



Комплексное лечение острых респираторных инфекций у детей

Ацетилцистеин и карбоцистеин при острых инфекциях верхних и нижних дыхательных путей у детей без хронических бронхолегочных заболеваний

Ацетилцистеин и карбоцистеин – наиболее назначаемые муколитические средства во многих европейских странах. К сожалению, не было проведено ни одного систематического обзора, посвященного изучению эффективности и безопасности применения этих препаратов при острых респираторных заболеваниях (ОРЗ) у детей без хронической патологии органов дыхания.

Цель настоящего систематического обзора – оценить безопасность и эффективность использования ацетилцистеина и карбоцистеина и определить соотношение польза-риск для этих препаратов как средств для симптоматического лечения ОРЗ у детей без хронической бронхолегочной патологии.

Для поиска исследований были использованы базы данных Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (The Cochrane Library 2007, issue 4), Acute Respiratory Infections (ARI) Group's Specialized Register, MEDLINE (1966-2008), EMBASE (1980-2008), Micromedex (2008), Pascal (1987-2004) и Science Citation Index (1974-2008).

Для изучения эффективности указанных лекарственных средств использовались данные 6 исследований (n=497). Было продемонстрировано незначительное преимущество муколитических препаратов в лечении ОРЗ. В связи с отсутствием соответствующих данных нельзя сделать заключение относительно подгруппы детей младше 2 лет. Результаты 34 исследований, включая предыдущие 6 (n=2064), использовались для определения безопасности лечения. В основном безопасность препаратов была хорошей. Для оценки безопасности применения муколитических препаратов у детей младше 2 лет данных было недостаточно. В системе Французского фармаконадзора зафиксировано 48 случаев парадоксального увеличения частоты бронхорей.

Результаты этого систематического обзора не могут быть объективными, так как использовались данные ограниченно количества пациентов, кроме того, следует учитывать, что методологическое качество исследований было недостаточно высоким. Ацетилцистеин и карбоцистеин обладают ограниченной эффективностью и безопасны при назначении детям старше 2 лет. Необходимо учитывать, что эти препараты применяются при заболеваниях, проходящих самостоятельно без лечения (при остром кашле, бронхите). Детям младше 2 лет указанные лекарственные средства следует назначать только при ОРЗ.

Y.C.M. Duijvestijn et al. Cochrane Database of Syst Rev 2009, CD003124

Назначение кортикостероидов при пневмонии

Как известно, пневмония представляет собой острый воспалительный процесс в тканях легкого. Лечение этого заболевания зависит от типа и тяжести течения. Кортикостероиды могут влиять на иммунную регуляцию, обмен углеводов, катаболизм белков, баланс электролитов и реакцию на стресс. Несмотря на это, преимущества использования кортикостероидов у пациентов с пневмонией до сих пор не ясны.

Цель этого обзора – оценить эффективность и безопасность использования кортикостероидов в лечении пневмонии.

Поиск рандомизированных клинических исследований (РКИ) осуществляли в базах данных Cochrane Central Register of Controlled Clinical Trials (CENTRAL) (The Cochrane Library 2010, Issue 11), Cochrane Acute Respiratory Infections Group's Specialised Register, MEDLINE (1966 г. – декабрь 2010 г.), EMBASE (1974 г. – декабрь 2010 г.), the China National Knowledge Infrastructure (CNKI) (1978 г. – декабрь 2010 г.) и VIP (1986 г. – декабрь 2010 г.).

Критериям включения соответствовали 6 исследований (n=437). В двух испытаниях предоставлялись слабые доказательства того, что кортикостероиды незначительно влияют на смертность (отношение шансов – ОШ – по методу Пето 0,26; 95% доверительный интервал 0,05-1,37). Однако их

использование способствует более быстрому разрешению симптомов и клинической стабилизации состояния, а также уменьшает частоту рецидивов заболевания. Стероиды улучшают оксигенацию и снижают необходимость в механической вентиляции легких при тяжелой пневмонии. Значимой разницы в продолжительности пребывания в отделении интенсивной терапии в группах не отмечалось. Не было достоверных данных о времени разрешения пневмонии и поступлении в отделение интенсивной терапии. Типичные побочные эффекты, возникающие при проведении кортикостероидной терапии, наблюдались редко.

Авторы пришли к выводу о том, что у большинства пациентов с пневмонией кортикостероиды ускоряют разрешение симптомов. Однако доказательства, полученных в ходе проведенных исследований, недостаточно для того, чтобы создать соответствующие рекомендации.

Y. Chen et al. Cochrane Database of Syst Rev 2011, CD007720

Использование стероидов при инфекционном мононуклеозе

При инфекционном мононуклеозе наблюдаются общая слабость, лихорадка, боль в горле, увеличение лимфатических узлов. Тяжесть проявлений может различаться. В особых случаях отек гортани способен приводить к проблемам с дыханием и другим осложнениям, требующим госпитализации. Симптомы заболевания могут проявляться в течение нескольких месяцев. Существует несколько методов лечения инфекционного мононуклеоза, но нет универсальных критериев для назначения стероидов. Несмотря на то что стероиды следует использовать только в отдельных случаях, некоторые практикующие врачи назначают их при симптомах мононуклеоза, в частности молодым людям, которым необходимо присутствовать на занятиях в учебных заведениях.

Цель этого систематического обзора – оценить эффективность и безопасность стероидов в уменьшении проявлений инфекционного мононуклеоза.

Для поиска РКИ использовались базы данных CENTRAL (2011, Issue 1), Cochrane Acute Respiratory Infections Group's Specialised Register, MEDLINE (1966 г. – февраль 2011 г.) и EMBASE (1974 г. – февраль 2011 г.).

