

Е.Г. Кондюрина, д.м.н., проф., заведующая кафедрой педиатрии ФУВ Новосибирской медицинской академии

Анаферон детский в лечении и профилактике гриппа и ОРВИ у детей в современных условиях. Обоснование и существующие возможности

Приходится признать, что 2009 год стал для всех врачей в мире годом пересмотра своего отношения к проблеме гриппа. Новый высокопатогенный вирус гриппа, начав свое распространение по миру из Мексики, в короткое время охватил все континенты. По данным ВОЗ на конец ноября заболевания, вызванные новым вирусом гриппа, отмечаются в 206 странах. К настоящему времени в мире инфекция зарегистрирована и подтверждена более чем у 520 тысяч человек, у 6770 — с летальным исходом. В среднем летальность при данной разновидности гриппа составляет около 1% [1]. Согласно данным вирусологического мониторинга ВОЗ среди всех вирусов гриппа вирус «свиного» гриппа устойчиво занимает доминирующее положение и выявляется в среднем, в 85% регистрируемых случаев гриппа. При этом отмечено, что группами риска по тяжелому течению нового гриппа среди всех прочих групп являются дети.

В России необычно ранним в этом году оказался сезонный подъем заболеваемости ОРВИ и гриппом. В некоторых городах и субъектах эпидпорог был превышен в 8–10 раз. Что касается заболеваемости высокопатогенным гриппом, то по данным главного санитарного врача РФ Онищенко Г.Г. в целом в России доля высокопатогенного вируса колеблется около 29–34%.

Большинство экспертов-вирусологов склонно считать, что штамм А/Н1N1 2009 является результатом антигенного сдвига (полная замена одного подтипа гемагглютинина, реже — нейраминидазы на другой) высокопатогенного вируса — «испанского» гриппа (H1N1), эпидемия которого была в 1918 году. Этот вирус вызвал одну из самых страшных эпидемий 20-го века, сопровождавшуюся гибелью более 20 миллионов человек. Со временем данный вирус исчез из популяции, но его дрейф-варианты (менее выраженные изменения антигенной структуры вируса) встречались еще до 1995 г. и вызывали локальные вспышки заболевания. На всем протяжении существования данного вируса в его геноме происходили мутации. Причем, как предполагают в настоящее время большинство вирусологов, очередная мутация вируса произошла в организме свиньи и сопровождалась реассортацией генов от нескольких вирусов: вируса сезонного гриппа людей, вируса гриппа, который поражает свиней Северной Европы, вируса птичьего гриппа и вируса, поражающего свиней в Европе и Азии. За счет чего вирус приобрел высокую вирулентность. Вместе с тем, специалисты ВОЗ отмечают относительно быстрое развитие резистентности нового пандемического вируса к этиотропным препаратам.

Согласно рекомендациям ВОЗ и министерства здравоохранения РФ, в целом тактика лечения и профилактики гриппа и ОРВИ в современных условиях остается прежней и предусматривает применение ряда противовирусных препаратов, препаратов интерферонов и индукторов интерферонов. Однако, учитывая риск быстрого распространения

резистентных штаммов вирусов гриппа, ВОЗ в настоящее время рекомендует воздерживаться от применения этиотропных препаратов для профилактики нового гриппа [2].

Поэтому актуальным на сегодняшний момент является применение препаратов, которые обладают противовирусным действием, но не воздействуют на геном вируса и на его рецепторы, что предотвращает мутации и появление резистентных штаммов. Вместе с тем стоит учитывать тот факт, что в эпидемический период кроме вирусов гриппа заболеваемость в большей мере обусловлена другими респираторными вирусами. Часто присоединение этих вирусов происходит на фоне гриппозной инфекции или в период ревалесценции после перенесенного гриппа. Поэтому важно, чтобы препарат, который применяется для профилактики и лечения вирусных респираторных заболеваний обладал широким спектром противовирусной активности и усиливал противовирусную резистентность организма. Наиболее интересными в этом отношении следует считать препараты, которые активируют неспецифические защитные реакции, одновременно обладая противовирусной и иммуностимулирующей активностью. К этой группе относятся индукторы интерферонов.

