

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ:

доклад в рамках научно-практического семинара
«Проблемные вопросы педиатрии в практической медицине»

Современные технологии открывают широкие возможности для представителей любых специальностей. Развитие коммуникационных технологий позволяет получать доступ к актуальной, самой свежей информации, и становится свидетелями событий, происходящих в различных уголках страны. Одна из форм дистанционного профессионального общения — телемосты. Именно в таком формате в течение 2013 г. проходит научно-практический семинар «Проблемні питання педіатрії в практичній медицині», предоставивший возможность обмена мнениями между Киевом и областными центрами. Организатором телемостов «Киев — региональные центры» выступила группа компаний «МЕДЭКСПЕРТ» под эгидой Министерства здравоохранения Украины в рамках национального цикла семинаров для врачей-педиатров, семейных и врачей пограничных специальностей.

С лекциями и докладами в рамках телемостов выступили: д.мед.н., проф., зав. кафедрой детских инфекционных болезней НМАПО им. П.Л. Шупика, главный внештатный детский иммунолог МЗ Украины Л.И. Чернышова, д.мед.н., проф., зав. кафедрой детских инфекционных болезней НМУ им. А.А. Богомольца, главный внештатный детский инфекционист МЗ Украины С.А. Крамарев, д.мед.н., проф., руководитель отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины», главный внештатный детский гастроэнтеролог МЗ Украины О.Г. Шадрин, д.мед.н., проф., зав. кафедрой педиатрии №3 НМУ им. А.А. Богомольца Ю.В. Марушко, д.мед.н., проф., зав. кафедрой стоматологии детского возраста НМАПО им. П.Л. Шупика, главный внештатный детский стоматолог МЗ Украины, ГУЗ г. Киева Н.О. Савичук, д.мед.н., зав. кафедрой детских и подростковых заболеваний НМАПО им. П.Л. Шупика, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Подростковая терапия» Г.В. Бекетова, к.мед.н., доц. кафедры педиатрии №2 НМАПО им. П.Л. Шупика Н.П. Гляделова, д.мед.н., проф. кафедры педиатрии №1 НМУ им. А.А. Богомольца В.И. Боброва, д.мед.н., доц. кафедры педиатрии №2 НМАПО им. П.Л. Шупика В.В. Корнева. Несколько докладов представил д.мед.н., проф., зав. кафедрой педиатрии №2 НМАПО им. П.Л. Шупика В.В. Бережной. Одно из своих выступлений Вячеслав Владимирович посвятил вопросам симптоматического лечения респираторных заболеваний у детей.

Начиная свой доклад, профессор В.В. Бережной напомнил об этиологических факторах ОРЗ. Это вирусы (гриппа и парагриппа, респираторно-синцитиальный, аденовирус, риновирус, реовирус, энтеровирус, ЕСНО, Коксаки, коронарновирус, герпес-вирусы, полиомавирус) и микроорганизмы (*Streptococcus pneumoniae* +++, *Haemophilus influenzae* +++, *Staphylococcus aureus* ++, *Mora-*



xella catarrhalis +, *Chlamydophilla*, *Mycoplasma*, менингококк), а также другие факторы — ослабление местного и системного иммунитета, переохлаждение, высокая contagiousность, несбалансированное питание, физиологический дефицит IgG и IgA.

Одним из наиболее частых симптомов ОРЗ у детей и самых частых поводов обращения к педиатру является **кашель**. Для его симптоматического лечения применяются различные препараты, об особенностях каждой из лекарственных групп профессор В.В. Бережной напомнил в своем докладе. В частности, это мукокинетики рефлекторного действия (подорожник, экстракт первоцвета, экстракт плюща, корень алтея, эфирные масла, чабрец, корень солодки, истода, девясила, трава вербены, лист мать-и-мачехи). Они уменьшают вязкость слизи за счет увеличения транссудации плазмы, усиливают перистальтику бронхиол за счет стимуляции гастропульмонарного рефлекса, благодаря чему активизируется продвижение мокроты и её эвакуация из нижних отделов дыхательных путей. Еще одна группа препаратов, применяемых при кашле, — секретомоторные мукогидратанты (гипертонический раствор соли, калия и натрия йодид, натрия гидрокарбонат). Они всасываются в ЖКТ, выделяются слизистой оболочкой бронхов, способствуя внедрению воды в структуру секрета слоя «золь» (растворимого слоя). Йодсодержащие препараты также стимулируют расщепление белков мокроты. Используются

