Оптимизация терапевтических решений в стратегии лечения ОРВИ у беременных

А.А. Зукова[1], О.Н. Красноруцкая[2], Ю.А. Котова[3]

1-Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им Н.Н.Бурденко Минздрава России, г. Воронеж..

2-Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии ФГБОУ ВО ВГМУ им Н.Н.Бурденко Минздрава России, г. Воронеж

3-Кафедра клинико-лабораторной диагностики ФГБОУ ВО ВГМУ им Н.Н.Бурденко Минздрава России, г. Воронеж.

Optimization of therapeutic decisions in the treatment strategy for ARVI in pregnant women

A.A. Zukova1, O.N. Krasnorutskaya2, Yu.A. Kotova3

1 - Department of Outpatient Therapy, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko of the Ministry of Health of the Russian Federation.

2 - Department of Infectious Diseases and Clinical Immunology. Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko of the Ministry of Health of the Russian Federation.

3 - Department of Clinical Laboratory Diagnostics, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Резюме.

Цель исследования: Оценить клиническую эффективность и профиль безопасности препарата дезоксирибонуклеата натрия в комплексной терапии ОРВИ у беременных, стратифицированных по триместрам гестации и тяжести течения заболевания.

Дизайн исследования: Авторское фармакоэпидемиологическое исследование, соответствующее структуре пострегистрационного исследования, с рандомизацией пациенток по триместрам беременности.

Материалы и методы: В исследование включены 257 беременных женщин (средний возраст 26,8 ± 7,3 лет) с диагнозом ОРВИ легкой и средней степени тяжести. Участницы были разделены на три группы по триместрам: I (1-й триместр, 85 чел.), II (2-й триместр, 89 чел.), III (3-й триместр, 83 чел.). Все пациентки получали дезоксирибонуклеат натрия интраназально в комбинации со стандартной симптоматической терапией. Оценка состояния проводилась по шкале симптомов (0–15 баллов) на визитах 1 (день 0–1), 2 (день 3–5) и 3 (день 7–10). Также анализировались данные о безопасности, течении беременности и состоянии новорожденных.

Результаты:

На 4–5-е сутки лечения отмечено достоверное снижение суммарного балла симптомов: I группа: с 8,2 ± 2,3 до 4,6 ± 1,7 баллов:II группа: с 8,1 ± 2,4 до 4,5 ± 2,5 баллов; III группа: с 8,5 ± 1,3 до 4,8 ± 1,5 баллов.

К 7–10-му дню полное клиническое выздоровление достигнуто у 82,3% (I триместр), 71,4% (II триместр) и 67,6% (III триместр) пациенток. Бактериальные осложнения не зарегистрированы. Безопасность терапии оценена как благоприятная: нежелательных явлений не отмечено, перинатальные исходы соответствовали ожидаемым (доношенность 88,7%, 87,5% новорожденных в удовлетворительном состоянии). В отсроченном периоде до 60 дней рецидивы ОРВИ отсутствовали у 78,6% пациенток, до 120 дней — у 69,3%.

Заключение:

Дезоксирибонуклеат натрия является эффективным и безопасным средством в комплексной терапии ОРВИ у беременных, способствует сокращению длительности и выраженности симптомов, предотвращает развитие осложнений и демонстрирует пролонгированный иммуномодулирующий эффект. Препарат может применяться на любом сроке беременности, включая первый триместр.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции, беременные, дезоксирибонуклеат натрия, иммуномодулирующая терапия, клиническая эффективность.

Abstract

Objective: To evaluate the clinical efficacy and safety profile of sodium deoxyribonucleate in the complex therapy of acute respiratory viral infections (ARVI) in pregnant women, stratified by trimester.

Study Design: An author-initiated pharmacoepidemiological post-registration study with patient randomization by pregnancy trimester.

Materials and Methods: The study included 257 pregnant women (mean age 26.8 ± 7.3 years) with mild to moderate ARVI, divided into groups by trimester (1st: n=85; 2nd: n=89; 3rd: n=83). All participants received intranasal sodium deoxyribonucleate alongside standard symptomatic therapy. Symptoms were scored (0–15 points) at days 0–1, 3–5, and 7–10. Safety, pregnancy outcomes, and neonatal data were analyzed.