Эти препараты вызывают выработку в организме эндогенных интерферонов. Эндогенным интерферонам принадлежит ключевая роль в борьбе с вирусами и другой чужеродной генетической информацией [3]. Они подавляют репродукцию разнообразных по генетическому составу вирусов на стадии трансляции, обязательной и универсальной для всех типов вирусов, при этом, не оказывая прямого влияния на вирионы и их геном, что предотвращает появление резистентных штаммов вирусов. При этом интерфероны II-го типа (ИФН- γ) активируют не только неспецифические реакции (например, фагоцитоз), а также клеточное и гуморальное звено иммунитета, что способствует быстрому удалению вирусных частиц из организма, а также восстановлению функциональной активности всей иммунной системы [4].

По данным ГУ НИИ гриппа РАМН, новые высокопатогенные штаммы гриппа угнетают в организме выработку ИФН- γ , что приводит к снижению силы иммунного ответа и развитию тяжелых форм заболевания. Применение средств, действующих через ИФН- γ , позволяет компенсировать угнетающее влияние вируса на иммунный ответ [3, 4, 5].

К таким индукторам относится анаферон детский (P N000372/01), известный в России уже более 7 лет. Анаферон оказывает двойное действие: противовирусная активность широкого спектра реализуется за счет индукции не только ИФН- α , но и ИФН- γ , а иммуномодулирующее влияние осуществляется через ИФН- γ . Важно, что анаферон не только усиливает индуцированную продукцию ИФН- γ , но и увеличивает число рецепторов к данному интерферону. Кроме того, анаферон восстанавливает функциональный резерв клеток, участвующих

в иммунном ответе. Учитывая новые данные относительно механизма действия, эффективности и безопасности препарата, государственный Фармакологический комитет Минздрава России принял решение вывести «Анаферон» и «Анаферон детский» из фармакологической группы «гомеопатические препараты» и классифицировал данные препараты, как противовирусные и иммуномодулирующие (коды АТХ: J05AX, L03AX). Кроме того, Минздрав России расширил показания к применению анаферона детского для лечения и профилактики ОРВИ и гриппа у детей. В настоящее время препарат разрешен к применению у детей в возрасте от 1 месяца и старше.

Профилактическая и лечебная эффективность анаферона и анаферона детского подтверждена более чем у 7600 пациентов (5587 из которых дети), в ходе более чем 40 контролируемых клинических исследований. Большинство исследований были посвящены оценке профилактической и лечебной эффективности анаферона и анаферона детского по отношению к ОРВИ и гриппу [6].

В частности профилактическая и лечебная эффективность анаферона детского оценивалась в многоцентровом, рандомизированном, двойном слепом, плацебо-контролируемом исследовании, которое было проведено сотрудниками НИИ гриппа РАМН (г. Санкт-Петербург) и кафедры детских инфекционных болезней Российского медицинского государственного университета (г. Москва). В исследовании приняли участие 304 ребенка в возрасте от 1 месяца до 14 лет [6, 7, 8].

Было показано, что профилактический прием анаферона детского обеспечивает статистически значимое снижение заболеваемости гриппом (сезонным гриппом А (H1N1), А (H3N2) и В), а также другими ОРВИ в 2–2,7 раза. Лечебное применение анаферона достоверно уменьшает продолжительность основных симптомов заболевания (гипертермии, интоксикации, катаральных симптомов) на 1,5–3 суток, а также сокращает частоту бактериальных осложнений в 1,9–2,5 раза. Применение анаферона статистически значимо повышает способность клеток к индуцированной продукции ИФН- α и ИФН- γ , нормализует показатели иммунного статуса к моменту выздоровления после инфекции, достоверно повышает уровень активности местных факторов резистентности. Опираясь на имеющийся опыт исследований и применения препарата, заведующий кафедрой детских инфекций ГОУ РГМУ (г. Москва), академик РАМН Учайкин В.Ф. высказал мнение о перспективности применения анаферона детского для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ, в том числе гриппа H1N1.

