

УДК 616.921.5-022.6:616.988.7

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА И ДРУГИХ ОРЗ

А.В.Слободенюк, Ю.В.Григорьева

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбургский НИИВИ

Современная система защиты населения от гриппа базируется на фундаментальных научных разработках отечественных и зарубежных учёных [4,18,21]. Сложнее обстоит проблема борьбы с другими ОРЗ негриппозной этиологии, против которых специфическая профилактика практически отсутствует.

Рассматривая отлаженную систему защиты населения от гриппа, мы, тем не менее, должны совершенствовать методы повышения её эффективности с целью использования этих разработок для профилактики гриппа и ОРЗ.

Усилия исследователей в последние годы направлены на разработку методов неспецифической профилактики гриппа и ОРЗ и поиск высокоэффективных препаратов для применения их в качестве средств дополнительной экстренной защиты как вакцинированных против гриппа, так и ревакцинированных лиц.

Неспецифическая профилактика гриппа и других ОРЗ ориентирована главным образом на защиту невакцинированных, в первую очередь детей и других лиц с высоким риском неблагоприятного исхода заболевания [7,12]. Она осуществляется с помощью химиопрепаратов, интерферона и его индукторов и других средств, повышающих неспецифическую резистентность организма к инфекциям.

Роль неспецифической (сезонной и экстренной) профилактики резко возрас-

тает в условиях появления новых эпидемических вариантов вирусов, которые более устойчивы к гриппозным вакцинам со "старым" антигенным составом.

Эффективным средством профилактики ОРЗ оказался медикаментозный комплекс из витаминов С, группы В, пантотената кальция, димедрола и дибазола, который применялся в ясельных группах детей [17]. Количество случаев ОРЗ в защищенной группе детей было в 1,6 раза меньше, чем в контроле за период наблюдения.

Применение в течение 3-6 мес. только витамина С не дало положительных результатов по снижению заболеваемости ОРЗ среди детей, хотя положительно сказалось на клинике заболеваний [20,22].

Более эффективным было применение комплекса мероприятий - купание в бассейне, санация носоглотки, УФО, прием витаминов С и группы В, дибазола и димедрола, что позволило снизить заболеваемость гриппом и ОРЗ среди детей ДДУ в 2 раза [8].

В других наблюдениях этих же авторов было показано, что для профилактики гриппа и ОРЗ у детей до 7 лет эффективными оказались липоевая кислота и ее комплекс с янтарно-кислым натрием и пантотенатом кальция, рибоксин, панангин, экстракт элеутерококка. В частности, назначение этих препаратов курсами по 7-10 дней в предэпидемический период позволило снизить заболеваемость гриппом и ОРЗ среди детей в 2,1 раза при использовании липоевой кислоты и в 1,5 раза - при использовании комплекса препаратов-метаболитов среди детей, часто болеющих ОРЗ.

Аналогичные результаты по изучению профилактической эффективности комплекса витаминов С и В с дибазолом и димедролом были получены при защите детей ясельных групп, при этом у забо-

левших детей количество осложнений пневмонией было снижено в 4 раза [13].

Из фитопрепаратов-адаптогенов, стимулирующих неспецифическую резистентность организма, представляет интерес экстракт элеутерококка. По сообщению А.И.Баркана с соавт.(1) в период эпидемии гриппа и при вспышке аденовирусной инфекции в межэпидемический по гриппу период прием препарата позволил снизить заболеваемость этими инфекциями соответственно в 3,6 и 3,0 раза.

О благотворном влиянии элеутерококка на иммунологические показатели и заболеваемость детей респираторными инфекциями в период их адаптации к условиям детского сада сообщают и другие авторы [9,16].

Противоположной точки зрения в отношении эпидемиологической эффективности препарата придерживаются другие исследователи, не получившие достоверного снижения заболеваемости гриппом и ОРЗ в период эпидемии [12].

В наших наблюдениях (1984-1986г.г.) применение элеутерококка в осенне-зимние сезоны в ДДУ в комплексе с поливитаминами и УФО позволило достоверно снизить суммарную заболеваемость детей гриппом и ОРЗ в 1,5 раза по сравнению с контролем.

Среди препаратов, используемых для профилактики гриппа и ОРЗ у детей, следует отметить лейкоцитарный интерферон и его индукторы, применение которых показано для плановой экстренной профилактики этих заболеваний у детей высокого риска неблагоприятных исходов заболевания.