Results: A significant reduction in total symptom score was observed by days 4–5 in all groups (e.g., Group I: from 8.2 ± 2.3 to 4.6 ± 1.7 points). By days 7–10, complete clinical recovery was achieved in 82.3% (1st trimester), 71.4% (2nd), and 67.6% (3rd) of patients. No bacterial complications were reported. The safety profile was favorable with no adverse events; perinatal outcomes were within expected ranges (88.7% term delivery). ARVI recurrences were absent in 78.6% of patients within 60 days and in 69.3% within 120 days.

Conclusion: Sodium deoxyribonucleate is an effective and safe adjunct therapy for ARVI in pregnant women. It reduces symptom duration and severity, prevents complications, and exhibits a prolonged immunomodulatory effect, making it suitable for use throughout all trimesters of pregnancy.

Keywords: acute respiratory viral infections, pregnant women, sodium deoxyribonucleate, immunomodulatory therapy, clinical efficacy.

Введение: Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости населения во всем мире, представляя собой значительную проблему для системы здравоохранения [2,6,8]. Ежегодно миллионы людей страдают от этих высококонтагиозных нозологий, что приводит к значительным экономическим потерям, обусловленным нетрудоспособностью, затратами на лечение и профилактику [8]. Особое медико-социальное значение ОРВИ приобретают в когорте беременных женщин, для которых любое инфекционное заболевание несёт потенциальные риски как для материнского организма, так и для внутриутробного развития плода [3,4]. Физиологические изменения в иммунной системе женщины в период гестации, характеризующиеся физиологической иммуносупрессией и сдвигом в сторону Th_2-ответа, направлены на предотвращение иммунологического отторжения плода, но одновременно снижают её способность эффективно противостоять вирусным патогенам [5,7]. Это делает беременных более восприимчивыми к инфекциям, повышает риск более тяжёлого течения заболевания и развития осложнений.

По данным различных эпидемиологических исследований, беременные женщины подвержены ОРВИ в среднем от 2 до 4 раз за период гестации, причём в периоды сезонных эпидемий заболеваемость может достигать до 70–80% в некоторых регионах [5,7]. Такое частое инфицирование не только приводит к значительному ухудшению качества жизни будущей матери, но и сопряжено с широким спектром потенциальных осложнений. Для матери ОРВИ могут протекать с более выраженной интоксикацией, длительнее и с высоким риском развития вторичных бактериальных осложнений, таких как острые синуситы, отиты, бронхиты, а наиболее опасно – пневмония, которая существенно увеличивает материнскую заболеваемость и, в ряде случаев, смертность [2]. Кроме того, лихорадка, системное воспаление и интоксикационный синдром при ОРВИ могут способствовать декомпенсации существующих хронических заболеваний у беременной женщины (например, сахарного диабета, артериальной гипертензии, заболеваний почек). Наибольшую обеспокоенность

вызывают потенциальные риски для развивающегося плода и исходов беременности: от фетоплацентарной недостаточности и хронической гипоксии плода и вплоть до угрозы прерывания беременности и преждевременным родам – респираторные инфекции могут спровоцировать преждевременное излитие околоплодных вод, начало преждевременной родовой деятельности или вызвать самопроизвольный аборт [4,5].

