

Лікування гострих респіраторних інфекцій у практиці сімейного лікаря

В.І. Ткаченко¹, Х.М. Кухарчук¹, К.В. Бабіченко²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²Богуславський центр первинної медико-санітарної допомоги

На сьогоднішній день актуальним постає питання ефективності та безпечності застосування симптоматичної терапії в комплексному лікуванні ГРЗ і ГРВІ. **Мета дослідження** – визначення ефективності та безпечності застосування комбінації ібупрофену та парацетамолу (Брустан) в комплексному лікуванні ГРЗ і ГРВІ. **Матеріали і методи.** Обстежено 32 хворих (14 чоловіків і 18 жінок, середній вік відповідно 34 ± 5 та $36 \pm 3,5$ року), що звернулися до сімейного лікаря протягом перших 3 днів захворювання і яким був встановлений діагноз неускладненої ГРІ (гострого риносинуситу). Пацієнти були розділені на 2 порівняльні групи за призначеною терапією: 1-а група (n=17) – комбінована терапія ібупрофеном 400 мг і парацетамолом 325 мг (Брустан по 1 таблетці 4 рази на добу), 2-а група (n=15) – парацетамол (325 мг 4 рази на добу) протягом 10 днів. З усіма пацієнтами була узгоджена тактика лікування, до якої не входила антибіотикотерапія. **Результати.** У 1-й групі пацієнтів (яким застосовували Брустан) відзначені деякі позитивні відмінності порівняно із 2-ю групою: більш швидкий зворотний розвиток клінічних симптомів до 6-го дня захворювання (візит 3) – скарги і клінічні симптоми у всіх пацієнтів були відсутні, клінічно значущих небажаних явищ, пов'язаних із застосуванням препарату Брустан, не відзначено. У 2-й групі довше зберігалась гіперемія слизової оболонки зівя, слабкість та більш висока ШОЕ (до 6-го дня хвороби). Висновки. Призначення комбінованого препарату ібупрофену та парацетамолу (Брустан) сприяло більш швидкому зворотному розвитку клінічних симптомів та не спричинювало побічних явищ при симптоматичному лікуванні ГРІ.

Ключові слова: гострі респіраторні інфекції, симптоматична терапія, первинна медична допомога.

Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) – найбільш поширені інфекційні хвороби, що вражають усі вікові групи населення. Серед причин тимчасової втрати працездатності вони посідають перше місце – навіть у міжепідемічний період на них хворіє 1/6 частина населення планети. В Україні щорічно на ГРІ хворіють 10–14 млн осіб, що становить 25–30% усієї та близько 75–90% інфекційної захворюваності в Україні. Експерти ВООЗ відзначають, що ця найпоширеніша в людській популяції група хвороб в останні роки має постійну тенденцію до збільшення. Соціальні причини, що пов'язані з глобальним процесом постійного зростання урбанізації, більш тісні контакти людей практично в будь-якій точці земної кулі та посилення міжконтинентальних міграційних процесів зумовлюють подальше поширення ГРІ [2–4].

ГРІ визначається як будь-яка гостра інфекційна хвороба верхніх або нижніх дихальних шляхів, що супроводжується розвитком респіраторного синдрому та загальноінтоксикаційними проявами різного ступеня вираженості. Клінічні прояви багато в чому схожі, диференціювати їх часто неможливо. Респіраторний синдром виступає провідним і проявляється в переважно у топічному (локальному) ураженні дихальних шляхів – фарингіт, ларингіт, трахеїт тощо. Збудни-

ками ГРІ можуть бути як віруси, так і бактерії. Інфекції верхніх дихальних шляхів включають в себе гострий риніт, гострий риносинусит, гострий середній отит, фарингіт/тонзиліт і ларингіт. Інфекції нижніх дихальних шляхів включають трахеїт, гострий бронхіт, бронхіоліт та пневмонію [2,4].

