

Острые респираторные инфекции и их осложнения: работа над ошибками

Острые респираторные инфекции (ОРИ) являются безусловными лидерами в этиологической структуре заболеваний органов дыхания у детей. В то же время именно при лечении ОРИ в педиатрической практике совершается значительное количество врачебных ошибок. Проблемы терапии ОРИ у детей были всесторонне рассмотрены ведущими отечественными экспертами во время секционных заседаний и симпозиумов, состоявшихся в рамках XVIII Съезда педиатров Украины «Актуальные проблемы педиатрии» 11-13 октября 2016 года в г. Киеве. В частности, вопросам оптимизации патогенетических подходов к лечению острых респираторных заболеваний у детей был посвящен мастер-класс, который провела для участников этого масштабного форума профессор кафедры педиатрии № 4 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук Инга Александровна Митуряева-Корнийко. Выступление в этом формате вызвало большой интерес аудитории практикующих педиатров, поскольку Инга Александровна не только изложила теоретические основы современной терапии ОРИ у детей с позиций доказательной медицины, но и проиллюстрировала их разбором конкретных клинических случаев, проанализировала допущенные при выборе стартовой терапии ошибки и привела практические алгоритмы правильных действий врача.



И.А. Митуряева-Корнийко

— 90% всех инфекционных болезней у детей связаны с поражением органов дыхания, и тенденции к снижению заболеваемости не отмечается. Как свидетельствуют зарубежные данные за последние 25 лет о динамике распространенности заболеваний органов дыхания у детей в возрасте до 4 лет, несмотря на то, что в целом респираторная заболеваемость несколько снизилась, отмечается тревожная тенденция к росту заболеваемости бронхитами и бронхиальной астмой (БА) (Randal et al., 2013). Известно, что в патогенезе ОРИ ключевое значение отводится воспалению слизистой оболочки (СО) верхних дыхательных путей (ВДП), которое сопровождается отеком, гиперсекрецией и повышением вязкости мокроты, а также возможным развитием бронхоспазма. Важнейшую роль при ОРИ, сопровождающихся бронхообструкцией, а также при других бронхообструктивных заболеваниях (в частности, при БА) у детей играют вирусы. Недавно в Украине впервые была проведена идентификация новых респираторных вирусов (метапневмовируса, бокавируса 1 типа, коронавирусов NK63 и НКU1) у детей первых 6 лет жизни, страдающих БА (Е.Н. Охотникова, 2015). Было показано, что именно респираторные вирусы являются триггерами бронхообструктивных заболеваний — они выявляются у 85% пациентов. В этиологической структуре острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ) с повторными эпизодами обструктивного бронхита у детей доминируют бокавирус (39,3%), метапневмовирус (10,7%), респираторно-синцитиальный вирус (7,1%) и риновирусы (7,1%). Респираторные вирусы являются важными факторами формирования гиперреактивности дыхательных путей независимо от наличия наследственной склонности к атопии. Гиперреактивность дыхательных путей длительно сохраняется после перенесенного ОРВИ — на протяжении 13 мес (Т. Jartti, М. Korppi, 2011). Пациенты, госпитализированные с бронхиолитом, вызванным респираторно-синцитиальным вирусом, или с риновирусной инфекцией в возрасте младше 24 мес, имели повышенный риск развития БА к 15-18 годам по сравнению с детьми, не имеющими такого анамнеза (М. Ruotsalainen et al., 2013).

Как хорошо известно всем практикующим педиатрам, наибольшее количество случаев ОРИ (до 85%) регистрируется в группе часто и длительно болеющих детей. У детей, склонных к рекуррентным респираторным инфекциям, обращает на себя внимание наличие таких фоновых состояний, как аллергическая патология (атопический дерматит, аллергический ринит, БА), очаги хронической инфекции (аденоидиты, синуситы, тонзиллиты) и «поздний старт» иммунной системы. К числу наиболее частых осложнений ОРВИ у детей относятся отиты, синуситы, ларинготрахеиты, бронхиты и вторичные вируснобактериальные пневмонии.