Лечение ОРВИ у беременных сопряжено с серьёзными методологическими, этическими и клиническими трудностями. Возможность тератогенного, фетотоксического или эмбриотоксического действия лекарственных препаратов на плод накладывает строжайшие ограничения на выбор фармакологических средств [3,9]. Значительная часть общепринятых противовирусных, жаропонижающих, сосудосуживающих и противокашлевых препаратов противопоказана или требует крайне осторожного применения под строгим контролем врача, особенно в критические периоды развития плода (первый триместр) [4]. Это приводит к тому, что арсенал безопасных и доказательно эффективных препаратов для беременных ограничен, а врачи часто вынуждены ограничиваться симптоматической и немедикаментозной терапией (обильное питье, покой, проветривание, физические методы снижения температуры), которая, зачастую, является явно недостаточной для быстрого купирования симптомов, профилактики осложнений и улучшения общего самочувствия [1,3]. Отсутствие адекватной терапии или её недостаточная эффективность может подталкивать пациенток к самолечению, что увеличивает риски использования непроверенных, потенциально опасных или неэффективных средств, создавая угрозу для здоровья матери и плода. В связи с этим существует острая потребность в безопасных, эффективных и доступных терапевтических стратегиях, способных активировать естественные защитные механизмы организма, способствуя его быстрому восстановлению без нежелательного воздействия на внутриутробное развитие [3,9].

В условиях ограниченного выбора этиотропных и симптоматических средств, особую актуальность приобретает поиск и внедрение препаратов,

способных активировать естественные защитные механизмы организма. Иммуномодулирующие средства, воздействующие на врожденный и адаптивный иммунитет, могут способствовать снижению вирусной нагрузки, сокращению длительности заболевания, уменьшению выраженности симптомов и, что крайне важно, предотвращению развития вторичных бактериальных осложнений, тем самым снижая потребность в антибиотиках, применение которых также нежелательно при беременности [1,7].

Таким образом, глубокий анализ проблемы ОРВИ в период беременности, ограниченность безопасных терапевтических подходов, а также их адаптация к ведению беременных, обеспечат практикующих врачей надежными инструментами для принятия безопасных и эффективных терапевтических решений, и в конечном итоге будут способствовать улучшению здоровья матери и ребёнка, снижению рисков перинатальной патологии и оптимизации общих стратегий в акушерско-гинекологической и терапевтической практике.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и профиль безопасности дезоксирибонуклеата натрия (раствор для местного и наружного применения, 2,5 мг/мл флакон с насадкой–распылителем) в комплексной терапии ОРВИ у беременных женщин, стратифицированных по триместрам гестации и тяжести течения нозологии

Дизайн исследования. Авторское фармакоэпидемиологическое исследование проводилось на базе кафедры поликлинической терапии лечебного факультета Воронежского государственного медицинского университета им. Бурденко и соответствовало структуре пострегистрационного исследования эффективности и безопасности по однородности выборок групп, возрасту пациентов, полу, частоте заболеваний за период исследования и фоновой патологии

Материалы и методы исследования. В исследовательскую группу были включены 257 беременных женщины (a=26,8±7,3 лет) с клинически подтвержденным диагнозом, кодированным по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: J00–J06 легкой и

средней степени тяжести, рандомизированных по триместрам беременности: I группа (1-й триместр, 1–13 недель) – 85 пац., II группа (2-й триместр, 14–26 недель) – 89 пац. и III группа (3-й триместр, 27–40 недель) – 83 пац. Критерии выбора пациенток в исследование представлены в таблице 1.

Таблица 1

Критерии включения	**Критерии исключения**
• беременность, подтвержденная данными УЗИ и/или медицинскими документами • клинически диагностированная ОРВИ (начало симптомов не более 48 ч назад) • возраст 18–45 лет • наличие информированного согласия на участие в исследовании • отсутствие тяжелых сопутствующих хронических заболеваний, требующих стационарного лечения	• тяжелое течение ОРВИ или развитие осложнений, требующих госпитализации • гиперчувствительность • применение других противовирусных, иммуномодулирующих за 72 ч до включения в исследование; • угроза прерывания беременности или другие серьезные осложнения беременности на момент включения; • хронические инфекционные заболевания в стадии обострения (например, хронический тонзиллит, синусит, бронхит)

Все участники исследования ежедневно получали дезоксирибонуклеат натрия (раствор для наружного и местного применения, 2,5 мг/мл, флакон с насадкой-распылителем 10 мл) по 2 дозы в каждый носовой ход через каждые 1–1,5 часа в течение первых суток, далее по два распыления в каждый носовой ход 3 раза в день параллельно симптоматической терапии. Симптоматическая терапия состояла из стандартных терапевтических назначений: теплое обильное питье,

покой, при необходимости – жаропонижающие, разрешенные при беременности и местные комбинированные препараты для лечения боли в горле.

