

Актуальные вопросы комбинированной мукоактивной терапии в амбулаторной практике

В рамках научно-практической конференции «Терапевтические чтения 2014: достижения и направления развития», проходившей 13-14 марта в г. Виннице, состоялся сателлитный симпозиум, посвященный актуальным вопросам респираторной патологии в практике семейного врача. Специалисты проанализировали современные возможности комбинированной мукоактивной терапии острого бронхита, а также представили итоги Совета экспертов по данной проблеме, состоявшегося в 2013 г.



Открывая мероприятие, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Юрий Михайлович Мостовой подчеркнул актуальность проблемы респираторной патологии. Последняя, по его словам, является одним из наиболее распространенных поводов обращения за медицинской помощью и лидирует среди причин временной потери трудоспособности населения. В респираторной патологии нет малых проблем, поскольку даже легкое заболевание в отсутствие надлежащего лечения чревато развитием серьезных осложнений. Сегодня существует огромное разнообразие лекарственных средств, предназначенных для терапии респираторной патологии. В результате врачу общей практики – семейной медицины сложно ориентироваться в преимуществах и недостатках тех или иных препаратов. Летом 2013 года в г. Ялте состоялся Совет экспертов, в котором приняли участие ведущие пульмонологи Украины во главе с директором ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины» (г. Киев), академиком Ю.И. Фещенко. Обсуждались различные вопросы, касающиеся мукоактивной терапии. Результатом дискуссии стало принятие резолюции. Как подчеркнул профессор Ю.М. Мостовой, одной из важных задач настоящего симпозиума является презентация результатов Совета экспертов по респираторной патологии широкой врачебной аудитории.



Кандидат медицинских наук Людмила Владимировна Юдина (кафедра фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев) представила доклад «Новое в подходах к мукоактивной терапии». По данным статистики, которые привела докладчик, в Украине ежегодно заболевают гриппом 700 тыс. человек, у 18% населения, что составляет 8,5 млн человек, имеет место острая респираторная инфекция (ОРИ). Наиболее распространенным осложнением ОРИ является бронхит. Развитие острого бронхита сопровождается бронхоспазмом, воспалением и отеком слизистой оболочки бронхов, нарушением работы мукоцилиарного аппарата. Понятие «мукоцилиарный аппарат» включает бронхиальный секрет и клетки реснитчатого эпителия, двигательная активность ресничек которого направлена на очищение слизистой оболочки дыхательных путей от микроорганизмов, пыли, аллергенов (мукоцилиарный клиренс). При воспалении изменяются количество и качество бронхиального секрета, покрывающего реснички; нарушается функция мерцательного эпителия, возникают мукостаз, бронхоспазм и изменения, которые трактуются как гиперреактивность дыхательных путей. У больного появляются жалобы на кашель, затруднение отхождения мокроты. Коррекция мукоцилиарного клиренса, бронхоспазма и гиперреактивности дыхательных путей является важным компонентом лечения при остром бронхите на амбулаторном этапе. В настоящее время существует достаточно большой арсенал мукоактивных препаратов, которые могут использоваться при остром бронхите. По словам выступающей, медицинским сообществом широко обсуждаются преимущества назначения комбинированных лекарственных средств. Комбинированные мукоактивные препараты позволяют одновременно воздействовать на несколько патологических звеньев, быстро облегчить симптомы заболевания, улучшить мукоцилиарный клиренс, обеспечить одновременное уменьшение вязкости мокроты и снижение ее адгезии к стенкам бронхов.

При выборе комбинированного лекарственного средства врачу необходимо учитывать следующие требования:

- содержание не более 3 активных действующих веществ различных фармакологических групп;
- не более 1 препарата каждой фармакологической группы;
- присутствие каждого активного компонента в безопасной и эффективной концентрации;
- комбинированные препараты должны использоваться при наличии нескольких симптомов, которые нужно устранить; при этом необходимо учитывать возможные неблагоприятные реакции всех компонентов.