Згідно з Наказом МОЗ України від 16.07.2014 № 499 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях» сімейний лікар встановлює топічний діагноз ураження дихальних шляхів при ГРВІ та вирішує питання симптоматичної терапії і стратегії антибіотикотерапії. Оскільки ГРІ здатні до самоліквідації без лікування, то в більшості випадків немає клінічної потреби в ідентифікації збудника та призначення антибіотикотерапії. Більшість ГРІ, навіть при відсутності антибактеріального лікування, закінчуються одужанням, а ускладнення за відсутності антибіотикотерапії малоймовірні. Сімейний лікар повинен призначити лікування залежно від тяжкості хвороби, належності пацієнта до певних груп та враховуючи вподобання пацієнта до стратегії антибіотикотерапії. Нераціональне призначення антибіотиків призводить до медикаментозно-індукованих побічних ефектів, поширення стійких до антибіотиків мікроорганізмів в суспільстві і збільшення кількості первинних медичних консультацій через хвороби, що здатні до самоліквідації [1, 3, 4].

Спільне рішення лікаря та пацієнта стосовно необхідності призначення антибактеріальних лікарських засобів та вибору стратегії антибіотикотерапії залежить як від оцінки лікарем ризику розвитку ускладнень у разі утримання від антибіотикотерапії, так і від очікувань пацієнта відносно призначення антибактеріальних лікарських засобів. Та в більшості випадків пацієнт потребує і обирає призначення лише за симптоматичного лікування. Одним з найактуальніших питань сьогодення є вибір найбільш безпечного і ефективного симптоматичного лікування ГРІ.

Переважає кількість ГРІ перебігають з багатьма симптомами: гарячка, головний біль, біль в горлі, вушний біль, закладеність носа, ринорея, кашель тощо. Терапія цих симптомів може бути здійснена наступними лікарськими засобами: парацетамол (ацетамінофен), ібупрофен, ацетилсаліцилова кислота, мефенамінова кислота, метамізол натрію [2].

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), жарознижувальні препарати слід призначати при температурі тіла $> 39,0^{\circ}\text{C}$ (вимірної ректально) або $> 38,5^{\circ}\text{C}$ (вимірної субаксілярно). Під час вибору жарознижувального засобу слід орієнтуватися на препарати з більшою ефективністю і найменшим ризиком виникнення побічних ефектів, що підтверджено результатами рандомізованих контрольованих клінічних досліджень [6].

На сьогодні існують декілька фармакологічних груп анальгетиків-антипіретиків, більшість з яких належать до класу нестероїдних протизапальних препаратів. Відомо, що найбільший жарознижувальний, знеболювальний та проти-запальний ефект і низький спектр побічних дій мають ібупрофен та парацетамол [6].

Фармакологічні ефекти ібупрофену та парацетамолу

Ефект	Ібупрофен	Парацетамол
Механізм дії	Добре відомий	До кінця не з'ясований
Жарознижувальний	Так	Так
Протизапальний	Так	Ні
Знеболювальний	Так	Так
Пригнічення агрегації тромбоцитів	Так	Ні

У таблиці порівнюються фармакологічні ефекти ібупрофену та парацетамолу, засвідчено, що окрім знеболювально-го і жарознижувального ефектів ібупрофен також володіє протизапальною дією, що властиво парацетамолу [7].

Ібупрофен – нестероїдний протизапальний препарат, дія якого полягає у частковій блокаді ферментів циклооксигенази. Як наслідок, пригнічується вироблення так званих медіаторів запалення, в ролі яких виступають простагландини. Використання препаратів, до складу яких входить ця речовина, активно сприяє пригніченню запальних реакцій, що виражається в зменшенні больового синдрому, зникненні набрякості тощо [8].

Парацетамол традиційно входить до складу багатьох жарознижувальних засобів. В основі більшості його ефектів лежить блокування активності ферментів циклооксигенази. Правда, дія ця має переважно центральний характер і виражається у зменшенні збудливості на рівні больових центрів головного мозку. Ефект поширюється і на центри терморегуляції, що зумовлює не тільки знеболювальну, але і жарознижувальну дію. Слід зауважити, що парацетамол практично не має протизапального ефекту, що робить можливим використання цього препарату і при наявності ураження слизової оболонки травного тракту [8].

Застосування даних препаратів у вигляді монотерапії не здійснює достатньої ефективної дії на всі симптоми ГРІ, про що свідчать дані Paul Little і співавторів, у зв'язку з чим виникає необхідність у комбінованій терапії [5]. Про необхідність та більшу ефективність комбінованих препаратів, які спрямовані на усунення декількох симптомів хвороби одночасно за різними механізмами дії, зазначено і в уніфікованому клінічному протоколі (Наказ МОЗ України від 16.07.2014 № 499) [2]. Однією з таких можливих комбінацій може бути призначення ібупрофену та парацетамолу (комбінований препарат Брустан).