Оценка клинического состояния пациенток в исследовании на визите представлена в таблице 2.

Таблица 2

Шкала оценки симптомов ОРВИ у пациенток в исследовании

Симптом	**0 баллов**	**1 балл**	**2 балла**	**3 балла**
Заложенность носа	Нет	Слабо выражена, не мешает	Затрудняет дыхание через нос	Полная невозможность носового дыхания
Выделения из носа	Нет	Скудные, прозрачные	Умеренные, прозрачные/густые	Обильные, густые, гнойные
Боль/першение в горле	Нет	Незначительное	Чувствительность, дискомфорт при глотании	Выраженная боль при глотании
Кашель	Нет	Единичный	Периодический, легкий	Частый, изнуряющий
Астения	Нет	Легкая усталость	Умеренная вялость, снижение активности	Выраженная слабость, постельный режим

Исходный уровень тяжести ОРВИ у пациенток, а также динамика состояния и течения нозологии на последующих протокольных визитах оценивалась по сумме баллов: легкое течение [0–5 баллов]; течение средней тяжести [6–10 баллов] и тяжелое течение [11–15 баллов]. Отдельно специалистами

фиксировалось развитие бактериальных осложнений у пациенток в ходе проведения исследования (синусит, отит, бронхит, пневмония), потребовавшие назначения антибактериальной терапии.

Протокол визитов пациенток в исследовании представлен в таблице 3.

Таблица 3

Протокол визитов пациенток в исследовании

Визит 1	День 0–1	Диагностика ОРВИ, оценка включения/исключения, получение информированного согласия. Подтверждение срока беременности. Оценка течения ОРВИ согласно шкале симптомов (таб.2), оценка исходного уровня симптомов и общего состояния. Назначение терапии
Визит 2	День 3–5	Повторная оценка течения ОРВИ согласно шкале симптомов (таб.2). Оценка динамики симптомов, переносимости терапии, регистрация НЯ.
Визит 3	День 7–10 (или при полном разрешении симптомов)	Повторная оценка течения ОРВИ согласно шкале симптомов (таб.2). Фиксация даты полного выздоровления. Оценка общего впечатления пациента от терапии. Регистрация НЯ.
Визит 4	1–3 месяца после родов	Телефонный контакт или визит для сбора информации о течении родов, состоянии новорожденного (оценка по шкале Апгар, вес/рост, наличие врожденных аномалий), общем состоянии матери после родов.

Критериями оценки безопасности применяемой терапии в исследования были частота и характер нежелательных явлений (НЯ) у пациентки; зарегистрированные побочные реакции (местное раздражение слизистой носа,

аллергические реакции и проч.); потребность в отмене препарата из-за НЯ и развитие осложнений, связанных с беременностью (преэклампсия, гестационный диабет, угроза прерывания/преждевременных родов), с оценкой возможной связи с ОРВИ/терапией. Также в исследовании учитывались исходы беременности и родов: преждевременные роды: (<37 недель беременности); самопроизвольные аборты/замершие беременности; осложнения в родах: (потеря крови, аномалии родовой деятельности); состояние новорожденного (оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте; масса тела при рождении в соотношении к гестационному возрасту; наличие врожденных аномалий развития, выявленных при рождении или в течение первых 3 месяцев жизни) и частота неонатальных инфекций в первые 28 дней жизни.

