

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

2012

педиатрия

Репринт

*Симпозиум «Ребенок с ОРВИ
на приеме у педиатра»*

Терапия острых
респираторных вирусных
инфекций: практические советы

ШКОЛА
ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ
ВРАЧЕЙ

С П Е Ц В Ы П У С К

ОКИ[®]

лизиновая соль
кетопрофена

Специально разработан для терапии ОРВИ и гриппа с превосходящей эффективностью не только снижения боли, высокой температуры, но и воспаления, лежащего в основе развития симптомов интоксикации и поражения дыхательного тракта



ОКИ — саше (пакеты) с гранулами для приготовления раствора

Дозировка:

По 1 саше (пакету) на полстакана воды, желательно во время приема пищи

- Детям от 6 до 14 лет — по 1/2 саше (пакету)
- Детям от 14 до 18 лет — полную дозу 3 раза в день

 **Домпе С.п.А.**

Литература: 1. Panerai A.E.: Ketoprofene sale di lisina. In Sintomo Dolore. Minerva Med Ed. 1999.
2. OKI granulato per soluzione orale. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.
3. Fatti F. Dossier Registrativo, 1991.

- ✗ Улучшенный кетопрофен
- ✗ Быстро купирует острую боль, уменьшает воспаление, снижает высокую температуру¹
- ✗ Немедленное начало действия после приема первой дозы²
- ✗ Переносимость ОКИ на уровне плацебо по данным клинических исследований, в том числе и у детей³
- ✗ Наличие различных форм для системного и местного применения
- ✗ Разрешено к применению с 6 лет



ОКИ в свечах

Дозировка:

- Детям старше 6 лет — 60 мг 2-3 раза в день

Реклама

 **ESSE LTD**
"Си Эс Си Лтд."



Симпозиум «Ребенок с ОРВИ на приеме у педиатра»

Терапия острых респираторных вирусных инфекций: практические советы

Инфекции дыхательных путей и ЛОР-органов – самые частые поводы для обращения к педиатру. В каких случаях следует назначить антибактериальную терапию ОРВИ, а когда можно ограничиться симптоматической? Какие НПВС и антисептики наиболее эффективны и безопасны у детей? Чем следует руководствоваться при подборе противокашлевых препаратов? Эти и другие вопросы обсуждались на симпозиуме «Ребенок с ОРВИ на приеме у педиатра», организованном в рамках XVI Конгресса педиатров России.

Современный взгляд на диагностику и лечение осложненных форм течения ОРВИ у детей

В начале своего выступления заведующая кафедрой детской оториноларингологии РМАПО, д.м.н., профессор Е.П. КАРПОВА привела статистические данные распространенности острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в мире и в России. На долю ОРВИ приходится более 90% всей инфекционной патологии и не менее 70% всей заболеваемости у человека. ОРВИ ежегодно болеют 600 млн человек в мире, из них 5 млн – в тяжелой форме. В России ежегодно регистрируется более 37 млн больных ОРВИ. Более 80% всех вызовов врачей на дом связано с ОРВИ, из них в Москве регистрируется 3–5 млн случаев в год. На долю гриппа и ОРВИ приходится 40% от общего числа дней нетрудоспособности. «Ежегодные выплаты по временной нетрудоспособности в связи с инфекционными болезнями в России составляют 15–24 млрд руб., причем 90% этой суммы приходится на выплаты, связанные с ОРВИ и гриппом. При этом огромное количество больных с легкими или атипичными формами заболевания не обращаются за медицинской помощью», – подчеркнула высокую медико-социальную значимость ОРВИ Елена Петровна Карпова. Среди заболевших ОРВИ 51–60% составляют дети. Уровень заболеваемости у детей в 4–8 раз выше, чем у взрослых. Инфекции дыхательных путей и ЛОР-органов могут стать причиной серьезных осложнений и летальных исходов. В России респираторные инфекции занимают первое место среди причин смерти от инфекционных заболеваний и второе – среди причин смерти детей младше 5 лет. Среди умерших от гриппа,



Профессор Е.П. Карпова



XVI Конгресс педиатров России

ОРВИ и их осложнений дети составляют около 67%. В России на смертность от ОРВИ приходится 5–10% от общей смертности детей, а в странах Северной Америки, Западной Европы и Японии – менее 5%.

Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей в МКБ-10 имеют коды J00–J06. ОРВИ – это группа острых инфекционных заболеваний, вызываемых РНК- и ДНК-содержащими вирусами, которые характеризуются полиэтиологичностью, поражением различных отделов дыхательного тракта, интоксикацией, частым присоединением бактериальных осложнений.

В Великобритании и США широко используют термин common cold – острый катаральный синдром вирусной, бактериальной или аллергической природы легкой степени тяжести, характеризующийся спонтанным выздоровлением. Этот термин примерно соответствует определению острого назофарингита.

Шесть лет в жизни среднестатистического человека занимает насморк. «Ринит – воспаление слизистой оболочки полости носа, самое банальное заболевание», – охарактеризовала его профессор Е.П. Карпова. В течение жизни человек простужается 270 раз: в возрасте от рождения до 10 лет бывает в среднем по 9 простуд в год (всего 90), а в возрасте от 10 до 70 лет – в среднем по 3 простуды в год, что в целом составляет 180 случаев за 60 лет. Нелеченый насморк длится, как правило, 7–10 дней (в среднем – 8 дней).

