

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗЕЛЬТАМИВИРА ПРИ ГРИППЕ А (H1N1) pdv-09

Е.Н. Сергиенко, И.Г. Германенко

Белорусский государственный медицинский университет

Как известно, ОРВИ относятся к самоэлиминирующимся инфекциям, что обуславливает отсутствие специфических противовирусных препаратов в отношении большинства респираторных вирусов, поэтому лечение проводится в основном назначением патогенетической и симптоматической терапии [1,2]. Возможности этиотропной (противовирусной) терапии существуют только при гриппе. На сегодняшний день существует 2 группы препаратов для лечения гриппа: ингибиторы М2-каналов и ингибиторы нейраминидазы [2,3]. Для лечения гриппа А (H₁N₁) pdv-09 эффективными являются ингибиторы нейраминидазы, назначение которых должно проводиться строго по показаниям, в адекватных дозах и с первых дней заболевания [1,4,5].

С целью определения эффективности озельтамивира при лечении пациентов с гриппом А (H₁N₁) pdv-09 проведен сравнительный анализ с учетом времени назначения препарата. Озельтамивир назначался с учетом возрастных норм в разовой дозе: дети 1-го года жизни: 0–1 мес. — 2 мг/кг массы тела, 1–3 мес. — 2,5 мг/кг массы тела, 3–12 месяцев — 3 мг/кг массы тела; дети старше 1 года: с массой тела менее 15 кг — 30 мг, 15–23 кг — по 45 мг, 23–40 кг — по 60 мг, более 40 кг — по 75 мг), кратность приема — 2 раза в день. Длительность назначения озельтамивира составила 5 (4–6) дней.

Под нашим наблюдением находилось 40 пациентов с гриппом А (H₁N₁) pdv-09, с этиотропной целью которым назначался озельтамивир, из них 18 детям (45%) — в первые 48 часов от начала заболевания (основная группа) и 22 (55%) — позднее 48 часов (группа сравнения).

Обе группы сопоставимы по клиническим симптомам (рис. 1). У всех пациентов при поступлении отмечалась температура, причем у большинства детей до фебрильных цифр (в основной группе температура составила 39,5 °С (39,0–40,0 °С), в группе сравнения — 39,0 °С (39,0–39,5 °С). Респираторные проявления в виде кашля и/или ринита/ заложенности носа регистрировались в 94% и 100% случаев соответственно. Сопутствующая патология (ВПС, наличие искусственного водителя ритма, БРА, хронический синусит, хронический тонзиллит) выявлена практически с одинаковой частотой как в основной группе (22%), так и группе сравнения (23%). Тяжелое состояние при поступлении в стационар было у 33% и 17% пациентов соответственно.



Рисунок 1. Сравнительная характеристика наблюдаемых пациентов в группах до назначения озельтамивира

Критериями эффективности назначения озельтамивира являлись сроки нормализации температуры, продолжительность основных симптомов болезни (фебрильной лихорадки, кашля, ринита) и частота развития осложнений.

На рисунке 2 представлены результаты применения озельтамивира с учетом сроков назначения препарата при лечении пациентов с гриппом А (H₁N₁) pdv-09.

Длительность лихорадки в основной группе составила 4 дня (3–4), что было значимо ниже, чем в группе сравнения — 6 дней (5–7) при $p=0,0008$, при этом продолжительность фебрильной лихорадки была также достоверно меньше — 2,5 дня (2–3) и 5 дней (3–6) соответственно, $p=0,0023$. Длительность респираторных проявлений/ кашля/ ринита или заложенности носа достоверно различались и были менее продолжительны в группе пациентов, которым озельтамивир назначался в первые 48 часов болезни — 8 дней (5–12) и 12 дней (9–14), $p=0,0138$ / 7,5 дней (3–12) и 12 дней (7–14), $p=0,0237$ / 5 дней (1–7) и 8 дней (7–10), $p=0,0054$ соответственно.