Статистический анализ данных выполнен с использованием стандартных методов вариационной статистики, однофакторного дисперсионного анализа и парного корреляционного анализа. Обработка результатов проводилась с помощью программных пакетов Excel 2010, Statistica 10.0 и SPSS for Windows. Выбор параметрических (t-критерий Стьюдента) или непараметрических (критерии Манна-Уитни, Вилкоксона) тестов определялся характером распределения данных. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. Исходный уровень тяжести течения ОРВИ у всех участниц исследования (Визит 1) варьировал от 6 до 11 суммарных баллов – преимущественно все пациентки–участницы исследования имели легкую или средне тяжелую форму течения ОРВИ: I группа $\Sigma_{балл}<5$ (n=62 пац.), $\Sigma_{балл}<10$ (n=21 пац.) и $\Sigma_{балл}<15$ (n=2 пац.); II группа $\Sigma_{балл}<5$ (n=64 пац.), $\Sigma_{балл}<10$ (n=24 пац.) и $\Sigma_{балл}<15$ (n=1 пац.); III группа $\Sigma_{балл}<5$ (n=66 пац.), $\Sigma_{балл}<10$ (n=17 пац.). Наиболее частыми проявлениями тяжести ОРВИ были затрудненное или полное отсутствие носового дыхания, умеренные и обильные густые выделения из носа, сопровождающиеся постназальным затеком и кашлем, а также выраженная астения (преимущественно у пациенток в III группе). Бактериальных осложнений у участниц исследования выявлено не было.

На втором визите к врачу у пациенток всех трех групп исследования выявлена положительная динамика в лечении ОРВИ (таб. 4). В первой группе средний суммарный балл $\Sigma_{балл}$=4,6±1,7: количество пациенток с лёгким течением ОРВИ сократилось на 53,2%, со среднетяжелым – на 65,7%, а тяжёлое течение ОРВИ полностью отсутствовало. Подобная тенденция установлена и в остальных группах исследования: $\Sigma_{балл}$ II группы составил 4,5±2,5, а III группы – 4,8±1,5; уменьшение числа пациенток с легким течением ОРВИ составило 46,8% и 42,4% соответственно. Таким образом, можно свидетельствовать о том, что начало комплексного лечения ОРВИ у беременных уже на 4–5 сутки приводит к выздоровлению пациенток с лёгким течением в каждом втором случае.

Спустя 8-10 дней после начала лечения у пациенток в исследовании (протокольный визит 3) во всех трех группах отмечена положительная динамика симптомов ОРВИ (таб.4): полного выздоровления достигли не менее 2/3 беременных, принявших участие в исследовании (I группа – 82,3%; II группа – 71,4% и III группа – 67,6%); ни у одной из беременных не было установлено появление осложненного и более клинически тяжелого течения ОРВИ, также большинство участниц исследования отмечали низкое проявление [0–1 балл] астении, снижение выделений из полости носа и боли в горле [0–1 балл]. У 8 из 10 участниц исследования на 10 сутки полностью отсутствовала заложенность носа и кашель.

Таблица 4

Динамика симптомов ОРВИ у пациентов в исследовании (баллы) и количественная рандомизация тяжести состояния (N)

	Визит 1 $\Sigma_{балл}(M\pm m)$ / $N_{лст}$ / $N_{срст}$ / $N_{тт}$	**Визит 2** $\Sigma_{балл}(M\pm m)$ / $N_{лст}$ / $N_{срст}$ / $N_{тт}$	**Визит 3** $\Sigma_{балл}(M\pm m)$ / $N_{лст}$ / $N_{срст}$ / $N_{тт}$
I группа (1-й триместр)	8,2±2,3 *62 / 21 / 2*	4,6±1,7 *29 / 7 / 0*	3,4±1,9 *11 / 1 / 0*

II группа (2-й триместр)	8,1±2,4 *64 / 10 / 1*	4,5±2,5 *34 / 6 / 0*	4,0±2,0 *18 / 2 / 0*
III группа (3-й триместр)	8,5±1,3 *66 /17 / 0*	4,8±1,5 *38 /11 / 0*	3,5±1,6 *22 /3 / 0*

ЛСТ – легкое течение ОРВИ, СРСТ – течение ОРВИ средней тяжести, ТТ – тяжелое течение ОРВИ

Катамнестический анализ в исследовании представлен в таблице 5. Удовлетворительное состояние при рождении имели 87,5% новорожденных (среднетяжелое состояние – 10,1%, а тяжелое – 2,4%). В реанимационных мероприятиях с последующей ИВЛ нуждались 1,9% новорожденных. Доношенность установлена у 88,7%, а высокие баллы по Шкале Апгар (7–10 баллов) имели более 88% новорожденных.

