

Л.В. Юдина, к.м.н., кафедра фізиотриі і пульмонології Національної медичної академії післядипломного освіти ім. П.Л. Шупика, г. Київ

Оптимізація лікування гострих респіраторних захворювань



Л.В. Юдина

Продолжение. Начало в № 17.

Клинический случай

Больная М., 34 года, заболела остро 2 нед назад. Заболевание началось с повышения температуры тела до 38,3 °С, слабости, насморка, ломоты во всем теле, ощущения боли и жжения в горле, невозможности глотать и слезотечения, светобоязни. Назначенное лечение включало прием витаминов, противовирусных, жаропонижающих, антигистаминных, отхаркивающих препаратов, иммуностимуляторов, полоскание горла. На 3-й день состояние больной улучшилось, симптомы ОРВИ уменьшились, температура тела нормализовалась, исчезла боль в горле, появилась возможность глотать, однако сохранялись общая слабость, кашель, заложенность носа.

Пациентке был установлен диагноз: ОРВИ, трахеобронхит.

Терапию вышперечисленными лекарственными средствами продолжили, дополнительно был назначен сульфаметоксазол/триметоприм в общепринятой дозировке курсом 7 дней.

Хотелось бы прокомментировать целесообразность назначения этого антибактериального препарата. Возбудителями острого бронхита, кроме вирусов, могут являться пневмококки, гемофильная палочка, атипичные микроорганизмы. В случае острого бронхита предпочтительнее применение макролидов ввиду их активности в отношении внутриклеточных патогенов; также возможно назначение амоксициллина, цефалоспоринов II поколения, защищенных аминопенициллинов. Ни одно руководство не включает сульфаметоксазол/триметоприм в алгоритмы лечения острых бронхитов, так как неоправданно широкое назначение указанного препарата за прошедшие годы привело к селекции большого количества резистентных штаммов микроорганизмов.

Назначенный антибактериальный препарат оказался неэффективным. Кашель продолжался, мокрота была скудной, трудно отделяемой. На рентгенограмме грудной клетки патологии не определялось, общий анализ крови также был без изменений.

Через неделю у пациентки появились головная боль, затруднение носового дыхания, больше выраженное справа, слизисто-гнойные выделения из носа;

Частым осложнением ОРВИ является острый бронхит. В 90% случаев данная патология обусловлена вирусами, реже она вызывается атипичными микроорганизмами. Острый бронхит, как правило, проявляется кашлем, часто с отделением мокроты желтого или зеленого цвета. Наличие мокроты желтого цвета в таких ситуациях не всегда свидетельствует о присоединении бактериальной инфекции, чаще это обусловлено выделением отторгнутого эпителия дыхательных путей. Кашель может продолжаться до 3-8 нед, иногда дольше. Когда исчерпан, казалось бы, весь медикаментозный арсенал, а кашель продолжается, перед лечащим врачом возникает закономерный вопрос: «Что является причиной затяжного кашля после перенесенной острой респираторной инфекции?». Следует отметить, что далеко не во всех случаях доминирующую роль в этом играет бронхит. Попробуем разобраться на клиническом примере.

сохранялся кашель с трудно отделяемой мокротой. Лечащий врач назначил сосудосуживающие капли, антисептики в форме таблеток для рассасывания; изменил группу отхаркивающих препаратов; дополнительно назначил биогенные стимуляторы и антигистаминные препараты.

При оценке проведенного лечения обращает на себя внимание не только неправильный выбор АБ, но и назначение большого количества препаратов, т. е. наличие полипрагмазии. (В то же время на сегодняшний день доказано, что, например, антигистаминные препараты не оказывают существенного эффекта при лечении больных респираторными инфекциями без проявлений аллергии.)

Бессспорно, симптомы ОРВИ весьма разнообразны, что часто требует назначения 3 и более различных наименований лекарственных средств одновременно. Однако не следует забывать, что при применении большого количества лекарственных средств для купирования каждого симптома повышается риск лекарственных взаимодействий со сложно прогнозируемыми результатами.

