



Лечение кашля при ОРВИ у часто болеющих детей

С.О. Ключников

Лечение кашля при ОРВИ у часто болеющих детей

ФГУ «ЦСМ ФМБА России», Москва

Профессор **С.О. Ключников**

Результаты специальных эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в среднем каждый ребенок переносит от 3 до 5 эпизодов ОРВИ в год. Наибольшая заболеваемость острыми респираторными инфекциями встречается у детей раннего возраста, дошкольников и младших школьников. Рецидивирующие респираторные инфекции приводят к нарушениям функционального состояния организма, могут обуславливать срыв адаптации и вызывать развитие хронической патологии.

Тезис: «Часто болеющий ребенок – это не нозологическая форма» является обязательным атрибутом любой статьи или методического пособия, посвященных респираторной патологии у детей. В условную диспансерную группу «часто болеющих (ЧБД)», по мнению большинства отечественных педиатров, принято относить детей, подверженных частым респираторным заболеваниям вследствие преходящих нарушений в защитных системах организма. При этом не стоит забывать и о категории детей, не попавших в эту группу, так как и эта часть детской популяции имеет ничуть не меньше проблем со здоровьем, чем ЧБД.

Одним из основных, традиционно применяемых критериев включения детей в группу ЧБД является частота эпизодов ОРЗ в год в зависимости от возраста (по В.Ю. Альбицкому, А.А. Баранову, 1986 г.). У детей в возрасте старше 3 лет в качестве критерия для включения в группу ЧБД можно использовать инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка: **ИИ = (сумма всех случаев ОРЗ в течение года) / (возраст ребенка (годы))**. ИИ у редко болеющих детей составляет 0,2–0,3, а у детей из группы ЧБД – 1,1–3,5. Однако необходимо признать, что данные критерии позволяют в лучшем случае провести ретроспективный анализ, тогда как педиатру важно определить перспективы, прогноз развития конкретного ребенка.

При включении ребенка в группу ЧБД рекомендуется также учитывать: тяжесть течения каждого ОРЗ, наличие осложнений, продолжительность интервалов между эпизодами ОРЗ, необходимость применения антибиотиков в остром периоде. По классификации, разработанной сотрудниками Института гигиены детей и подростков, часто болеющие дети относятся ко II группе здоровья – дети с отягощенным акушерским анамнезом, функциональными и морфологическими особенностями без наличия у них хронического заболевания.

По мнению Н.А. Коровиной, ребенка правомочно отнести к группе ЧБД в тех случаях, когда повышенная заболеваемость вирусно-бактериальными респираторными инфекциями не связана со стойкими врожденными, наследственными или приобретенными патологическими состояниями. Эти дети заслуживают особого внимания, так как частые респираторные инфекции могут обусловить срыв основных адаптационных механизмов, привести к значительным нарушениям функционального состояния организма и способствовать раннему развитию хронической патологии.

В каждом конкретном случае принципиально важно определять причину повышенной респираторной заболеваемости. Нередко частые и длительные ОРЗ наблюдаются у детей с наследственной, врожденной или приобретенной патологией (пороки развития органов дыхания, муковисцидоз, врожденный стридор, селективный дефицит IgA и др.). При установлении у детей причины рецидивирования ОРЗ реабилитационные программы при конкретных нозологических формах могут существенно снизить риск развития повторных респираторных заболеваний. Подчеркнем – при конкретных нозологических формах, то есть такие дети не могут относиться к группе ЧБД.

Следует выделять **комплекс факторов, влияющих на повышенную частоту ОРВИ у детей**: анатомо-физиологические особенности респираторного тракта (узкие просветы дыхательных путей, недостаточное развитие эластической ткани и др.), запаздывание созревания иммунной системы, социальные условия жизни (питание, бытовые условия) и др. К факторам риска повторных респираторных заболеваний у детей также можно отнести: неблагоприятные жилищные условия, низкий уровень образования и санитарной культуры в семье, вредные привычки родителей, плохие взаимоотношения между супругами и частые стрессовые ситуации в семье. Особо следует отметить пассивное курение, приводящее к снижению местного иммунитета слизистых респираторного тракта и повышению аллергии организма.