! Главными проблемами течения ОРИ у детей на современном этапе являются быстрое распространение инфекции, влекущее за собой многоочаговость поражения ВДП и ЛОР-органов, затяжной характер течения инфекционно-воспалительных процессов дыхательных путей, а также высокая готовность к аллергизации, которая предрасполагает к частым обструктивно-стенозирующим осложнениям.

Лечение ОРВИ предполагает назначение этиотропной (противовирусные препараты, интерфероны и их индукторы, последние — после оценки показателей иммунограммы), патогенетической (антипиретики, антигистаминные препараты, витамины) и симптоматической (деконгестанты, муколитики, местные антисептики) терапии. К сожалению, в реальной клинической практике лечение ОРВИ далеко не всегда проводится правильно, и зачастую схемы терапии не адекватны имеющемуся у пациента диагнозу и тяжести его состояния (клинический случай 1).

Клинический случай 1

Ребенок Денис М. (7 лет) поступил в стационар 04.09.2016 г. с диагнозом: острый трахеобронхит; острый синусит; острый гнойный средний отит.

Анамнез заболевания: в течение 2 мес у ребенка отмечались выделения из носа с периодическими ухудшениями; покашливание. Ребенка длительно лечили сосудосуживающими каплями в нос, при обострениях назначали противовирусные препараты и фрамицетина сульфат. Девять дней назад на фоне насморка усилился малопродуктивный кашель, температура тела поднялась до 38°C, появилась боль в ухе. Получал индукторы интерферона, микстуру на основе экстракта корня алтея, антибактериальные комбинированные капли в нос и ухо; при появлении гнойных выделений из уха был направлен в стационар.

Ребенок часто болеющий, склонен к аллергическим реакциям.

Общий анализ крови: СОЭ — 22 мм/ч, лейкоциты — $17,3 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные лейкоциты — 1%, сегментоядерные — 23%, эозинофилы — 1%, моноциты — 5%, лимфоциты — 70%, тромбоциты — $510 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты — $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин — 150 г/л.

Отоскопия: выявлены признаки острого среднего отита в виде выпячивания и нарушения подвижности правой барабанной перепонки.

Рентгенография придаточных пазух носа: интенсивное гомогенное затемнение верхнечелюстной пазухи справа.

Лечение, проведенное в стационаре: цефтриаксон внутривенно, лоратадин, йогурт (капсулы), Эреспал®, феназол + лидокаин, фенилэфрин + диметиндена малеат, щелочные ингаляции.

? Какие ошибки были допущены в ведении данного пациента?

Терапия длительного ринита у данного ребенка носила неадекватный характер, поскольку изначально ринит у него был аллергической, а не вирусной этиологии: при дополнительном сборе анамнеза в стационаре было выяснено, что на момент дебюта заболевания ребенок проживал в сельской местности, где в то время обильно цвела амброзия. Следует отметить, что в клинической практике с целью дифференциальной диагностики аллергических и неаллергических заболеваний носа успешно может применяться назоцитогамма. Это безопасный, простой в выполнении, неинвазивный и экономически

эффективный метод, который позволяет врачу быстро сориентироваться и выяснить, какой характер носит ринит — вирусный, бактериальный или аллергический. Внедрение в клиническую практику метода анализа назоцитогаммы позволило диагностировать такие новые заболевания, как неаллергический эозинофильный ринит (NARES), неаллергический мастоцитозный ринит (NARMA), неаллергический ринит с нейтрофилами (NARNE), неаллергический ринит с эозинофилами и мастоцитами (NARESMA).