По прогнозам профессора Генуэзского университета Дж. В. Каноники (Giorgio Walter Canonica), если сохранятся ежегодные темпы роста аллергического ринита в размере > 5%, то в 2020 г. этой болезнью будет страдать каждый второй ребенок. У детей-аллергиков болезнь протекает намного тяжелее, а средняя ее продолжительность в 2 раза дольше. У них существенно увеличивается риск развития заболеваний нижнего отдела дыхательных путей.

Воспалительный процесс при рините может быть обусловлен бактериальной или вирусной инфекцией, аллергическими, химическими, травматическими и другими факторами. Воспаление может охватить полость носа, околоносовые пазухи, носоглотку, слуховую трубу, полость уха, нижний отдел дыхательных путей. Как отметила Е.П. Карпова, все эти органы тесно взаимосвязаны и представляют собой единую дыхательную трубку, а разделение на верхний и нижний отделы дыхательных путей условно.

Осложнения ОРВИ принято разделять на осложнения верхнего и нижнего отдела дыхательных путей. К осложнениям верхнего отдела дыхательных путей относятся острый риносинусит, острый средний отит, орбитальные осложнения синусита (флегмоны орбиты, периостит и др.), внутричерепные осложнения (абсцесс головного мозга, синустромбоз). Осложнения нижнего отдела дыхательных путей – это трахеиты, бронхиты, пневмония. На фоне ОРВИ могут развиваться или обостряться хронические заболевания – бронхиальная астма, хронические болезни легких, почек и др. У детей до 3 лет в 94,7% случаев риносинуситы протекают с осложнениями, причем 10–22% из этих осложнений – гнойно-септические орбитальные процессы, а 2,1% – внутричерепные осложнения. «Наиболее опасными являются внутричерепные и внутриглазные осложнения», – подчеркнула профессор Е.П. Карпова. У 43,2% детей синуситы сопровождаются острой пневмонией, у 20,3% детей диагностируется хроническая пневмония.

Возбудителями ОРВИ являются вирусы гриппа (типы А, В, С), парагриппа (4 типа), аденовирус (более 40 серотипов), РСВ (4 серовара), рео- и риновирусы (113 сероваров), а также энтеровирусы типа Коксаки и ЕСНО. Всего известно свыше 200 видов простудных вирусов, подавляющее большинство которых составляют РНК-содержащие вирусы. Исключением является аденовирус, содержащий ДНК.

Вирусная инфекция часто способствует развитию вторичной бактериальной инфекции, возбудителями которой могут быть как типичные микробы (пневмококки, стрептококки, стафилококки), так и атипичные микробы (хламидии, легионеллы, микоплазмы). По словам профессора Е.П. Карповой, хорошо изучено лишь 5% видов этих микроорганизмов. Феномен социального поведения бактерий («чувство кворума») был впервые обнаружен около 25 лет назад. Выяснилось, что 99% бактерий существует в природных экосистемах не в виде свободно плавающих клеток, а в виде специфически организованных, прикрепленных к субстрату биопленок. Чувствительность грамположительных микроорганизмов к антибиотикам в зависимости от их жизненной формы различается в 500 и более раз: у бактерий в составе биопленок она обычно гораздо ниже, чем у свободноживущих форм. Свойства матрикса – основной части биопленок – до сих пор недостаточно изучены. Бактерии, внедрившиеся в дыхательные пути, опасны тем, что нарушают работу мукоцилиарного транспорта.

«Терапия ОРВИ должна основываться на клинической доказательной базе, – подчеркнула Е.П. Карпова. – Именно на основе данных доказательной медицины разработаны совместные рекомендации Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии и Европейского ринологического общества EPOS (2007) и Европейский стандарт лечения аллергических ринитов и бронхиальной астмы ARIA (2010)».

Существует значительная доказательная база эффективности ОКИ в лечении заболеваний верхних дыхательных путей; подтверждено противовоспалительное, жаропонижающее и анальгетическое действие этого препарата.



Симпозиум «Ребенок с ОРВИ на приеме у педиатра»

Анализ публикаций результатов рандомизированных исследований и метаанализов, посвященных диагностике и лечению тонзиллитов, отитов и синуситов в педиатрической практике (данные Medline и SciELO в период с января 2000 по октябрь 2006 г.), позволил сделать ряд важных практических выводов. Установлено, что клинические и лабораторные критерии в дифференцировке вирусной и бактериальной этиологии воспаления неэффективны и малочувствительны. В то же время использование быстрых тестов экспресс-диагностики стрептококкового антигена помогает принять своевременное решение о назначении антибиотика.

Профессор Е.П. Карпова выделила следующие аспекты, на которые практикующему врачу следует обратить внимание при назначении терапии ОРВИ:

- необходимо избегать необоснованного назначения антибиотиков при лечении острой респираторной инфекции;
- при низком риске развития осложнений респираторной инфекции возможно симптоматическое лечение;
- при неэффективности терапии, ухудшении состояния ребенка, при риске развития осложнений необходимо немедленное назначение антибиотиков.