Одним из важных факторов, влияющих на частоту простудных заболеваний, является проживание в экологически неблагоприятных районах. Повышение содержания различных ксенобиотиков в воздухе, воде, продуктах питания сопровождается накоплением их в организме, что приводит к изменениям клеточного метаболизма, нарушениям гомеостаза и иммунной защиты.

В анамнезе у значительного числа ЧБД отмечается осложненное течение перинатального периода (неблагоприятное течение беременности, преждевременные роды, экстренные операции родоразрешения и др.). Одним из неблагоприятных факторов является возраст матери старше 35 лет. Среди часто болеющих детей было отмечено более 10% недоношенных и более 40% детей, имеющих массу тела при рождении менее 3000 г, то есть различные варианты задержки внутриутробного развития.

Локализация очагов инфекции у данной группы детей может быть различной:

- 1) верхние дыхательные пути (риниты, назофарингиты, ларинготрахеиты и др.);
- 2) инфекции нижних дыхательных путей (бронхиты, бронхиолиты, пневмонии);
- 3) поражения ЛОР-органов (отиты, аденоидиты, синуситы, тонзиллиты).

Повторные инфекции наиболее часто вызываются вирусами (преимущественно респираторно-синцитиальные вирусы, вирусы гриппа и парагриппа, аденовирусы); возбудителями семейства *Chlamydia* и *Mycoplasma* (особенно *Chlamydia pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*), бактериями *Haemophilus influenzae* (наиболее часто тип b), *Streptococcus pneumoniae*, *S. pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella (Branhamella) catarrhalis* и др.

По данным Института иммунологии ФМБА, у 20% ЧБД в возрасте от 2 до 15 лет имеется относительное и абсолютное снижение CD3+ клеток, у 10% детей – CD16+ клеток. Кроме того, у 23–50% пациентов наблюдаются абсолютное и относительное снижение CD4+ клеток, у 30% детей – сенсibilизация к поливалентным аллергенам. У дошкольников и младших школьников при увеличении частоты респираторных заболеваний до 6 и более раз в год отмечается снижение CD3+, CD4+, CD16+ клеток, уровня сывороточных IgA и sIgA. У иммунокомпromетированных детей наблюдается изменение показателей местной специфической и неспецифической резистентности (снижение активности фагоцитоза, уровня комплемента, лизоцима, секреторных IgA2, IgA1, IgG, IgM).

Поздняя диагностика иммунодефицитных состояний может привести не только к нерациональной терапии, но и драматическим последствиям. В связи с этим необходимо помнить о десяти **настораживающих признаках иммунодефицитных состояний (по данным ВОЗ)**:

- Частые заболевания отитом (6–8 раз за год).
- Несколько подтвержденных синуситов (4–6 раз за год).
- Более 2 подтвержденных пневмоний.
- Повторные глубокие абсцессы кожи или внутренних органов.
- Потребность в длительной терапии антибиотиками для купирования инфекции (до 2 мес. и более).

- Потребность во внутривенном введении антибиотиков для купирования инфекции.

- Не менее 2 глубоких инфекций (менингит, остеомиелит, целлюлит, сепсис).

- Отставание грудного ребенка в росте и массе тела, упорная диарея, мальабсорбция.

- Персистирующая молочница или грибковое поражение кожи в возрасте старше 1 года.

- В семье: наличие ПИД, факты ранних смертей от тяжелых инфекций, прививок.

