

# Возможности терапии острых респираторных заболеваний у работающих в условиях воздействия вредных производственных факторов низкой интенсивности

И.И.Логвиненко<sup>✉</sup>, М.И.Воевода

ФГБНУ Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины. 630089, Россия, Новосибирск, ул. Бориса Богаткова, д. 175/1; ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России. 630099, Россия, Новосибирск, Красный проспект, д. 52

Стабильно высокий уровень заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации и значимые вызываемые ими экономические потери диктуют необходимость разработки лечебных и профилактических мероприятий этой патологии.

**Цель исследования** – изучить терапевтическую эффективность и переносимость препарата Кагоцел при лечении острых респираторных заболеваний (ОРЗ).

**Материалы и методы.** В наблюдательное исследование были включены 100 пациентов в возрасте 43–65 лет, находившихся на амбулаторном лечении с установленным диагнозом ОРЗ, работавших в условиях воздействия вредных производственных факторов низкой интенсивности и принимавших Кагоцел в сочетании с симптоматической терапией. Контрольную группу составили 50 больных сопоставимого возраста с установленным диагнозом ОРЗ, получавших в амбулаторных условиях только симптоматическую терапию. Оценивали эффективность и переносимость препарата Кагоцел. Результаты наблюдательного исследования обрабатывали с помощью стандартного пакета программ Statistica 8.0 («StatSoft, Inc.», США) с использованием стандартных методов сравнительного анализа и описательной статистики.

**Результаты.** При оценке эффективности проводимого лечения установлено, что у пациентов, принимавших Кагоцел, интоксикационный и катаральный синдромы были менее выражены уже на 3-й день лечения, чем в группе больных, получавших только симптоматическую терапию. Анализ дополнительно назначаемых лекарственных препаратов показал, что в основной группе ни у одного пациента не было необходимости в назначении антибактериальных и муколитических препаратов, а длительность приема других средств симптоматической терапии составила  $1,8 \pm 0,1$  дня. В контрольной группе средняя длительность приема лекарственных средств –  $3,9 \pm 0,4$  дня ( $p < 0,05$ ), а в 10,0% случаях в связи с осложненным течением ОРЗ потребовалось назначение пенициллинов и муколитиков. Отмечены хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов при приеме препарата Кагоцел в период лечения ОРЗ.

**Выводы.** Результаты амбулаторного применения препарата Кагоцел в терапии ОРЗ свидетельствуют о более высокой клинической эффективности терапии (по сравнению с симптоматической терапией). При приеме препарата отмечено более быстрое купирование интоксикационного и катарального синдромов заболевания, что привело к уменьшению потребности в приеме симптоматических средств и способствовало более быстрому восстановлению трудоспособности (по сравнению с применением симптоматической фармакотерапии). Включение препарата Кагоцел в терапию ОРЗ не только привело к более быстрому купированию заболевания, но и предотвратило развитие осложнений. У пациентов основной группы, принимавшей Кагоцел, не было отмечено обострений хронического бронхита. Препарат хорошо переносился и его применение не сопровождалось развитием побочных эффектов.

**Ключевые слова:** острые респираторные заболевания, индукторы интерферонов, Кагоцел, работающие во вредных условиях труда, эффективность терапии.

<sup>✉</sup>111157@mail.ru

**Для цитирования:** Логвиненко И.И., Воевода М.И. Возможности терапии острых респираторных заболеваний у работающих в условиях воздействия вредных производственных факторов низкой интенсивности. Consilium Medicum. 2016; 18 (3): 24–29.

## Therapy of acute respiratory diseases with those operating under conditions of low intensity occupational hazards

I.I.Logvinenko<sup>✉</sup>, M.I.Voevoda

Research Institute of Therapy and Preventive Medicine. 630089, Russian Federation, Novosibirsk, ul. Borisa Bogatkova, d. 175/1; Novosibirsk State Medical University. 630099, Russian Federation, Novosibirsk, ul. Krasnyi prospekt, d. 52

Consistently high incidence of acute upper respiratory infections of multiple and unspecified localization, and significant economic losses induced by them dictate the need for the development of therapeutic and preventive measures against this pathology. The purpose of the study was to explore the therapeutic efficacy of the drug Kagocel and tolerance to it in the treatment of acute respiratory infections (ARI).

