

## ПРЕПАРАТЫ ОТ КАШЛЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Проф. С.О. Ключников\*

Российский государственный медицинский университет

По данным ВОЗ, ежегодно острыми респираторными вирусными инфекциями болеет каждый третий житель планеты. В России регистрируется 27,3–41,2 млн. случаев ОРВИ. Например, по данным за период с января по август 2010 г. в России зарегистрировано 18 186278 случаев ОРВИ, при этом среди детей — 12 219811 случаев. В США число заболевших гриппом составляет около 30 млн. человек в год.

Уже исходя из приведенной статистики становится очевидным, что участковым врачам, в том числе педиатрам, прежде всего приходится решать вопросы лечения и профилактики именно данной группы заболеваний. Значимым с практических позиций является риск развития различных осложнений ОРВИ. К их числу в первую очередь необходимо отнести:

- пневмонию и синусит, развитие которых, например, при риновирусной инфекции наблюдается до 85% случаев;
- стенозирующий ларинготрахеит;
- средний отит;
- обострение бронхиальной астмы;
- пиелонефрит.

Сложность ситуации усугубляется еще и многочисленностью возбудителей (более 300 вирусов), что исключает возможность создания и реализации специфической иммунопрофилактики всей группы ОРВИ и обуславливает неполноценность специфического иммунитета к возбудителям респираторных инфекций, способствуя многократному развитию заболеваний одной и той же этиологии. При этом постоянная антигенная изменчивость вирусов гриппа создает и возможность несоответствия штаммового состава гриппозных вакцин реально циркулирующим вирусам.

Данные обстоятельства вынуждают врачей применять весь арсенал средств симптоматической терапии. И, действительно, что же мы сегодня лечим при ОРВИ? Как правило, это три «состояния»: лихорадка, насморк и кашель. Не секрет, что количество лекарственных и нелекарственных средств, которые в невероятных объемах применяются на практике, исчисляется сотнями. Некоторые аспекты этой проблемы мы уже обсуждали [1,2]. Например, на основании анализа записей в амбулаторных картах было показано, что по частоте назначений самыми востребованными являются 3 группы препаратов — антибиотики, антигистаминные препараты и иммуномодулирующие средства. Результаты проведенного нами анализа записей в амбулаторных картах показали, что из общего числа детей первого года жизни каждому пятому из них (20,5%) назначались антибактериальные препараты. К 3-летнему возрасту число детей, получающих антибиотики, увеличивается до 28% и достигает уже 79,2% к 7 годам. При этом среднее число курсов антибактериальных препаратов варьировало от 2,0 до 3,2 на одного ребенка.

Достаточно сложным представляется и вопрос о назначении антигистаминных препаратов. По данным проведенного анализа, число детей первого года жизни, в лечении которых использовались эти средства, составило 40,9%, к трем годам — 56% и достигает 70,8% к семи годам. В среднем число курсов антигистаминных препаратов варьировало от 1,6 до 3,2 на одного ребенка. При этом не представляется возможным найти каких-либо иных обоснований для назначения антигистаминных препаратов, кроме как лечение ОРВИ. Так, у детей в возрасте от 1 года до 3 лет хлорпирамин назначался в 61% случаев, клемастин — в 26%, в группе детей до 7 лет хлорпирамин назначался уже в 100% случаев, а клемастин — только в 19%. В то же время именно для данной группы ЛС достаточно хорошо известны негативные эффекты, возникающие при их применении у детей, в частности сонливость, чувство усталости, сухость во рту, тошнота, запоры, возможны также повышение аппетита и увеличение массы тела [3,4].