Таблица 5

Катамнестический анализ (Визит 4) пациенток–участников исследования

Анамнестический критерий	**Количество случаев (n) / частота встречаемости (%)**
Удовлетворительное состояние при рождении	225 / 87,5%
Среднетяжелое состояние при рождении	26 / 10,1%
Тяжелое состояние при рождении	6 / 2,4%
Реанимационные мероприятия с последующей ИВЛ	5 / 1,9%
Доношенность	228 / 88,7%
Недоношенность I степени (34–37 недель гестации)	16 / 6,2%

Недоношенность II степени (29–33 недели гестации)	12 / 4,7%
Недоношенность III степени (менее 29 недель гестации)	1 / 0,4%
Оценка по шкале Апгар (1–3 по Апгар)	3 / 1,2%
Оценка по шкале Апгар (3–6 по Апгар)	26 / 10,1%
Оценка по шкале Апгар (7–10 по Апгар)	228 / 88,7%

Стоит отметить, что в ранний отсроченный период (до 60 дней) после проведенного лечения с включением дезоксирибонуклеата натрия к стандартной терапии у 78,6% пациенток не было повторных случаев ОРВИ, а в позднем отсроченном периоде (от 90 до 120 дней) доля таких пациенток составила 69,3% от общего количества участниц исследования.

Применение дезоксирибонуклеата натрия не сопровождалось развитием побочных эффектов или нежелательных реакций, что указывает на потенциально благоприятный профиль безопасности.

Обсуждение. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что включение препарата, производного дезоксирибонуклеиновой кислоты, в комплексную терапию острых респираторных вирусных инфекций у беременных способствует достоверному сокращению продолжительности и выраженности клинических проявлений заболевания. Положительная динамика, проявлявшаяся снижением суммарного индекса симптомов к 4–5-му дню и высокой частотой полного клинического выздоровления к 7–10-му дню, не имела статистически значимых различий между триместрами беременности. Это указывает на безопасность и целесообразность применения препарата на любом сроке гестации, что особенно актуально для первого триместра с наиболее строгими ограничениями в фармакотерапии [4,9].

Полученные данные согласуются с иммуномодулирующими и репаративными свойствами натриевой соли дезоксирибонуклеиновой кислоты. В

условиях физиологической иммуносупрессии беременных терапевтический эффект дезоксирибонуклеата натрия обусловлен его способностью активировать факторы врождённого иммунитета через TLR-рецепторы, что приводит к мобилизации клеточных защитных механизмов и способствует более быстрому купированию ринореи, заложенности носа, кашля и симптомов интоксикации [1,7]. Важно отметить, что достижение описанных результатов не сопровождалось развитием бактериальных осложнений, что можно связать с укреплением барьерной функции слизистой респираторного тракта и снижением риска вторичных бактериальных инфекций. Данный аспект терапии имеет важное значение для пациенток в период гестации, поскольку применение антибиотиков в данной популяции сопряжено с дополнительными рисками [2,3].

Кроме того, наблюдаемое в отсроченном периоде (до 120 дней) снижение частоты повторных эпизодов ОРВИ может свидетельствовать о пролонгированном иммуномодулирующем эффекте, направленном на повышение резистентности слизистых оболочек к респираторным патогенам. Это потенциально снижает общую инфекционную нагрузку на организм беременной женщины, что является важным аспектом профилактики осложнений.