также мукорегуляторы (карбоцистеин), которые восстанавливают секреторную активность бокаловидных клеток, вязкость и эластичность мокроты без нарушения слоистого строения слизи, ускоряют мукоцилиарный транспорт; довольно редко применяемые муколитические препараты на основе протеолитических ферментов (Трипсин, Химотрипсин, РНКаза), уменьшающие вязкость мокроты, оказывающие противоотечное и противовоспалительное действие; муколитические препараты на основе ацетилцистеина — тиолитики (Ацестад, Ацетал С, Ацетилцистеин — Астрофарм, Ацетин-100, 200, АЦЦ), способствующие разрыву дисульфидных связей гликопротеинов мокроты, уменьшающие вязкость мокроты; муколитические препараты бронхосекретолитического и секретомоторного — отхаркивающего действия (Бромгексин, амброксола гидрохлорид (Флавамед)). Препараты последней группы стимулируют альвеолярную секрецию, повышают продукцию сурфактанта, снижают адгезивные свойства секрета, деполимеризуют мукопротеиновые и мукополисахаридные волокна трахеобронхиального секрета. Именно к этой группе принадлежит амброксол («Флавамед»®), являющийся активным метаболитом бромгексина.

Флавамед® разжижает бронхиальный секрет за счет увеличения дозы в серозном компоненте в бронхиальном секрете и расщепляет кислые мукополисахариды и дезоксирибонуклеиновые кислоты; усиливает работу реснитчатого эпителия, систему сурфактанта, образование и выведение поверхностно активного материала в альвеолах и бронхиальном дереве; обладает антиоксидантным эффектом. Иммуномодулирующий эффект амброксола гидрохлорида усиливает выработку IgA, повышает активность тканевых макрофагов, угнетает продукцию мононуклеарными клетками медиаторов воспаления — интерлейкина-1, ФНО, гистамина, серотонина и ингибирует хемотаксис нейтрофилов (*in vitro*). Препарат обладает муколитическим действием (потенцирует активность ферментов, способствующих разжижению бронхиального секрета), мукокинетическим (активирует движение ресничек мерцательного эпителия, оказывает секретомоторное действие, восстанавливая мукоцилиарный транспорт), а также мукорегуляторным эффектом, нормализуя функцию измененных серозных и мукозных желез слизистой оболочки бронхов, уменьшая количество кист слизистой оболочки ДП, активируя продукцию серозного компонента. Флавамед® назначают при острых и хронических заболеваниях бронхов и легких, сопровождающихся нарушением образования и отложения мокроты, детям до 2 лет в растворе в дозе 1/2 мерной ложки 2 раза в сутки, детям от 2 до 5 лет в растворе в дозе 1/2 мерной ложки 3 раза в сутки, детям в возрасте от 6 до 12 лет — раствор в дозе 1 мерная ложка 2–3 раза в сутки. Таблетки назначают детям от 6 до 12 лет по 1/2 табл. 2–3 раза в сутки, взрослым и детям старше 12 лет — по 1 табл. (30 мг амброксола гидрохлорида) 3 раза в сутки на протяжении первых 2–3-х суток, а в дальнейшем по 1 таблетке 2 раза в сутки. Установлена эффективность препарата у детей с ОРВИ, осложненной бронхитом, ларинготрахеитом, бронхиальной астмой. В частности, со вторых суток лечения у 37% больных отмечалось исчезновение одышки, осиплости голоса, к 5–6-му дню — значительное ослабление кашля. Профессор В.В. Бережной привел также результаты одного из российских исследований амброксола. В детской клинической больнице №7 г. Москвы проводилось лечение 55 детей (от 1 месяца до 14 лет) с респираторными