Так, при одновременном применении 2 препаратов этот риск составляет около 10%; 3 средств — 50%, а при использовании 5 лекарств одновременно он повышается до 90–100%. При назначении 4–6 средств риск лекарственного взаимодействия возрастает в 20 раз.

Кроме того, нерациональное применение различных симптоматических препаратов приводит к повышению риска побочных эффектов, снижению приверженности пациентов к лечению и увеличению расходов на терапию. С учетом этого лечение больных желательнее проводить с использованием как можно меньшего количества препаратов.

Из-за отсутствия эффекта пациентка была направлена к пульмонологу. На момент осмотра женщина предъявляла жалобы на изнуряющий кашель на протяжении дня (ночью кашель не беспокоил, днем выстигшего дыхания при физической нагрузке не отмечала), мокрота имела слизисто-гнойный характер, несколько раз в день приходилось очищать полость носа, заложенность носа сохранялась, появилось ощущение тяжести, давления в проекции околоносовых пазух (ОНП).

При осмотре наблюдалось стекание густого вязкого содержимого по задней стенке ротоглотки, слизистая гортани была гиперемированной. Проведено рентгенологическое исследование ОНП, при котором выявлен уровень жидкости

справа. Таким образом, течение ОРВИ у пациентки осложнилось правосторонним гайморитом. Беспокоящий больную кашель был обусловлен не острым бронхитом, как предполагал лечащий врач, а острым правосторонним гайморитом, который развился после ОРВИ. В таких ситуациях требуется консультация оториноларинголога.

Можно ли было предотвратить возникновение такого осложнения?

С этой целью может использоваться фузафунгин*, оказывающий положительное влияние на симптомы ОРЗ.

Доказана эффективность фузафунгина в лечении ринита, синусита, вирусного фарингита, ларинготрахеита.

Лечение пациентки в анализируемом случае включало противовирусные препараты, что абсолютно оправданно. Уже на ранних этапах присутствовали симптомы фарингита (першение и боль в горле при глотании). Хотелось отметить, что при лечении боли в горле настоятельно рекомендуется избегать избыточного использования антисептиков, содержащих хлоргексидин и близкие по структуре химические агенты.

Фармакокинетика антисептиков такова, что их эффективные концентрации сохраняются на слизистых оболочках в течение очень короткого промежутка времени, т. е. для реального клинического эффекта требуется частое применение этих препаратов. Необходимо помнить, что механизм антибактериального действия антисептиков по своей сути является бактерицидным, т. е. сводится к нарушению строения клеточных стенок различных микроорганизмов, что при частом применении может сопровождаться подавлением нормальной микрофлоры ротовой полости.

Определенная часть антисептика проглатывается и способна оказывать негативное действие на слизистую оболочку желудка и кишечника, особенно у лиц, систематически пользующихся подобными средствами. Не следует забывать и о повышенном риске аллергических реакций на антисептики. Кроме того, при чрезмерном применении антисептиков возможны изъязвления слизистой ротовой полости, нарушение вкуса и потенцирование красящих эффектов кофе, красного вина, табачного дыма на эмаль зубов.

Системно АБ при ОРЗ назначаются с 1-го дня заболевания только в случаях возникновения тонзиллита, вызванного β-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА). Диагноз устанавливается при наличии у пациента 3 из 4 клинических критериев Centor: повышения температуры тела, увеличения и болезненности

при пальпации подчелюстных лимфатических узлов, гнойно-экссудативных явлений в области миндалин, отсутствия кашля.

В данной ситуации пациентке целесообразно было бы назначить местную антибактериальную терапию, например фузафунгин, который обладает также выраженным местным противовоспалительным действием. Исследования подтверждают более высокую эффективность фузафунгина при лечении острого фарингита по сравнению с таковой плацебо. При остром фарингите в отсутствие признаков БГСА-инфекции применение фузафунгина рекомендовано в виде монотерапии.

Благодаря выраженной антибактериальной и противовоспалительной активности фузафунгин быстро и эффективно купирует основные симптомы фарингита — боль и дисфагию.

