

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А., Огнева М.Л. Часто болеющие дети. Н-Новгород: Изд-во НГМА, 2003: 180 с.
2. Самсыгина Г.А. О рецидивирующих инфекциях респираторного тракта и диспансерной группе часто болеющих детей. Детские инфекции. 2012; 11 (3): 52–53.
3. Намазова Л.С., Ботвиньева В.В., Торихоева Р.М. и др. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей, проживающих в мегаполисах. Детские инфекции. 2007; 6 (2): 49–52.
4. Баранов А.А. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика: Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Союз педиатров России, 2002: 69 с.
5. Таточенко В.К. Практическая пульмонология детского возраста: справочник. 3-е изд. М.: Медицина, 2006: 250 с.
6. Симованьян Э.Н., Денисенко В.Б., Григорян А.В. Часто болеющие дети: оптимизация программы лечения. Педиатрия. 2007; 86 (4): 79–85.
7. Учайкин В.Ф. Рецидивирующие респираторные инфекции у детей: применение иммуномодуляторов для лечения и профилактики. Педиатрия. 2009; 88 (1): 127–132.
8. Романцов М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009: 352 с.
9. Заплатников А.Л., Коровина Н.А., Гирина А.А. и др. Профилактика рекуррентных инфекций у часто болеющих детей. Вопросы практической педиатрии. 2010; 5 (6): 3–7.
10. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В., Новикова И.Н., Арзамасцева Е.Ю. Использование рибомунила в комбинированной профилактике гриппа и острых респираторных инфекций у детей. Педиатрия. 2000; 79 (6): 50–52.
11. Харит С.М., Черняева Т.В., Воронина О.Л. и др. Использование рибомунила при вакцинации часто болеющих детей. Трудный пациент. 2007; 5 (2): 29–33.

© Коллектив авторов, 2013

Т.А. Романова, Н.Я. Сысоева, Е.И. Руднева, Л.В. Рубцова, Л.Н. Восковская

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЭРЕСПАЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

ФГАО ВПО НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,
ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» г. Белгород, РФ

Болезни органов дыхания по официальным статистическим данным стабильно занимают в структуре общей заболеваемости детей в нашей стране первое ранговое место. В статье представлены результаты анализа изучения клинической эффективности Эреспала (фенспирида гидрохлорида) у 30 детей в возрасте от 2 до 4 лет с острым обструктивным бронхитом (ООБ). Применение Эреспала в комплексном лечении ООБ у детей сопровождалось существенным снижением выраженности и частоты приступов кашля, положительной динамикой самочувствия ребенка и аускультативной картины в легких, а также привело к сокращению длительности пребывания в стационаре и расходов учреждения на стационарное лечение.

Ключевые слова: острый обструктивный бронхит, дети, лечение, Эреспал (фенспирид гидрохлорид).

Infections of respiratory tract are, according to data of official statistics, most frequent children diseases in Russia. Author analyzed clinical efficacy of Eurespal (Fenspiride hydrochloride) in 30 children aged 2–4 years with acute obstructive bronchitis (AOB). Eurespal usage in complex AOB treatment was accompanied by significant decrease of intensity and frequency of cough episodes, by positive dynamic of feeling and auscultative signs and led to reduced duration of inpatient treatment and reduced cost of hospitalization.

Key words: acute obstructive bronchitis, children, treatment, Eurespal (Fenspiride hydrochloride).

Контактная информация:

Романова Татьяна Алексеевна – д.м.н., зав. каф. педиатрии

с курсом детских хирургических болезней НИУ БелГУ

Адрес: 308015 г. Белгород, ул. Победы, 85

Тел.: (4722) 55-07-06, E-mail: romanova@bsu.edu.ru

Статья поступила 5.11.12, принята к печати 23.01.13.

Болезни органов дыхания по официальным статистическим данным в структуре общей заболеваемости детей стабильно занимают в нашей стране первое ранговое место. За последние годы достигнут значительный прогресс в понимании патогенетических процессов, лежащих в основе большинства заболеваний органов дыхания [1].

В Белгородской области проблема, связанная с болезнями органов дыхания, является актуальной. Так, по статистическим данным, болезни органов дыхания у детей в возрасте от 0 до 14 лет составили: в 2010 г. 97930,5‰; в 2011 г. – 96582,9‰; в 2012 г. – 90929,5‰ (в РФ в 2006 г. – 112297,8‰).

