

Влияние противовирусной терапии на частоту развития бактериальных осложнений и назначения антибактериальных препаратов для системного использования у пациентов с ОРВИ и гриппом (результаты международного когортного наблюдательного исследования FLU-EE)

В. Х. ФАЗЫЛОВ¹, И. Г. СИТНИКОВ², Н. А. МАЛЫШЕВ³, Е. В. СИЛИНА⁴,
С. Б. ШЕВЧЕНКО⁴, Г. А. ЕГАНЫАН⁵, Б. М. КОРСАНТИЯ⁶, Л. Г. ГРОППА⁷

¹ Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань

² Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, Ярославль

³ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

⁴ Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

⁵ Ереванский государственный медицинский университет им. Мхитара Гераци, Ереван, Армения

⁶ Институт медицинской биотехнологии им. Вл. Бахуташвили Тбилисского Государственного медицинского университета, Тбилиси, Грузия

⁷ Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемичану, Кишинев, Республика Молдова

The Effect of Antiviral Therapy on the Incidence of Bacterial Aggravations and Administration of Systemic Antibiotics in Patients with Acute Respiratory Viral Infections and Influenza (Results of International Cohort Observational Study)

V. CH. FAZYLOV¹, I. G. SITNIKOV², N. A. MALYSHEV³, E. V. SILINA⁴, S. B. SHEVSHENKO⁴,
G. A. EGANYAN⁵, B. M. KORSANTIYA⁶, L. G. GROPPA⁷

¹ Kazan State Medical University, Department of Infection Diseases

² Yaroslav State Medical University, Department of Infection Diseases, Epidemiology and Pediatric Infections

³ Moscow State Medical and Stomatological University by A.I.Evdokimov, Department of Infection Diseases

⁴ First Moscow State Medical University by I.M.Sechenov, Department of Human Pathology

⁵ Erevan State Medical University by Mhitar Geraci, Department of Internal Diseases Diagnostics

⁶ Institute of Medical Biotechnology by V.Bahutashvili, Tbilissi State Medical University, Department of Immunorehabilitation

⁷ State University of Medicine and Pharmacy by N.Testemicianu, Department of Internal Diseases, Rheumatology and Nephrology, Moldova

Цель. Оценка частоты развития бактериальных осложнений и антибиотикотерапии у амбулаторных пациентов с ОРВИ и гриппом с анализом эффективности противовирусного лечения. **Материал и методы.** Проведено международное когортное открытое неинтервенционное исследование «Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике». Проанализированы результаты лечения 18946 пациентов в возрасте 18-93 лет с установленным клинически диагнозом ОРВИ или гриппа, проходивших амбулаторное лечение в 262 центрах России, Молдовы, Армении и Грузии. Одна группа пациентов получала лечение согласно принятым и применяемым в соответствующей стране схемам комплексного лечения ОРВИ и гриппа; в другую группу вошли пациенты, получавшие в составе комплексного лечения противовирусный препарат Кагоцел® (Россия). На каждом из трёх визитов оценивали клиническую симптоматику (в баллах), наличие бактериальных осложнений, эффективность назначенной лекарственной, в т.ч. антибактериальной, терапии. **Результаты.** Бактериальные осложнения зарегистрированы в 8,3% случаев, а системные антибиотики назначались врачами в 9,3%. Частота развития бактериальных осложнений и назначения системных антибиотиков увеличивается пропорционально возрасту пациентов, тяжести заболевания, срокам обращения к врачу и начала лечения. Назначение препарата кагоцел в составе комплексного лечения гриппа и ОРВИ способствует сокращению числа бактериальных осложнений в 1,65 раза ($p < 0,01$), а также снижению назначения системной антибактериальной терапии в 1,51 раза ($p < 0,01$), что приводит к улучшению исхода заболевания при различных сроках начала терапии. Максимальная эффективность и меньшее число осложнений лечения зарегистрировано у лиц трудоспособного возраста. **Выводы.** Противовирусная терапия показала свою эффективность при лечении ОРВИ и гриппа, ее применение приводит к снижению частоты развития бактериальных осложнений.

Ключевые слова: острая респираторная вирусная инфекция, грипп, бактериальные осложнения, противовирусная терапия, кагоцел, антибактериальная терапия.

Objective: to evaluate the incidence of bacterial aggravations and antibiotics administration with analysis of effectiveness of antiviral therapy in ambulatory patients with acute viral respiratory infection (ARVI) and influenza. **Material and methods.**

© Коллектив авторов, 2016

Адрес для корреспонденции: E-mail: silinaekaterina@mail.ru

International cohort open non-interventional study «Treatment of ARVI and influenza in routine clinical practice» was conducted. The data analysis covers treatment results of 18946 ambulatory patients aged 18–93 years with clinical diagnosis of ARVI or influenza in 262 centers in Russia, Moldova, Armenia and Georgia. One group of patients received treatment in accordance with approved and applicable in their country schemes of complex treatment of ARVI and influenza; other group included patients treated with the complex treatment including antiviral drug Kagocel® (Russia). On each of 3 visits were evaluated clinical symptoms (in scores), the presence of bacterial aggravations, and the effectiveness of drug treatment including antibacterial therapy. **Results.** Bacterial aggravations were recorded in 8.3% cases, and systemic antibiotics were prescribed by doctors in 9.3% cases. The incidence of bacterial aggravations and administration of systemic antibiotics increased proportionally to the age of patients, severity of disease, times of first visit to the doctor and the start of treatment. Prescription of Kagocel® in the complex treatment of ARVI and influenza contributes to reduction of number of bacterial aggravations in 1.65 times ($p<0.01$) and decreases necessity of systemic antibiotic therapy in 1.51 times ($p<0.01$), which leads to better disease outcome at various therapy start times. Maximum efficiency and fewer treatment aggravations were recorded for working age patients. **Conclusions.** Antiviral therapy has shown its effectiveness in the treatment of ARVI and influenza, its implementation leads to decrease of bacterial aggravations incidence.

Key words: influenza, acute respiratory viral infection, bacterial complications, antiviral therapy, Kagocel®, antibacterial therapy.

Введение

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп остаются в центре внимания клинической медицины, что связано с регулярно повторяющимися эпидемиями и значительными трудопотерями. Во время тяжёлых эпидемий, вызываемых вирусом гриппа, в эпидемический процесс вовлекаются до 50% населения [1–3]. В России регистрируется 27,3–41,2 млн случаев ОРВИ в год, доля которых достигает 95% в структуре всех инфекционных заболеваний [1, 4].

Интоксикация, а также другие последствия ОРВИ и гриппа могут стать причиной обострения уже имеющихся соматических (в т.ч. хронических) заболеваний и присоединения различных бактериальных инфекций, а в тяжёлых случаях и смерти больных. От ОРВИ и гриппа ежегодно в мире умирают около 4,5 млн человек, при этом на долю вируса гриппа приходится около 250 тыс летальных исходов [3, 4]. В России при заболевании гриппом наиболее высокая частота госпитализаций отмечается в возрастной группе от 18 до 64 лет, а летальность в отделениях реанимации достигает 46%. Основными причинами летального исхода являются тяжёлое течение, сопровождающееся развитием одно- или двусторонних вирусных пневмоний, регистрирующихся у 30% взрослых госпитализированных пациентов, а также развитие бактериальных осложнений и полиорганной недостаточности [5]. Частота бактериальных осложнений, составляет по данным разных авторов от 7,5 до 23% [6–8].