Профессор Е.П. Карпова также отметила, что тесты экспресс-диагностики стрептококкового антигена должны быть широко доступны в педиатрической практике.

Установлено, что в большинстве случаев ОРВИ положительная динамика наблюдается уже через 2–3 суток, а значит, нет необходимости применять антибактериальную терапию, достаточно назначить симптоматическое лечение. К числу частых и выраженных симптомов ОРВИ (в том числе гриппа) относятся лихорадка (температура 37,7–40,0 °С), миалгия, артралгия, боль в горле, головная боль, кашель (при гриппе чаще сухой), слабость, снижение аппетита, болезненные ощущения за грудиной, насморк или заложенность носа. Наиболее эффективными препаратами для купирования симптомов ОРВИ считаются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС). Они обладают 3 механизмами действия: противовоспалительным, жаропонижающим и анальгетическим. Среди НПВС, применяемых в педиатрической практике, профессор Е.П. Карпова выделила препарат ОКИ, действующим веществом которого является кетопрофена лизиновая соль. Лизиновая соль кетопрофена (ОКИ) входит в большую группу производных пропионовой кислоты вместе с ибупрофеном, флурбипрофеном, кетопрофеном и др. Это вещество синтезировано компанией Dompe laboratory (Италия). Сочетание кетопрофена с лизином приводит к увеличению растворимости лекарства, повышению его биодоступности для тканей (например, обеспечивается высокая концентрация в тканях миндалин, в тонзиллярной ткани), повышению эффективности

и улучшению переносимости препарата. По сравнению с кетопрофеном достигается более быстрое всасывание и более ранний терапевтический эффект. Пик концентрации вещества в крови отмечен через 60 минут после приема обычного кетопрофена и через 15 минут – лизиновой соли кетопрофена. Лизиновая соль кетопрофена характеризуется нейтральным рН, поэтому препарат практически не вызывает раздражения желудочно-кишечного тракта. Переносимость улучшается по сравнению с обычным кетопрофеном в 1,6 раза.

При лечении воспаления ОКИ обеспечивает наиболее быстрый эффект по сравнению с такими известными препаратами, как парацетамол и ибупрофен. ОКИ эффективно купирует боль, лихорадку и симптомы воспаления. Противовоспалительное действие достоверно эффективнее в уменьшении всех симптомов воспаления с первого дня терапии по сравнению с плацебо. ОКИ обеспечивает более высокий терапевтический эффект, чем нимесулид, и обладает лучшей переносимостью. По данным двойного слепого контролируемого исследования с участием 120 пациентов с воспалительной патологией верхних дыхательных путей (фарингит, ларинготрахеит), не получавших антибактериальную терапию, оценка уменьшения основных показателей воспаления (отек, боль, гиперемия) при применении ОКИ саше составила 95%, а при использовании нимесулида саше – только 89% (рис. 1).

Жаропонижающий эффект более выраженный, чем у других НПВС. Анальгетический эффект выше и быстрее, чем у ибупрофена и парацетамола, – он наступает уже через 15 минут с выраженным действием через 30 минут после приема первой дозы, что доказано клиническими исследованиями.

Приверженность пациентов лечению в немалой степени зависит от лекарственной формы и режима приема препарата. ОКИ саше предназначен для пациентов

Оценка уменьшения более 3 показателей воспаления (отек, боль, гиперемия)

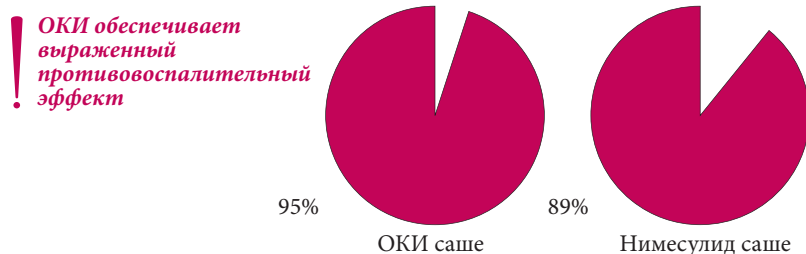


Рис. 1. Эффективность ОКИ в сравнении с нимесулидом*

* De Lorenzi C. et al. Evaluation of therapeutic successes of ketoprofen lysine salt granular formulation (sachets) in patients with inflammatory disease of upper respiratory airways. Double-blind, double-dummy, controlled study versus Nimesulide granular formulation (sachets). Data on file 1997.



XVI Конгресс педиатров России

старше 6 лет при наличии симптомов гриппа, ОРВИ и других проявлений простуды, таких как жар, озноб, головная боль, мышечные боли, боль в горле и за грудиной, а также боль в ушах при отите. ОКИ саше, 80 мг по 12 пакетов, содержит гранулы для приготовления раствора для приема внутрь с запахом мяты. Содержимое одного двухобъемного пакетика растворяют в половине стакана питьевой воды и принимают во время еды. Детям от 6 до 14 лет рекомендован прием содержимого половины двухобъемного пакетика (половина дозы). После 14 лет применяется полная доза, как для взрослых.