Респираторная система человека устроена таким образом, что по мере продвижения к легочной ткани вдыхаемый воздух максимально санитруется от чужеродных частиц и микроорганизмов за счет комплексной эффективной защиты дыхательных путей (ДП) с помощью естественных механизмов (аэродинамическая фильтрация, мукоцилиарная транспортная система, кашель) и факторов неспецифической и специфической противоинфекционной защиты. Совершенные, согласованно функционирующие механизмы защиты позволяют обеспечивать очистительную дренажную функцию ДП, стерильность респираторных отделов, восстановление нарушенных структур и функций респираторной системы. Различные причины могут вызывать воспаление слизистой оболочки бронхов, вследствие чего нарушается их функциональная способность – в этом случае возможно развитие острого бронхита, в том числе его обструктивного варианта [2].

Острый обструктивный бронхит (ООБ) – это форма острого воспаления слизистой оболочки бронхов, протекающая с клиническими признаками в виде удлинения выдоха, свистящих хрипов в легких на выдохе, участия в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Чаще всего острый бронхит является одним из проявлений острой респираторной вирусной инфекции, ассоциированной с возбудителями гриппа, парагриппа, аденовирусами, респираторно-синтициальным вирусом, а также корона-, риновирусами, ЕСНО- и Коксаки вирусами [3].

Предрасполагающими факторами к развитию ООБ у детей первых лет жизни являются относительная узость ДП (особенно у мальчиков); наличие гиперплазии железистой ткани; склонность к отеку и экссудации; секреция более вязкой мокроты (достаточно хорошо развиты М-холинорецепторы); податливость хрящей, ригидность грудной клетки, меньший объем гладких мышц; особенности строения диафрагмы; меньшая эластичность легочной ткани, низкая коллатеральная вентиляция; перинатальная патология; рахит, гипотрофия, тимомегалия, аномалии конституции; отягощенный аллергологи-

ческий анамнез; гиперреактивность бронхов; раннее искусственное вскармливание; перенесенные респираторные заболевания на первом году жизни [4].

Доминирующим факторам патогенеза соответствуют особенности клинической картины как ООБ, так и основного заболевания – острой респираторной инфекции [5]. Полученные новые данные о ранних структурных проявлениях болезней органов дыхания позволяют использовать результаты морфологической диагностики для эффективного лечения респираторной патологии. При ООБ инфекционного генеза показано назначение противовоспалительных средств, которые целенаправленно влияют на основные патогенетические звенья развития воспалительных изменений в респираторном тракте [6].

К одним из таких препаратов, применяемых в последнее время, относится Эреспал (фенспирида гидрохлорид). Многоплановый механизм действия Эреспала включает блокирование H₁-гистаминовых и α₁-адренергических рецепторов, а также опосредованное влияние на метаболизм арахидоновой кислоты. По механизму действия Эреспал отличается от нестероидных противовоспалительных средств, таких как ацетилсалициловая кислота, индометацин и др. Последние блокируют циклооксигеназный путь, что приводит не только к уменьшению синтеза простагландинов, но и к увеличению синтеза лейкотриенов и других биологически активных веществ, оказывающих раздражающее воздействие на слизистую оболочку бронхов. Влияние Эреспала на метаболизм арахидоновой кислоты опосредовано через обмен кальция, являющегося регулятором действия фосфолипазы А₂. Уменьшая поступление кальция в макрофаги, Эреспал снижает активность фосфолипазы, что способствует торможению распада арахидоновой кислоты и, как следствие, ведет к снижению синтеза лейкотриенов и простагландинов [7].

Противовоспалительный эффект Эреспала способствует улучшению мукоцилиарного клиренса и разрешению кашля, уменьшает действие основных патогенетических факторов воспаления при респираторных инфекциях, которые способствуют развитию отека слизистой оболочки бронхов, гиперсекреции слизи, гиперреактивности и обструкции бронхов. Препарат хорошо переносится детьми различных возрастных групп (начиная с 2 лет) и, как правило, не вызывает побочных эффектов [6].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности и безопасности препарата Эреспал в комплексном лечении ООБ у детей.

Проведено открытое рандомизированное сравнительное исследование по изучению эффективности и безопасности Эреспала у детей с ООБ.