**Materials and methodology.** Included in the observational study were 100 patients from 43 to 65 years of age, who received outpatient treatment with a confirmed diagnosis of ARI, whose working conditions featured low intensity occupational hazards, and who were taking Kagocel in combination with symptomatic therapy. The control group consisted of 50 patients of comparable age with an established diagnosis of acute respiratory disease receiving only symptomatic therapy on an outpatient basis. Evaluated were the efficacy of Kagocel and the tolerance to the drug. The results of observational studies were processed with the standard software package Statistica 8.0 (StatSoft, Inc., USA) using standard methods of comparative analysis and descriptive statistics.

**Results.** The assessment of the treatment effectiveness revealed that the intoxication and catarrhal syndromes with patients taking Kagocel had been less pronounced already on day 3 of treatment, as compared to the group of patients receiving just symptomatic therapy. The analysis of additionally prescribed drugs showed that none of the patients in the main group was in need of being prescribed antimicrobial and mucolytic drugs, and the duration of taking symptomatic medications was  $1.8 \pm 0.1$  days. In the control group the average duration of receiving medications was  $3.9 \pm 0.4$  days ( $p < 0.05$ ), while 10.0 percent of the cases required administration of penicillins combined with mucolytics due to the complicated course of ARI. Also noted were good tolerance and lack of side effects in the course of treating ARI accompanied with the administration of Kagocel.

**Conclusions:** 1. The results of the outpatient administration of the drug Kagocel in the treatment of ARI demonstrate high clinical efficiency of ARI therapy with Kagocel as the reference drug (as compared to symptomatic therapy). 2. Administration of Kagocel featured a more rapid relief of intoxication and catarrhal syndromes of the disease, resulting in the reduction in the need for symptomatic remedies and facilitating a quicker recovery (as compared to symptomatic therapeutic agents). 3. The inclusion of the drug Kagocel in the ARI treatment not only resulted in a more rapid control of the disease, but also prevented the development of complications. Patients of the main group taking Kagocel did not suffer from exacerbations of chronic bronchitis. 4. Kagocel proved to be tolerated well, and its use was not accompanied by complications or side effects.

**Key words:** acute respiratory diseases, inductors of interferons, Kagocel, operation under conditions of occupational hazards, the efficacy of ARI.

<sup>✉</sup>111157@mail.ru

**For citation:** Logvinenko I.I., Voevoda M.I. Therapy of acute respiratory diseases with those operating under conditions of low intensity occupational hazards. Consilium Medicum. 2016; 18 (3): 24–29.

## Введение

По индексу развития человеческого потенциала Россия относится к группе стран с высоким уровнем человеческого развития [1]. Переход в группу стран с очень высоким уровнем развития человеческого потенциала сдерживается неудовлетворительным уровнем здоровья населения. Наиболее значимыми в плане экономических потерь, включая затраты на лечение, являются острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации. Экономический ущерб для Российской Федерации от этих заболеваний, согласно ориентировочным экспертным оценкам, в 2014 г. превысил показатели 2013 г. (362,1 млрд руб.) и составил 376 632 162,2 руб. [2, 3]. Результаты рейтингового анализа величин экономического ущерба, нанесенного отдельными инфекционными болезнями в 2005–2014 гг., показывают, что стабильный высокий уровень рейтинга (1-е место) в течение 10 лет сохраняли острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации [3].

После эпидемического подъема заболеваемости гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) в 2009 г. в динамике отмечалась тенденция к снижению заболеваемости, которая с 2010 г. находилась в диапазоне от 19 тыс. до 21 тыс. на 100 тыс. населения. По территориям РФ заболеваемость ОРВИ варьировалась в широком диапазоне – от 5 тыс. до 40 тыс. случаев на 100 тыс. населения. Относительно низкие показатели заболеваемости регистрировались в Чеченской республике, Кабардино-Балкарии, Ингушетии, а также Пензенской, Воронежской и Курской областях.