Антибактериальная терапия для системного применения необходима в случае развития бактериальных осложнений. Также она рекомендуется с профилактической целью при тяжёлых формах ОРВИ и гриппа пациентам с синуситами, ринитами, отитами и другими хроническими патологиями. При лёгком и среднетяжёлом течении ОРВИ назначение антибиотиков не рекомендуется [9, 10], так как это может вызвать развитие лекарственной устойчивости возбудителей, а также за-

медлить процесс выздоровления и ухудшить исход в связи с побочными и нежелательными явлениями антибиотикотерапии. Вопросы применения системных антибиотиков при ОРВИ и гриппе до сих пор остаются дискуссионными. Ряд авторов полагают, что роль бактериальной инфекции сильно переоценена, а назначение антибактериальной терапии происходит значительно чаще, чем требуется [11, 12].

Учитывая эпидемиологическую актуальность, ВОЗ рекомендует вакцинацию населения от гриппа. Однако постоянные изменения штаммов вирусов не позволяют заранее точно предсказать будущую угрозу. Это ставит под сомнение вакцинацию в качестве единственного патогенетически обоснованного метода профилактики гриппа. Поэтому поиск эффективных универсальных противовирусных препаратов остается по-прежнему актуальной задачей.

Для изучения эффективности существующих схем лечения ОРВИ и гриппа было проведено когортное многоцентровое международное открытое неинтервенционное исследование FLU-EE «Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике» [13]. Целью настоящей работы является оценка частоты развития бактериальных осложнений и частоты назначения системных антибактериальных препаратов у пациентов с ОРВИ и гриппом с анализом эффективности противовирусного препарата кагоцел. Основными задачами данной работы стали: изучение назначаемых при гриппе и ОРВИ лекарственных средств; анализ частоты осложнений ОРВИ и гриппа, требующих назначения системных антибиотиков (АБ), а также частоты назначения АБ, в т.ч. в зависимости от возраста пациентов и сроков начала лечения; изучение влияния препарата кагоцел на частоту развития бактериальных осложнений и частоту назначения системных АБ с анализом групп АБ по международной классификации (коды АТХ); изучение исхода заболевания и сроков выздоровления в группах пациентов, получавших и не получавших препарат кагоцел.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 18 946 пациентов, в том числе 8 085 мужчин (42,7%) и 10 861 женщин (57,3%), в возрасте от 18 до 93 лет (средний возраст $42,7 \pm 15,1$ лет, медиана 40 лет) с клинически установленным диагнозом гриппа или ОРВИ, проходивших амбулаторное лечение в 262 лечебно-профилактических учреждениях России, Молдовы, Армении и Грузии. 79,6% ($n=15\ 087$) человек были трудоспособного возраста (согласно ТК РФ: женщины до 55 лет, мужчины до 60 лет), 20,4% ($n=3\ 859$) пациентов были пенсионного возраста. Обращение за медицинской помощью на 1–2 сутки заболевания (раннее) было зарегистрировано в 76,8% ($n=14\ 555$) случаях, включая 7 437 (39,3%) пациентов, обратившихся и начавших получать соответствующее лечение с 1-х суток заболевания. На 3 день и позднее с момента появления первых симптомов гриппа и ОРВИ к врачу обратилось 4 391 (23,2%) человек, которые были отнесены к подгруппе позднего обращения.

По окончании исследования для анализа результатов пациенты были разделены на группы в зависимости от назначенной противовирусной терапии. Одна группа была сформирована из пациентов, которые получали комплексное лечение ОРВИ и гриппа по схемам, применяемым в этих странах (группа сравнения, $n=1\ 680$), другая группа дополнительно в составе комплексного лечения получала противовирусный препарат кагоцел ($n=17\ 266$). Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести заболевания и срокам обращения за медицинской помощью.

Согласно протоколу исследования, анализировались данные 3 визитов пациента к врачу без регламентирования промежутков времени между ними. В среднем 2-й визит проводился через 3 суток (при межквартильном интервале 3 / 4 день), 3-й визит — через 6 дней после первого (при межквартильном интервале 5 / 8 день). На каждом визите осуществлялась оценка состояния пациентов с регистрацией выраженности клинических симптомов (температура тела, озноб, слабость, боль в мышцах и/или суставах, ринит, зуд в горле, кашель, склерит/ конъюнктивит, головная боль), проводилось измерение артериального давления и числа сердечных сокращений. Выполнялась оценка назначенной в динамике лекарственной терапии, а также оценка осложнений, требующих назначения системных антибиотиков.

Этические вопросы. Проведение исследования «Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике» на территории РФ было одобрено Независимым междисциплинарным Комитетом по этической экспертизе клинических исследований. Оно получило одобрение Локального этического комитета Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Казанский государственный медицинский университет». Проведение исследования FLU-EE в Армении, Грузии и на территории Молдовы было одобрено «Фрайбургским международным Этическим Комитетом», на

территории Армении исследование получило так же одобрение Комитета по Этике Ереванского государственного медицинского университета им. Мхитара Гераци. В Грузии исследование было одобрено «Национальным центром контроля заболеваний и общественного здоровья».

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием программы SPSS с применением стандартных параметрических и непараметрических критериев оценки статистической значимости. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Описательная статистика качественных параметров представлена в виде частот (абс, %), количественных — медиана (Me), средние \pm стандартное отклонение, а также нижний и верхний квартиль в случае, когда параметр имел функцию распределения, далекую от нормального. Нормальным принималось распределение, у которого критерий отличия Колмогорова–Смирнова от теоретически нормального распределения был выше 0,05. Для сравнения двух независимых непараметрических выборок использовали критерий Манна–Уитни, для множественного сравнения — Краскелла–Уоллиса. Для сравнения двух зависимых непараметрических выборок использовали критерий Уилкоксона, для множественного сравнения — Фридмана. Количественные данные с нормальным распределением оценивали с помощью теста Стьюдента, а также Ньюмана–Кейлса для множественных сравнений. Качественные переменные сравнивались с помощью теста χ^2 (хи-квадрат Пирсона, анализ таблиц сопряженности).