Анализ многочисленных сообщений по его эффективности весьма разноречив. Наряду с положительной оценкой интерферона с активностью 12-32 ед\мл приводятся и отрицательные результаты его профилактической эффективности в период эпидемий гриппа [14].

Не было получено достоверного снижения заболеваемости гриппом и ОРЗ

и при использовании интерферона с 5000ед\мл, который применяли на протяжении трех месяцев среди детей сиротского приюта[23].

В контролируемых наблюдениях Л.С.Приймаги с соавт.(12) интерферон с активностью 100ед\мл, вводимый интраназально путем распыления его по 0,5 мл 2 раза в неделю в течение пяти недель в комплексе с поочередным применением двух других неспецифических препаратов, позволял достоверно снижать заболеваемость гриппом и ОРЗ более чем в 2 раза.

Такие разноречивые показатели эпидемиологической эффективности интерферона вероятней всего, обусловлены разными методами и схемами его применения.

В наших исследованиях, когда интерферон применялся для экстренной защиты детей от гриппа и ОРЗ, была дана сравнительная оценка его эффективности при разных схемах и методах аппликации. Показано успешное применение препарата в ДДУ в период подъема заболеваемости гриппом путем инстилляций его распылителем в носовые ходы по 0,5 мл не менее двух раз в день в течение всей эпидемии. При этом индекс эффективности препарата равнялся 1,8 ($p < 0,05$).

При сравнении эффективности высокоактивного реаферона и лейкоцитарного интерферона не было отмечено существенных различий между этими препаратами [3].

Одним из перспективных направлений исследований по совершенствованию методов неспецифической профилактики гриппа и ОРЗ является поиск высокоактивных и безвредных индукторов эндогенного интерферона. т.к. при длительном применении экзогенного интерферона у детей угнетается продукция эндогенных альфа-интерферонов.

Одним из апробированных и внедренных в практику препаратов является продигозан - полисахаридный комплекс, который вводится интраназально в дозе 25мкг. Применение препарата один раз в

неделю двумя курсами по 3 введения (300 мкг на курс) в период эпидемии гриппа В позволило снизить заболеваемость среди детей 7-16 лет в 2,0-2,3 раза.

Кроме того, было установлено, что применение продигозана в дозе 50 мкг один раз в неделю двумя курсами в течение трех недель способствовало нормализации иммунного статуса организма детей, повышало лизоцимную активность сыворотки крови.

Мало изученными индукторами эндогенного интерферона являются фитопрепараты, которые легко всасываются и свободно выводятся из организма, что позволяет применять их длительными курсами. Они также обладают противовирусной активностью и способностью индуцировать резистентность организма к инфекциям [5,9]. В настоящее время известно около 20 высших растений, содержащих иммуностимулирующие полисахариды, которые усиливают функции микро- и макрофагов [10].

Приводятся сообщения о противогриппозной интерферониндуцирующей активности адаптогена сапарал, полученного из корней аралии маньчжурской [11].

Интересные результаты наблюдений представлены О.В.Васильевой [2], которая дала оценку различным отечественным иммуномодулирующим и лечебным препаратам, примененным автором у рабочих промышленного предприятия. В период сезонных подъемов заболеваемости ОРЗ применение растительных адаптогенов из группы аралиевых позволило снизить заболеваемость гриппом и ОРЗ среди защищенных рабочих в 2-3 раза, а при приеме антиоксидантов и поливитаминов этот показатель равнялся 1,9-2,6.

Одним из перспективных фитопрепаратов, изученным нами в эксперименте и в ограниченных наблюдениях на детях в период эпидемий гриппа, является экстракт люцерны - эраконд, действующим началом которого являются гуаниновые соединения.

Было показано, что в механизме защитного действия эраконда при гриппе важная роль принадлежит стимуляции препаратом фагоцитоза, увеличению числа спленоцитов и пролиферации лимфоцитов крови.

В наблюдениях на детях ДДУ в периоды эпидемий гриппа (1994-1996г.г.) эраконд при пероральном применении по 1г в течение 7 дней способствовал достоверному снижению суммарной заболеваемости гриппом и ОРЗ среди защищенных детей в 1,7 раза и уменьшению продолжительности одного случая заболевания в 1,2-1,9 раза.