Особого внимания заслуживает обнаруженный нами факт популярности разнообразных иммуномодулирующих средств, превышающей таковую у антибиотиков и антигистаминных препаратов. Безусловно, вызывает определенные сомнения целесообразность столь широкого применения иммуномодулирующих средств, особенно у детей первого года жизни — 47,7%. Необходимо подчеркнуть, что дети первого года жизни имеют незрелую, только формирующуюся иммунную систему, которая испытывает колоссальную антигенную нагрузку, и при этом в каждом втором случае подвергаются дополнительно активной «модуляции». Анализ медицинской документации наводит на мысль, что педиатры назначают данные препараты вообще без каких-либо обоснований, «на всякий случай», или, что значительно чаще, для лечения острых проявлений ОРВИ. Достаточно детально изученные особенности реакций иммунной системы на антигенную, в частности, вирусную агрессию, свидетельствуют, как минимум, о неэффективности модуляции или стимуляции организма иммуностропными средствами в острый период респираторного заболевания, поскольку ощутимые изменения ответа могут выявляться только к 14–21-му дню от начала воздействия.

К 3-летнему возрасту число детей, получивших иммуномодулирующие препараты, увеличивается до 64% и достигает к 7 годам 66,7%. При этом среднее число курсов иммуномодулирующих препаратов варьировало в анализируемых группах от 1,3 до 3,0 на одного ребенка.

Обсуждая вопросы лекарственной «нагрузки» необходимо принимать во внимание и многочисленные факты использования для лечения детей гомеопатических средств и фитопрепаратов, суммарно отмеченные в амбулаторных картах у 46,5% детей (т.е. практически у

\*Опубликовано: РМЖ. — 2011. — Т.19, №2.

каждого второго ребенка). Здесь уместно напомнить, что сегодня отсутствуют не только убедительные данные доказательной медицины об эффективности большинства из этих средств, но практически не изучены вопросы взаимовлияния и взаимодействия столь принципиально отличных друг от друга категорий препаратов. При этом активно тиражируемая «безопасность» гомеопатических средств способствует бесконтрольности их использования даже при развитии острых заболеваний у детей.

В 2010 году мы провели работу, итогом которой стал анализ применяемых лекарственных препаратов у детей при развитии кашля. Все использовавшиеся препараты были разделены самими родителями на основные и дополнительные. В результате выявлено, что в 80% случаев, когда среди клинических проявлений ОРВИ отмечался кашель, применялись противокашлевые и/или муколитические (или секретолитики) средства. Во второй по частоте назначений группе оказалась гипотермические препараты и иммуномодуляторы — по 53%. Следующими по частоте применения были антибактериальные препараты — 50%, что лишний раз подтверждает чрезмерное увлечение педиатрами именно этими ЛС, хотя многократно заявлялось о нецелесообразности использования антибиотиков при лечении неосложненных форм ОРВИ.

Интересная информация получена при анализе так называемой «дополнительной» группы. Оказалось, что к их числу родители относят антигистаминные средства — 53%, препараты для коррекции дисбиотических нарушений — 50% (точно такое же количество случаев, как и при приеме антибиотиков), витаминно-минеральные комплексы — 40% и снова иммуномодуляторы — 29%. Невольно возникает вопрос: какие и сколько же суммарно получает ребенок из числа основных и дополнительных препаратов при лечении кашля? Оказалось, что даже чаще, чем все вместе взятые противокашлевые и муколитические средства при кашле у детей используются иммуномодуляторы в 82% случаев.

Такое положение дел свидетельствует о необходимости не только совершенствования педиатрической амбулаторной службы, но и принципиального улучшения знаний и использования врачами новейших достижений медицинской науки.

Напомним, что если при продуктивном кашле целесообразно использование муколитиков и отхаркивающих препаратов, то при лечении ребенка с сухим кашлем требуется иной подход. При повышенной чувствительности дыхательных путей кашель теряет свою защитную функцию и не только не способствует выздоровлению, но и приводит к развитию осложнений. При сухом, интенсивном, мучительном кашле, нарушающем качество жизни пациента, показано симптоматическое лечение, то есть назначение противокашлевых средств. Выбор такового средства должен проводиться индивидуально с учетом механизма действия, противокашлевой активности препарата, риска возникновения побочных эффектов, наличия сопутствующей патологии и возможных противопоказаний.

