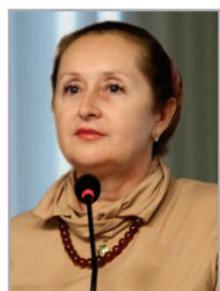


Профилактика и лечение респираторных заболеваний у детей на этапе первичной медицинской помощи

На недавно состоявшейся Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии», посвященной памяти выдающегося украинского ученого, педиатра, члена-корреспондента Национальной академии наук, Академии медицинских наук Украины, РАМН, профессора Виктора Михайловича Сидельникова (XVIII Сидельниковские чтения), особое внимание было уделено вопросу ведения больных с респираторной патологией, а также роли врача первичного звена в профилактике хронизации заболеваний дыхательных путей у детей.

Работа форума проходила в рамках пленарных и секционных заседаний, на которых было заслушано более ста выступлений по наиболее проблемным вопросам медицины детства. Большой интерес у присутствовавших вызвал доклад «Современные стратегии относительно острых респираторных заболеваний у детей на этапе первичной медицинской помощи» главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности «Педиатрия», заведующей кафедрой детских и подростковых заболеваний Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктора медицинских наук, профессора Галины Владимировны Бекетовой.



главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности «Педиатрия», заведующей кафедрой детских и подростковых заболеваний Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктора медицинских наук, профессора Галины Владимировны Бекетовой.

По данным ВОЗ, во всем мире неинфекционные заболевания (НИЗ) влекут за собой тяжелые социально-экономические последствия для государства и общества.

К сожалению, среди европейских стран Украина занимает лидирующие позиции по частоте случаев НИЗ: в нашей стране именно эти заболевания становятся причиной 86% летальных исходов и 70% случаев инвалидности.

Вот почему в соответствии с положениями стратегии устойчивого развития «Украина 2020», утвержденной указом президента Украины от 12.01.2015 г. № 5, в Министерстве здравоохранения (МЗ) Украины разработан проект распоряжения Кабинета министров Украины об утверждении Национального плана мероприятий по имплементации и реализации основ европейской политики «Здоровье 2020» в отношении НИЗ. В данном проекте предусмотрено обеспечение приоритетности профилактического направления здравоохранения, в частности в отношении хронических респираторных болезней.

Как известно, причинами НИЗ зачастую становятся патологии детского возраста. По данным Центра медицинской статистики МЗ Украины, с 2003 по 2014 год заболеваемость респираторной патологией в детской популяции остается стабильно высокой, а доля этой группы заболеваний составляет 66%. За последний год было зарегистрировано 6,5 млн случаев респираторной патологии у пациентов детского возраста. Таким образом, профилактике, ранней диагностике и лечению хронических респираторных патологий в детском возрасте следует уделить особую роль в снижении частоты НИЗ в общей популяции.

К наиболее распространенным хроническим заболеваниям детского возраста во всех развитых странах относят бронхиальную астму (БА). Частота этой патологии наиболее высока у детей с атопией в семейном анамнезе. Триггерами, провоцирующими появление симптомов и обострения БА, являются вирусные инфекции, аллергены, повышенная физическая нагрузка, табачный дым и др. У детей рецидивирующие симптомы бронхиальной обструкции нередко возникают уже в первые месяцы жизни, как правило — на фоне инфекций нижних дыхательных путей. Обычно клинический диагноз БА достоверно устанавливается у ребенка только после 5 лет, поэтому так важны ранняя диагностика, мониторинг и своевременное лечение БА. Учитывая все это, сложно переоценить роль врача первичного звена в профилактике, своевременном выявлении и контроле респираторных заболеваний у детей.

Частота случаев БА в детской популяции составляет от 5 до 10% и зависит от пола и возраста пациентов. Следует отметить, что в Украине сохраняется такая общая для всех стран медицинская проблема, как поздняя диагностика и гиподиагностика отдельных патологий, и в частности — именно БА, несмотря на то что в последние годы в этом вопросе наблюдается тенденция к постепенному улучшению: ежегодно количество детей с выявленной БА возрастает на 2%. Однако в большинстве случаев патологию обнаруживают со значительным опозданием, на ранних стадиях БА диагностируется менее чем у 1% больных.