Поскольку ОРВИ у пациентки дебютировала с симптомов фарингита и острого ринита (обильные выделения из носа, чихание), было бы целесообразно назначить фузафунгин, так как он одновременно эффективно воздействует на основные симптомы острого ринита — ринорею, заложенность носа, а также оказывает профилактическое действие в отношении вторичного инфицирования.

Однако этого не было сделано, и, возможно, поэтому банальный ринит осложнился синуситом, что потребовало консультации ЛОР-специалиста и назначения системной антибиотикотерапии.

Благодаря выраженному местному противовоспалительному эффекту фузафунгин может использоваться как при ОРВИ, так и при развившемся впоследствии синусите, причем не только на стадии катарального синусита, но и в случае воспалительного блока соустьев, в качестве дополнения к системному АБ и вспомогательного противовоспалительного местного средства.

При выраженном затруднении носового дыхания необходимо применение сосудосуживающих капель. Однако длительное их использование (>1 нед) недопустимо, поскольку может вызвать «синдром рикошета» и, как следствие, медикаментозный ринит.

Лечение острого ринита фузафунгином достоверно снижает необходимость в сосудосуживающих средствах в 2 раза.

Как уже отмечалось, одним из основных направлений профилактики антибиотикорезистентности является снижение частоты назначения системных АБ при респираторных инфекциях. В этой связи представляет интерес ретроспективное исследование, в котором проводилась сравнительная оценка эффективности фузафунгина и альтернативных методов лечения ринофарингита, тонзиллита и гриппоподобных заболеваний. В ходе исследования были проанализированы амбулаторные карты 44 тыс. пациентов, проходивших лечение в различных медицинских учреждениях Франции. Анализировались случаи заболевания ринофарингитами, тонзиллитами и гриппоподобными инфекциями на фоне комбинированной терапии АБ и противовоспалительными препаратами. Помимо этого, оценивалась стоимость назначенной терапии. Проведенный анализ показал, что больные, которым был назначен фузафунгин, на 30% реже использовали системные АБ по сравнению с группой пациентов, не получивших этот препарат [1].

Целесообразность применения фузафунгина при внебольничных инфекциях подтверждают следующие его свойства:

- активность против возбудителей респираторных инфекций;
- противовоспалительный эффект;
- минимальный риск развития резистентности;
- высокая клиническая эффективность в монотерапии при инфекциях ВДП: риносинусите, рините, фарингите;
- возможность применения при вирусной инфекции, а также в сочетании с системными АБ.

Важным принципом патогенетической терапии ОРЗ, позволяющим решить проблему полипрагмазии, является назначение противовоспалительных средств, в частности фенспирида*, который влияет на воспалительный процесс при ОРЗ любой этиологии.

При применении фенспирида происходит нарушение синтеза медиаторов воспаления и, как следствие, наблюдается выраженный противовоспалительный эффект, сравнимый с таковым стероидных препаратов; при этом фенспирид не оказывает побочных действий, характерных для системных гормонов.

Особенно интересным представляется применение оригинального фенспирида у больных с инфекциями нижних дыхательных путей, основным проявлением которых является сухой или влажный кашель.

Эффективность и безопасность оригинального фенспирида, в том числе в качестве монотерапии, у взрослых и детей была продемонстрирована в открытом рандомизированном контролируемом исследовании ЭСКУЛАП, проведенном в России [2]. В нем приняли участие 730 пациентов 20-55 лет с ОРЗ. Включенные в исследование больные были разделены на 2 группы: участники 1-й группы получали оригинальный фенспирид, 2-й – традиционную терапию антисептическими средствами (растворами, пастилками, жевательными таблетками), муколитическими, антигистаминными препаратами, парацетамолом. В группе оригинального фенспирида исключалось назначение муколитических, антигистаминных, нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикоидов, но допускался прием парацетамола. В контрольной группе запрещался прием нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикоидов. Было показано, что на фоне назначения оригинального фенспирида отмечалось более быстрое купирование всех симптомов ОРЗ (кашля с отделением мокроты и др.). Кроме того, комплексное действие препарата позволяло избежать полипрагмазии.