Результаты

При анализе назначенной терапии было установлено, что число назначаемых препаратов варьировало от 1 до 11, в среднем (медиана) пациенты получали 3 препарата на протяжении всего исследования. Согласно международной классификации лекарственных средств по кодам АТХ, наиболее часто назначались препараты группы J (противомикробные средства для системного применения), их получали 17 680 человек (93,3%), а также препараты группы R (для лечения патологий дыхательной системы), которые были назначены 11 137 (58,8%) пациентам (табл. 1). На третьем месте по частоте назначались препараты группы N (нервная система; $n=4\ 783$; 25,2%) за счет входящих в эту группу жаропонижающих средств (анилинов), на четвертом — препараты группы M (костно-мышечная система; $n=2\ 663$; 14,1%) преимущественно за счет входящих в эту группу НПВС, назначаемых с той же целью; на

Таблица 1. Частота принимаемых лекарственных средств, классифицируемых по первому уровню кода АТХ

Группа лекарственных средств	Абс. (n)	%
A Пищеварительный тракт и обмен веществ	2085	11,0
B Препараты, влияющие на кроветворение и кровь	444	2,3
C Сердечно-сосудистая система	1643	8,7
D Лечение заболеваний кожи (дерматология)	351	1,9
G Мочеполовая система и половые гормоны	20	0,1
H Гормональные препараты	47	0,2
J Противомикробные для системного использования	17680	93,3
L Противоопухолевые и иммунные препараты	217	1,2
M Костно-мышечная система	2663	14,1
N Нервная система	4783	25,2
R Дыхательная система	11137	58,8
S Органы чувств	170	0,9
V Прочие препараты	51	0,3

пятом — препараты группы А (пищеварительный тракт и обмен веществ; $n=2085$; 11,0%) за счет входящих в эту группу средств, предназначенных для лечения заболеваний полости рта и витаминов. Для лечения гриппа и ОРВИ использовали различные средства за исключением препаратов групп В, С, D, G, H, при этом число одновременно получаемых препаратов для ОРВИ и гриппа варьировало от 1 до 8 ($Me=3$).

Системные антибиотики (АБ) были назначены 1 764 (9,3%) пациентам. Однако осложнения, требующие назначения АБ, были зарегистрированы у 1 580 (8,3%) пациентов. В числе осложнений в основном врачи чаще регистрировали бронхит и трахеобронхит, реже синусит, отит, ангину, пневмония была диагностирована лишь в 0,7% случаев, при этом большинство бактериальных осложнений течения ОРВИ и гриппа регистрировались на 2-м визите. АБ с профилактической целью (без диагностированного бактериального осложнения) были назначены 299 (1,6%) пациентам. В 115 (0,6%) случаях были зарегистрированы осложнения, требующие назначения АБ, однако пациентам их не назначили, в основном по причине добровольного отказа от антибиотикотерапии.

Наиболее часто врачи назначали препараты групп J01C (пенициллины, $n=740/1\ 764$; 42,0%) и J01F (макролиды, линкозамиды; $n=686/1\ 764$; 38,9%). Другие АБ для системного применения (тетрациклины — J01A, другие бета-лактамы — J01D, сульфаниламиды — J01E, производных хинолона — J01M, прочие АБ — J01X) назначались 341 пациенту (19,3%).

Среди препаратов пенициллинового ряда чаще был назначен амоксициллин ($n=467/1\ 764$; 25,9%), бета-лактамы пенициллины в сочетании с клавулановой кислотой назначали в 1,63 раза реже ($n=281/1\ 764$; 15,9%). Ампициллин был назначен лишь одному пациенту, при этом на 3 визите его сменили на амоксициллин. Сультампициллин получали 4 человека (0,2%).

Группу других бета-лактамов (J01D) применяли в 4,77 раза реже, чем АБ пенициллинового ряда ($n=155/1\ 764$; 8,8%). Среди других системных бета-лактамов чаще был назначен цефтриаксон ($n=73/1\ 764$; 4,1%) и цефиксим ($n=68/1\ 764$; 3,9%). Другие цефалоспорины применяли гораздо реже.

Группа J01F в основном представлена макролидами, среди которых лидирующую позицию занимал азитромицин ($n=487/1\ 764$; 27,6%) и кларитромицин ($n=169/1\ 764$; 9,6%). Значительно реже назначали джозамицин ($n=21/1\ 764$; 1,2%), спирамицин ($n=3/1\ 764$; 0,2%) и эритромицин ($n=2/1\ 764$; 0,1%). Линкозамиды (линкомицин) использовали в единственном случае.

Группа производных хинолона (J01M) применялась у 169 пациентов. Преимущественно она

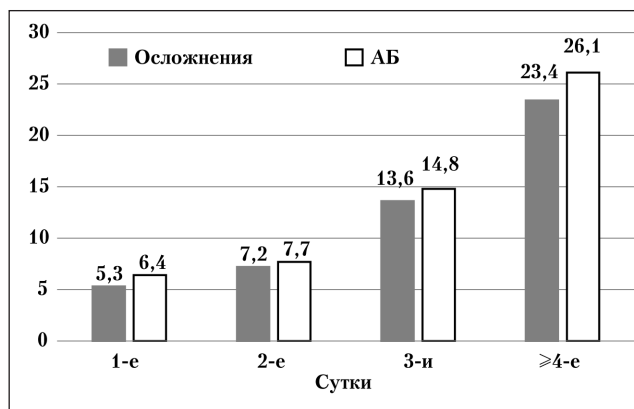


Рис. 1. Частота развития бактериальных осложнений и назначения системных антибиотиков в зависимости от сроков обращения за медицинской помощью и начала лечения ($p<0,001$; χ^2)

представлена фторхинолонами, из которых чаще назначали цiproфлоксацин ($n=86/1\ 764$; 4,9%) и левофлоксацин ($n=75/1\ 764$; 4,3%). Гемифлоксацин был назначен 3 пациентам (0,2%), другие представители группы J01M (офлоксацин, норфлоксацин, моксифлоксацин) использовались крайне редко ($n=1/1\ 764$; 0,1%).

Тетрациклины (J01A) были назначены всего 2 пациентам (0,11%), сульфаниламиды (J01E) — 8 (0,45%).

Прочие АБ для системного использования (группа J01X) были назначены 7 пациентам (0,4%), в том числе метронидазол ($n=1/1\ 764$; 0,1%), нитроксолин ($n=1/1\ 764$; 0,1%) и гидроксиметилхиноксалиндиоксид ($n=5/1\ 764$; 0,3%).

Предварительное микробиологическое исследование на определение чувствительности для подбора оптимальной антибиотикотерапии в большинстве случаев не проводилось, что в условиях амбулаторной практики часто наблюдается.

Частота развития бактериальных осложнений и частота назначения антибиотиков для системного использования при ОРВИ и гриппе увеличивалась пропорционально возрасту пациентов, тяжести заболевания, а также срокам начала лечения (рис. 1). Отсроченное начало лечения ОРВИ и гриппа (с 3 суток и позднее) по сравнению с ранним (на 1—2 суток заболевания) сопровождалось значимым ростом числа осложнений в 2,48 раза (с 6,2 до 15,4%) и частоты антибиотикотерапии в 2,41 раза (с 7,0 до 16,9%).