Стартовую терапию у данного пациента было целесообразно начать с назначения средств патогенетической терапии ОРИ, позволяющих уменьшить выраженность воспаления и сенсibilизации слизистой оболочки дыхательных путей у пациента с отягощенным аллергическим анамнезом — например, препарата Эреспал®. Что же касается назначения противовирусных препаратов, то в их выборе педиатры ограничены из-за их высокой токсичности, нарастающей резистентности вирусов, узкого спектра действия и высокой стоимости.

В настоящее время к стартовым препаратам, применяемым для лечения ОРИ у детей, предъявляются следующие требования:

- противовоспалительное действие на ВДП;
- низкая токсичность;
- антибронхоконстрикторный эффект;
- высокая эффективность в монотерапии;
- муколитический эффект;
- способность купировать многоочаговое поражение ЛОР-органов.

Всем перечисленным требованиям отвечает Эреспал® (фенспирид) — хорошо известный педиатрам противовоспалительный препарат с комплексным механизмом действия, который обладает тропностью к СО ВДП. При этом Эреспал® не является ни нестероидным, ни гормональным противовоспалительным препаратом: его противовоспалительное действие реализуется за счет таких механизмов, как уменьшение продукции простагландинов и лейкотриенов, антагонизм по отношению к H₁-рецепторам гистамина и к α₁-адренорецепторам. В результате этого достигается эффективное уменьшение выраженности основных проявлений воспаления: отека, гиперсекреции слизи и боли.

Эреспал® убедительно доказал свою эффективность при ОРИ и их осложнениях. Так, при включении препарата Эреспал® в комплексную терапию риносинусита отмечается более быстрое уменьшение симптомов и восстановление риноскопической картины. Это происходит в среднем на 4 дня раньше, чем при использовании только традиционного лечения (Р.Г. Анютин, 2006). Значительное количество клинических исследований подтверждает эффективность препарата Эреспал® в комплексном лечении острого среднего отита (ОСО) (Л.А. Лучихин, А.В. Гуров, 2001, С.Д. Полякова, 2010). Было продемонстрировано, что Эреспал® обеспечивает более быстрое (в среднем на 2 дня)

Продолжение на стр. 32.