Противокашлевые препараты отличаются по локализации своего действия — периферической или центральной. Чтобы снять приступ сухого раздражающего кашля, необходимо воздействовать на кашлевой центр, который находится в продолговатом мозге. Наркотические противокашлевые препараты обладают выраженным противокашлевым эффектом, но имеют низкий

профиль безопасности, т.к. характеризуются серьезными побочными явлениями: вызывают привыкание, угнетают дыхательный центр и могут уменьшить дыхательный объем. Негативными эффектами опиатов являются также возможность замедления моторики кишечника и возникновения запоров, сонливость, нарушение когнитивных функций. С учетом перечисленных эффектов наркотические препараты центрального действия крайне редко применяются у детей. Ненаркотические противокашлевые препараты центрального действия лишены указанных побочных эффектов, при этом эффективность современных средств из этой группы не уступает наркотическим препаратам.

К противокашлевым лекарственным средствам центрального действия относят наркотические (кодеин, кодтерпин и др.) и ненаркотические препараты (бутамира цитрат (Синекод), окселадин, глауцин декстрометорфан и др.). Ненаркотические противокашлевые лекарственные средства не уступают по эффективности кодеин-содержащим препаратам и при этом не оказывают угнетающего влияния на дыхательный центр, не вызывают привыкания. Среди ненаркотических противокашлевых препаратов следует выделить бутамират (Синекод).

Установлено, кроме того, что Синекод обладает отхаркивающим, умеренным бронходилатирующим и противовоспалительным действием, улучшает показатели спирометрии, снижая сопротивление дыхательных путей, а также насыщение крови кислородом. После приема внутрь бутамират быстро и полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта, при этом его максимальная концентрация в плазме достигается примерно через 1,5 часа. При повторном назначении препарата концентрация в крови остается линейной, то есть не происходит накопления активного вещества. Кроме того, стоит отметить такое немаловажное свойство Синекода, нехарактерное для наркотических противокашлевых средств, как быстрое наступление максимального эффекта препарата: по данным нескольких клинических исследований уже через 2 часа после однократного применения Синекода наступает максимальный противокашлевый эффект, и полностью поддается сухой кашель у 75–86% пациентов [6]. Кроме того, стоит отметить, что длительный прием препарата Синекод не влияет на функцию внешнего дыхания, а при хронических воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей может значительно улучшать спирометрические показатели [7].

Среди хорошо известных свойств данного препарата наряду с высокой клинической эффективностью важно отметить безопасность применения. Именно данная характеристика препарата — «безопасность» была убедительно доказана при использовании у детей, начиная с 2-месячного возраста.

Среди редких побочных проявлений, которые не превышают 1%, были отмечены: со стороны центральной нервной системы — головокружение, проходящее после снижения дозы препарата; со стороны желудочно-кишечного тракта — тошнота и диарея; аллергические реакции: возможны кожная сыпь и зуд.

К показаниям по применению препарата Синекода относятся: сухой кашель, коклюш, подавление кашля при хирургических вмешательствах и бронхоскопии, подавление кашля в пред- и послеоперационном периоде.

Для педиатров важное значение имеет удобная форма выпуска препарата. Так Синекод выпускается

для детей в виде капель для приема внутрь и в виде сиропа [8]. Режим дозирования Синекода зависит от возраста ребенка. При этом Синекод в виде раствора-капель назначают: детям от 2 мес до 1 года — по 10 кап 4 раза в сутки; детям от 1 года до 3 лет — по 15 кап 4 раза в сутки; детям 3 лет и старше — по 25 кап 4 раза в сутки. При использовании Синекода в виде сиропа рекоменду-