Анализ результатов исследования показал, что в группе больных, принимавших оригинальный фенспирид, терапия 1-2 препаратами была возможна у 8 из 10 пациентов. В группе традиционной терапии 7 из 10 пациентов принимали ≥3 препарата.

Возвращаясь к представленному клиническому случаю, можно предположить, что своевременное назначение местной антибактериальной и противовоспалительной терапии позволило бы сократить длительность лечения пациентки и предотвратить развитие осложнений.

Анализируя терапию больных ОРЗ, можно выделить ряд ошибок.

Обращает на себя внимание полипрагмазия в лечении пациентов с ОРВИ. Назначение нескольких препаратов одновременно может сопровождаться формированием химических взаимодействий с непредсказуемыми последствиями, поэтому целесообразно использовать те

средства, которые могли бы сократить количество назначаемых лекарств.

Часто назначаются антигистаминные препараты, которые при лечении больных респираторными инфекциями без проявлений аллергии не играют существенной роли.

Неоправданно часто при ОРЗ применяются системные АБ (в 20-50% случаев их назначение признано нерациональным), что чревато развитием резистентности. Во многих случаях системные АБ могут быть заменены местными антибактериальными препаратами.

При лечении фарингитов достаточно часто назначаются антисептики, содержащие хлоргексидин, что повышает риск аллергических реакций, может сопровождаться подавлением нормальной микрофлоры ротовой полости и оказывать негативное влияние на слизистую оболочку желудка и кишечника.

Следует помнить, что длительное применение сосудосуживающих средств при ринитах может привести к развитию медикаментозного ринита, поэтому целесообразно использовать их не более 7 дней.

Как избежать этих ошибок и в то же время сделать терапию ОРЗ действительно эффективной?

Фенспирид и фузафунгин, назначенные одновременно, оправдывают все ожидания доктора и пациента от назначенной терапии. Фузафунгин борется с инфекцией и воспалением на местном уровне, а фенспирид эффективно устраняет воспаление в респираторном тракте. Такая комбинация позволяет в краткие сроки уменьшить основные симптомы, избежать полипрагмазии и, самое главное, предупредить развитие осложнений.

Литература

1. Laccourreye. Rhinology. 2002; (Abstract book 19th Congress of the European Rhinologic Society Including the XXIIth I.S.A.N.): 299. Po 101.
2. Л.И. Дворецкий и соавт. Эскулап, Consilium Medicum, № 10, 2006.

* Результаты исследований, представленные в данной статье, проводились с оригинальным фенспиридом и фузафунгином.

Примечания редактора.

В Украине оригинальный фенспирид зарегистрирован под торговым названием Эреспал (регистрационное свидетельство № UA/3703/01/01, UA/3703/02/01) от 01/09/2010 № 751.

В Украине фузафунгин зарегистрирован под торговым названием Биопарокс (регистрационное свидетельство № UA/ 7211/01/01) от 21/01/2010 № 22.

Материал предназначен для размещения в специализированных изданиях, предназначенных для медицинских учреждений и врачей, а также для распространения на семинарах конференциях, симпозиумах на медицинскую тематику

Эреспал®

Фенспирид

Комплексное действие на воспаление¹

Лечение острых и хронических воспалительных процессов ЛОР-органов и дыхательных путей¹



Эреспал, показания (таблетки): лечение острых и хронических воспалительных процессов ЛОР-органов и дыхательных путей (отит, синусит, ринит, ринофарингит, трахеит, ринотрахеобронхит, бронхит), хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) (таблетки), в составе комплексной терапии бронхиальной астмы, сезонный и круглогодичный аллергический ринит и другие проявления аллергии со стороны респираторной системы и ЛОР-органов, респираторные проявления кори и гриппа, симптоматическое лечение коклюша. Фармакотерапевтическая группа: Средства, которые влияют на респираторную систему. Другие средства для системного применения при обструктивных заболеваниях респираторной системы. Код АТХ R03D X03.