В другом исследовании было выявлено, что использование анаферона при лечении детей с ОРВИ и гриппом позволяет достоверно сокращает продолжительность болезни ($7,79 \pm 0,29$ дня против $10,18 \pm 0,56$ дня в группе сравнения, $p < 0,001$), уменьшает продолжительность лихорадочного периода – на 1,5 ($p < 0,002$) и снижает риск развития бактериальных осложнений в 3 раза ($p < 0,004$). Так же установлено, что у пациентов, получавших анаферон детский, в 2 раза сокращается доля детей, являющихся носителями вируса гриппа А, что предотвращает распространение инфекции в детском коллективе. [9].

Профилактический прием анаферона детского улучшает состояние слизистой верхних дыхательных путей и снижает степень деструкции эпителия носоглотки, что повышает устойчивость к внедрению вирусов в организм [10].

С учетом требований нынешней эпидемической ситуации в ближайшее время планируется проведение вакцинации

от нового высокопатогенного вируса гриппа. Для достижения эффективности этого мероприятия охват вакцинацией должен составлять не менее 70% декретируемого населения. Для обеспечения широкого охвата детского населения новой вакциной необходимо предотвратить заболеваемость острыми вирусными инфекциями в течение минимум 14 дней до вакцинации. Опыт применения анаферона детского для подготовки детей к вакцинации свидетельствует, что помимо уменьшения числа детей с временными отводами от прививки, анаферон обеспечивает увеличение доли детей, которым вакцинация обеспечила иммунологическую защищенность (серопротекцию). Так, применение анаферона способствует увеличению количества вакцинируемых детей в 1,6 раза, а также повышению иммунологической эффективности вакцинации [11, 12].

Таким образом, учитывая выше сказанное, можно сделать следующий вывод. Анаферон детский является одним из перспективных препаратов для лечения и профилактики ОРВИ и гриппа, его применение в современных эпидемических условиях полностью обосновано как экспериментальными, так и клиническими данными, а также, мнением ведущих экспертов.

Список литературы

1. http://www.who.int/csr/don/2009_11_20a/en/index.html
2. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/swineflu_faq_antivirals/en/index2.html
3. Ершов Ф.И., Киселев О.И. Интерфероны и их индукторы. М.: Изд. «Гэотар», 2005. – 368 с.
4. Мейл, Д. Иммунология / Д. Мейл, Дж. Бростофф, Д.Б. Рот, А. Ройтт / Пер. с англ. – М.: Логосфера, 2007. – 568 с.
5. Образцова Е.В., и др. Интерфероновый статус у детей при острых респираторных инфекциях. Интерферонотерапия. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 2009, №8, приложение, С. 22-26.
6. Самсыгина Г.А. Анаферон детский. Накопленный опыт применения нового средства для профилактики и терапии вирусных инфекций у детей. // Педиатрия. – 2008. №6. С. 129-132.
7. Учайкин В.Ф. (ред.) Анаферон детский – отечественный иммунокорректор с противовирусной активностью. Пособие для врачей-педиатров, инфекционистов. – М. – 2003. – 31 с.
8. Осидак Л.В., и др. Анаферон детский. Новое средство в терапии и профилактике ОРЗ у детей. Методическое пособие для врачей. Санкт-Петербург. 2003.
9. Заплатников А.Л., Коровина Н.А., Бурцева Е.И., и др. Современные препараты, содержащие сверхмалые дозы действующего вещества и традиционные гомеопатические средства в профилактике и лечении ОРВИ и гриппа у детей. // Педиатрия. – 2009. №1. С. 95-100.
10. Кондратьева Е.И., и др. Неспецифическая профилактика острых респираторных заболеваний у детей с бронхиальной астмой. // Педиатрия. 2007. №2. С. 76-79.
11. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Бурцева Е.И. и др. Оптимизация профилактики и лечения вирусных инфекций у детей. // Поликлиника. 2007. №2. С. 8-11.
12. Вавилова В.П., Бурцева Е.И., и др. Реализация новых технологий в программе профилактики гриппа и других ОРВИ у детей, инфицированных микобактериями туберкулеза. // Детские инфекции. – 2009. №3 С. 53-58.