Эреспал®

Фенспирид

НОВЫЙ ИМИДЖ ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ



ОБНОВЛЕННЫЙ
СОСТАВ



Дыхательных путей
ЛОР-органов
ХОЗЛ**

Склад: 1 таблетка содержит 80 мг фенспириду гидрохлорида, 100 мл сиропа содержит 200 мг фенспириду гидрохлорида. **Фармако-терапевтическая группа*** Засоби, що діють на респіраторну систему. Інші засоби для системного застосування при обструктивних захворюваннях респіраторної системи. Код АТХ R03D X03. **Фармакологічні властивості*** Эреспал® має антибронхоконстрикторні та протизапальні властивості, зумовлені взаємодією кількох пов'язаних механізмів: блокування Н1-гістамінових рецепторів та спазмолітична дія на гладку мускулатуру бронхів; протизапальна дія, яка є результатом зменшення продукції різноманітних прозапальних факторів (цитокінів, TNF- α , похідних арахідонової кислоти, простагландинів, лейкотрієнів, тромбоксану, вільних радикалів); деякі з них також чинять бронхоконстрикторну дію; блокування $\alpha 1$ -адренорецепторів, які стимулюють секрецію в'язкого слизу. **Показання*** Лікування гострих та хронічних запальних процесів ЛОР-органів та дихальних шляхів (отит, синусит, ринофарингіт, трахеїт, ринотрахеобронхіт, бронхіт), хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ)**, у складі комплексної терапії бронхіальної астми. Сезонний та цілорічний алергічний риніт та інші прояви алергії з боку респіраторної системи та ЛОР-органів. Респіраторні прояви коку, грипу. Симптоматичне лікування коклюшу. **Противопоказання*** Підвищена чутливість (алергія) до активної речовини або до будь-якого з компонентів препарату. Дитячий вік до 2 років. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій*** Одночасне застосування фенспириду та седативних препаратів або вживання алкоголю не рекомендовано. **Особливості застосування*** Таблетки. Лікування препаратом не замінює антибіотикотерапії. Сироп. До складу препарату входить сахароза, тому пацієнтам із рідкісними спадковими формами непереносимості фруктози, синдромом мальабсорбції глюкози та галактози, сахарозо-ізомальтазною недостатністю не рекомендовано призначати цей препарат. Пацієнтам із цукровим діабетом при застосуванні препарату Эреспал®, сироп, необхідно враховувати наступну інформацію: 1 чайна ложка препарату (5 мл) містить 3 г сахарози, відповідно одна столова ложка (15 мл сиропа) містить 9 г сахарози. Через наявність у складі препарату парабенів (метилпарагідроксибензоат та пропілпарагідроксибензоат) цей лікарський засіб може викликати алергічні реакції (можливо відстрочені). **Застосування у період вагітності або годування груддю*** Дані щодо застосування фенспириду під час вагітності обмежені. Тому застосовувати препарат у період вагітності не рекомендується, проте діагностування вагітності під час лікування фенспиридом не є приводом для переривання вагітності. У дослідженнях на тваринах спостерігалися випадки виникнення вовчої пащі у щурів та кролів. Невідомо, чи проникає фенспірид у грудне молоко. Тому Эреспал® не слід застосовувати у період годування груддю. **Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами*** Оскільки препарат може викликати сонливість, то він має незначний вплив на здатність керувати транспортними засобами або працювати з іншими механізмами, особливо на початку лікування або працювати з іншими механізмами у разі одночасного вживання алкоголю. **Спосіб застосування та дози*** Таблетки. Эреспал® у формі таблеток рекомендовано застосовувати дорослим. Для перорального застосування. Застосовувати перед їдою. Звичайна рекомендована терапевтична доза для лікування хронічних запальних процесів становить 2 таблетки на добу (вранці та ввечері). Для посилення ефекту і/або у разі гострих захворювань рекомендовано застосовувати 3 таблетки на добу (по 1 таблетці вранці, вдень і ввечері). Сироп. Добову дозу слід розподілити на 2-3 прийоми та приймати перед їжею. Рекомендовану добу дозу слід призначати з урахуванням маси тіла та віку, але вона не повинна перевищувати добову дозу (див. нижченаведену інформацію). Застосування дітям від 2 років. Рекомендована добова доза становить 4 мг/кг маси тіла (2 мл/кг маси тіла). Дітям віком від 2 років з масою тіла менше 10 кг: добова доза становить від 2 до 4 чайних ложок сиропа (10-20 мл), відповідно 20-40 мг фенспириду гідрохлориду на добу. Дітям віком від 2 років з масою тіла понад 10 кг до 12 років: добова доза становить від 2 до 4 столових ложок сиропа (30-60 мл), відповідно 60-120 мг фенспириду гідрохлориду на добу. Застосування дорослим та дітям віком від 12 років. Добова доза сиропа становить від 3 до 6 столових ложок (45-90 мл), відповідно 90-180 мг фенспириду гідрохлориду на добу. **Передозування*** **Побічні реакції*** Часті: Розлади травлення, нудота, біль у шлунку. Рідкі: Сонливість, еритема, висипання, кропив'янка, ангіоедема, фіксована еритема. **Частота невідома:** Запаморочення, помірні тахікардія, яка зменшується після зниження дози; палітація, вірогідно пов'язана з тахікардією; артеріальна гіпотензія, вірогідно пов'язана з тахікардією; діарея, блювання; свербіж, токсичний епідермальний некроліз, синдром Стівенса-Джонсона, астенія (слабкість), втома. **Упаковка*** По 15 таблеток у блістері (ПВХ/алюміній); по 2 блістери у коробці з картону. По 150 мл сиропа у флаконі. По 1 флакону у коробці з картону. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Лабораторії Серв'є Індустрі, Франція/Les Laboratoires Servier Industrie, France. **Реєстраційні посвідчення:** таблетки № UA/3703/02/01 Наказ МОЗ України 04.09.2015 № 578; сироп № UA/3703/01/01 Наказ МОЗ України 19.08.15 № 527.