В структуре инфекционных заболеваний на территории Новосибирской области более 80% всех случаев приходится на грипп и ОРВИ (86,2% в 2013 г., 84,4% в 2014 г.), что превышает средний уровень по РФ (19 662,5 на 100 тыс. населения) на 13,7% (2013 г.) и 9,9% (2014 г.) [2–4].

Н.И.Львов и соавт. [5] установили, что в Санкт-Петербурге в эпидемический сезон 2013–2014 гг. среди респираторных вирусов в качестве возбудителей острых респираторных заболеваний (ОРЗ) доминировали вирусы гриппа А и В (30,3%), респираторный синцитиальный вирус (23,6%), риновирусы (22,8%) и аденовирусы (12,5%). Парагриппозная инфекция выявлена в 8,7%, коронавирусная – 4,4%, бокавирусная – 1,2%, энтеровирусная – 0,7% случаев. Структура возбудителей ОРЗ меняется в зависимости от возраста и профессиональной принадлежности: среди детей достоверно чаще регистрировали РС-вирусные заболевания и парагрипп, среди взрослых – грипп (у гражданских лиц) и аденовирусную инфекцию (у военнослужащих) [5].

Особенности этиологической структуры ОРЗ в разных возрастных категориях, антигенное разнообразие каждого конкретного возбудителя, микствирусные инфекции (РНК+ДНК-вирусы: грипп + аденовирусы, грипп + герпес), формирование постинфекционного иммунитета и резистентности к противовирусным препаратам, высокий уровень заболеваемости и значимые экономические потери диктуют необходимость разработки лечебных и профилактических мероприятий ОРЗ.

На фармакологическом рынке имеется большое количество лекарственных препаратов (симптоматических, комбинированных, с прямым противовирусным действием) для устранения симптомов ОРЗ и гриппа. В клиническую практику внедряют новые противовирусные препараты, к которым не развивается резистентность вирусов вследствие принципиально отличного механизма их действия [6]. В условиях высокого уровня заболеваемости, большого разнообразия вирусов, вызывающих респираторные заболевания, возможности появления новых возбудителей, сложности реализации диагностических методов (полимеразная цепная реакция, реакция иммунофлуоресцирующих анти-

тел, серологические реакции, вирусологические исследования), требующих или дорогостоящее оборудование и диагностика, или время (4–5 дней) [7], и формирования резистентности к противовирусным препаратам прямое действие пристальное внимание клиницистов привлекают препараты из группы индукторов интерферонов (ИФН) – препараты, действующие не на конкретный белок вируса, а на иммунные механизмы противовирусной защиты клеток организма, стимулирующие в нем синтез собственных эндогенных ИФН.

**Цель наблюдательного исследования** – изучить терапевтическую эффективность и переносимость препарата Кагоцел при лечении ОРЗ в амбулаторной практике.

Для реализации этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить терапевтическую эффективность препарата Кагоцел при лечении ОРЗ.
2. Оценить переносимость препарата Кагоцел и выявить его возможные побочные эффекты при лечении гриппа и ОРЗ.

## Материалы и методы

Наблюдательное исследование проведено в 2014 г. на базе Центра медицинской профилактики ФГБНУ «Новосибирский НИИ терапии и профилактической медицины» в соответствии с Национальными стандартами РФ ГОСТ-Р 52379-2005 «Надлежащая клиническая практика» (ICH E6 GCP), с обязательным соблюдением этических принципов, изложенных в Хельсинкской декларации 1975 г. с дополнениями 2013 г., получением информированного согласия у пациентов.

В наблюдательное исследование были включены 150 пациентов возрасте 43–65 лет, находившихся на амбулаторном лечении с установленным диагнозом ОРЗ, легкое течение, работающие в условиях воздействия вредных производственных факторов низкой интенсивности (вахтовый метод и работа в условиях воздействия напряжения зрения и электромагнитных полей – компьютер, химические факторы производственной среды, не превышающие предельно допустимых уровней и концентраций). Продолжительность симптомов от начала их появления у данных пациентов не превышала 48 ч.