Фармакологические свойства: Эреспал® обладает антибронхоконстрикторными и противовоспалительными свойствами, которые обусловлены взаимодействием нескольких связанных между собой механизмов: - блокирование H1-гистаминовых рецепторов и спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру бронхов; - противовоспалительное действие, которое приводит к уменьшению продукции различных провоспалительных факторов (постглавлиннов, лейкотриенов, тромбоксанов, свободных радикалов); - ингибирование альфа-1-адренорецепторы, которые стимулируют секрецию вязкой слизи. Противопоказания: повышенная чувствительность или аллергия на какой-либо из компонентов препарата в анамнезе и особенно на оранжево-желтый краситель S (E 110), метил и пропиленпара-гидроксибензоатов (E 218, E 216) (сироп) или повышенная чувствительность к активному веществу препарата, детский возраст до 2-х лет. Побочные реакции: часто: расстройство пищеварения, тошнота, боль в желудке; редко: сонливость, эритема, фиксированная пигментная эритема, сыпь, крапивница, отек Квинке; частота неизвестна: умеренная синусовая тахикардия, проходящая после уменьшения дозы, диарея, рвота, головкружение, зуд, астения (слабость). Регистрационные свидетельства № UA/3703/01/01, UA/3703/02/01 от 1.09.2010 №751. Форма отпуска: по рецепту врача.

ВЗРОСЛЫЕ:
2-3 таблетки в день

ДЕТИ:
от 2-х лет:
4 мг/кг массы тела в сутки
• весом более 10 кг:
2-4 ст. ложки сиропа в сутки

от 12-ти лет:
• от 3 до 6 ст. ложек сиропа в сутки

Противовоспалительное и антибактериальное лечение острых воспалительных процессов ВДП²

ВЗРОСЛЫЕ:
4 ингаляции через рот и/или
2 ингаляции в каждый носовой ход
4 раза в день

ДЕТИ:
2 ингаляции через рот и/или
1 ингаляция в каждый носовой ход
4 раза в день



Биопарокс, показания (оромукозный и назальный спрей): противовоспалительное и антибактериальное лечение острых воспалительных процессов верхних дыхательных путей. Фармакотерапевтическая группа: препараты, которые применяются при заболеваниях горла. Антибиотики. Код АТХ R02A B03. Фармакологические свойства: фузафунгин-антибиотик для местного применения с противовоспалительными свойствами. Препарат в условиях in vitro оказывает антибактериальное действие in vivo в отношении таких микроорганизмов, как стрептококки группы А, пневмококки, некоторые штаммы Neisseria, некоторые анаэробные микроорганизмы, Candida albicans, Mycoplasma pneumoniae. Противопоказания: повышенная чувствительность (аллергия) к фузафунгину или к какому-либо из вспомогательных веществ препарата, детский возраст до 2,5 лет. Побочные эффекты: Среди нежелательных эффектов наиболее часто сообщалось про реакции, которые связаны с применением препарата (часто или очень часто): сухость в носу или в горле, чихание, покашливание, тошнота, неприятный привкус во рту, покраснение глаз. Как правило, эти проявления не требуют прекращения лечения. Очень редко могут возникнуть аллергические реакции, особенно у пациентов, которые имеют склонность к аллергии, а именно: со стороны респираторной системы: астма, бронхоспазм, диспноэ, ларингоспазм или эдема; со стороны кожи или подкожных тканей: сыпь, зуд, крапивница, ангиоэдема; со стороны иммунной системы: анафилактический шок. При возникновении аллергической реакции дальнейшее использование фузафунгина не рекомендуется. Условия отпуска препарата: по рецепту.

Биопарокс®

Фузафунгин

Двойной механизм действия:
противовоспалительный и антибактериальный

1. Инструкция для медицинского использования препарата Эреспал.
2. Инструкция для медицинского использования препарата Биопарокс.