Мета дослідження: визначення ефективності та безпечності застосування комбінації ібупрофену та парацетамолу в комплексному лікуванні ГРЗ і ГРВІ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні брали участь 32 хворих (14 чоловіків і 18 жінок, середній вік відповідно 34 ± 5 та $36 \pm 3,5$ року), що звернулися до сімейного лікаря протягом перших 3 днів захворювання, яким за клінічною картиною було встановлено діагноз неускладненої ГРІ (гострого риносинуситу). Тривалість захворювання до моменту звернення у 1-ї групи склала $42 \pm 2,4$ год, у 2-й – $39,8 \pm 7,1$ год. З усіма пацієнтами була узгоджена тактика лікування, до якої не входила антибіотикотерапія. У ході дослідження пацієнти здійснювали 4 візити (візит 1 – день звернення; візит 2 – 3-й день; візит 3 – 6-й день; візит 4 – 10-й день захворювання), на яких було проведено загальноприйнятє клініко-лабораторне обстеження, а також оцінювання загального стану пацієнтів, тривалості захворювання і вираженості симптомів в динаміці. Клінічними проявами захворювання, що враховувались в дослідженні, були: слабкість, головний біль, підвищена температура тіла, біль у горлі, стан кон'юнктиви очей, шкіри та слизової оболонки, а також аускультативні дані. За призна-

ченою терапією усіх пацієнтів розділили на 2 групи. Пацієнти 1-ї групи (n=17) отримували комбіновану терапію ібупрофеном 400 мг і парацетамолом 325 мг (комбінований препарат Брустан по 1 таблетці 4 рази на добу), 2-ї групи (n=15) – парацетамолом (325 мг 4 рази на добу) протягом 10 днів. Терапію призначили в перші години після звернення по медичну допомогу, не чекаючи результатів лабораторного обстеження. Статистичний аналіз проводили за допомогою програми Excel 2007, SPSS, Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі хворі 1-ї групи на момент первинного огляду пред'являли скарги на головний біль і слабкість різного ступеня вираженості. Майже половина – 8 (47,1%) осіб – відзначали різко виражений головний біль. Скарги на незначний і помірно виражений головний біль з рівною частотою мали в цілому 9 (52,9%) пацієнтів. У 2-й групі скарги на головний біль мали 13 (86,7%) пацієнтів, в основному значно виражений – 7 (46,7%) осіб. Незначний і помірно виражений головний біль відзначено майже з рівною частотою у 3 (20%) і 3 (20%) осіб відповідно. Усі учасники 2-ї групи свідчили про наявність слабкості різного ступеня вираженості: 9 (60%) – про незначну втому і швидку стомлюваність і по 3 (20%) пацієнти – різко виражену слабкість. Середня температура тіла на момент звернення була порівняно однаковою в обох групах ($38,1 \pm 0,5$ і $37,8 \pm 0,3$ °C відповідно). Біль у горлі відзначали 15 (88,2%) хворих 1-ї та 11 (73,3%) – 2-ї групи, половина з яких мали скарги на дряпання в горлі. Біль у м'язах відзначали рідко, і він був незначний. При об'єктивному обстеженні у всіх пацієнтів обох груп відзначена гіперемія слизової оболонки зів. Аускультативно в легенях у всіх хворих – везикулярне дихання, хрипи відсутні. В аналізах крові спостерігалось підвищення ШОЕ (1-а група = $17 \pm 1,5$ і 2-а група = 16 ± 3). Отже, за клінічними проявами групи були співставні.

Динаміка клінічних проявів у процесі лікування у хворих обох груп на 2-у візиті: середня температура тіла залишилась в 1-й групі $36,7 \pm 0,3$ °C і у 2-й групі – $36,9 \pm 0,4$ °C. Дряпання у горлі зберігалось у 5 (29,4%) і 7 (46,7%) осіб відповідно в 1-й та 2-й групах. Інтенсивність головного болю значно зменшилась і зберігалась тільки у 2 (13,3%) та 4 (26,7%) пацієнтів 1-ї та 2-ї груп відповідно. Під час об'єктивного обстеження у 7 (41,2%) пацієнтів 1-ї та 6 (40%) 2-ї групи зберігалась гіперемія слизової оболонки зів. Зміни аускультативної картини легень в обох групах були відсутні.