Среди пациентов, у которых на первом визите была установлена легкая степень тяжести, частота назначения системных антибиотиков составила 2,7%, средняя — 8,7%, тяжелая — 13,5% ($p<0,001$). Увеличение частоты назначения системных АБ пропорционально возрасту (от 8,2% в трудоспособном до 13,7% в пенсионном) и, вероятно, может быть связано с сопутствующей хронической

Таблица 2. Частота бактериальных осложнений в исследуемых группах в зависимости от сроков обращения за медицинской помощью

		Группа сравнения	Кагоцел	<i>p</i>	Итого
1-е сут	Осложнения	77 (11,2%)	317 (4,7%)	<0,001 $\chi^2=52,88$	394 (5,3%)
	Без осложнений	609 (88,8%)	6433 (95,3%)		7042 (94,7%)
2-е сут	Осложнения	70 (11,1%)	439 (6,8%)	<0,001 $\chi^2=16,2$	509 (7,2%)
	Без осложнений	561 (88,9%)	6047 (93,2%)		6608 (92,8%)
≥3-и сут	Осложнения	72 (20,0%)	605 (15,0%)	0,009 $\chi^2=6,29$	677 (15,4%)
	Без осложнений	288 (80,0%)	3424 (85,0%)		3712 (84,6%)

соматической патологией, сопровождающейся иммунными нарушениями. Наименьшее число осложнений гриппа и ОРВИ, требующих назначения АБ (менее 10%) зарегистрировано при начале лечения в первые три дня от момента появления клинических симптомов у пациентов в возрасте до 50 лет. Максимальное число осложнений, сопряженных с назначением системных АБ зарегистрировано при позднем начале лечения у пациентов старших возрастных групп.

В ходе исследования было установлено, что назначение противовирусного препарата кагоцел способствует сокращению числа пациентов с бактериальными осложнениями гриппа и ОРВИ и частоты назначения системных антибактериальных препаратов. Так, осложнения, требующие назначения антибиотиков были зарегистрированы у 8,3% ($n=1\ 580$) пациентов, в том числе у 7,9% пациентов из группы кагоцел ($n=1\ 361$) и 13,0% группы сравнения ($n=219$). Межгрупповое различие в 1,65 раза является значимым ($p<0,001$). Системные антибиотики были назначены в 8,9% ($n=1\ 539$) случаев в группе препарата кагоцел и в 13,4% ($n=225$) случаев в группе сравнения, что в 1,51 раза больше ($p<0,001$).

Анализ частоты назначения системных АБ в зависимости от сроков начала лечения ОРВИ и гриппа показал (рис. 2), что при ранней терапии (1–2 сутки от дебюта заболевания) в группе пациентов, получавших кагоцел, частота назначения системных антибиотиков составила 6,6% (873/13 237), в то время как при отсутствии противовирусной терапии системные антибиотики были назначены 11,4% (150/1 318) пациентам, что статистически значимо в 1,73 раза больше ($p<0,001$). Наиболее существенная разница между группами выявлена среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью на 1-е сутки заболевания (5,9% в группе кагоцела и 11,7% в группе сравнения; $p<0,001$). При позднем начале лечения (на 3–7 сутки) в группе кагоцела частота назначения увеличилась до 16,5% (666/4 029). Однако в группе сравнения системные антибиотики были применены у 20,7% (75/362) пациентов, т.е. в 1,26 раза чаще ($p=0,027$).

Аналогичные позитивные результаты обнаружены при анализе частоты бактериальных осложнений в зависимости от сроков начала лечения (табл. 2). Среди пациентов, обратившихся к врачу

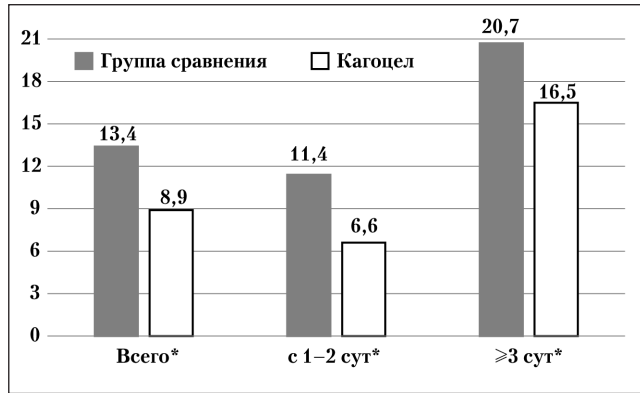


Рис. 2. Частота назначения системных антибактериальных препаратов в группах пациентов, принимавших и не принимавших препарат кагоцел, в т.ч. в зависимости от сроков обращения за медицинской помощью (%; * — разница между группами при $p<0,05$; χ^2)

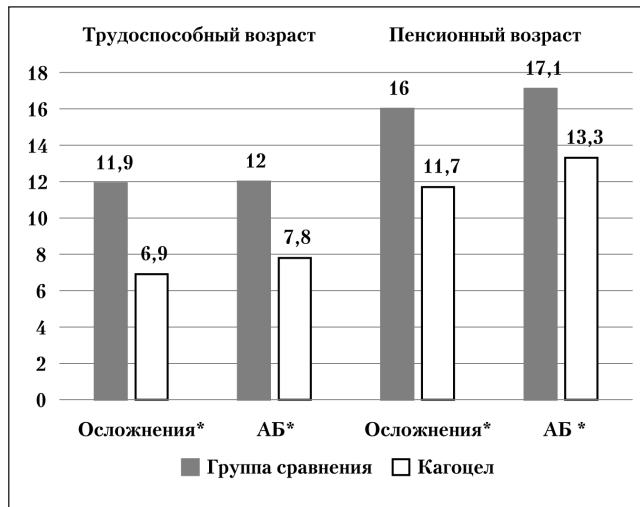


Рис. 3. Частота бактериальных осложнений и частота назначения системных антибиотиков в группах пациентов разного возраста, принимавших и не принимавших препарат кагоцел (%; * — разница между группами при $p<0,05$; χ^2)

на 1-е сутки заболевания, требующие назначения АБ осложнения были зарегистрированы в 4,7% случаях в группе кагоцела и в 11,2% случаев в группе сравнения, что в 2,38 раза больше ($p<0,001$). Назначение препарата кагоцел приводило также к сокращению числа осложнений сре-

ди пациентов, обратившихся к врачу на 2-е сутки заболевания, в 1,63 раза ($p<0,001$), а начавших лечение с 3–7 суток — в 1,33 раза ($p=0,009$).

Анализ частоты бактериальных осложнений и назначения системных АБ в разных возрастных группах пациентов, показал, что кагоцел эффективен в любом возрасте (рис. 3). Осложнения, требующие назначения АБ, реже были зарегистрированы у пациентов трудоспособного возраста — 6,9% (962/13862) в группе кагоцела и у 11,9% пациентов (146/1222) группы сравнения, что в 1,72 раза чаще ($p<0,001$). У женщин старше 55 лет и мужчин старше 60 лет осложнения были в 11,7% (399/3403) и 16,0% (73/455) случаях соответственно ($p=0,006$). АБ пациентам трудоспособного возраста были назначены в 7,8% (1087/13862) случаев в группе пациентов, получавших кагоцел, а в группе сравнения — 12,0% (147/1222), что в 1,54 раза больше ($p<0,001$). Пациенты пенсионного возраста АБ получали чаще — 13,3% (452/3403) в

группе кагоцела и 17,1% (78/455) в группе сравнения, что в 1,29 раза больше ($p=0,017$).