ОКИ свечи детские, 60 мг № 1, используются в целях кратковременного симптоматического лечения воспалительных процессов, сопровождающихся жаром и болевыми ощущениями, в том числе заболеваний опорно-двигательного аппарата и отита, а также купирования послеоперационных болей. Детям от 6 до 12 лет (при массе тела больше 30 кг) 1 суппозиторий ОКИ 60 мг применяют 1–2 раза в день ректально. Подросткам старше 12 лет можно применять свечи до 3 раз в день. ОКИ свечи (60 мг) обеспечивают более выраженный эффект по сравнению со свечами парацетамола и обладают лучшей переносимостью, что подтверждено в ходе исследования с участием 337 детей с воспалительными заболеваниями и лихорадкой.

Е.П. Карпова показала и наличие специальной формы для лечения местных симптомов воспаления в полости рта и горла – ОКИ раствор для местного применения. Показания для назначения при ОРВИ: боль в горле и при глотании, першение и покраснение горла, осиплость голоса при простуде.

ОКИ более 15 лет успешно используется в Италии в противовоспалительной терапии у пациентов с болезнями верхних дыхательных путей и болевым синдромом разной локализации. ОКИ так же хорошо переносится, как плацебо: по мнению врачей и пациентов, в 94,5% случаев переносимость характеризуется как «отличная» и «хорошая».

Существует значительная доказательная база эффективности ОКИ в лечении заболеваний верхних дыхательных путей; подтверждено противовоспалительное, жаропонижающее и анальгетическое действие этого препарата. ОКИ более 15 лет успешно используется в Италии в противовоспалительной терапии у пациентов с болезнями верхних дыхательных путей и болевым синдромом разной локализации. ОКИ так же хорошо переносится, как плацебо: по мнению врачей

и пациентов, в 94,5% случаев переносимость характеризуется как «отличная» и «хорошая». Профессор Е.П. Карпова отметила, что препаратом довольны как пациенты, так и их родители.

Кроме НПВС при ОРВИ используются также антисептические средства для полости рта и горла. В качестве антисептиков обычно применяют препараты, содержащие хлоргексидин, сульфаниламид, йод и некоторые другие вещества. «Механизм действия антисептиков не изучен. Клинических исследований очень мало», – заявила профессор Е.П. Карпова.

Тем не менее мировая фармацевтическая промышленность выпускает несколько антисептических средств для полости рта и горла, содержащих хлоргексидин: Себидин (Polfa, Польша), Анти-ангин (Natur Product, Франция), Дрил и Элюдрил (оба – Pierre Fabre, Франция). Популярными в настоящее время в ЛОР-практике антисептики Октенисепт и Мирамистин не выпускаются в формах, удобных для самостоятельного применения, и их использование в основном ограничено практикой специализированных отделений.

Для использования в педиатрической практике профессор Е.П. Карпова рекомендовала Тантум Верде (действующее вещество – бензидамин). Терапевтические свойства Тантум Верде: противовоспалительная активность с быстрым болеутоляющим эффектом и противоотечное действие. Бензидамин – это слабое основание с высокой липофильностью, что обеспечивает проникновение препарата в очаг воспаления. Он ингибирует адгезию лейкоцитов к эндотелию сосудов, блокирует фактор адгезии тромбоцитов, уменьшает проницаемость капилляров, улучшает микроциркуляцию в очаге воспаления. Таким образом, бензидамин обладает антитромботическим и вазопротекторным действием и предупреждает повреждение сосудистой ткани лейкоцитами. Профессор Е.П. Карпова подчеркнула, что бензидамин препятствует развитию не только бактериальной, но и грибковой патологии. Главные достоинства препарата Тантум Верде – быстрое обезболивающее действие, эффективность как при инфекционных, так и при неинфекционных поражениях слизистой ротоглотки, регенерирующее действие. Возможно длительное применение препарата, поскольку Тантум Верде безопасен и не вызывает системных побочных эффектов. Бензидамин можно применять в виде спрея, поскольку отсутствует риск бронхоспазма. Лекарство обладает приятным вкусом.

В заключение профессор Е.П. Карпова еще раз указала на вредность существующей практики избыточного назначения антибиотиков при ОРВИ, подчеркнув необходимость их использования при ухудшении состояния ребенка и риске развития осложнений. Она высоко оценила противовоспалительное, жаропонижающее и анальгетическое действие препарата ОКИ, а также рекомендовала Тантум Верде в качестве местного препарата для снятия симптомов ОРВИ.



Симпозиум «Ребенок с ОРВИ на приеме у педиатра»

Бронхит как частое проявление ОРВИ: патогенетический подход к выбору терапии

Профессор кафедры педиатрии РМАПО, д.м.н. А.Л. ЗАПЛАТНИКОВ отметил, что первая проблема, с которой сталкивается практический врач, – это дифференциальная диагностика бронхита. По Международной классификации болезней 10-го пересмотра бронхит относится к классу X «Болезни органов дыхания» (J00–J99), рубрика «Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей» (J20–J22). Туда же включены острый бронхит (J20), острый бронхиолит (J21) и острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная (J22). Грипп и пневмония входят в соседнюю рубрику (J10–J18). По словам профессора А.Л. Заплатникова, не всегда удается уточнить природу респираторной инфекции. Андрей Леонидович посоветовал врачам: «Если врач не уверен в отсутствии у ребенка пневмонии, лучше придерживаться тактики лечения больного с пневмонией. При этом следует выбирать такие способы лечения, которые сводят риск для больного и самого врача к минимуму».