* Детальна інформація викладена в інструкції для медичного застосування препарату Эреспал®, таблетки та Эреспал®, сироп.

**Для препарату Эреспал®, таблетки
Для препарату Эреспал®, сироп

Информация предназначена для профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников.

Для дополнительной информации посетите сайт: www.servier.ua

Представительство Ле Лаборатуар Сервье в Украине:
01054, г. Киев, ул. Бульварно-Кудрявская, 24,
Тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 490-34-40.

Импортер: Общество с ограниченной ответственностью «Сервье Украина»:
01054, г. Киев, ул. Бульварно-Кудрявская, 24,
Тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 490-34-40.



Острые респираторные инфекции и их осложнения: работа над ошибками

Продолжение. Начало на стр. 30.

уменьшение выраженности симптомов ОСО, чем при применении только традиционной терапии (Л.А. Лучихин, А.В. Гуров, 2001). Также было установлено, что в комплексной терапии Эреспал® восстанавливает транспортную функцию мерцательного эпителия носоглотки (Р.Г. Аниутин, 2006). На фоне применения препарата Эреспал® у детей с патологией лимфаденоидного глоточного кольца отмечаются благоприятные изменения показателей местного иммунитета в назальном секрете, в частности повышается содержание лизоцима и секреторного IgA (В.П. Вавилова и соавт., 2013). Наш собственный клинический опыт также подтверждает высокую эффективность препарата Эреспал® в комплексном лечении детей с ОРИ на фоне сопутствующей хронической патологии лимфаденоидного глоточного кольца (клинический случай 2).

Клинический случай 2

Ребенок Евгений А. (5 лет) поступил в стационар с диагнозом: Острый простой бронхит, затяжное течение.

Жалобы: на повышение температуры тела до 38,5°C, продуктивный кашель, усиливающийся по утрам, снижение аппетита и массы тела.

Анамнез заболевания: болен около 13 дней, все это время отмечались выделения из носа, малопродуктивный кашель, субфебрильная температура тела. Получал индукторы интерферона, гвайфенезин, микстуру на основе чабреца, витамин С, сосудосуживающие капли в нос, ингаляционную терапию с аминокaproновой кислотой.

Из анамнеза жизни известно, что с 3,5 лет ребенок наблюдается у оториноларинголога по поводу хронического аденоидно-тонзиллита.

Общий анализ крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты – $4,49 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $246 \times 10^9/л$, лейкоциты – $9,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 49%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 37%, моноциты – 5%, СОЭ – 21 мм/ч.

Рентгенография органов грудной клетки: признаки бронхита.

Лечение, проведенное в стационаре: цефтриаксон в/в, ксилотетозолина гидрохлорид, амброксол в/в, Эреспал®, лоратадин, йогурт (капсулы).

Какие ошибки были допущены в выборе стартовой терапии?

Первой ошибкой является использование индукторов интерферона без оценки исходного иммунного статуса ребенка. Кроме того, в данном клиническом случае обращает на себя внимание неадекватное применение отхаркивающих средств с различными механизмами действия и чрезмерное использование сосудосуживающих препаратов, включая ингаляционное введение аминокaproновой кислоты. Вместе с тем в настоящее время отсутствуют убедительные доказательные данные, которые свидетельствовали бы о противовирусном и противовоспалительном эффекте аминокaproновой кислоты; при этом для данного препарата характерны достаточно серьезные побочные эффекты.

Очевидно, что в данной клинической ситуации целесообразным было бы раннее назначение ребенку препарата Эреспал®, который оказывает топическое противовоспалительное действие на слизистую оболочку верхних дыхательных путей.