При первом обращении пациента к врачу за медицинской помощью проводились регистрация жалоб, сбор анамнеза, полный физикальный осмотр, назначение лечения ОРЗ, больной подписывал информированное согласие на участие в программе и обработку персональных данных, оценивалось соответствие пациента критериям включения /невключения.

В основную группу включали пациентов с установленным диагнозом ОРЗ с продолжительностью симптомов не более 48 ч от начала их появления. Больным назначали препарат Кагоцел и симптоматическую терапию.

Контрольную группу оставили пациенты с установленным диагнозом ОРЗ с продолжительностью симптомов не более 48 ч. Больным назначали симптоматическую терапию.

Пациенты основной группы (100 человек – 50 мужчин и 50 женщин) получали Кагоцел в сочетании с симптоматической терапией: обильное питье, аскорбиновая кислота по 100 мг 3 раза в сутки, анилиды – парацетамол внутрь по 500 мг при лихорадке выше 38,0°C и  $\alpha$ -адреномиметики – нафазолин интраназально по 2 капли 4 раза в сутки. Кагоцел с лечебной целью назначался согласно инструкции: 2 дня по 2 таблетки 3 раза в день, в последующие 2 дня – по 1 таблетке 3 раза в день. Всего на курс – 18 таблеток, длительность курса – 4 дня.

Пациенты контрольной группы (50 человек – 25 мужчин и 25 женщин) при лечении ОРЗ получали симптоматическую терапию: обильное питье, аскорбиновая кислота

Симптом	Основная группа (n=100)		Контрольная группа (n=50)		t <sub>эмп</sub>	p
	%	балл, M±m	%	балл, M±m		
Лихорадка	100,0	37,8±0,01	100,0	37,8±0,03	0	≥0,05
Головная боль	100,0	4,62±1,62	100,0	4,48±1,48	1,2	≥0,05
Слабость	100,0	4,92±0,9	100,0	4,88±0,88	0,8	≥0,05
Ринорея	100,0	2,34±0,66	100,0	2,44±0,56	0,7	≥0,05
Заложенность носа	100,0	2,47±1,1	100,0	2,7±0,7	1,2	≥0,05
Воспалительные изменения в ротоглотке	100,0	4,32±0,37	100,0	4,22±0,3	0,8	≥0,05
Кашель	37,0	0,5±0,0	42,0	0,54±0,0	0,3	≥0,05

Примечание. Здесь и в табл. 2: M – среднее значение, m – стандартное отклонение, n – число обследованных, % – доля в процентах, t<sub>эмп</sub> – полученное эмпирическое значение t-критерия Стьюдента, p – значимость различий.

Симптом	Группа	n	2-й визит	3-й визит	χ <sup>2</sup>	f	p
Нормализация лихорадки, %	Основная	100	80,0	93,0	11,019 <sup>1-2</sup>	1	<0,01 <sup>1-2</sup> <0,01 <sup>1-3</sup>
	Контрольная	50	54,0	70,0	14,089 <sup>1-3</sup>	1	
Головная боль, балл, M±m	Основная	100	1,6±0,1*	0,25±0,1*	33,078 <sup>1-2</sup>	4	<0,01 <sup>1-2</sup> <0,01 <sup>1-3</sup>
	Контрольная	50	2,06±0,2	1,22±0,4	31,600 <sup>1-3</sup>	4	
Слабость, балл, M±m	Основная	100	1,67±0,1	0,43±0,0*	33,610 <sup>1-2</sup>	4	<0,01 <sup>1-2</sup> <0,01 <sup>1-3</sup>
	Контрольная	50	2,14±0,7	1,44±0,8	39,034 <sup>1-3</sup>	4	
Ринорея, балл, M±m	Основная	100	1,26±0,6	0,1±0,01*	7,333 <sup>1-2</sup>	2	<0,01 <sup>1-2</sup> <0,01 <sup>1-3</sup>
	Контрольная	50	1,16±0,2	0,28±0,1	7,589 <sup>1-3</sup>	2	
Заложенность носа, балл, M±m	Основная	100	1,36±0,8	0,22±0,17	0,834 <sup>1-2</sup>	3	≥0,05 <sup>1-2</sup> <0,01 <sup>1-3</sup>
	Контрольная	50	1,46±0,4	0,52±0,22	13,185 <sup>1-3</sup>	2	
Воспалительные изменения в носоглотке, балл, M±m	Основная	100	1,66±0,7	0,23±0,22*	22,889 <sup>1-2</sup>	4	<0,01 <sup>1-2</sup> <0,01 <sup>1-3</sup>
	Контрольная	50	1,84±0,8	1,16±0,4	30,509 <sup>1-3</sup>	4	
Кашель, балл, M±m	Основная	100	0,21±0,16*	0,13±0,11*	25,168 <sup>1-2</sup>	3	<0,01 <sup>1-2</sup> <0,01 <sup>1-3</sup>
	Контрольная	50	0,74±0,3	0,54±0,24	14,257 <sup>1-3</sup>	2	