Таблица

**Сравнительная оценка продолжительности основных симптомов ООБ
у детей в группах наблюдения**

Показатели	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)	p
	продолжительность, дни	продолжительность, дни	
Кашель	3,0±0,48	6,54±0,36	<0,05
ДН	3,16±0,35	6,92±0,87	<0,05
Аускультативные данные в легких	3,82±0,64	5,25±0,42	<0,01
Длительность пребывания в стационаре	7,2±0,34	12,84±0,24	<0,01

Исследование выполнено на базе педиатрического отделения № 2 детской областной клинической больницы г. Белгорода.

Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от 2 до 4 лет с диагнозом ООБ.

Диагноз устанавливали в соответствии с действующей классификацией заболеваний органов дыхания у детей (2008) на основании анамнестических данных и результатов клинико-лабораторных исследований.

Дети были распределены на 2 группы. 1-ю группу составили 30 детей (основная группа), которые в комплексном лечении ООБ получали Эреспал с первого дня стационарного лечения в стандартной дозировке. Во 2-ю группу вошли 30 детей, не получавших в комплексном лечении Эреспал (контрольная группа). Дети обеих групп были сопоставимы по возрасту и полу. Комплексное лечение, кроме режимных моментов и диеты, включало назначение медикаментозных препаратов: бронхо- и муколитиков, противовирусных препаратов, иммунотерапию, витаминотерапию.

Суточная дозировка Эреспала составляла 4 мг/кг массы тела до еды, форма выпуска – сироп. Кратность введения – 3 раза в день. Продолжительность курса лечения составляла 7 дней.

При оценке эффективности Эреспала в комплексном лечении ООБ использовали следующие критерии:

- интенсивность и длительность кашля;
- проявления дыхательной недостаточности (ДН);
- аускультативная картина в легких;
- длительность пребывания в стационаре.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы «STATISTICA 5,0» (StatSoft Inc. США). Количественные признаки описаны с помощью среднего арифметического значения $M \pm m$, стандартного отклонения SD. Сравнение в группах производили с применением t-критерия Стьюдента. Различия оценивали как статистически значимые при $p < 0,05$.

На фоне проводимой терапии в обеих группах больных была отмечена положительная динамика клинических проявлений заболевания. Однако сроки наступления уменьшения интенсивности и длительности кашля, положительная

динамика дренажной функции бронхов в виде улучшения отхождения мокроты, проявлений ДН, аускультативных данных в легких и сроки выздоровления были различными в обеих группах (см. таблицу).

У детей 1-й группы отмечалась положительная динамика характеристик кашля к 3-му дню лечения: кашель стал намного реже и более продуктивным. У детей 2-й группы длительность и интенсивность кашля снижалась к 5–7-м суткам лечения.

Явления ДН, а именно одышка, акроцианоз и нарушенное самочувствие, купировались на 3–4-е сутки пребывания в стационаре у детей 1-й группы. У детей 2-й группы симптомы ДН уменьшались на 6–7-е сутки лечения.

При оценке аускультативной картины в легких следует отметить, что на 3-и сутки лечения у детей 1-й группы количество сухих, свистящих хрипов на фоне жесткого дыхания значительно уменьшилось, появились влажные хрипы, в то время как в контрольной группе это происходило к 5-му дню лечения. К 6-м суткам пребывания в стационаре аускультативно в легких оставались средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы проводного характера с преимущественной локализацией в нижних отделах легких и жесткое дыхание у детей 1-й группы. У детей 2-й группы к 6-м суткам еще сохранялись единичные сухие хрипы и удлинённый выдох. На 7–8-е сутки дети 1-й группы были выписаны из стационара, а в контрольной группе госпитализация длилась в основном 12–14 дней.

Проведенное исследование показало высокую эффективность и безопасность применения Эреспала у детей с ООБ.

Выводы

1. Эреспал, действующим веществом которого является феспирида гидрохлорид, является эффективным и безопасным препаратом при лечении детей с ООБ на фоне ОРВИ.

2. Применение препарата Эреспал при ООБ способствует более быстрой ликвидации воспалительного процесса в нижних отделах ДП, сокращению сроков пребывания ребенка в стационаре.

3. Эреспал в виде сиропа является удобной лекарственной формой, обладает приятными

органолептическими свойствами, что позволяют назначать его детям первых лет жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика». М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2006: 31–32, 55–56.