В рубрику J20–J22 включены следующие разновидности острого бронхита: обструктивный; фибринозный; перепончатый; гнойный; септический. Докладчик задал риторический вопрос: «Часто ли вы встречаете в педиатрической практике септический бронхит?» По его мнению, если подобное заболевание и встречается у детей, то лишь как осложнение основного заболевания. Кроме того, в ту же рубрику классификации включены трахеит острый и трахеобронхит (в том числе острый). Таким образом, при учете заболеваний в соответствии с международными правилами острый трахеит и трахеобронхит относят к острым бронхитам. Однако, по убеждению профессора А.Л. Заплатникова, выделять эти болезни необходимо, поскольку они имеют свои особенности. Так, при трахеите пациенты страдают от болезненного, мучительного кашля.

Классификация острого бронхита в МКБ – не нозологическая, а этиологическая. Докладчик считает это не оправданным с практической точки зрения: «И в отдаленном будущем вряд ли удастся во всех случаях верифицировать этиологические формы». В России помимо общих проблем существуют и специфические трудности: например, в настоящее время наши врачи-педиатры не обеспечены тестами для точного определения стрептококковой ангины.

Острый бронхит подразделяется на бактериальный (J20.0–J20.2), вирусный (J20.3–J20.7), вызванный другими уточненными агентами (J20.8), неуточненный (J20.9). «Бронхит не всегда является вирусной патологией. Бактериальные бронхиты и среди взрослых составляют меньшинство, а у детей встречаются реже,



Профессор А.Л. Заплатников

чем у взрослых. Но все же 15–20% случаев бронхита у детей – бактериальная моноинфекция», – комментирует профессор А.Л. Заплатников. По своим клиническим особенностям бактериальные бронхиты отличаются от вирусных. Наиболее часто среди бактериальных встречаются микоплазменные бронхиты. Для них характерно острое начало, лихорадка и отсутствие токсикоза. Именно поэтому температура быстро снижается до субфебрильной. Если температура остается фебрильной, ребенок чувствует себя относительно хорошо, не отказывается от еды и питья, активен. Довольно часто микоплазменная инфекция заражает целые коллективы подростков или детей (чаще – вновь организованные).

Острый вирусный бронхит делится на пять разновидностей: вызванный вирусом Коксаки, вирусом парагриппа, RS-вирусом, риновирусом, эховирусом. Как заметил профессор А.Л. Заплатников, «чем больше праймеров при ПЦР-анализе мы используем, тем больше вирусов выявляется. Это вовсе не означает, что появляются новые вирусы. Несомненно, эти возбудители существовали и раньше, но оставались неизвестными. Могут обнаруживаться и другие вирусы, которые пока еще неизвестны».