Примечание: χ<sup>2</sup> – критерий Пирсона с поправкой на правдоподобие, f – число степеней свободы; \*p<0,05 между основной и контрольной группой, <sup>1-2</sup> – значимость различий между 1 и 2-м визитом, <sup>1-3</sup> – значимость различий между 1 и 3-м визитом.

по 100 мг 3 раза в сутки, анилиды – парацетамол внутрь по 500 мг при лихорадке выше 38,0°C, муколитики – амброксол по 30 мг 3 раза в сутки, α-адреномиметики – нафазолин интраназально по 2 капли 4 раза в сутки.

По полу, возрасту, условиям труда (воздействие вредных производственных факторов низкой интенсивности – химические вещества, не превышающие предельно допустимых концентраций в воздухе рабочей зоны) и быта, наличию вредных привычек (курение) и сопутствующих заболеваний основная и контрольная группы были равноценны.

У 15% пациентов основной и 12% – контрольной группы в анамнезе был хронический необструктивный бронхит, длительность заболевания составила от 5 до 10 лет.

В ходе исследования все пациенты посещали врача на 3-й (2-й визит) и 6-й (3-й визит) дни лечения. Во время 2-го визита проводились регистрация жалоб и полный физикальный осмотр. Результаты регистрировались в мультипараметрической таблице (МПТ). Степень выраженности симптома (лихорадка, головная боль, слабость, ринорея, заложенность носа, боль в горле, кашель) оценивалась в баллах (от 0 – отсутствие симптома, 1 – симптом непостоянный в течение суток, 2 – симптом слабо выраженный, 3 – симптом умеренно выраженный, 4 – выраженный до 5 – сильно выраженный симптом), что в дальнейшем позволило оценить динамику регресса каждого патологического признака в отдельности.

На 6-й день наблюдения проводили: регистрацию жалоб, тщательное физикальное обследование, при необходимости – лабораторное (общий анализ крови, общий

анализ мокроты) и рентгенологическое (рентгенограмма органов грудной клетки) обследования. Для определения итогового балла врач подсчитывал сумму баллов по каждому симптому в отдельности (табл. 1) и вносил полученные данные в МПТ, регистрировал все случаи развития побочных реакций, наблюдавшихся в процессе лечения пациента, а также оценивал приверженность больного соблюдению терапии.

Основными критериями оценки терапевтической эффективности были регресс основных клинических симптомов и синдромов, присоединение бактериальных осложнений. Регрессом симптома считали достижение 0 баллов по МПТ (т.е. полное его отсутствие).

Переносимость препарата Кагоцел оценивалась на основании регистрации и анализа частоты возникновения нежелательных реакций, зарегистрированных самостоятельно пациентом или врачом независимо от предполагаемой связи с исследуемым препаратом. Использовали следующие критерии переносимости препарата [8]:

- хорошая – отсутствие нежелательных лекарственных реакций, связанных с приемом препарата;
- удовлетворительная – наличие нежелательных лекарственных реакций, связанных с приемом препарата, но не требующих терапевтического вмешательства;
- неудовлетворительная – наличие нежелательных лекарственных реакций, связанных с приемом препарата, требующих дополнительного лечебного вмешательства.