Раннее (в первые часы и дни заболевания) назначение препарата Эреспал® купирует воспаление на уровне ВДП, поэтому существенно снижает потребность в назначении муколитиков и отхаркивающих препаратов (Ю.В. Черненко, 2010). При этом важным клиническим преимуществом сиропа Эреспал® является его эффективность при любом виде кашля – как при сухом, так и при влажном (В.С. Козлов, В.В. Шиленкова, О.Д. Чистякова, 2003).

Высокая клиническая эффективность монотерапии сиропом Эреспал® у детей в возрасте 2-14 лет с легким и среднетяжелым течением ОРИ (n=5541) была продемонстрирована в ходе проведенного в 2003-2004 гг. под руководством профессора Н.А. Геппе масштабного многоцентрового исследования «ЭЛЬФ». Его результаты показали, что Эреспал® быстро и эффективно уменьшает выраженность симптоматики и ускоряет выздоровление детей с ОРИ. Так, на фоне монотерапии сиропом Эреспал® к 10-му дню в группе препарата Эреспал® полностью выздоровели 8 из 10 пациентов (Н.А. Геппе, 2005). Кроме того, при применении препарата Эреспал® потребность в назначении антибактериальных средств снизилась в 2 раза по сравнению с использованием традиционной терапии. Это указывает на то, что раннее назначение препарата Эреспал® способно предупреждать развитие осложнений ОРИ.

Особый практический интерес представляют возможности применения сиропа Эреспал® при ОРИ у детей с отягощенным аллергологическим анамнезом (клинический случай 3).

Клинический случай 3

Ребенок Денис И. (2 года 1 мес) поступил в стационар с диагнозом: острый обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность 1 степени; атопический дерматит.

Анамнез заболевания: болен остро около 7 дней. Заболевание началось с небольшого подъема температуры тела, появления приступообразного кашля, вялости. Получал амоксициллин с первого дня болезни, диазолин, микстуру на основе корня солодки, сальбутамол + бромгексина гидрохлорид + гвайфенезин, амброксол, папаверин. Состояние не улучшалось – усилилась одышка, появилось свистящее дыхание, температура тела повысилась до 39°C.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок 2 мес назад получал амоксициллин.

Какие ошибки были допущены в выборе стартовой терапии?

В подавляющем большинстве случаев обструктивный бронхит имеет вирусную этиологию, поэтому в данном случае необходимость назначения ребенку антибиотикотерапии отсутствовала. Кроме того, даже если бы назначение антибиотика было показано, то ошибочным решением является повторное назначение антибиотика одной группы ребенку, который недавно его уже получал – это допускается не ранее, чем через 3 мес. Безусловно, нет необходимости и в избыточном применении отхаркивающих препаратов, причем – разнонаправленного действия. При ведении ребенка не учитывался имеющийся у него атопический фон и не были даны рекомендации в отношении соблюдения специальной диеты и водного режима.

Учитывая сопутствующую аллергическую патологию, имеющую место у данного пациента, а также наличие в клинической картине ОРИ признаков бронхообструкции, в качестве патогенетического средства для стартовой терапии ОРИ у него целесообразно было бы выбрать противовоспалительный препарат Эреспал®, поскольку он обладает топическим антигистаминным действием, которое реализуется преимущественно на уровне гладкой мускулатуры бронхов, и селективно блокирует H₁-рецепторы гистамина. Кроме того, доказано наличие у препарата Эреспал® антибронхоконстрикторного эффекта.

Крайне важным является то, что комплексное противовоспалительное, антибронхоконстрикторное и муколитическое действие препарата Эреспал® реализуется за счет многогранности фармакологических эффектов единственного действующего вещества – фенспирида. Это выгодно отличает Эреспал® от ряда комбинированных препаратов, в состав которых входят сразу несколько активных ингредиентов, в плане профиля безопасности и частоты развития нежелательных лекарственных

реакций. В отличие от отхаркивающих препаратов и муколитиков, регулирующих объем и вязкость мокроты, Эреспал® помимо данного эффекта также уменьшает воспалительный отек и гиперемии СО ВДП и предотвращает развитие бронхоспазма. Эреспал® улучшает мукоцилиарный транспорт (D.Olivieri et al., 1987, 1996), а, как известно, именно изменение мукоцилиарного клиренса является объективным критерием оценки дренажной функции респираторного тракта.