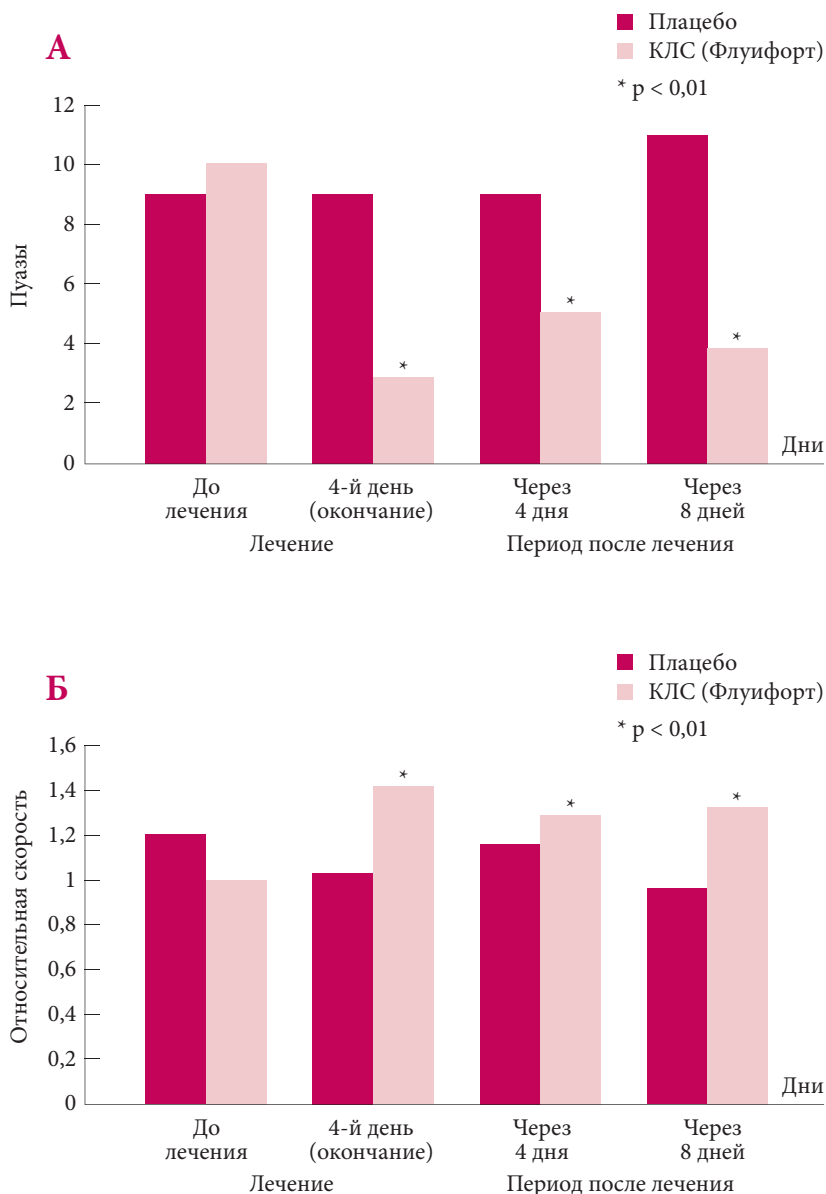


Рис. 2. Эффект последствия карбоцистеина (Флуифорта):
А – вязкость мокроты; Б – мукоцилиарный клиренс

С практической точки зрения важно, что Флуифорт обладает «постмукоактивным эффектом»: после короткого (4 дня) курса в средней терапевтической дозе эффект уменьшения вязкости мокроты и улучшения мукоцилиарного транспорта сохранялся до 8-го дня.

Дети весьма подвержены вирусным бронхитам. Но если ребенка в течение 3–5 дней по-прежнему продолжает лихорадить, необходимо исключить пневмонию. Если пневмония не выявляется, велика вероятность возникновения вирусно-бактериальной ассоциации, при которой следует назначить антибиотиков. В любом случае необходим индивидуальный подход к лечению ребенка.

Докладчик напомнил, что острый бронхит неуточненный весьма часто встречается в практике. Возбудитель заболевания не верифицирован. В таких случаях этиологическая терапия невозможна, остается использовать патогенетическую терапию.

Далее профессор А.Л. Заплатников остановился на механизмах патогенеза бронхита. Источниками бронхиального секрета являются различные типы клеток. В их числе – плазматические клетки (IgA и др.), подслизистые железы (слизисто-серозный секрет), бокаловидные клетки (слизистый секрет), пневмоциты 2 типа (сурфактант), клетки Клара (фосфолипиды, сурфактант).

Муколитический клиренс – это очищение слизистых оболочек с помощью реснитчатого эпителия. «Слизь – это “таксист”, – образно выразился Андрей Леонидович. – А “пассажирами” являются инородные частицы: пыль, микроорганизмы, слущенные клетки эпителия и др. Слизь служит незаменимым средством для их транспортировки».

Адгезия возбудителя на эпителии слизистых приводит к развитию воспаления. При воспалении происходит повреждение мукоцилиарного эпителия и резкое снижение мукоцилиарного клиренса. Наблюдается увеличение продукции слизи, повышение концентрации вязких муцинов, уменьшение удельного веса воды в секрете, избыточное образование сульфгидрильных мостиков. Вместо секрета образуется мокрота, в которой реснички эпителия не могут свободно двигаться. Механизмом эвакуации слизи из бронхов является кашель.

Тактика выбора средств «от кашля» при остром бронхите у детей зависит от особенностей самого кашля. Часто кашель рассматривают просто как симптом, однако симптоматический подход к терапии ошибочен, необходимо патогенетическое лечение. При сухом, навязчивом, изнурительном кашле назначают ненаркотические противокашлевые препараты. При малопродуктивном кашле выбирают отхаркивающие препараты. Если кашель с густой, вязкой мокротой, то следует назначать муколитики.

Из наркотических противокашлевых препаратов для детей до 12 лет разрешен лишь один – кодеинсодержащий Коделак Фито, который назначают только при сухом, непродуктивном кашле. Коделак Фито – это комбинированный препарат, который помимо кодеина содержит также слабые муколитики и отхаркивающие вещества.



Симпозиум «Ребенок с ОРВИ на приеме у педиатра»

Количество разрешенных ненаркотических препаратов гораздо больше. Они безопаснее кодеинсодержащих, эти препараты уместно назначать при непродуктивном, болезненном, мучительном кашле. Среди них преобладают противокашлевые средства центрального действия: Синекод (действующее вещество – бутамират), Глауwent (глауцин), Тусупрекс (окселадин), Седотуссин (пентоксиверин). Из препаратов периферического действия заслуживает упоминания Либексин (преноксдиазин). При вязкой, тягучей, плохо откашливаемой мокроте использование препаратов против кашля недопустимо. Чем дольше патологический секрет находится в бронхах, тем выше вероятность развития вторичной бактериальной инфекции.