Для обеспечения единообразия условий тестирования пациенты ежедневно в одно и то же время самостоятельно выполняли измерение температуры тела утром в 09:00 ч и

вечером в 21:00 ч и заполняли дневник пациента, в котором отмечали прием лекарственных препаратов.

Полученные результаты обрабатывали с помощью стандартного пакета программ Statistica 8.0 («StatSoft, Inc.», США) с использованием стандартных методов сравнительного анализа и описательной статистики. Частотные показатели интерпретировали на основании точного критерия Фишера (*f*-критерий). Оценку значимости различий исходов в зависимости от приема Кагоцела проводили с помощью критерия  $\chi^2$  (Пирсона) с поправкой на правдоподобие и двустороннего критерия Фишера. Для оценки силы связи между приемом Кагоцела и исходом использовали коэффициент сопряженности Пирсона. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

При первичном обследовании клиническая характеристика больных обеих групп не имела существенных различий (см. табл. 1).

У всех пациентов обеих групп зарегистрированы интоксикационный синдром (слабость, лихорадка, головная боль) и катаральные симптомы поражения носоглотки (ринорея, заложенность носа, боль в горле, гиперемия ротоглотки, отечность миндалин) разной степени выраженности. Лихорадочный синдром также наблюдался у всех пациентов, при этом средняя температура тела у больных обеих групп не различалась:  $37,8 \pm 0,01^\circ\text{C}$  в основной группе и  $37,8 \pm 0,03^\circ\text{C}$  в контрольной (*t*-критерий Стьюдента,  $p > 0,05$ ). Сухой кашель на визите скрининга был у 37% пациентов основной и 42% – контрольной групп. В то же время аускультативных изменений в органах дыхания на визите скрининга у пациентов обеих групп выявлено не было (табл. 2).

Интегральная оценка динамики исчезновения симптомов при лечении ОРЗ за период 6-дневного наблюдения показала, что большинство пациентов обеих групп на 2-м визите отмечали значительное улучшение состояния. Анализ эффективности проводимого лечения показал, что у пациентов, получавших Кагоцел, интоксикационный синдром (лихорадка, головная боль, слабость) были менее выражены уже ко 2-му визиту (3-й день лечения), чем в группе больных, получавших только симптоматическую терапию. После завершения лечения температура тела у 93% пациентов основной и 70% контрольной группы не превышала нормальных значений. Динамическое наблюдение позволило выявить, что катаральный синдром – ринорея, воспалительные изменения в носоглотке (за исключением заложенности носа) у лиц, получавших Кагоцел, также достоверно был менее выражен уже на 3-й день лечения по сравнению с пациентами контрольной группы. У всех лиц, получавших препарат Кагоцел, не было зафиксировано развития бактериальных осложнений ОРЗ. В группе контроля у 5 (10,0% случаев) человек течение ОРЗ осложнилось обострением хронического бронхита, что потребовало назначения антибактериальной терапии и привело к удлинению сроков временной нетрудоспособности у этих пациентов до 14 дней (в среднем по группе –  $6,24 \pm 3,5$  дня), тогда как временная нетрудоспособность в основной группе составила  $4,6 \pm 1,2$  дня.

Анализ результатов проведенного исследования свидетельствует о положительном влиянии терапии индукторами ИФН, в частности Кагоцелом, на субъективные данные и соматический статус. При оценке эффективности лечения препаратом Кагоцел установлено наличие положительной связи между приемом препарата и нормализацией температуры (на 3-й день приема препарата сила связи была средней: нормированное значение коэффициента Пирсона – 0,37, и увеличилась к концу болезни до относительно сильной: нормированное значение коэффициента Пирсона – 0,414) и уменьшением ринореи (к концу болез-

ни сила связи стала средней: нормированное значение коэффициента Пирсона – 0,319). О более раннем исчезновении лихорадки при приеме Кагоцела и «смягчении симптомов интоксикации» (по сравнению с приемом плацебо) также свидетельствуют результаты клинических исследований, проведенных на базе лаборатории исследований новых средств защиты от вирусных инфекций ФГБУ «НИИ гриппа» (Санкт-Петербург) [9].