Назначение препарата кагоцел привело к сокращению применения всех групп системных АБ ($p<0,001$), особенно пенициллинов и непенициллиновых бета-лактамов (см. табл. 3). Так, пенициллины получали 3,7% (637/17 266) пациентов из группы кагоцела и 6,1% (103/1 680) пациентов группы сравнения, что достоверно в 1,65 раза чаще. В большей степени при назначении кагоцела отмечено снижение назначения амоксициллина (в 2,18 раза с 4,8 до 2,2%; $p<0,01$). Частота назначения бета-лактамов пенициллинов в обеих группах была сопоставимой, но другие бета-лактамы АБ получали 0,7% (119/17 266) пациентов из группы кагоцела и 2,1% (36/1 680) пациентов группы сравнения, что достоверно в 3 раза больше. В частности, при назначении кагоцела установлено уменьшение применения цефтриаксона в 4 раза с 1,2 до 0,3% ($p<0,05$). Зарегистрирована

Таблица 3. Антибактериальные препараты для системного применения у пациентов, принимавших и не принимавших кагоцел ($p<0,001$; χ^2)

Группа	МНН	код АТХ	Всего назначено антибиотиков (n=1764)	Группа сравнения (n=1680)	Кагоцел (n=17266)
Тетрациклины	Доксициклин	J01AA02	2	0 (0,00%)	2 (0,01%)
Пенициллины, в т.ч. бета-лактамы	Амоксициллин	J01CA04	454	81 (4,8%)	373 (2,2%)
	Амоксициллин+ Клавулановая кислота	J01CR02	279	21 (1,3%)	258 (1,5%)
	Ампициллин, Амоксициллин	J01CA01, J01CA04	1	0 (0,00%)	1 (0,01%)
	Амоксициллин,	J01CA04, J01CR02	2	1 (0,06%)	1 (0,01%)
	Амоксициллин+ Клавулановая кислота	J01CR04	4	0 (0,00%)	4 (0,02%)
Итого			740	103 (6,13%)	637 (3,69%)
Другие бета-лактамы	Цефазолин	J01DB04	3	2 (0,1%)	1 (0,01%)
	Цефуроксим	J01DC02	10	9 (0,5%)	1 (0,01%)
	Цефтриаксон	J01DD04	73	20 (1,2%)	53 (0,3%)
	Цефиксим	J01DD08	68	4 (0,2%)	64 (0,4%)
	Меропенем	J01DH02	1	1 (0,06%)	0 (0,00%)
Итого			155	36 (2,14%)	119 (0,69%)
Сульфаниламиды, макролиды, линкозамиды	Сульфаметоксазол+Триметоприм	J01EE01	8	5 (0,3%)	3 (0,02%)
	Эритромицин	J01FA01	2	1 (0,06%)	1 (0,01%)
	Спирамицин	J01FA02	3	3 (0,2%)	0 (0,00%)
	Джозамицин	J01FA07	21	3 (0,2%)	18 (0,1%)
	Кларитромицин	J01FA09	169	7 (0,4%)	162 (0,9%)
	Азитромицин	J01FA10	487	50 (3,0%)	437 (2,5%)
	Линкомицин	J01FF02	1	1 (0,06%)	0 (0,00%)
	Азитромицин, Кларитромицин	J01FA10, J01FA09	1	0 (0,00%)	1 (0,01%)
Итого			684	65 (3,87%)	619 (3,59%)
Производные хинолона	Офлоксацин	J01MA01	1	0 (0,00%)	1 (0,01%)
	Ципрофлоксацин	J01MA02	86	8 (0,5%)	78 (0,5%)
	Норфлоксацин	J01MA06	1	0 (0,00%)	1 (0,01%)
	Левифлоксацин	J01MA12	75	6 (0,4%)	69 (0,4%)
	Моксифлоксацин	J01MA14	1	1 (0,06%)	0 (0,00%)
	Гемифлоксацин	J01MA15	3	0 (0,00%)	3 (0,02%)
Итого			167	15 (0,89%)	152 (0,88%)
Другие АБ	Метронидазол	J01XD01	1	1 (0,06%)	0 (0,00%)
	Нитроксалин	J01XX07	1	0 (0,00%)	1 (0,01%)
	Гидроксиметилхиноксалиндиоксид	J01XX	3	0 (0,00%)	3 (0,02%)
Комбинации АБ разных групп	Гидроксиметилхиноксалиндиоксид, Азитромицин	J01XX, J01FA10	1	0 (0,00%)	1 (0,01%)
	Гидроксиметилхиноксалиндиоксид, Левифлоксацин	J01XX, J01MA12	1	0 (0,00%)	1 (0,01%)
	Азитромицин, Левифлоксацин	J01FA10, J01MA12	1	0 (0,00%)	1 (0,01%)

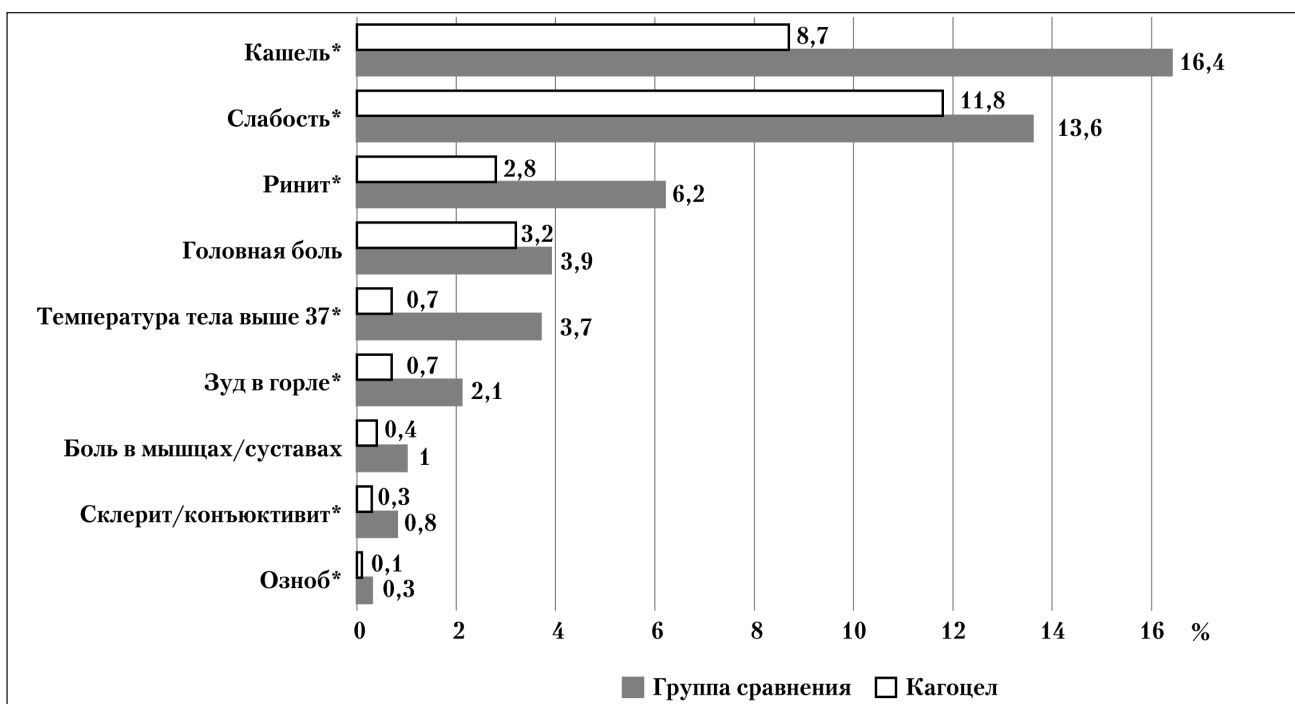


Рис. 4. Клиническая симптоматика гриппа и ОРВИ на 3-м визите у пациентов обеих групп (* – различие между группами при $p < 0,05$; χ^2)

также тенденция к сокращению частоты назначения макролидов в 1,08 раза.