Применяемые в настоящее время муколитики делятся на три группы: производные ацетилцистеина, производные бромгексина и производные карбоцистеина. Производные ацетилцистеина характеризуются быстрым началом действия, но их длительное применение нецелесообразно из-за возможного угнетения секреции иммуноглобулина А. Из производных бромгексина используются в основном активные метаболиты бромгексина, препараты амброксола. Они обладают более широким спектром действия по сравнению с производными ацетилцистеина. Производные карбоцистеина давали хороший клинический эффект, но их растворимость и органолептические свойства оставляли желать лучшего. Именно поэтому видоизменили формулу препарата, добавили лизинтовую соль – так появился препарат Флуифорт.

Флуифорт способствует активации сиаловой трансферазы – фермента бокаловидных клеток слизистых бронхов. Это приводит к нормализации соотношения кислых и нейтральных сиаломуцинов в секрете и улучшению реологических свойств секрета. Другой механизм действия Флуифорта заключается в разрыве дисульфидных мостиков гликопротеинов в геле, что обеспечивает муколитический эффект и улучшение дренажной функции. Препарат также нормализует работу секреторных клеток, а это приводит к восстановлению свойств бронхиального секрета и снижению энергозатрат реснитчатого эпителия (его КПД повышается). Нормализация адгезивных свойств секрета и секреции IgA способствует восстановлению местного иммунитета и ускорению элиминации инфекционных агентов.

Таким образом, Флуифорт обладает одновременно муколитическим (улучшение реологических свойств секрета, разжижение вязкой мокроты), мукокинетическим (восстановление активности реснитчатого эпителия, повышение мукоцилиарного клиренса) и мукорегуляторным (нормализация функций слизеобразующих желез) эффектом.

Благодаря оригинальному мукорегуляторному механизму действия Флуифорт позволяет быстро нормализовать реологические показатели мокроты

При сочетанном применении с антимикробными средствами Флуифорт способствует проникновению последних в бронхиальный секрет и слизистую оболочку бронхов. Благодаря этому важному свойству Флуифорта при его добавлении к стандартной антибактериальной терапии удается достичь лучших результатов, чем при использовании только антибактериальных средств.

(уменьшить вязкость) и улучшить дренажную функцию бронхов (увеличить мукоцилиарный клиренс). С практической точки зрения важно, что карбоцистеин обладает «постмукоактивным эффектом»: после короткого (4 дня) курса в средней терапевтической дозе эффект уменьшения вязкости мокроты и улучшения мукоцилиарного транспорта сохранился до 8-го дня (рис. 2).

При использовании мукоактивных средств в лечении заболеваний респираторной системы следует учитывать совместимость препаратов. Достоинством карбоцистеина является то, что при сочетанном применении с антимикробными средствами он способствует проникновению последних в бронхиальный секрет и слизистую оболочку бронхов. Так, у больных с инфекционным обострением хронического бронхита карбоцистеин улучшал проникновение амоксициллина в бронхиальный секрет при их совместном назначении (рис. 3). Благодаря этому

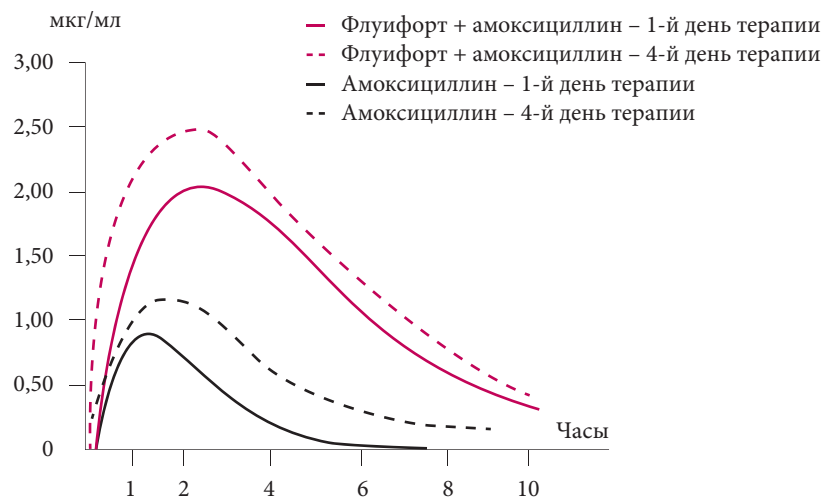


Рис. 3. Применение карбоцистеина (Флуифорта) увеличивает концентрацию амоксициллина в бронхо-альвеолярной жидкости

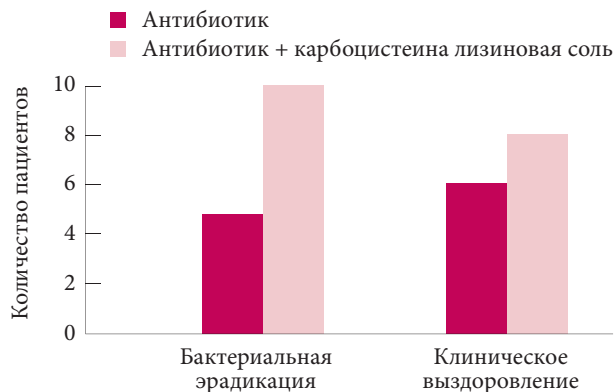


Рис. 4. Комбинация карбоцистеина (Флуифорта) с антибиотиками ускоряет бактериальную эрадикацию и клиническое выздоровление у больных с острым бронхитом после 5 дней терапии