инфекциями, сопровождающимися непродуктивным кашлем с плохо отделяемой мокротой. Исследование показало высокий муколитический эффект препарата уже к концу 3-х суток терапии. **У 62% пациентов к концу 2-х суток произошла трансформация сухого кашля во влажный, на 3-и сутки — у 84%, на 4-е сутки — у 100%.**

Еще один симптом ОРВИ и гриппа — риносинусит. Его терапии профессор В.В. Бережной также уделил внимание в своем докладе, осветив возможности назальной ирригационной терапии риносинусита у детей.

Для лечения ринита обычно применяются препараты двух групп: назальные деконгестанты, вызывающие спазм сосудов слизистой, уменьшая тем самым отек слизистой оболочки носа, и солевые растворы. Солевые растворы в свою очередь делятся на:

- изотонические (содержат 0,9% концентрацию соли);
- гипотонические (содержат 0,65% концентрацию соли);
- гипертонические (содержат концентрацию соли свыше 0,9% — 2,3–2,6%), которые не только очищают и увлажняют слизистую оболочку носа, но и обладают противоотечным действием благодаря осмотическому эффекту.

Назальные деконгестанты, как известно, обладают побочными эффектами, в том числе существует возможность отравления такими препаратами. Оно может сопровождаться сужением или расширением зрачков, гипотермией, нарушением периферического кровообращения, аритмией, потливостью, тошнотой, гипертоническим синдромом, рефлекторной брадикардией, судорогами, комой. Местные отрицательные проявления сосудосуживающих капель и спреев включают:

- преходящее ощущение жжения и сухости в полости носа и носоглотке;
- синдром «рикошета»;
- угнетение секреторной функции — «высушивание» слизистой оболочки носа (при анемизации сокращается выработка секрета бокаловидными клетками и слизистыми железами) и мукоцилиарного транспорта, что приводит к затруднению самоочистки пазух носа;
- развитие медикаментозной зависимости (медикаментозный ринит), которая связана с возникновением рефрактерности сосудов слизистой оболочки носа к адреномиметикам (нечувствительность к терапии деконгестантами) и развитием вторичной назальной вазодилатации.

Солевые растворы для ухода за слизистой носа и лечения риносинуситов у детей такими нежелательными эффектами и побочными действиями не обладают. Содержание хлорида натрия в клетках слизистой оболочки носа составляет 0,9% (изотонический показатель). Гипертонический раствор приводит к увеличению выпота тканевой жидкости в полость носа, обеспечивая противоотечное и муколитическое действие. В то же время изотонический и гипотонический растворы только увлажняют и очищают слизистую оболочку. Квикс® (который в своем докладе упомянул профессор В.В. Бережной, — это гипертонический назальный спрей с концентрацией соли 2,6%, содержащий минералы и микроэлементы воды Атлантического океана. Квикс® содержит только натуральные ингредиенты (морская вода), не содержит консервантов (благодаря антибактериальному фильтру и механизму автоматической закупорки наконечника, встроенным в систему). Он может

использоваться у пациентов всех возрастных групп (включая младенцев от шести месяцев), а также у беременных и кормящих женщин. Спрей может применяться в комбинации с другими препаратами (нет лекарственного взаимодействия) в течение длительного периода времени, так как не вызывает синдром рикошета и зависимость. Младенцам и детям Квикс® назначают по 1–2 орошения носовых ходов 2–3 раза в день. Единственным противопоказанием является гиперчувствительность (аллергические реакции) к морской воде.