Включение препарата кагоцел в состав терапии ОРВИ и гриппа приводило к улучшению клинической картины заболевания, что выражалось в более существенном и опережающем группой сравнения регрессе всех анализируемых симптомов заболевания и, соответственно, скорейшем выздоровлении (рис. 4).

В группе сравнения полное купирование всех симптомов гриппа и ОРВИ зарегистрировано в 70,8% случаев, а в группе кагоцела — 77,9%, что в 1,10 раза больше ($p < 0,001$). Выздоровление пациентов трудоспособного возраста наступало быстрее. Уже ко 2 визиту полное купирование всех симптомов ОРВИ и гриппа было зарегистрировано в 9,4% случаев: включая 5,5% пациентов группы сравнения и у 9,7% (в 1,76 раза больше) пациентов трудоспособного возраста, принимавших

кагоцел. К 3 визиту остаточные явления были в 17,3 и 15,7% случаях соответственно. Неблагоприятный исход (определялся как неполное купирование всех симптомов заболевания) был установлен в 5,3% случаев, включая 11,6% пациентов группы сравнения и 4,8% (в 2,52 раза меньше) в группе кагоцела ($p < 0,001$). Назначение кагоцела также способствовало улучшению исходов заболевания среди пациентов пенсионного возраста ($p < 0,05$), однако частота неблагоприятного исхода у них была выше в 13,6% случаях в группе сравнения и в 8,4% случаях (в 1,62 раза реже) в группе препарата кагоцел (см. табл. 4).

В среднем сроки выздоровления у пациентов группы кагоцел составили $7,23 \pm 1,75$ суток от начала заболевания, в группе сравнения — $7,34 \pm 1,87$ суток ($p = 0,070$) при значимом сокращении сроков у фоново тяжелых больных в среднем на 1 день с 8 суток ($7,84 \pm 1,81$) до 7 дней ($7,32 \pm 1,67$) ($p < 0,01$).

Таблица 4. Исход гриппа и ОРВИ у пациентов разного возраста, принимавших и не принимавших препарат кагоцел (n,%; $p < 0,05$)

Возраст	Исход	Группа сравнения	Кагоцел	Всего
Трудоспособный ($p < 0,001$)	Полное выздоровление к 2 визиту	67 (5,5%)	1348 (9,7%)	1415 (9,4%)
	Полное выздоровление к 3 визиту	802 (65,6%)	9670 (69,8%)	10472 (69,4%)
	Наличие на 3-м визите 1–2 легких симптомов легкой степени	211 (17,3%)	2181 (15,7%)	2392 (15,9%)
	Наличие на 3 визите 1–2 симптомов средней или тяжелой степени выраженности	142 (11,6%)	663 (4,8%)	805 (5,3%)
Пенсионный ($p = 0,047$)	Полное выздоровление к 2 визиту	19 (4,2%)	171 (5,0%)	190 (4,9%)
	Полное выздоровление к 3 визиту	300 (65,9%)	2256 (66,3%)	2556 (66,3%)
	Наличие на 3 м визите 1–2 симптомов легкой степени	74 (16,3%)	692 (20,3%)	766 (19,9%)
	Наличие на 3 визите 1–2 симптома средней или тяжелой степени выраженности	62 (13,6%)	284 (8,4%)	344 (8,9%)

Обсуждение результатов

Системные антибиотики, назначение которых как правило связано с присоединением бактериальных осложнений ОРВИ и гриппа, были назначены врачами в условиях амбулаторного лечения в 9,3% случаях. При этом показания в виде осложнений, требующие назначения АБ, были зарегистрированы реже (8,3%), причем бактериальная пневмония диагностирована лишь в 0,7% случаев. Таким образом, несмотря на растущую резистентность к антибиотикам и доказанную нецелесообразность назначения АБ при острых респираторных вирусных инфекциях, подобная тактика продолжается, хотя и в не столь большом проценте. Это может отражаться на ухудшении исходов и увеличении сроков терапии ОРВИ и гриппа (а также сроков нетрудоспособности) на фоне необоснованного удорожания стоимости лечения. Полученные данные согласуются с мнением некоторых ученых, считающих необоснованность полипрагмазии в отношении антибиотикотерапии при респираторных вирусных инфекциях [11, 12]. Наиболее часто назначаются АБ широкого спектра действия азитромицин и амоксициллин, что может быть связано с отсутствием проведения своевременного и адекватного микробиологического исследования.

Частота развития бактериальных осложнений и частота назначения антибиотиков для системного использования при ОРВИ и гриппе увеличивается пропорционально возрасту пациентов, наличия у них соматических заболеваний, тяжести настоящего вирусного заболевания, а также срокам начала лечения. Учитывая то, что отдаленные сроки обращения за квалифицированной медицинской помощью прямо коррелирует с тяжестью [13], целесообразным является пропаганда раннего начала этиотропной патогенетически обоснованной противовирусной терапии.

Назначение противовирусного препарата кагоцел в составе комплексного симптоматического лечения ОРВИ и гриппа способствует значительному сокращению числа бактериальных осложнений в 1,65 раза, а также снижению назначений системной антибактериальной терапии в 1,51 раза, что приводит к улучшению исхода заболевания, ускорению регресса симптомов и сроков выздоровления. Следует подчеркнуть, что на фоне приема препарата кагоцел было зарегистрировано снижение частоты назначения таких АБ как пенициллины и различные бета-лактамы (в т.ч. амоксициллин, амоксициллин в сочетании с клавулановой кислотой, цефтриаксон). Значимая эффективность зарегистрирована при различных сроках начала терапии (1-е, 2-е и ≥ 3 сутки), что говорит о целесообразности применения кагоцела даже при запоздалом начале лечения. Важно отметить, что максимальная эффективность за-

регистрирована у лиц трудоспособного возраста, что может быть связано с увеличением в группе пациентов пенсионного возраста больных с тяжелой соматической патологией.