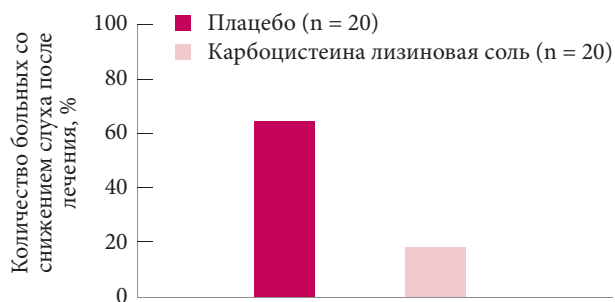


Рис. 5. Флуифорт улучшает аудиометрические показатели и уменьшает количество осложнений в виде снижения слуха у детей после лечения секреторных отитов

важному свойству Флуифорта при его добавлении к стандартной антибактериальной терапии удается достичь лучших результатов, чем при использовании только антибактериальных средств.

Было показано, что применение Флуифорта у больных с острым бронхитом не только нормализует реологические свойства мокроты, но и ускоряет бактериальную эрадикацию и клиническое выздоровление (рис. 4). Кроме того, применение Флуифорта у детей при лечении секреторных отитов позволяет не только ускорить процесс выздоровления, но и существенно уменьшить процент осложнений в виде снижения слуха с 65% (в контрольной группе) до 15% (в группе с применением Флуифорта) (рис. 5).

Профессор А.Л. Заплатников указал, что настоящих противовирусных препаратов немного. Большинство средств, которые используются против вирусов, на деле являются заменителями эндогенного интерферона или индукторами синтеза эндогенного интерферона.

В одной из университетских больниц Японии проводили исследование влияния карбоцистеина на цитопатическое действие вирусов, уменьшение риска инфицирования респираторными вирусами и снижение уровня репликации этих вирусов. Поскольку 60% болезней верхних дыхательных путей возбуждают риновирусы, для исследования выбрали 2 серотипа риновируса – 2 и 14. Из трахеи человека выделили эпителиоциты, их размножили с помощью культуры клеток, затем обработали карбоцистеином и инфицировали вирусами. Уже через 48 часов после введения препарата в культуру клеток уменьшилась репликация обоих вирусов, снизилось цитопатическое действие. Концентрация риновирусов 14 и 2 на единицу площади под влиянием карбоцистеина снижалась.

Профессор А.Л. Заплатников пояснил, что карбоцистеин – не противовирусный препарат в полном смысле слова. Механизм его действия совсем иной: он блокирует и уменьшает экспрессию молекул адгезии, таких как ICNR1, которые используют вирусы для проникновения в клетки эпителия. В этой связи применение карбоцистеина с первых дней при вирусных заболеваниях респираторного тракта может снижать риск инвазии возбудителя и степень его репликации.

Своевременная диагностика, выделение нозологической формы при отсутствии этиологической идентификации заболевания, адекватная оценка эпидемиологического анамнеза, клинических проявлений болезни позволят вовремя назначить этиотропную терапию и выбрать адекватное патогенетическое лечение. «Риск развития затяжного заболевания уменьшится, и больше шансов, что мы справимся с этой проблемой быстрее», – заключил свой доклад профессор А.Л. Заплатников.

Вместо заключения

Докладчиками в выступлениях и в ходе дискуссии было отмечено, что сегодня в арсенале врачей-педиатров для лечения острых респираторных вирусных инфекций и их осложнений у детей имеются новые высокоэффективные препараты. ОКИ – специально разработанный препарат для лечения симптомов ОРВИ и гриппа, который не только устраняет лихорадку и болевые ощущения, но и редуцирует воспаление, которое лежит в основе патогенеза общих и местных симптомов. Флуифорт – современный мукорегулятор для лечения детей старше 1 года с острыми респираторными заболеваниями с мокротой и кашлем. Назначение Флуифорта позволяет быстро облегчить состояние больного, ускорить выздоровление и снизить процент осложнений. Специально для лечения детей Флуифорт выпускается в виде сиропа. Детям от 1 до 5 лет Флуифорт назначается по 2,5 мл сиропа, а детям старше 5 лет – по 5 мл сиропа 2–3 раза в день. *



ФЛУИФОРТ[®]

Карбоцистеина лизиновая соль

**Современный мукоРЕГУЛЯТОР
для лечения острых и хронических
респираторных заболеваний у детей**

Ускоряет выздоровление и снижает процент осложнений*

- **Восстанавливает** реологические свойства мокроты
- **Улучшает** мукоцилиарный клиренс
- **Уменьшает** адгезию патогенных агентов к респираторному эпителию

* Sevieri G., Buitish Med. J., 1990; Bonci M., Minerva Med., 1992

Дозировка:

Детям от года до 5 лет -
2,5 мл сиропа/2-3 раза
в день.

Детям старше 5 лет -
5 мл сиропа/2-3 раза
в день.



Рег. удостоверение: П N010489/02

риниты
фарингиты
трахеиты
бронхиты
отиты
синуситы