Эффективность гипертонического спрея была доказана в различных исследованиях. В частности, было показано, что применение гипертонического раствора у детей с хроническим риносинуситом более эффективно по сравнению с изотоническим (D. Shoseyв и соавт., 1998). Гипертонический раствор облегчал все симптомы заболевания, в то время как изотонический — только постназальное стекание. Результаты Кохрановского системного анализа показали большую эффективность лечения хронических риносинуситов гипертоническим раствором (R. Narvey и соавт., 2007). В рандомизированных контролируемых исследованиях D. Rabago и соавт. (2002, 2005) показана более высокая эффективность длительного (6–12 мес.) ежедневного применения гипертонического солевого раствора у больных хроническим риносинуситом по сравнению с использованием изотонического раствора. В европейских стандартах лечения острых и хронических полипозных синуситов у детей (EPOS) и европейских стандартах лечения аллергического ринита и астмы (ARIA) рекомендуется применять промывания солевым гипертоническим раствором.

Часть доклада профессора В.В. Бережного была посвящена еще одному симптому, сопровождающему ОРВИ и грипп у детей, — лихорадке. Докладчик напомнил, что существуют различные ее клинические варианты: «розовая лихорадка» (для нее характерны розовая или умеренно гиперемированная кожа, влажная и теплая на ощупь) и «бледная лихорадка» (ее особенности — кожа бледная, мраморная, озноб, ногтевые ложа и «цианотические» губы, холодные стопы и ладони, стойкая гипертермия (высокая ЧСС, ЧД), возможны бред, судороги). Высокий риск неблагоприятного течения лихорадки у детей ассоциирован с возрастом до трех месяцев при температуре тела $\geq 38^\circ\text{C}$, фебрильными судорогами в анамнезе, заболеваниями сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, патологией ЦНС, возникшей в перинатальный период. Профессор В.В. Бережной напомнил,

что при судорожном синдроме в анамнезе назначают парацетамол или ибупрофен при лихорадке $37,5^\circ\text{C}$.

Согласно рекомендаций ВОЗ и национальных программ, в педиатрической практике в качестве жаропонижающих средств используют парацетамол и ибупрофен. Парацетамол обладает жаропонижающим, анальгезирующим и очень незначительным противовоспалительным действием, так как блокирует ЦОГ преимущественно в ЦНС и не обладает периферическим действием. В отличие от парацетамола, ибупрофен обладает выраженным жаропонижающим, анальгезирующим и противовоспалительным действием. Ибупрофен блокирует ЦОГ, как в ЦНС, так и в очаге воспаления (периферический механизм), что и обуславливает его не только антипиретический, но и противовоспалительный эффект. Преимущества ибупрофена («ИМЕТ»®) — это оптимально быстрый жаропонижающий эффект, длительный контроль температуры (до 8 часов) и высокая безопасность. Последнего нельзя сказать о парацетамоле. Известно, что чем чаще в первый год жизни принимался парацетамол, тем выше риск астмы. Использование парацетамола на первом году жизни и в более позднем возрасте связано с риском возникновения астмы, риноконъюнктивита и экземы в возрасте от 6 до 7 лет (E. Vlaski, K. Stavric, R. Isjanowska и соавт., 2007). В свою очередь, ибупрофен (ИМЕТ®) является препаратом первой линии выбора при лихорадке. Среди его достоинств — наименьшая гастротоксичность среди всех неселективных НПВС. Он не образует активные метаболиты, поэтому не оказывает прямого токсического действия на печень и почки. Отличительной особенностью Имета от других ибупрофенов является быстрая распадаемость таблетки, что позволяет достичь быстроты необходимого эффекта. ИМЕТ® назначают детям из расчета 7–10 мг/кг массы тела при максимальной суточной дозе 30 мг/кг. Интервал дозы зависит от симптоматики и максимальной общей суточной дозы. Не рекомендуют повторять прием препарата ранее, чем через 6 часов. Препарат применяют у детей в возрасте старше 6 лет с массой тела больше 20 кг.

Слушателями семинара, проходившего в Киеве и транслировавшегося в формате телемоста в еще трех городах, стали около 400 врачей. С каждым годом аудитория таких мероприятий увеличивается, и это дает право говорить о том, что все больше украинских педиатров и врачей общей практики — семейной медицины получают доступ к наиболее актуальной информации, представленной ведущими украинскими специалистами.