Выводы. Оценка клинической эффективности и безопасности дезоксирибонуклеата натрия (раствор для местного и наружного применения, 2,5 мг/мл флакон с насадкой–распылителем) в комплексной терапии ОРВИ у беременных женщин, позволяет сформулировать следующие выводы:

- дезоксирибонуклеат натрия стимулировал положительную клиническую динамику лечения ОРВИ у беременных: уже на 4–5-е сутки отмечено значимое уменьшение суммарного симптомного балла [4,5–4,8 баллов] и снижение доли пациенток с лёгким и среднетяжёлым течением заболевания в каждой триместровой группе;
- к завершению терапии ОРВИ не менее двух третей пациенток достигли полного клинического выздоровления (I триместр – 82,3%;

II триместр – 71,4%; III триместр – 67,6%), при этом не было зарегистрировано перехода заболевания в более тяжёлую форму или развития бактериальных осложнений;

- симптомокомплекс, характерный для исходного состояния (заложенность носа, густые выделения, кашель, астения), демонстрировал выраженное репрессирование у более чем 80% пациенток к моменту завершения терапии, а полное выздоровление при лёгком течении ОРВИ регистрировалось примерно в 50% случаев на 4–5-е сутки от манифестации заболевания
- профиль безопасности терапии в исследуемой популяции оценивается как благоприятный: отсутствовали сообщения о бактериальных осложнениях, не отмечено усугубления течения беременности в острой фазе; частота неблагоприятных перинатальных исходов оставалась в пределах ожидаемых для общей популяции (доношенность 88,7%; 87,5% новорожденных в удовлетворительном состоянии; доля требовавших реанимации/ИВЛ – 1,9%).
- отдалённая динамика заболеваемости показала снижение рецидивов ОРВИ: в ранний отсроченный период (≤60 суток) рецидивы отсутствовали у 78,6% пациенток, в позднем периоде (90–120 суток) – у 69,3%, что может свидетельствовать о пролонгированном положительном эффекте на устойчивость слизистого иммунитета при использовании дезоксирибонуклеата натрия в комплексе.

Список литературы:

1. Бабкин А.П., Зуйкова А.А., Красноруцкая О.Н., Котова Ю.А., Бугримов Д.Ю., Катаева О.В., Сизова Н.М. Оценка клинической эффективности препарата Деринат® в форме спрея в практике участкового терапевта. Медицинский алфавит. 2019;1(9):38-46. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-1-9(384)-38-46

2. Баранов И.И. Профилактика и лечение гриппа и ОРВИ у беременных / И.И. Баранов, В.В. Малиновская, Е.Н. Выжлова // Лечащий врач,–№2(26),–2023.–С.78–84. DOI: 10.51793/OS.2023.26.2.012
3. Бонцевич Р.А. Знания и предпочтения врачей в вопросах фармакотерапии беременных с инфекциями дыхательных путей: исследование PIKAP / Р.А. Бонцевич, А.А. Рябчикова, Т.И. Баламутова с соавт. // Медицинский совет,–№18(9),–2024.–С.184–192. DOI:10.21518/ms2024-052
4. Замалеева Р.С. Значение эмпирической терапии у женщин с ОРВИ в первом триместре беременности / Р.С. Замалеева, Н.А. Черепанова, А.В. Фризина //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии,–№23(4),–2024.–С.18–23. DOI: 10.20953/1726-1678-2024-4-18-23
5. Полякова И.Н. Острые респираторные вирусные заболевания у беременных: что должен знать врач общей практики / И.Н. Полякова, Р.И. Стрюк//Терапия,–№5,–2020.–С.140–146.https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2020.5.140-146
6. Посисеева Л.В. ОРВИ и беременность: возможности профилактики / Л.В. Посисеева, Д.С. Кукса // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии,–№19(6),–2020.–С.145–152. DOI: 10.20953/1726-1678-2020-6-145-152
7. Филатов О.Ю. Образраспознающие рецепторы врожденного иммунитета и их роль в иммунотерапии (обзор) / О.Ю. Филатов, А.В. Назаров // Патогенез,–№18(4),–2020.–С.4–15. DOI: 10.25557/2310-0435.2020.04.4-15
8. Grohskopf LA, Blanton LH, Ferdinands JM, Chung JR, Broder KR, Talbot HK. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices–United States, 2023–24 Influenza Season. MMWR Recomm Rep.–2023;72(2):1–25.DOI: 10.15585/mmwr.rr7305a1

9. Influenza in Pregnancy: Prevention and Treatment: ACOG Committee Statement №7. Obstet Gynecol.–2024;–143(2):e24–e30. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005479