2. Серeda Е.В., Лукина О.Ф., Селимзянова Л.Р. Механизмы бронхиальной обструкции и терапевтическая тактика при бронхитах у детей. Педиатрия. 2010; 90 (5): 77–86.

3. Детские болезни: Учебник. Под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004: 880 с.

4. Сорока Н.Д. Бронхиты у детей: Пособие для врачей. СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2006: 13–20, 34–42.

5. Чебуркин А.А., Чебуркин А.В. Доминирующие факторы патогенеза бронхообструкции при острых бронхитах у детей раннего возраста. Научно-практический медицинский журнал «Доктор Ру».

6. Самсыгина Г.А., Фитилев С.Б., Левин АМ. Результаты многоцентрового исследования эффективности фенспирида гидрохлорида (Эреспал) при лечении острой респираторной инфекции у детей. Педиатрия. 2002; 81 (2): 81–85.

7. Самсыгина Г.А. Эффективность Эреспала при лечении острой респираторной инфекции у детей. Детский врач. 2007; 3: 4–5.

РЕФЕРАТЫ

ФУНКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШОЙ β -ТАЛАССЕМИИ

Цель данного сообщения – доложить об экспертном консенсусе относительно диагностики и лечения сердечно-сосудистых нарушений при большой β -талассемии (БТ). Этот консенсус не покрывает все гемоглобинопатии, в том числе не касается промежуточной талассемии и серповидноклеточной анемии, для которых также типичен широкий спектр сердечно-сосудистых нарушений. В этой области по ним нет определенных данных, помимо нескольких контролируемых исследований по лечению гемосидероза миокарда, и нет данных о лечении острой сердечной недостаточности. Принципы диагностики и лечения последствий накопления железа в сердечной мышце при БТ напрямую относятся к другим состояниям с перегрузкой железом, в том числе при анемии Даймонда-Блэкфана, сидеробластной анемии и врожденном гемохроматозе.

Сердечная недостаточность – основная причина смерти при БТ и непосредственно зависит от накопления железа. Диагностика желудочковой дисфункции у больных БТ отличается от таковой у больных без анемии, поскольку адаптация сердечно-сосудистой системы к хронической анемии у больных БТ при поражении сердца подразумевает одышку, снижение артериального давления, увеличенный конечный диастолический объем, высокую фракцию выброса. Хроническая анемия также сопровождается такими симптомами, как одышка, и они могут маскировать развитие сердечной патологии. Центральным моментом в выявлении перегрузки миокарда железом при БТ является определение железа в миокарде при помощи $T2^*$ при МРТ. $T2^* < 10$ ms при МРТ сердца – наиболее важный предиктор развития сердечной недостаточности. Определение ферритина сыворотки и накопления железа в печени не являются адекватной заменой определению железа в

сердечной мышце. Определение функции сердца с помощью неинвазивных методик может быть полезным в клинике, но обычно нужна целая серия повторных исследований, чтобы уловить тенденцию, поскольку интерпретация данных однократного исследования осложняется из-за неадекватной гемодинамики при БТ и измерения не отличаются точностью.

Острая декомпенсированная сердечная недостаточность является неотложным состоянием и требует срочной консультации в специализированном центре и оценки тактики ведения больного. Первый принцип ведения больных с острой сердечной недостаточностью – контроль кардиотоксичности, вызванной свободным железом, и срочное назначение прерывистых продолжительных внутривенных инфузий высоких доз дефероксамина в дополнение к пероральному приему деферипрона. Предполагаемая тактика лечения требует, чтобы сердечная недостаточность не усугублялась избыточным использованием диуретиков или инотропов, поскольку их фармакодинамика при БТ изменена.

Современные знания относительно удаления железа из сердечной мышцы с помощью 3 известных коммерческих хелаторов железа суммированы для больных с перегрузкой миокарда железом, но без явной сердечной недостаточности. Данные высокодоказательных рандомизированных контролируемых исследований показывают большую эффективность деферипрона по сравнению с дефероксамином, более высокую активность комбинации деферипрона с дефероксамином по сравнению с изолированным применением дефероксамина и равную активность деферасирокса и дефероксамина.

Pennell DJ, Udelson JE, Arai AE et al. *Circulation*. 2013; 128: 281–308.