Результаты научных разработок, выполненных в разные годы, позволили внедрить в практику здравоохранения систему комплексной защиты населения от гриппа и ОРЗ, включая средства специфической и неспецифической профилактики [4,15]. Ближайшей задачей исследований является совершенствование этой системы, поиск новых эффективных препаратов для повышения неспецифической резистентности организма к респираторным вирусным инфекциям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркан А.И. с соавт.//Педиатрия.-1980. N4. С.65-66
2. Васильева О.В. Обоснование и оценка эффективности применения лечебно-профилактических препаратов для снижения заболеваемости рабочих промпредприятий: Автореф. дисс. канд. С-Петерб., 1997. 29с.
3. Гагаринова В.М. с соавт.//Реаферон (генно-инженерный человек.альфа-2 интерферон).Л.,1988. С.53-58.
4. Гагаринова В.М. Научно-методич. основы и результаты внедрения комплексной дифференцированной системы борьбы с гриппом в масштабе города. Автореф.дисс.докт.Л., 1983.-34с.
5. Захарова Н.С. с соавт.//ЖМЭИ. 1986. N4. С.71-75

6. Игнатьева Г.С. с соавт. // Профилактика гриппа и других ОРЗ у взрослых и детей. Л., 1987. С.116-120
7. Карпухин Г.И. Грипп. Л. Медицина, 1986. 352с
8. Клесникова М.Б. с соавт. // Профилактика гриппа и других ОРЗ у детей. Л., 1984. С.122-128.
9. Коршунов М.Ф. с соавт. // Педиатрия. 1982. N11. С.68.
10. Мастерняк Т.Б. с соавт. // Иммунол. 1994. N4. С.23-26.
11. Парамонова М.С. с соавт. /Вопр. вирусолог. 1994. N3. С.132-134.
12. Приймаги Л.С. с соавт. // Защита детей от гриппа и других ОРЗ. Таллинн 1982. 232с.
13. Приймаги Л.С. с соавт. // Профилактика гриппа и других ОРЗ у детей. Л., 1984. С.86-92.
14. Руденко Л.Г. с соавт. // Неспецифические средства и методы профилактики гриппа и других ОРЗ. Л., 1986. С.64-68.
15. Слободенюк А.В. Вакцинация, иммуннокоррекция, экстренная и сезонная неспецифическая профилактика в системе защиты населения от гриппа и других ОРЗ: Автореф. дисс. докт., Свердловск, 1991.
16. Сысоева О.Б. с соавт. // Неспецифические средства и методы профилактики гриппа и других ОРЗ. Л., 1986. С.64-68.
17. Тимофеева Г.А. с соавт. // Острые бактериальные и вирусные инфекции у детей Л., 1976. С.109-116.
18. Шадрин А.С., Карпухин Г.И. // Комплексная профилактика гриппа. Л., 1981. С.16-22.
19. Фокина Г.И. с соавт. // Вопр. вирусол., 1991. N1. С.18-21.
20. Coulehan J. et al. // Ann.N.J.Acad.Sci. 1975. Vol.258. P.513-522.
21. Dowdle W. et al. // J.Infect.Dis. 1980, Vol.141, N2 P.258-264.
22. Holborow P.L. // Pediatric. 1980. Vol. 65, N6 P.1191-1192
23. Isomura S. et al. // Biken J. 1982. Vol.25, N3. P.131-137.

Александр Владимирович Слободенюк, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент АЕ РФ, зав.кафедрой эпидемиологии УГМА

УДК 616.931:616-036.2

ДИФТЕРИЯ ВЗРОСЛЫХ В КОНЦЕ XX СТОЛЕТИЯ

В.М.Борзунов, В.З.Тенкачев, Д.И.Кривошейкин

Уральская государственная медицинская академия

Благополучие эпидемиологической обстановки в стране по дифтерии 1950-1960 г.г., достигнутое благодаря массовой иммунизации детей, привело к низкому уровню циркуляции токсигенных штаммов коринебактерий дифтерии и к спорадической заболеваемости.

В последующие годы снизился интерес к проблеме дифтерии, закрывались бактериологические лаборатории, утрачивался опыт клинической диагностики и проявлений дифтерии, притуплялась настороженность врачей.

Нарушались сроки вакцинации и ревакцинации, появилось много "медицинских отводов" от прививок, иммунизировалось 30-50% детей. У взрослых повышенная восприимчивость к дифтерии была обусловлена ослаблением иммунитета после первичной иммунизации в детском возрасте и отсутствием последующих ревакцинаций, что привело к подъему заболеваемости дифтерией в стране с 80-х годов XX столетия. Так, показатель заболеваемости дифтерией в 1980 г. составил 0,5 на 100 тыс. населения, в 1990 - 1,6; а в 1994 г. - 86,4 на 100 тыс. населения.