Одним из факторов риска развития ОРВИ у детей может быть ятрогенное воздействие на организм при нерациональном использовании различных лекарственных средств – длительное и необоснованное применение антибиотиков, сульфаниламидов, салицилатов и др. По нашим данным, основной объем ЛС, выписываемых участковыми педиатрами, приходится именно на ОРВИ, частота которых, судя по материалам проведенного нами анализа амбулаторных карт, у детей на первом году жизни составляет 47%. Уже исходя из этих данных и официальной статистики становится очевидно, что участковым врачам, в том числе педиатрам, в первую очередь 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 в 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 многочисленные средства симптоматической терапии. И в действительности, 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 [С.О. Ключников и соавт., 2009, 2010].

В 2010 г. мы провели работу, целью которой стал анализ применяемых лекарственных препаратов у де-

тей при развитии кашля. Все использовавшиеся при этом препараты были разделены по нашей просьбе самими родителями на «основные» и «дополнительные». В результате выявлено, что только в 80% случаев, если среди клинических проявлений ОРВИ отмечался кашель, применялись противокашлевые и/или муколитические (и/или отхаркивающие) средства. Во второй по частоте назначений группе оказались гипотермические препараты и иммуномодуляторы – по 53%. Следующими по частоте применения были антибактериальные препараты – 50%, что лишний раз подтверждает чрезмерное увлечение педиатров именно этими ЛС, хотя многократно заявлялось о нецелесообразности использования антибиотиков при лечении неосложненных форм ОРВИ.

Интересная информация получена при анализе так называемой «дополнительной» группы препаратов. Оказалось, что к их числу родители относят антигистаминные средства – 53%, препараты для коррекции дисбиотических нарушений – 50% («случайно» ровно столько, сколько и антибиотики), 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, муколитические и отхаркивающие средства при кашле у детей используются иммуномодуляторы – 82%!

В действительности, выбор препаратов для лечения кашля у детей чрезвычайно велик. При этом важно помнить о возможности возникновения различных и нередко отсроченных по времени побочных проявлений многих из числа популярных препаратов. В частности, для бронхолитина описаны такие негативные проявления, как тахикардия, повышение АД, тремор, возбуждение, сонливость, тошнота, рвота, запор, затруднение мочеиспускания, сыпь, повышенное потоотделение; для преноксидиазина – тошнота, диарея, кожная сыпь, ангионевротический отек.

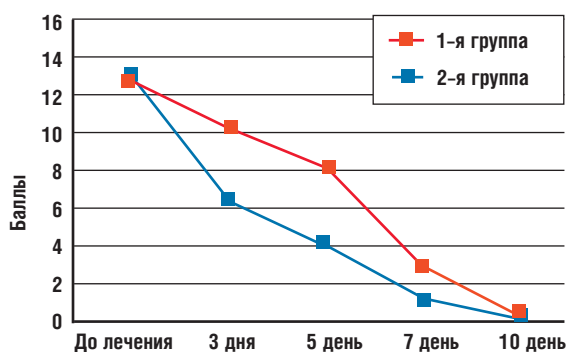


Рис. 1. Эффективность различных схем терапии ОРЗ по суммарной балльной оценке симптомов $M \pm m$ баллов

Важно учитывать, что воспалительный процесс в дыхательных путях независимо от его локализации всегда сопровождается проявлениями дискрии, то есть нарушением слизиобразования, реологических свойств и транспорта секрета из верхних и нижних дыхательных путей. Поэтому при лечении кашля у детей целесообразно назначение мукорегуляторов – лекарственных средств, преимущественным эффектом которых является восстановление реологических параметров секрета слизистой оболочки дыхательных путей за счет воздействия на бокаловидный эпителий.

Удачным примером комбинированного препарата является **Аскорил экспекторант**, в состав которого входят сальбутамол, бромгексина гидрохлорид, гвайфенезин, рацементол. Компоненты препарата оказывают бронхолитическое и отхаркивающее действие. Сальбутамол – селективный β_2 –агонист короткого действия с выраженным быстрым бронхолитическим действием, также влияет на мукоцилиарный клиренс, стимулируя секрецию слизи и активность реснитчатого эпителия.