Известно, что указанные симптомы (интоксикационный и катаральный) в наибольшей степени вызывают дискомфорт у больных, в связи с чем именно темпы их регрессии позволяют оценивать клинический эффект того или иного лекарственного препарата. Полный регресс всех симптомов за период наблюдения отмечен у 70% больных основной и 26% – контрольной группы. Более выраженная эффективность Кагоцела по сравнению с традиционной симптоматической терапией, вероятно, обусловлена тем, что этиотропный эффект препарата в отношении широкого спектра вирусов сочетается с выраженными иммуномодулирующими свойствами [9], так как индукторы ИФН стимулируют нейтрофилы периферической крови, увеличивая их противовоспалительный потенциал и возможность генерации активных форм кислорода, чем повышают бактерицидные свойства крови [10].

Одним из критериев эффективности лечения являлась потребность в приеме симптоматических препаратов. Оценка этого параметра в терапии ОРЗ важна, так как полипрагмазия сопряжена с более высоким риском развития побочных эффектов и требует больших затрат на лечение. При анализе дополнительно назначаемых лекарственных препаратов обращает на себя внимание, что в основной группе ни у одного пациента не было необходимости в дополнительном назначении антибактериальных и муколитических препаратов, а длительность приема симптоматических препаратов была  $1,8 \pm 0,1$  дня. В контрольной группе средняя длительность приема медикаментов была  $3,9 \pm 0,4$  дня ( $p < 0,05$ ), а в 10,0% случаев в связи с осложненным течением ОРЗ потребовалось назначение пенициллинов в комбинациях (амоксциллин + клавулановая кислота по 1000 мг 2 раза в день в течение 7 дней) и муколитиков – амброксол по 30 мг 3 раза в сутки.

Все пациенты, включенные в исследование, получили полный курс терапии Кагоцелом и отметили его хорошую переносимость. Во время лечения не зарегистрировано ни одного случая развития побочных реакций, связанных с приемом исследуемого препарата, что подтверждает результаты, полученные Н.А.Малышевым и соавт. [9].

## Выводы

1. Результаты амбулаторного применения препарата Кагоцел в терапии ОРЗ свидетельствуют о более высокой клинической эффективности лечения с использованием данного препарата в качестве базисного средства (по сравнению с симптоматической терапией).
2. При приеме Кагоцела отмечено более быстрое купирование интоксикационного и катарального синдромов заболевания, что привело к меньшей потребности в симптоматических средствах и способствовало более быстрому восстановлению трудоспособности (по сравнению с применением симптоматических лечебных средств).
3. Включение препарата Кагоцел в терапию ОРЗ привело не только к более быстрому купированию заболевания, но и предотвратило развитие осложнений. У пациентов основной группы, принимавших Кагоцел, не было острых хронического бронхита.
4. Препарат Кагоцел хорошо переносится, и его применение не сопровождалось развитием осложнений и побочных эффектов.

