсеева, Е.В. Катер // Тез. докл. конференции «Инфекционные болезни и антимикробные средства». — 2009. — С. 16—17.
7. Коровина Н.А. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации: Руководство для врачей / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников. — М., 2001.
8. Профилактика и лечение острых респираторных заболеваний у детей: Пособие для врачей на основе научно-практической программы Союза педиатров России — М., 2004.
9. Bellanti J.A. Recurrent respiratory infections in pediatric patients // Drugs. — 1997. — V. 54, Suppl. 1. — P. 1—4.
10. Мезенцева М.В. Биологическая эффективность новых отечественных индукторов интерферона при экспериментальной гриппозной инфекции: Автореф. дисс. ... к. б. н. — М., 1993.
11. Современные подходы к повышению эффективности терапии и профилактики гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций / Н.А. Малышев, Л.В. Колобухина, Л.Н. Меркулова, Ф.И. Ершов // Consilium Medicum. — Т. 7. — № 10. — 2006. — С. 6—11.
12. Терапевтическая эффективность Кагоцела® при лечении больных гриппом, неосложненным и осложненным ангиной / Л.Н. Меркулова и др. // Клиническая фармакология и терапия. — 2002. — № 5. — С. 21—23.
13. Клиническая эффективность Кагоцела® при ОРВИ со стенозирующим ларинготрахеитом у детей / Ф.С. Харламова и др. // Детские инфекции. — 2008. — № 4. — С. 28—35.
14. Эффективность и переносимость препарата Кагоцел® при лечении герпетической инфекции / Т.И. Долгих и др. // Медлайн-экспресс. — № 2. — 191. — 2007. — С. 34—36.

НАПРАВЛЕНИЕ РЕЙСА	ПРИЛЕТ ПО РАСП.	СТАТУС
Профилактика	17:00	отменен
Головная боль	18:00	прибыл
Ринит	19:30	прибыл
Озноб	19:50	прибыл
Пикорагна	20:00	прибыл
Лечение	20:30	отказывает

Лечение прибывает вовремя



кагоцел®
противовирусный препарат

Кагоцел® – современный противовирусный препарат для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа у детей и взрослых, эффективный даже при назначении в относительно поздние сроки – вплоть до 4-го дня от начала болезни

- Кагоцел® быстро улучшает самочувствие ребенка и достоверно сокращает продолжительность клинических симптомов гриппа и ОРВИ вне зависимости от этиологии заболевания
- Эффективно устраняет стеноз гортани и симптомы ларинготрахеита
- Достоверно укорачивает сроки антибактериальной терапии при лечении осложнений ОРВИ
- Кагоцел® способствует снижению заболеваемости ОРВИ и гриппом у часто болеющих детей
- Кагоцел® хорошо переносится, не вызывает развития побочных эффектов*