На 3-у візиті в обох групах середня температура тіла становила $36,6 \pm 0,2$ °C. Усі симптоми захворювання в 1-й групі редукували. Незначна гіперемія слизової оболонки зів та слабкість зберігалась у 2 (13,3%) хворих 2-ї групи. ШОЕ становило відповідно: 1-а група = $10 \pm 1,2$ та 2-а група = $6 \pm 1,4$ ($p < 0,05$). Інших відхилень під час об'єктивного обстеження не виявлено.

Під час візиту 4 середня температура тіла також була порівнянна в обох групах і склала $36,5 \pm 0,2$ °C. Клінічно і об'єктивно всі учасники дослідження були здорові.

Результатом захворювання у всіх пацієнтів було одужання. У 1-й групі пацієнтів (яким застосовували комбінацію ібупрофену з парацетамолом – препарат Брустан) відзначені де-

які позитивні відмінності порівняно із 2-ю групою: більш швидкий зворотний розвиток клінічних симптомів (до 6-го дня захворювання (візит 3) скарги і клінічні симптоми у всіх пацієнтів були відсутні). Клінічно значущих небажаних явищ, пов'язаних із застосуванням препарату Брустан, не відзначено. У 2-й групі довше зберігалась гіперемія слизової оболонки зівя, слабкість та більш висока ШОЕ (до 6-го дня хвороби).

ВИСНОВКИ

Сімейний лікар повинен призначати лікування ГРІ залежно від тяжкості хвороби, належності пацієнта до певних груп та

Лечение острых респираторных инфекций в практике семейного врача

В.И. Ткаченко, К.Н. Кухарчук, К.В. Бабиченко

На сегодня актуальным является вопрос эффективности и безопасности применения симптоматической терапии в комплексном лечении ОРЗ и ОРВИ. **Цель исследования** – определение эффективности и безопасности применения комбинации ибупрофена и парацетамола (Брустан) в комплексном лечении ОРЗ и ОРВИ. **Материалы и методы.** Обследовано 32 больных (14 мужчин и 18 женщин, средний возраст соответственно 34 ± 5 та $36 \pm 3,5$ года), которые обратились к семейному врачу в течение первых 3 дней заболевания с клиническими признаками неосложненной ОРИ (острого синусита). Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от назначенной терапии: 1-я группа (n=17) – комбинированная терапия ибупрофеном 400 мг и парацетамолом 325 мг (Брустан по 1 таблетке 4 раза в сутки), 2-я группа (n=15) – парацетамол (325 мг 4 раза в сутки) в течение 10 дней. Со всеми пациентами была согласована тактика лечения, в которую не входила антибиотикотерапия. **Результаты.** В 1-й группе пациентов (которым применяли комбинацию ибупрофена с парацетамолом – препарат Брустан) отмечены некоторые положительные отличия по сравнению со 2-й группой: более быстрое обратное развитие клинических симптомов до 6-го дня заболевания (візит 3) – жалобы и клинические симптомы у всех пациентов отсутствовали. Клинически значимых нежелательных явлений, связанных с применением препарата Брустан, не отмечено. Во 2-й группе дольше сохранялась гиперемия слизистой оболочки зева, слабость и более высокая СОЭ (до 6-го дня болезни). **Выводы.** Назначение комбинированной терапии ибупрофеном и парацетамолом (Брустан) способствовало более быстрому обратному развитию клинических симптомов и не вызывало побочных явлений при симптоматическом лечении ОРИ.

Ключевые слова: острые респираторные инфекции, симптоматическая терапия, первичная медицинская помощь.

враховуючи вподобання пацієнта до стратегії антибіотикотерапії. Лікування ГРІ в більшості випадків не потребує призначення антибіотикотерапії, оскільки більшість ГРІ, навіть при відсутності антибактеріального лікування, закінчуються одужанням, а ускладнення за відсутності антибіотикотерапії малоймовірні. Симптоматична терапія повинна бути спрямована на усунення декількох симптомів хвороби одночасно за різними механізмами дії. Призначення комбінованого препарату ібупрофену та парацетамолу (Брустан) сприяло більш швидкому зворотному розвитку клінічних симптомів та не спричиняло побічних ефектів при симптоматичному лікуванні ГРІ.