ют следующие дозировки: детям 3–6 лет — по 5 мл 3 раза в сутки; детям 6–12 лет — по 10 мл 3 раза в сутки; детям 12 лет и старше — по 15 мл 3 раза в сутки. Препарат назначают перед едой. Особо следует подчеркнуть, что при соблюдении рекомендуемых режимов дозирования Синекод характеризуется хорошей переносимостью и высоким профилем безопасности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ключников С.О., Барсукова М.В., Суюндукова А.С., Дубович Е.Г. «Лекарственная нагрузка» у детей в амбулаторных условиях. Матер. объединенного форума детских врачей, г. Орел. Вестник РГМУ. 2008. №4(63). С. 182.
2. Ключников С.О., Барсукова М.В., Кантимирова Е.Л., Нечаева Н.Л. Часто болеющие дети. Лекции по педиатрии. Иммунология. 2010. Том 9. РГМУ. С. 127–144.
3. Малахов А.Б., Волков И.К., Малахова-Капанадзе МА. Антигистаминные препараты и их место в терапии аллергических заболеваний. Справочник поликлинического врача, 2007, № 1.
4. Пампура А.Н., Кожевников С.А. Антигистаминные препараты в лечении аллергических заболеваний у детей. Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. 2008, №1. С. 7–12.
5. Козлов И.Г. Ренессанс иммуностимулирующей терапии. Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. 2008, №2. С. 4–13.
6. Materazzi F., Caprao P., D'Urso B., Visco A. Note terapeutiche sul butamirato citrato. Gazz. med. ital. 1984. 143, 4. 229–232.
7. Santos A., Nacpil N. (1994) Comparative clinical evaluation of the antitussive activity of butamirato citrate versus dextromethorphan. Manila (Philippines): Lung Center of the Philippines.
8. Государственный реестр лекарственных средств. — М.: МЗ РФ, 2010.

## НОВОСТИ

### Провідні фахівці Міністерства охорони здоров'я України обговорили у Львові проблемні питання профілактики та лікування інфекційних і соматичних захворювань у дітей

26 лютого, у приміщенні палацу культури ім. Гната Хоткевича відбувся семінар «Проблемні питання профілактики та лікування інфекційних і соматичних захворювань у дітей» за участю провідних фахівців Міністерства охорони здоров'я України, — інформує пресслужба Департаменту охорони здоров'я Львівської облдержадміністрації.

Захід проводився за підтримки Міністерства охорони здоров'я та групи компаній «Мед-Експерт» в рамках Європейського тижня імунізації.

У семінарі взяли участь заступник директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги, начальник управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України Олена Терещенко, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії №2 Національної медичної академії післядипломної освіти імені ім. П. Л. Шупика В'ячеслав Бережний, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, головний позаштатний дитячий інфекціоніст МОЗ України Сергій Крамарьов та ін.

Під час семінару фахівці МОЗ зосередили увагу учасників на питаннях удосконалення організаційної роботи з питань імунізаційної та профілактики інфекційних хвороб у дітей. Зокрема, заступник дирек-

тора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги, начальник управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України О. Терещенко у своєму виступі зазначила, що 2,5 млн. осіб у світі помирають від захворювань, яких можна уникнути шляхом вакцинації. Також, звернула увагу на важливість безпеки пацієнта та лікаря під час проведення вакцинації.

Про стан інфекційної захворюваності дітей в Україні та актуальні питання вакцинопрофілактики розповів завідувач кафедри педіатрії №2 Національної медичної академії післядипломної освіти імені ім. П. Л. Шупика В. Бережний.

С. Крамарьов головний позаштатний дитячий інфекціоніст МОЗ України висвітлив основні підходи до вакцинопрофілактики інвазивних інфекцій у дітей — менінгококової та пневмококової.

У семінарі лікарі могли брати участь як очно, так і заочно, оскільки відбувалась інтерактивна трансляція семінару в мережі Інтернет. Трансляція проводилась через портал державного центру телемедицини МОЗ України [www.esemi.org](http://www.esemi.org).

Наприкінці семінару, усі зареєстровані учасники, в т.ч. учасники трансляції, отримали сертифікати. Така форма підвищення кваліфікації високо оцінюється практикуючими лікарями, адже навчальні семінари дають змогу отримати необхідні практичні знання та покращити якість надання медичної допомоги.

*Источник: <http://medexpert.org.ua>*