

МЕСТО ТОПИЧЕСКИХ ИНТЕРФЕРОНОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Надей Е.В., Нестерова К.И., Нечаева Г.И., Шупина М.И., Терещенко Ю.В.

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет МЗРФ. Омск. ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России, кафедра внутренних болезней и семейной медицины ДПО

PLACE OF TOPICAL INTERFERON FOR ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTION DURING PREGNANCY

Nadey E.V., Nesterova K.I., Nechayev G.I., Shupina M.I., Tereshchenko J.V.

Omsk State Medical University. Omsk

К настоящему моменту наукой описано примерно 5000 видов вирусов, им уже более 120 лет посвящают глубокие научные исследования. Для них, как и для любого живого существа на Земле, характерно стремление выжить и дать продолжение собственному виду.

Высокой распространенностью, контагиозностью, развитием транзиторных иммунодефицитных состояний, тенденцией к обострению хронических воспалительных заболеваний объясняется актуальность проблемы острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), которые представляют собой клинически и морфологически схожие острые воспалительные заболевания органов дыхательной системы [1,6,7]. Группу риска по заболеваемости ОРВИ составляют дети, люди пожилого возраста, а также беременные женщины [4].

Естественное следствие физиологически протекающей беременности – повышенная восприимчивость к различным инфекциям. Это связано с усилением физиологической иммуносупрессией организма матери по мере увеличения срока нормальной гестации, а также с нарастанием анатомо-функциональных изменений в органах респираторной системы [3]. Во время беременности развивается перевес Th2-лимфоцитов, частично за счёт индукции синтеза ИЛ-4 прогестероном. Клеточно-опосредованный иммунный ответ угнетен. Иммуносупрессия реализуется за счёт ряда гормонов и цитокинов (ИЛ-4, ИЛ – 10 и ТФР-бета). В процессе беременности снижается активность естественных киллерных клеток [2]. Таким образом, изменения в иммунной системе являются одним из основных факторов реализа-

ции вирусной инфекции у беременных.

Лекарственная терапия, используемая для устранения симптомов ОРВИ, представлена симптоматическими средствами, препаратами с прямым противовирусным действием и иммуномодуляторами с противовирусной активностью [5,7].

Цель работы. Оценить клиническую эффективность интраназального интерферона человеческого рекомбинантного альфа-2b (10 000 МЕ /мл) в лечении острой респираторной вирусной инфекции у беременных на сроке гестации 14 недель, при раннем (первые 48 часов) и более позднем (через 72-96 часов) обращении за медицинской помощью.

Пациенты и методы. На этапе амбулаторного лечения под наблюдением терапевта, акушер-гинеколога, оториноларинголога находились 37 беременных на сроке гестации 14 недель. 17 из них обратились в ранние сроки заболевания, 8 обратились через 72 часа от начала болезни, обе группы получали системные противовирусные средства прямого действия в сочетании с интраназальным использованием интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного (10 000 МЕ /мл) в виде спрея (Гриппферон) по 3 дозы в каждый носовой ход 5-6 раз/сут (разовая доза 3000 МЕ, суточная доза 15000-18000 МЕ). Контрольная группа из 12 женщин получала только системные противовирусные средства прямого действия и симптоматическую терапию. Из них 7 пациенток обратились в первые 2 суток от начала заболевания, 5 – спустя 72 часа от начала болезни.

Собранные жалобы, анамнез, клинический осмотр и инструментально-лабораторные исследо-

вания (передняя риноскопия, общий анализ крови и мочи) позволили получить информацию о клинической картине заболевания и определить тактику ведения пациенток. При оценке источников инфицирования пациенток установлено, что в 38% случаев заражение произошло в общественных местах, у 23% – на рабочем месте, у 16% – при посещении поликлиник, в 13% случаев – от членов семьи.

Данное исследование было проведено на базе 3-х медицинских учреждений Омска. Период наблюдения за каждой пациенткой составил 3 недели. На каждом визите при осмотре оценивали следующие симптомы:

- Озноб;
- слабость;
- повышение температуры;
- боль в мышцах;
- ринит;
- першение в горле;
- кашель;
- боль в горле;
- явления конъюнктивита;
- головная боль.