Благодарности

Авторы статьи благодарят всех исследователей, принявших участие в наблюдательной программе «Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной практике (FLU-EE)»: Айрумян С.А., Акопян С.Ш., Амбарцумян Л.С., Анисимова Н.В., Арвеладзе Ц., Архипова Н.М., Атоян Р.К., Афанасьева С.А., Бабуренкова Т.Д., Бадиул А., Бакалу В., Барбакадзе М., Басков В.Л., Бахшян К.А., Беглица Л., Бойко И.Н., Большакова Т.В., Борисевич Г.Г., Борисенко Ю.В., Бородин Т.К., Боярко Г.А., Брежнева С.В., Бушева С.Н., Вакула И.В., Васильева Т.В., Васина Е.М., Вахитова З.Р., Веденеева О.И., Векшина В.А., Виноградова Г.Н., Вишняков А.С., Воронюк Е., Вострухина М.Н., Вульфович И.В., Вязанкина Ю.В., Гарибян А., Гаспарян Р.Г., Геворгян Ж.К., Гейсцова Е.В., Герр И.Е., Гилмуллина Ф.С., Гоголадзе Н., Голованова Е.Е., Голованова Н.В., Горелова М.С., Горкавцева О.Ю., Гребельская Т.П., Грекова Л.И., Григорьева И.Г., Григорян М.Н., Григорян Н.А., Григорян Н.С., Гридяева Л.Л., Гришина Е.В., Громацкий Е., Грушко В., Гукасян Н., Гульбина Е.Г., Гурьева Т.Н., Гусева И.Е., Давлетшина М.М., Давоян Т.З., Дарбинян С.В., Дашкевич О.В., Дгебуадзе Н., Девицына О.В., Дзадзамия Н., Добрынинский Д.А., Дюкова В.В., Егиазарян Р.С., Егорова С.В., Ежова Г.Ю., Елисеенко Л.Ф., Жезлова Г.А., Жмуровская Т.Д., Завидей К., Завозина Л.А., Загребнева Н.И., Заерова Л.М., Закарян С.С., Закирова А.М., Залялов М.А., Замятина Л.Л., Захарова И.Г., Захарова О.С., Зограбян Д.А., Зонина С.В., Игнатьева А.Л., Идрисов И.Р., Идрисова З.Д., Илуридзе Н., Ильин А.А., Ишимбаев И.Р., Ишимбаева А.Х., Карагезян Л.В., Карапетян А.В., Карапетян Л.С., Карапетян М.Г., Квернадзе М., Кейдер Е.В., Киприянова Е.В., Кириллова М.Н., Киронда О., Киселева Е.В., Клокова Т.А., Ковалева Л.Н., Кожухова Е., Козарь Е., Колосовская А.А., Копысова Г.Н., Коробицына О.А., Костарев О.В., Котикова Г.А., Круглова Н.В., Крячко Е.Г., Кспоян С.Т., Кудрякова Н.А., Кудряшова Н.О., Кузнецова С.М., Кузьмина Н.И., Кулиббетова Л.А., Кутян Т.А., Кушникова А.Р., Ларина В.К., Левова О.Н., Левченко Г.И., Ломжева Л.М., Лукина Н.Ф., Лунгу Л., Львова С.М., Мальхина В.А., Малышева А., Маннанова А.Н., Манукян А.К., Маринюк И., Марченко Е.А., Махсудян Н.А., Меликян В.С., Меньшикова Г.Н., Михайленко А.В., Мкртчян Н.Ю., Можина Л.Н., Мозина Л.В., Мусатова Л.А., Мындриану Ю., Назарова Т.А., Накудашвили Е., Насртдинов Р.Р., Настас И., Нахапетян М.М., Никулина И.В., Новак В., Новак Л., Нургалева Л.А., Оганисян Н.Р., Одинцова Т.А., Озерчук А.А.,

Озерчук Г.Ф., Орехова Е.Э., Орлова В.Ф., Осинцева О.В., Осипова Е.В., Панфилова И.Ю., Панфилова Л.А., Папоян Ж., Парахина В.В., Печерская М.Н., Пирцхелаури Е., Пистун О., Плачинта Н., Позднякова О.Ю., Полторацкая Е.В., Полякова Л.Г., Попова О.А., Прокудина И.А., Прыгунова Т.С., Пустынская М.С., Раменская Т.Е., Распопов А.С., Рубенкова А.А., Руснак А., Руснак О., Рыбичкая Т.С., Рязанова Н.В., Саакян Л.Б., Савельева О.В., Савинкина Н.В., Семовских Н.А., Серикова С.П., Серобян С.С., Серякова И.В., Сикорская Л., Симонова А.В., Ситников И.Г., Слесарева Д.С., Смирнова В.В., Смоль Д., Соколова Е.И., Сокоро-