Treatment of acute respiratory infections in the practice of the family doctor

V.I. Tkachenko, K.N. Kukharchuk, K.V. Babichenko

The efficiency and safety of symptomatic therapy in treatment of ARI is the actual question. **The aim of study** – to determine the effectiveness and safety of combination of ibuprofen and paracetamol (brustan) in treatment of ARI. **Materials and Methods** we examined 32 patients (14 men and 18 women; mean age – 34 ± 5 and $36 \pm 3,5$ years) who were consulted by family doctor within the first 3 days of illness. Uncomplicated ARI (acute rhinosinusitis) was diagnosed. The patients were divided into 2 groups according to prescribed therapy: 1st group (n=17) – ibuprofen 400 mg combined with paracetamol 325 mg (Brustan 1 tablet 4 times a day), 2nd group (n=15) – paracetamol (325 mg 4 times a day) for 10 days. The treatment strategy without antibiotics was agreed with all patients. **Results.** In 1st group (combination of ibuprofen with paracetamol – Brustan) some positive differences have been noted compared to the 2nd group: faster regression of clinical symptoms on 6th day of the disease (visit 3) – complaints and clinical symptoms in all patients were absent. Clinically significant adverse events associated with the use of the drug Brustan, were not observed. In the 2nd group the redness of the mucous in throat, weakness and erythrocyte sedimentation rate kept longer (more than 6th day of illness). **Conclusion.** Application of combined drug of ibuprofen and paracetamol (brustan) contributed more rapid regression of clinical symptoms and did not cause side effects in the symptomatic treatment of acute respiratory infections.

Key words: acute respiratory infections, symptomatic therapy, primary care.

Сведения об авторах

Ткаченко Виктория Ивановна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: witk@ukr.net

Кухарчук Кристина Николаевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Бабиченко Клавдия Васильевна – Богуславский районный центр первичной медико-санитарной помощи, 09700, Киевская область, г. Богуслав, ул. Франко, 27

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України від 16.07.2014 № 499 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респираторних інфекціях» [Текст]: наказ МОЗ України. – Режим доступу: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

2. Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респираторні інфекції».

3. Наказ № 590 від 12.08.2009 р. «Про затвердження методичних реко-

мендацій «Принципи діагностики та лікування хворих на гострі респираторні вірусні захворювання» [Текст]: наказ МОЗ України. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090812_590.html

4. Печінка А.М. Гострі респираторні захворювання: питання клінічної діагностики та лікування (лекція) / Печінка А.М., Дзєман М.І. // Укр. мед. часопис. – 2010. – № 5 (79): IX-X. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/6986/gostri-respiratorni-zaxvoryuvannya-pitannya-klinichnoi-diagnostiki-ta-likuvannya-lekciya>

5. Безшейко В.Г. Эффективность ибупрофена, парацетамола и ингаляций пара в симптоматической терапии при респираторных инфекциях / Безшейко В.Г. // Укр. мед. часопис (online). – 2013.10.30 – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/67554/effektivnost-ibuprofena-paracetamola-i-ingalyacij-para-v-simptomaticheskoy-terapii-pri-respiratornykh-infekciyax>

6. Бережной В.В. Эффективность жаропонижающих препаратов при лихорадочных состояниях у детей / Бережной В.В., Козачук В.Г. // Укр. мед. часопис. – 2013. – № 6 (98): XI–XII. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/69279/effektivnost-zharoponizhayushhix-preparatov-pri-lixoradochnyx-sostoyaniyax-u-detej>

7. Dipak J. Kanabar Ибупрофен для детей: Справочное руководство для врачей / Dipak J. Kanabar // Здоровье ребенка. – 2007. – № 4 (7). – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/642>

7. Dipak J. Kanabar Ибупрофен для детей: Справочное руководство для врачей / Dipak J. Kanabar // Здоровье ребенка. – 2007. – № 4 (7). – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/642>

Статья поступила в редакцию 06.07.2015