Оценка состояния осуществлялась во время контрольных визитов на 3-й день (визит 2), 7-й (визит 3), 14-й (визит 4), 21-й (визит 5) по следующей шкале:

- 0 — симптомы отсутствуют;
- 1 — легкое течение: симптомы определяются, но легко переносятся;
- 2 — среднетяжелое течение: симптомы определяются и причиняют беспокойство.

Лечение пациенток с тяжёлым течением ОРВИ проводилось в стационарных условиях, данные пациентки в исследование не включались.

Результаты и их обсуждение. Раннее обращение (первые 48 часов) беременных с клиническими проявлениями ОРВИ регистрировалось в 64,9%, позднее (на 4 сутки) – в 35,1%. До начала терапии на первом визите пациентки предъявляли жалобы на симптомы интоксикации, проявляющиеся повышением температуры до 37,4°С (78,3%) и общей слабостью (93,1%), нарушение носового дыхания (87,4%), выделения из носа (62,9%), чувство першения (47,3%) и боли в глотке при глотании (39,7%). При передней риноскопии определялись отёк и гиперемия слизистой полости носа, при фарингоскопии – инъекция сосудов мягкого неба, гиперемия зева. Проявления легкой степени тяжести квалифицировалось в 76,5%, средней степени тяжести в 23,5%.

Наибольшие различия в выраженности симптомов на фоне проводимой терапии были отмечены при втором визите: у пациенток 1 группы они были в 1,8 раза менее выражены, чем у пациенток 2 группы и в 1,9 раз, чем в контрольной

группе у пациенток с ранним обращением, а также в 2,3 раза менее выражены, чем у пациенток контрольной группы с поздним обращением. Во всех 3 группах в первые 3 дня отмечена нормализация температуры тела. Выявленность катаральных явлений в первые три дня уменьшилась у 75% пациенток 1 группы, 47% пациенток 2 группы и лишь у 24% – 3 группы. Динамика купирования ключевых симптомов – першения в горле, сухого кашля и боли в горле, была также лучше при втором визите в группах 1 и 2. К третьему визиту пациентки 1 группы жалоб не предъявляли, у пациенток 2 группы в 29% случаев сохранялась общая слабость и сухой кашель, на фоне першения в горле в ночные часы, указанные клинические симптомы были отмечены у 37% пациенток 3 группы. К четвёртому визиту у пациенток 3 группы, с поздним обращением от начала болезни, сохранялся легкий астенический синдром в виде общей слабости.

Заключение. Включение топической формы рекомбинантного человеческого альфа-2b интерферона (Гриппферона) в состав терапии ОРВИ у беременных характеризуется быстрым началом действия и приводит к улучшению клинической картины заболевания, существенному регрессу основных симптомов, ускорению сроков выздоровления в случае позднего обращения. Препарат обладает хорошим профилем безопасности. Использование рекомбинантного человеческого альфа-2b интерферона (Гриппферона) в виде назального спрея расширяет возможности эффективной и безопасной терапии острой респираторной вирусной инфекции у беременных, улучшая качество их жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Айламазян Э.К. Методические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике инфекции, вызванной вирусом гриппа А/Н1N1 у беременных женщин / Э.К. Айламазян [и др.]. – СПб: Издательство Н-Л, 2010. – 35 с.
2. Алешкин В.А., Ложкина А.Н., Загородняя З.Д. Иммунология репродукции: Пособие для врачей, ординаторов и научных работников. Чита, 2004. С. 79.
3. Белокрыничка Т.Е., Кошмелева Е.А., Трубицына А.Ю. Беременность и пандемия гриппа – 2009: Эффективность мер профилактики и факторы риска заболеваемости // Материалы XI Всероссийского форума «Матери дитя». 2010. С. 26-27.
4. Ершов Ф.И., Касьянова Н.В., Полонский В.О. Возможна ли рациональная фармакотерапия гриппа и других ОРВИ//Consilium Medicum. Инфекции и антимикробная терапия. 2003. Т.5, № 6. С. 129-134.
5. Кареткина Г.Н. Грипп. ОРВИ: проблемы профилактики и лечения. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2015. № 4, С. 25-34.
6. Киселев О.И. Грипп беременных / А.Ф. Попов, О.И. Киселев //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2013 – № 3. – С. 40-43.
7. Романцов М.Г., Киселев О.И., Сологуб Т.В. Этиопатогенетическая фармакотерапия ОРВИ и гриппа. Лечащий врач. 2011, № 2. – С. 92-96.