По мнению многих ученых, в амбулаторной практике заслуживает внимания комбинация мукоактивных компонентов – бромгексина, гвайфенезина, салбутамола. Данная комбинация обладает свойствами муколитика,

отхаркивающего средства и бронхолитика. Бромгексин – хорошо изученный классический муколитик, обладающий комплексным влиянием: данный препарат проявляет муколитическое (секретолитическое) и отхаркивающее действие. Муколитический эффект бромгексина связан с деполимеризацией и разрежением мукопротеиновых и мукополисахаридных волокон. Одной из важных особенностей действия бромгексина является его способность стимулировать образование сурфактанта, синтез которого нарушается при различных бронхолегочных заболеваниях. Последнее приводит к нарушению стабильности альвеолярных клеток, ослаблению их реакции на неблагоприятные факторы. Исследования показали, что по сравнению с исходным уровнем бромгексин в 50 раз снижает вязкость мокроты, при этом не увеличивая ее объем. К препаратам, которые прицельно воздействуют на бронхиальные железы, относится гвайфенезин. Он непосредственно стимулирует секреторные клетки слизистой оболочки бронхов, вырабатывающие нейтральные полисахариды, деполимеризует кислые мукополисахариды, снижает вязкость и увеличивает объем мокроты, активирует цилиарный аппарат бронхов, облегчает эвакуацию мокроты и способствует переходу непродуктивного кашля в продуктивный. Кроме того, есть сведения о способности данного препарата проявлять противотревожный эффект. Многосторонним действием, учитывающим ряд звеньев патогенеза бронхита, обладает также салбутамола, который наряду со своим основным эффектом (бронходилатацией) оказывает позитивное воздействие на мукоцилиарный клиренс. Примером указанной выше комбинации лекарственных средств является комбинированный препарат Аскорил.

Препарат Аскорил выпускается в виде таблеток и сиропа. Возможность назначения комбинированного препарата Аскорил, содержащего хорошо изученные активные компоненты, повышает комплаенс амбулаторного лечения, способствует повышению эффективности проводимой терапии, препятствует полипрагмазии, улучшает качество жизни пациентов.

В заключение выступления Л.В. Юдина представила результаты исследования, посвященного изучению обоснованности применения, эффективности и безопасности препарата Аскорил в терапии пациентов с ОРИ и острым бронхитом. Исследование было проведено на базе кафедры факультетской терапии Днепропетровской медицинской академии МЗ Украины под руководством члена-корреспондента НАМН Украины Т.А. Перцевой. Исследование проводилось как в условиях стационара, так и амбулаторно, в качестве препарата сравнения в обоих случаях использовался амброксол. Пациенты были обследованы (общий анализ крови, анализ мокроты, рентгенологическое исследование легких), при оценке симптомов использовались шкала LCQ и аналоговая шкала выраженности кашля и общего самочувствия (ВАШ); участникам, получавшим лечение в условиях стационара, дополнительно проводилась спирометрическая проба с бронхолитиками. Показано, что комбинированная терапия с применением Аскорила позволяла быстрее купировать симптомы заболевания, улучшала общее состояние и качество жизни пациентов и обнаружила достоверные преимущества по сравнению с монотерапией амброксолом.

Резолюция Совета экспертов по респираторной патологии 2013 г. обосновывает применение бромгексина, гвайфенезина и салбутамола в амбулаторной практике для стартовой терапии больных острым бронхитом.



Заведующий кафедрой пропедевтики педиатрии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор Евгений Исаакович Юлиш отметил, что наиболее часто в амбулаторной практике острые респираторные заболевания встречаются у детей до 6 лет и их течение сопряжено с повышенным риском именно у пациентов этой возрастной группы. У детей характерными являются анатомо-физиологические особенности дыхательной системы: слизистая оболочка очень рыхлая, хорошо снабжена кровеносными сосудами. Просвет дыхательных путей ребенка относительно узок. Так, отек всего на 1 мм вызывает значительное (на 50%!) повышение аэродинамического сопротивления току воздуха в трахее. Кроме того, у детей снижена продукция IgA и сурфактанта, чем среди прочего объясняется повышенный риск вторичной инфекции. Слизистые оболочки и бронхи у детей быстро реагируют отеком и гиперсекрецией слизи в ответ на любое раздражение. Как следствие, до 6 летнего возраста нарушения бронхиальной проходимости при ОРИ переносят 30-50% детей.