ва Г.А., Сорокина Э.А., Соселия И., Софин А.Б., Стефанко О.М., Стульникова О.В., Сырбу В., Таболина Е.Е., Тадевосян Л.К., Татаренко Е.М., Ташник Л., Тернавский С.Н., Тетерина И.А., Тимофеева Л.Н., Тимошенко А.И., Тимошенко Е.В., Тищенко Е., Токарева К.А., Топчий Е.Е., Тороян Г.А., Тростина С., Угарова Е.А., Урвант О.В., Уткина О.В., Уткина И.И., Ушатый А.А., Федотова Н.В., Федотова О.П., Филипенко С.С., Хартукова С.Ю., Харченко О.А., Хачатрян С.Ю., Хведынич А.С., Хотеевкова Н.В., Храброва С.Л., Царева Т.В., Черневская Т., Чернышева М.В., Шакирова В.Г., Шмидько С.В., Шуликина О.В., Яким Л.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Львов Н.И., Лихопенко В.П.* Острые респираторные заболевания. Руководство по инфекционным болезням: 4-е изд., доп. и перер. СПб.: Фолиант; 2011, 2: III: 7—122. / *L'vov N.I., Lihopenko V.P.* Ostrye respiratornye zabolovaniya. Rukovodstvo po infekcionnym boleznjam: 4-e izd., dop. i perer. SPb.: Foliant; 2011, 2: III: 7—122. [in Russian]
2. *Романова И.В., Суздальцев А.А.* Грипп. Самара: ООО «Издательство Ас Гард»; 2013. / *Romanova I.V., Suzdal'cev A.A.* Gripp. Samara: ООО «Izdatel'stvo As Gard»; 2013. [in Russian]
3. *Еропкина М.Ю., Карпова Л.С., Коновалова Н.И., Лобова Т.Г., Петрова П.А., Шеканова С.М.* Грипп в сезоне 2014—2015 гг. в России: эпидемиология и свойства вирусов. Эпидемиол инфекц бол 2015; 20: 6: 4—11. / *Eropkina M.Ju., Karpova L.S., Konovalova N.I., Lobova T.G., Petrova P.A., Shhekanova S.M.* Gripp v sezone 2014—2015 gg. v Rossii: jepidemiologija i svojstva virusov. Jepidemiol infekc bol 2015; 20: 6: 4—11. [in Russian]
4. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2010 году». М.: ФГУ Центр гигиены и эпидемиологии; 2011. / Gosudarstvennyj doklad «O sanitarno-jepidemiologicheskoj obstanovke v Rossijskoj Federacii v 2010 godu». М.: FGU Centr gigieny i jepidemiologii; 2011. [in Russian]
5. *Львов Д.К., Бурцева Е.И., Колобухина Л.В., Федякина И.Т., Кириллова Е.С., Трушаклова С.В. и др.* Вирусологические, эпидемиологические, клинические, молекулярно-генетические особенности эпидемии гриппа 2015—2016 гг: доминирование вируса гриппа А (H1N1) pdm09 в России и странах северного полушария. Вopr вирусол 2016; 61: 4: 159—166. / *L'vov D.K., Burceva E.I., Kolobuhina L.V., Fedjakina I.T., Kirillova E.S., Trushakova S.V. i dr.* Virusologicheskie, jepidemiologicheskie, klinicheskie, molekularno-geneticheskie osobennosti jepidemii grippa 2015—2016 gg: dominirovanie virusa grippa A (H1N1) pdm09 v Rossii i stranah severnogo polusharija. Vopr virusol 2016; 61: 4: 159—166. [in Russian]
6. *Казюкова Т.В., Радциг Е.Ю., Панкратов И.В., Алев А.С.* Сравнительная оценка эффективности двух противовирусных препаратов в лечении гриппа и ОРВИ у детей 6—12 лет. Педиатрия 2015; 6: 105—112. / *Kazjukova T.V., Radcig E.Ju., Pankratov I.V., Alev A.S.* Sravnitel'naja ocenka jeffektivnosti dvuh protivovirusnyh preparatov v lechenii grippa i ORVI u detej 6—12 let. Peditrija 2015; 6: 105—112. [in Russian]
7. *Кокорева С.П., Сахарова Л.А., Куприна Н.П.* Этиологическая характеристика и осложнения острых респираторных инфекций у детей. Вopr современ педиатр 2008; 7: 1: 47—50. / *Kokoreva S.P., Saharova L.A., Kuprina N.P.* Jetiologicheskaja harakteristika i oslozhnenija ostryh respiratornyh infekcij u detej. Vopr современ peditr 2008; 7: 1: 47—50.
8. *Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Скворцова Е.М.* Актуальные вопросы диагностики и лечения гриппа. Поликлиника, инфекц бол 2012; 2: 104—107. / *Skvorcov V.V., Tumarenko A.V., Skvorcova E.M.* Aktual'nye voprosy diagnostiki i lechenija grippa. Poliklinika, infekc bol 2012; 2: 104—107. [in Russian]
9. *Купченко А.Н., Понезжева Ж.Б.* Современные принципы диагностики и лечения ОРВИ. Архив внутр мед 2016; 27: 1: 6—12. / *Kupchenko A.N., Ponezheva Zh.B.* Sovremennye principy diagnostiki i lechenija ORVI. Arhiv vnutr med 2016; 27: 1: 6—12.
10. *Романцов М.А.* Респираторные заболевания у часто болеющих детей. М.: Гэотар Медиа; 2014. / *Romancov M.A.* Respiratornye zabolovaniya u chasto bolejušhhih detej. М.: Gjeotar Media; 2014. [in Russian]
11. *Нисевич Л.Л., Волков К.С., Алексеева А.А., Томилова А.Ю., Баранник В.А., Эфендиева К.Е.* Подходы к терапии острых респираторных инфекций и гриппа при сезонном увеличении заболеваемости. Вopr современ педиатр 2015; 14: 1: 64—69. / *Nisevich L.L., Volkov K.S., Alekseeva A.A., Tomilova A.Ju., Barannik V.A., Jefendieva K.E.* Podhody k terapii ostryh respiratornyh infekcij i grippa pri sezonnom uvelichenii zabolevaemosti. Vopr современ peditr 2015; 14: 1: 64—69. [in Russian]
12. *Таточенко В.К.* Антибиотико- и химиотерапия инфекций. М.: Континент-Пресс; 2008. / *Tatochenko V.K.* Antibiotiko- i himioterapija infekcij. М.: Kontinent-Press; 2008. [in Russian]
13. *Фазылов В.Х., Ситников И.Г., Силина Е.В., Шевченко С.Б., Можина Л.Н., Замятин Л.Л. и др.* Лечение больных ОРВИ и гриппом в повседневной клинической практике (результаты многоцентрового международного наблюдательного исследования FLU-EE). Тер архив 2016; 11: 61—68. / *Fazylov V.H., Sitnikov I.G., Silina E.V., Shevchenko S.B., Mozhina L.N., Zamjatina L.L. i dr.* Lechenie bol'nyh ORVI i gripptom v povsednevnoj klinicheskoj praktike (rezul'taty mnogocentrovogo mezhdunarodnogo nabljudatel'nogo issledovanija FLU-EE). Ter arhiv 2016; 11: 61—68. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Фазылов Вильдан Хайруллаевич — д.м.н. профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань

Ситников Иван Германович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней, эпидемиологии и детских инфекций ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ярославль

Мальцев Николай Александрович — д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российская Федерация, Москва

Силина Екатерина Владимировна — д.м.н., профессор кафедры патологии человека ФГБОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Шевченко Сергей Борисович — д.м.н., профессор, проректор по научной работе и профессиональному образованию ФГБОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Еганян Гагик Азатович — д.м.н., профессор кафедры диагностики внутренних болезней Ереванский государственный медицинский университет им. Мхитара Гераци, Ереван, Армения

Корсантия Борис Мушневич — д.м.н., профессор, руководитель отдела иммунореабилитации, Институт медицинской биотехнологии им. Вл. Бахуташвили Тбилисского Государственного медицинского университета, Тбилиси, Грузия

Гроппа Лилиана Георгиевна — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренние болезни, ревматологии и нефрологии, Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемичану, Кишинев, Республика Молдова

кагоцел®
противовирусное средство

Работает

даже при запоздалом лечении!



Кагоцел® – выбор специалистов!¹

№1

СРЕДИ
ПРЕПАРАТОВ
ОТ ПРОСТУДЫ
И ГРИППА²

- **Кагоцел®** эффективен при приеме вплоть до четвертого дня от начала появления первых симптомов ОРВИ и гриппа.
- **Кагоцел®** быстро улучшает самочувствие и сокращает продолжительность клинических симптомов гриппа и ОРВИ вне зависимости от этиологии заболевания.
- **Кагоцел®** входит в СТАНДАРТЫ МИНЗДРАВА РФ по оказанию специализированной медицинской помощи при гриппе средней и тяжелой степени тяжести³.
- Профилактический 4-недельный курс приема **Кагоцела** способствует снижению частоты возникновения ОРВИ и гриппа в 3 раза, а также достоверно снижает число осложнений в 5 раз⁴.
- **Кагоцел®** имеет высокий профиль безопасности.

Современный противовирусный препарат для взрослых и детей с 3 лет

¹ По результатам голосования российских врачей в рамках премии «Russian Pharma Awards 2015» Кагоцел® – самый назначаемый препарат при профилактике и лечении ОРВИ и гриппа; по результатам голосования специалистов аптечной индустрии в рамках премии «Зеленый крест 2015» Кагоцел® – лучший безрецептурный препарат. ² По данным ЗАО «Группа ДСМ», Кагоцел® – самый популярный противовирусный препарат от простуды и гриппа в РФ в 2015 г., в упаковках. ³ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г.: № 724н, № 842н. ⁴ Лыткина И.Н., Малышев Н.А. Профилактика и лечение гриппа и острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых групп населения // Лечащий врач. – 2010. – № 10. – С. 66–69.

Подробную информацию вы можете получить на сайте: www.kagocel.ru

ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», 125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, д. 12. Тел./факс: +7 (495) 741-49-89.
Рег. уд. Р N002027/01 от 19.11.2007.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