## Литература/References

1. Программа развития ООН. Индекс человеческого развития в странах мира в 2014 году. [Электронный ресурс]. Центр гуманитарных технологий. 24.07.2014. URL: <http://gtmarket.ru/news/2014/07/24/6843> / Programma razvitiia OON. Indeks chelovecheskogo razvitiia v stranakh mira v 2014 godu. [Elektronnyi resurs]. Tsentr gumanitarnykh tekhnologii. 24.07.2014. URL: <http://gtmarket.ru/news/2014/07/24/6843> [in Russian]
2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2013 году. Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2014; с. 191. / O sostoianii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiiia naseleniia v Rossiiskoi Federatsii v 2013 godu. Gosudarstvennyi doklad. M.: Federal'naia sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitel'ei i blagopoluchiiia cheloveka, 2014; s. 191. [in Russian]
3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2014 году. Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2015; с. 206. / O sostoianii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiiia naseleniia v Rossiiskoi Federatsii v 2014 godu. Gosudarstvennyi doklad. M.: Federal'naia sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitel'ei i blagopoluchiiia cheloveka, 2015; s. 206. [in Russian]
4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Новосибирской области в 2014 году. Государственный доклад. Новосибирск: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2013; с. 239. / O sostoianii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiiia naseleniia v Novosibirskoi oblasti v 2014 godu. Gosudarstvennyi doklad. Novosibirsk: Federal'naia sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitel'ei i blagopoluchiiia cheloveka, 2013; s. 239. [in Russian]
5. Львов Н.И., Писарева М.М., Мальцев О.В. и др. Особенности этиологической структуры ОРВИ в отдельных возрастных и профессиональных группах населения Санкт-Петербурга в эпидемический сезон 2013–2014 гг. Журн. инфектологии. 2014; 6 (3): 62–70. / L'vov N.I., Pisareva M.M., Mal'tsev O.V. i dr. Osobennosti etiologicheskoi struktury ORVI v otdel'nykh vozrastnykh i professional'nykh grup-pakh naseleniia Sankt-Peterburga v epidemicheskii sezon 2013–2014 gg. Zhurn. infekologii. 2014; 6 (3): 62–70. [in Russian]
6. Малкоч А.В., Анастасевич Л.А., Боткина А.С. Острые респираторные заболевания и возможности иммуномодулирующей терапии. Лечащий врач. 2008; 8: 58–62. / Malkoch A.V., Anastasevich L.A., Botkina A.S. Ostrye respiratornye zabo-levaniia i vozmozhnosti immunomoduliruiushchei terapii. Lechashchii vrach. 2008; 8: 58–62. [in Russian]
7. Жукова Л. Дифференциальный диагноз, лечение и профилактика острых респираторных вирусных инфекций. Врач. 2010; 10: 2–6. / Zhukova L. Differentsi-al'nyi diagnoz, lechenie i profilaktika ostrykh respiratornykh virusnykh infektsii. Vrach. 2010; 10: 2–6. [in Russian]
8. Кузнецова О.Ю., Плешанова Ж.В. Место современных комбинированных препаратов в лечении острых респираторно-вирусных инфекций в амбулаторной практике. Consilium Medicum. 2010; 12 (3): 93–102. / Kuznetsova O.Iu., Pleshano-va Zh.V. Mesto sovremennykh kombinirovannykh preparatov v lechenii ostrykh res-piratorno-virusnykh infektsii v ambulatornoi praktike. Consilium Medicum. 2010; 12 (3): 93–102. [in Russian]
9. Малышев Н.А., Колобухина Л.В., Меркулова Л.Н., Ершов Ф.И. Современные под-ходы к повышению эффективности терапии и профилактики гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций. Consilium Medicum. 2005; 7 (10): 831–5. / Malyshev N.A., Kolobukhina L.V., Merkulova L.N., Ershov F.I. Sovremennye podkhody k povysheniiu effektivnosti terapii i profilaktiki grippa i drugikh ostrykh respiratornykh virusnykh infektsii. Consilium Medicum. 2005; 7 (10): 831–5. [in Rus-sian]
10. Ершов Ф.И., Тазулахова Э.Б. Индукторы интерферона – новое поколение имму-номодуляторов. Terra Medica. 1998; 2: 2–7. / Ershov F.I., Tazulakhova E.B. Induktory interferona – novoe pokolenie immunomodulyatorov. Terra Medica. 1998; 2: 2–7. [in Russian]

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Логвиненко Ирина Ивановна** – д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр. лаб. профилактической медицины ФГБНУ НИИПМ, ГБОУ ВПО НГМУ. E-mail: 111157@mail.ru  
**Воевода Михаил Иванович** – чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., дир. ФГБНУ НИИПМ, ГБОУ ВПО НГМУ. E-mail: mvovoda@ya.ru