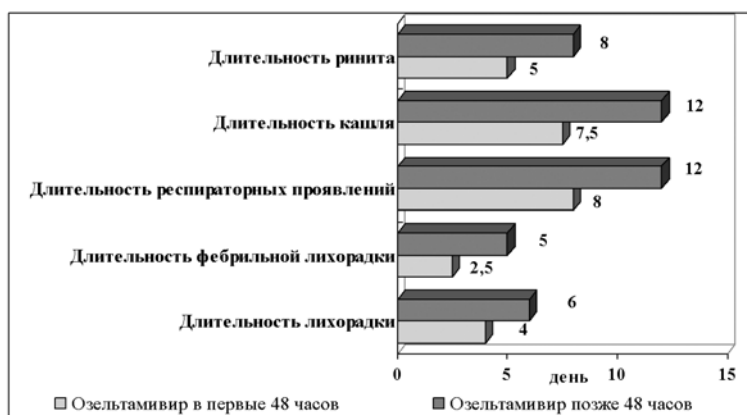


Рисунок 2. Результаты применения озельтамивира при лечении пациентов с гриппом А (H₁N₁) pdv-09

Анализ результатов применения озельтамивира показал, что в основной группе осложнения в виде сепсиса, пневмонии, пневмонии+отита зарегистрированы у 5 пациентов (28%), что достоверно реже, чем в группе сравнения — 68% случаев (отит, пневмония, пневмония+отит, пневмония+плеврит), $p=0,0261$.

Длительность лечения в стационаре в основной группе пациентов составила 9 дней (6–12) и была достоверно ниже, чем в группе сравнения — 11 дней (10–14), $p=0,0236$. На длительность стационарного лечения, безусловно, повлияло наличие осложнений у пациентов, что потребовало назначения курса антибактериальной терапии, проведения контрольных лабораторных и инструментальных исследований в динамике.

Выводы:

1. Наличие клинических маркеров гриппа (фебрильная лихорадка с явлениями интоксикации, респираторные проявления в виде сухого кашля, заложенности носа или ринита), особенно у пациентов с сопутствующей патологией и тяжелым течением заболевания, обосновывает назначение озельтамивира в ранние сроки (48 часов), что подтверждается достоверными результатами в виде сокращения длительности лихорадки до 4 дней (3–4), фебрильной лихорадки до 2,5 дней (2–3), респираторных проявлений до 8 дней (5–12), в т.ч. кашля до 7,5 дней (3–12) и ринита/заложенности носа до 5 дней (1–7) по сравнению с группой пациентов, которым озельтамивир назначался позднее 48 часов;

2. Раннее назначение озельтамивира позволило сократить частоту развития осложнений в 2,4 раза (28% в основной группе и 78% в группе сравнения) и избежать неблагоприятных исходов при развитии тяжелых осложнений;

3. Назначение озельтамивира в первые 48 часов от момента появления симптомов заболевания привело к сокращению длительности пребывания пациентов в стационаре до 9 дней (6–12), что достоверно меньше, чем в группе сравнения — 11 дней (10–14), что имеет важное значение для практического здравоохранения, так как уменьшает риск внутрибольничного инфицирования, особенно при лечении пациентов в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации и сокращает затраты на пребывание и лечение пациентов в стационаре.

ASSESSMENT OF CLINICAL EFFICIENCY OF OZELTAMIVIR AT INFLUENZA A PDV-09 (H1N1)

E.N. Serhiyenka, I.G Germanenka

SARS are self eliminated infections, which causes lack of specific antiviral drugs for most respiratory viruses, so the treatment is carried out mainly appointment pathogenetic and symptomatic treatment.

Conclusions. Appointment of oseltamivir in the first 48 hours after the onset of symptoms has led to a reduction in the duration of hospital stay up to 9 days (6–12), which was significantly lower than in the control group — 11 days (10–14)

Литература.

- 1) Зайцев, А.А. Острые респираторные вирусные инфекции: перспективы противовирусной терапии / А.А. Зайцев, О.И. Клочков, А.В. Горелов // Вестник семейной медицины. – 2009. - №5. – С. 4-10.
- 2) Львов, Д.К. Ингибиторы нейраминидазы вируса гриппа – препараты выбора при эпидемиях и новой пандемии / Д.К. Львов // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2009. - №4. – С. 87-92.
- 3) Особенности современного течения ОРВИ/ гриппа в условиях эпидемического подъема и эффективность противовирусной терапии у пациентов с гриппом А/Н₁Н₁/sw. / С.Н. Орлова [и др.] // Эпидемиология инфекционные болезни. – 2010. - №5. – С. 51-54.
- 4) Bartlett, J.G. 2009 H1N1 influenza – just the facts: antiviral agents for influenza / J.G. Bartlett // Medscape infectious diseases [Electronic resource]. – 2009. – Mode of access: <http://www.medscape.com/viewarticle/709464>. – Date of access: 25.02.2012.
- 5) Mixtures of oseltamivir-sensitive and –resistant pandemic influenza A/H1N1/2009 viruses in immunocompromised hospitalized children / M. Suhaila [et al.] // The Pediatric Infection Disease Journal. – 2011. - № 7. - P. 625-627.