Очевидно, что назначение препарата Эреспал®, обладающего комплексным действием, предпочтительнее, чем назначение сразу нескольких препаратов. Такой подход позволяет избежать полипрагмазии, последствия которой хорошо известны: к ним относятся не только повышение риска возникновения побочных эффектов, но и нежелательные межлекарственные взаимодействия, снижение комплаенса, ухудшение качества жизни и увеличение расходов на лечение. Установлено, что по сравнению с традиционной терапией назначение препарата Эреспал® в 3 раза сокращает использование препаратов других классов у пациентов с ОРИ (Л.И. Дворецкий, 2006). Назначение препарата Эреспал® с самого начала ОРИ также позволяет достоверно снизить общие расходы на лечение.

Оригинальный препарат Эреспал®, разработанный французской компанией «Сервье», по праву заслужил высокое доверие врачей во всем мире. Его эффективность и безопасность были доказаны в ходе сотен доклинических и клинических испытаний с участием более 10 тыс. пациентов.

Эреспал® производится на заводах «Сервье» во Франции и соответствует всем стандартам Надлежащей производственной практики (GMP) и Надлежащей клинической практики (GCP). Будучи оригинальным препаратом, Эреспал® досконально изучен на всех этапах доклинических и клинических исследований, в отличие от генериков, для регистрации и выведения на рынок которых не является обязательным предоставление всех этих данных. Фармацевтическая эквивалентность генерика оригинальному препарату (то есть содержание одного и того же активного ингредиента в той же лекарственной форме и концентрации) вовсе не означает, что эти препараты будут биоэквивалентными, иначе говоря, будут иметь сопоставимую биодоступность при исследовании в аналогичных экспериментальных условиях. Вместе с тем для врача и пациента биоэквивалентность означает, в первую очередь, прогнозируемость клинического эффекта и профиля безопасности препарата.

При необходимости выбора между оригинальным препаратом и генериком с неустановленной биоэквивалентностью однозначно следует предпочесть оригинальный препарат, при назначении которого врач может быть полностью уверен в достижении ожидаемого клинического эффекта и прогнозируемости частоты и характера нежелательных реакций.

Наилучшим подтверждением этого являются результаты масштабных клинических исследований. Так, в ходе уже упоминавшейся программы «ЭЛЬФ» (Н.А. Геппе, 2005) 96% детей, получавших сироп Эреспал® в дозе 4 мг/кг/сут, оценили его переносимость как отличную и хорошую.

Таким образом, поскольку именно воспаление и сенсибилизация СО ВДП играют ключевую роль в развитии симптомов ОРИ у детей, препарат для стартовой терапии должен оказывать воздействие на эти ключевые звенья этиопатогенеза. В свою очередь, многоочаговость поражения ЛОР-органов и дыхательных путей, затяжной характер течения ОРИ и высокий риск бронхообструкции в детском возрасте обосновывают целесообразность назначения в качестве стартовой патогенетической терапии лекарственных средств, обладающих комплексным действием – например, препарата Эреспал®. Оригинальный фенспирид (Эреспал®) благодаря своему топическому противовоспалительному, антиаллергическому и муколитическому действию по праву может рассматриваться в качестве универсального средства патогенетической терапии ОРИ у детей. При назначении препарата Эреспал® в качестве стартовой терапии с самого начала заболевания уменьшается риск развития осложнений, снижается необходимость в назначении дополнительных лекарственных средств и сокращаются общие затраты на лечение.

Подготовила Елена Терещенко