Критериям отбора соответствовали 7 исследований. Гетерогенность испытаний была предотвращена посредством комбинированного анализа данных. Во всех исследованиях отсутствовали данные об улучшении состояния здоровья пациентов. В двух испытаниях отмечалось уменьшение боли в горле в течение 12 ч после приема стероидов в сравнении с плацебо (8-дневный курс, ОШ 21,00; 95% ДИ -1,94-227,2; однократное введение, ОШ 4,2; 95% ДИ 1,08-16,32), однако эффект был непродолжительным. В другом исследовании при использовании комбинации стероидов с противовирусными препаратами у пациентов, получавших стероиды, отмечалось исчезновение дискомфорта в гортани в течение 2-4 дней (относительный риск 0,31; 95% ДИ 0,09-1,08). Влияние стероидов на другие симптомы инфекционного мононуклеоза было менее выраженным. В двух исследованиях побочные эффекты не выявлены. В других двух исследованиях зафиксирован случай нарушения дыхания и острого начала сахарного диабета, хотя связь между возникновением этих состояний и стероидной терапией не ясна.

Таким образом, полученных доказательств недостаточно для того, чтобы рекомендовать использование стероидов с целью уменьшения проявлений инфекционного мононуклеоза. Данные о возможных побочных эффектах, в том числе об отдаленных осложнениях, также немногочисленны.

B. Candy et al. Cochrane Database of Syst Rev 2006, ICD004402

Использование глюкокортикоидов при крупе

Начиная с первой публикации систематического обзора в 1997 году, были представлены результаты нескольких рандомизированных исследований, оценивающих преимущества использования глюкокортикоидов при ларинготрахеите.

Цель этого исследования – предоставить доказательства эффективности глюкокортикоидов в лечении пациентов с ларинготрахеитом, а также определить область дальнейших исследований.

Для поиска РКИ использовались базы данных CENTRAL (2010, Issue 3), Cochrane Acute Respiratory Infections Group's Specialised Register, MEDLINE (1966 г. – июль 2010 г.) и EMBASE (1974 г. – июль 2010 г.).

В обзор были включены 38 исследований (n=4299). Назначение глюкокортикоидов было связано с улучшением состояния по шкале Вестли (максимум 17 баллов), в течение первых 6 ч средняя погрешность составляла 1,2 (95% ДИ 1,6-0,8), 12 ч – 1,9 (95% ДИ 2,4-1,3). В течение первых 24 ч улучшение было не столь значимым (1,3; 95% ДИ 2,7-0,2). Меньшее количество повторных визитов и назначений отмечалось в группе пациентов, получавших глюкокортикоиды (относительный риск 0,5; 95% ДИ 0,3-0,7). Продолжительность состояния и пребывания в приемном покое или больнице (средняя погрешность 12 ч; от 5 до 19 ч) значительно уменьшалась среди пациентов, получавших глюкокортикоиды. Частота использования адреналина у детей, получавших глюкокортикоиды, снижалась (разница риска 10%; 95% ДИ 1-20).

Дексаметазон и будесонид эффективны в уменьшении проявлений крупа в течение первых 6 ч. При использовании глюкокортикоидов снижается частота повторных визитов и назначений, а также продолжительность пребывания в стационаре. Необходимо проведение дальнейших исследований для определения наиболее оптимальной дозы глюкокортикоидов для лечения ларинготрахеита и получения большего количества доказательств.

K.F. Russell et al. Cochrane Database of Syst Rev 2011, CD001955

Использование небулизированного адреналина для лечения ларинготрахеита у детей

Ларинготрахеит – это заболевание, которое часто встречается в детском возрасте и характеризуется появлением лающего кашля, стридорозного дыхания, охриплости голоса и нарушений дыхания. У детей с тяжелым течением ларинготрахеита увеличивается риск возникновения необходимости в проведении интубации. Использование небулизированного адреналина способствует снижению этого риска.

Цель данного систематического обзора – оценить эффективность и безопасность применения небулизированного адреналина у детей, которые были госпитализированы по поводу ларинготрахеита.

Для поиска РКИ использовались базы данных CENTRAL (The Cochrane Library 2010, Issue 4), Cochrane Acute Respiratory Infections Group's Specialized Register, MEDLINE (1966 г. – ноябрь 2010 г.), EMBASE (1980 г. – ноябрь 2010 г.), Web of Science (1974 г. – ноябрь 2010 г.), CINAHL (1982 г. – ноябрь 2010 г.) и Scopus (1996 г. – ноябрь 2010 г.).

Критериям отбора соответствовали 8 исследований (n=225). Использование адреналина способствовало улучшению состояния по шкале ларинготрахеита в течение первых 30 мин после введения (3 РКИ, стандартизованная средняя погрешность 0,94; 95% ДИ 1,37-0,51). Этот эффект был незначительным в течение 2-6 ч после введения. При назначении адреналина продолжительность госпитализации уменьшилась по сравнению с плацебо (1 РКИ, средняя погрешность 32,0 ч; 95% ДИ 59,1-4,9). Степень выраженности стеноза при использовании рацемического и левовращающего адреналина в течение первых 30 мин не различалась (стандартизованная средняя погрешность 0,33; 95% ДИ 0,42-1,08). Через 2 ч отмечалось значительное уменьшение стеноза у пациентов, которым назначался L-адреналин (1 РКИ, стандартизованная средняя погрешность 0,87; 95% ДИ 0,09-1,65). Значительной разницы в степени стеноза при введении адреналина с помощью небулайзера или при создании положительного давления в дыхательных путях через 30 мин или 2 ч не отмечалось.

Авторы пришли к заключению о том, что использование небулизированного адреналина способствует клинически и статистически значимому уменьшению выраженности симптомов ларинготрахеита в течение 30 мин после введения.