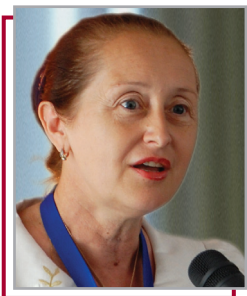
Согласно современным представлениям повторные обструктивные бронхиты у детей раннего возраста являются критерием установления диагноза бронхиальной астмы, что требует назначения базисной терапии. По данным, представленным профессором Е.И. Юлишем, при обследовании 115 детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом (>3 эпизодов острой бронхообструкции в течение года) в возрасте от 1 до 3 лет у 60% в органах дыхания была обнаружена персистирующая внутриклеточная инфекция (цитомегаловирус, хламидии, микоплазмы и т. д.). Показано, что у детей персистенция инфекции повышает риск бронхиальной астмы, резистентной к терапии.

В современной амбулаторной практике ведущим подходом к терапии у детей с нарушением бронхиальной проходимости, вызванным ОРИ, является симптоматическая терапия, направленная на улучшение выведения мокроты, снятие бронхоспазма и устранение воспалительного отека слизистой оболочки.

Использование комбинированных препаратов у детей является оправданным, помогая достигать оптимальных результатов лечения. Препараты, содержащие комбинацию бромгексина, гвайфенезина и сальбутамола, одобрены к применению у детей на заседании Совета экспертов по респираторной патологии в 2013 г.

Как сообщил выступающий, комбинированный препарат Аскорил, содержащий в 5 мл сиропа бромгексин (2 мг), гвайфенезин (50 мг) и сальбутамол (1 мг), разрешен к применению у детей с 2 лет. Он обеспечивает уменьшение вязкости и увеличение жидкой части мокроты, снижение гипертонуса бронхов и воспалительного отека. При лечении детей крайне важны такие свойства соответственно бромгексина и гвайфенезина, как способность увеличивать продукцию сурфактанта и антисептическая активность. Последняя снижает риск персистенции инфекции. Сальбутамол, входящий в состав Аскорила, помимо бронходилатирующего эффекта, обладает свойством уменьшать количество воспалительного экссудата, способствует повышению продукции сурфактанта, а также заживлению поврежденных эпителия различного генеза.

Докладчик представил вниманию коллег результаты двойного слепого исследования, посвященного возможностям применения Аскорила в качестве вспомогательной терапии нарушений бронхиальной проходимости у детей с бронхиальной астмой в период обострений. Исследование показало, что прием препарата Аскорил либо ингаляция сальбутамола по сравнению с плацебо сопровождались достоверным увеличением основных спирометрических параметров, характеризующих проходимость бронхиального дерева; результаты в группе Аскорила и ингаляционного сальбутамола и между собой по эффективности не различались. Системных побочных эффектов сальбутамола не было выявлено при любом пути его введения: в исследовании отсутствуют достоверные различия между динамикой показателей сердечного ритма, частоты сердечных сокращений и артериального давления в группах, получавших плацебо, Аскорил и ингаляции сальбутамола. Применение Аскорила особенно актуально у детей младшего возраста, у которых проведение ингаляционной терапии затруднено и требует особых подходов. Представленный опыт демонстрирует целесообразность использования Аскорила у детей с 2-летнего возраста как основной терапии при легких и среднетяжелых нарушениях бронхиальной проходимости в случае с ОРИ без хронической патологии, а также в комплексной (совместно с основной противовоспалительной) терапии обострений БА.