Бромгексина гидрохлорид с его активным метаболитом амброксолом обладает выраженным муколитическим и отхаркивающим действием посредством деполимеризации и разрушения мукопротеинов и мукополисахаридов, входящих в состав мокроты. Он также стимулирует деятельность секреторных клеток слизистых оболочек бронхов, продуцирующих сурфактант. Гвайфенезин стимулирует секрецию жидкой части бронхиальной слизи, уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты. Ментол (рацементол) оказывает мягкое спазмолитическое действие, обладает слабыми антисептическими свойствами. По данным Н.А. Геппе (2011), применение Аскорила экспекторанта у детей в возрасте от 2 до 10 лет с легким или среднетяжелым течением ОРЗ оказывает выраженное положительное влияние на течение заболевания у детей.

У детей до 6 лет Аскорил экспекторант назначается по 5 мл (1 чайная ложка) 3 раза в сутки, детям от 6 до 10

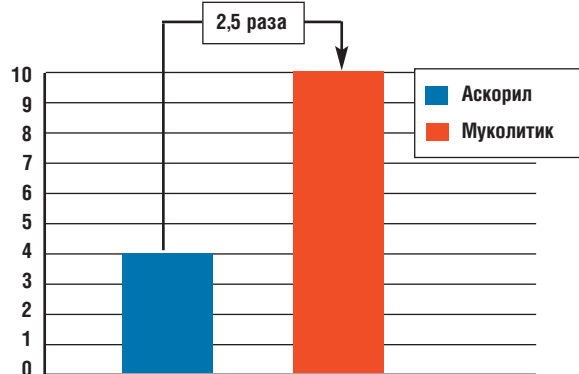


Рис. 2. Необходимость в назначении антибактериальной терапии, %

лет – по 5–10 мл (1–2 чайные ложки) 3 раза в сутки. Продолжительность лечения составляет 7–10 дней в зависимости от динамики состояния пациентов. У детей, получавших комбинированный препарат (сальбутамол + муколитики), по сравнению с детьми, получавшими только муколитик (бромгексин), наблюдается более быстрая положительная динамика. Ко 2–3–му дню лечения кашель становится влажным, облегчается отхождение мокроты, к 6–7–му дню терапии у большинства детей симптомы исчезают. У детей, получавших Аскорил экспекторант, исчезновение симптомов кашля отмечается на 3–4 дня раньше, чем у больных в группе сравнения.

Суммарная балльная оценка клинических симптомов на фоне лечения показала, что при назначении Аскорила экспекторанта (1 группа) эффективность терапии по сравнению со 2 группой была достоверно выше ($p < 0,05$) (рис. 1).

Необходимость назначения антибактериальной терапии в группе Аскорила была в 2,5 раза ниже, чем в группе сравнения (рис. 2).

Важным является и факт исчезновения симптомов ночного кашля на 1–2 дня быстрее (к 5–6–му дню лечения, в группе сравнения – к 8–10–му дню), чем симпто-

мов дневного кашля (к 6–7–му дню наблюдения, в группе сравнения – к 9–10–му дню). Существенное снижение выраженности симптомов кашля сопровождается улучшением сна, повышением активности детей, улучшением их эмоционального состояния. Положительная динамика клинических симптомов подтверждается и достоверным улучшением показателей бронхофонографии и спирографии, что свидетельствует о нормализации бронхиальной проходимости. Бронхофонография, проведенная у детей через 20–30 мин. после приема комбинированного препарата, показала улучшение бронхиальной проходимости. Это связано с наличием в препарате бронхолитика короткого действия, с взаимодополняющим действием с муколитиком (амброксол), а также мягким седативным и противовоспалительным действием других компонентов. Особое значение имеет хорошая переносимость комбинированного препарата.

Таким образом, при лечении кашля у детей с острыми респираторными инфекциями применение комплексного препарата Аскорил не только позволяет эффективно купировать данный симптом, но и минимизировать суммарную лекарственную нагрузку.