Заведующая кафедрой детских и подростковых заболеваний НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Галина Владимировна Бекетова отметила, что причиной развития кашля у детей может стать около 100 заболеваний различного генеза. Наиболее высокая частота острых респираторных заболеваний вследствие вирусных инфекций и возможный риск серьезных осложнений отмечаются у детей первых лет жизни. Респираторные вирусы повреждают мерцательный эпителий слизистой оболочки дыхательного тракта, увеличивая ее проницаемость для аллергенов, токсических веществ и чувствительность рецепторов подслизистого слоя бронхов. Высокая заболеваемость ОРИ обусловлена многими факторами: большим количеством серотипов возбудителей, их изменчивостью, несовершенством и нестойкостью иммунитета, анатомо-физиологическими особенностями. Так, у детей менее развита мускулатура грудной клетки, преобладает брюшной тип дыхания; существуют и другие (перечисленные выше) особенности строения, функционирования органов дыхательной системы, а также реагирования на внедрение инфекционных агентов. В связи с этим чем младше ребенок, тем тяжелее ему откашливать мокроту при развитии ОРИ и острого бронхита. Кроме того, при респираторной патологии у детей нередко возникает скрытый бронхоспазм, в основе которого лежит дисбаланс чувствительности рецепторного аппарата симпатического и парасимпатического звеньев вегетативной нервной системы. Он является основным механизмом, обеспечивающим продолжительный постинфекционный кашель. Все перечисленные особенности обуславливают целесообразность назначения комбинированного препарата.

В Украине зарегистрировано более 200 препаратов, направленных на симптоматическую терапию при кашле. В связи с этим перед врачом практического здравоохранения встает непростой выбор. Кашель, являясь симптомом большого количества разных заболеваний у детей, в обязательном порядке требует проведения дифференциальной диагностики и верификации диагноза. Использование комбинированных препаратов в лечении острого бронхита у детей сводит к минимуму кратность и количество приемов лекарственных средств, снижает риск побочных реакций, обеспечивает одновременное комплексное воздействие на многие звенья патогенеза кашля.

Профессор Г.В. Бекетова отметила, что в мировой практике широко применяется комбинированный мукоактивный препарат Аскорил, и представила собственные наблюдения у разных групп детей 5-10 лет с острыми респираторными инфекциями, получавших монокомпонентную терапию амброксолом, и детей, получавших комбинированную мукоактивную терапию Аскорилом.

Отмечено, что применение Аскорила уже в первые сутки от начала приема облегчает кашель, обеспечивает условия, необходимые для выведения мокроты. Обращают на себя внимание хорошая переносимость и высокая безопасность лечения Аскорилом.

В резолюции Совета экспертов по респираторной патологии 2013 г. указано, что при кашле вследствие острых респираторных инфекций является обоснованным применение комбинированных мукоактивных препаратов; при лечении в домашних условиях такой подход улучшает экспекторацию и может повышать эффективность терапии. Важной составляющей терапии в домашних условиях является обучение родителей элементам правильного ухода за ребенком. С целью профилактики развития скрытого бронхоспазма и связанного с ним продолжительного постинфекционного кашля, предупреждения гиперреактивности бронхов показано назначение комбинированных мукоактивных препаратов (комбинации бромгексина, гвайфенезина и сальбутамола) с первых дней развития острого бронхита.

Таким образом, в амбулаторной практике в случае ОРИ, протекающей с явлениями нарушения мукоцилиарного клиренса, гиперреактивностью бронхов и кашлем с трудноотделяемой мокротой, комбинированное лечение имеет преимущества по сравнению с монотерапией. Прием препарата Аскорил улучшает мукоцилиарный клиренс, препятствует гиперреактивности бронхов, облегчает откашливание мокроты, способствует более быстрому выздоровлению и улучшению качества жизни пациента.

Для справки

Производитель препарата Аскорил — компания «Гленмарк» — основана в 1977 г. и сегодня является международной интегрированной фармацевтической компанией, в основе деятельности которой лежат научные исследования и разработка инновационных лекарственных препаратов. Войдя в рейтинг SCRIIP TOP-100 ведущих фармацевтических и биотехнологических компаний, «Гленмарк» занимает ведущее место в области создания инновационных молекул — как новых химических, так и новых биологических соединений. В компании работают более 10 400 сотрудников в 80 странах мира. В активах компании 14 производственных площадок, расположенных в Индии, Бразилии, Чехии и Аргентине, а также 6 научно-исследовательских центров, расположенных в Индии, Швейцарии и Великобритании. В Российской Федерации препарат Аскорил вошел в тройку ведущих брендов группы экспекторантов (согласно информации аналитической базы данных IMS Health за 2012 г.). Компания является одной из самых быстроразвивающихся на фармацевтическом рынке Украины.

Подготовила **Катерина Котенко**

Фото **Анатолія Якименко**