Именно врачи общей практики — семейной медицины осуществляют центральную функцию в раннем (своевременном) выявлении и профилактике БА у детей.

В основе патогенеза БА лежит хроническое воспаление в бронхах. Как правило, оно развивается после острых респираторных инфекций. При этом важное значение имеет формирование провоспалительного ответа, холинергическая стимуляция, инфильтрация тканей эозинофилами и нейтрофилами, развитие скрытого бронхоспазма, нарушение мукоцилиарного транспорта и мукоцилиарного клиренса, гиперсекреция мокроты с измененными рН и осмолярностью. Воспалительный процесс поддерживается в том числе такими мощными и быстродействующими медиаторами воспаления, как лейкотриены. Влияние на функцию последних — одно из перспективных направлений в терапии БА, особенно в раннем детском возрасте.

К развитию БА предрасполагают многие факторы, в частности рецидивирующий бронхит (РБ). Актуальность проблемы РБ у детей обусловлена его распространенностью в структуре заболеваний органов дыхания у детей (2,5 случая на 1 тыс. детей в возрасте от 1 года до 15 лет). РБ болеют 2,3% детей в возрасте до 3 лет, 7,1% — дошкольного и 2,6% — школьного возраста. Важно отметить, что только в отношении 75-80% детей можно говорить о спонтанном выздоровлении, тогда как у остальной части заболевание трансформируется в хронический бронхит или БА. Согласно современным научным представлениям РБ — мультифакторное экзозависимое заболевание, ведущим патогенетическим звеном которого является рецидивирующее воспаление слизистой оболочки бронхиального дерева из-за снижения местных факторов защиты и общей иммунологической резистентности организма.

Протекание воспалительных патологий дыхательных путей в детском возрасте обусловлено рядом возрастных физиологических особенностей. К таковым относятся слабость дыхательной мускулатуры, более вязкий бронхиальный секрет и узкие дыхательные пути. В связи с этим даже при образовании мокроты кашель часто расценивается как непродуктивный. По сути, чем младше ребенок, тем большее значение имеют эти анатомо-физиологические особенности. Следовательно, их обязательно нужно учитывать при выборе оптимальной терапии и назначать комбинации терапевтических компонентов с многосторонним действием с целью эффективной трансформации непродуктивного кашля в продуктивный.

В 2016 г., с целью рассмотрения вопросов профилактики, выявления и оказания медицинской помощи

пациентам с острой и хронической респираторной патологией, по инициативе Ассоциации фтизиатров и пульмонологов Украины состоялся Национальный междисциплинарный Совет экспертов.

Согласно резолюции Совета экспертов, учитывая основные звенья патогенеза острого и рецидивирующего бронхита и анатомо-физиологические особенности детей раннего и дошкольного возраста, в практике семейного врача в качестве мукоактивной терапии обосновано использование комбинации бромгексина, гвайфенезина и сальбутамола.

Эти компоненты оказывают комплексное многостороннее действие у пациентов детского возраста: бромгексин стимулирует активность реснитчатого эпителия бронхов, расщепляет дисульфидные мостики и стимулирует синтез сурфактанта; сальбутамол улучшает мукоцилиарный транспорт, расслабляет гладкую мускулатуру бронхов и предупреждает высвобождение медиаторов воспаления; гвайфенезин улучшает мукоцилиарный транспорт, стимулирует выделение жидкой части бронхиального секрета, снижает поверхностное натяжение и адгезию мокроты.

Указанные компоненты входят в состав комбинированного препарата Аскорил, эффективность которого была продемонстрирована в клинических исследованиях. Так, в сравнительном исследовании эффективности препарата Аскорил и монокомпонентного средства, содержащего амброксол, было установлено, что стартовая терапия Аскорилом позволяет значительно сократить длительность кашля. Уже на 4-й день лечения интенсивность кашля существенно уменьшилась у 27% детей, получавших Аскорил, и только у 3% детей, принимавших монокомпонентный препарат амброксола (Крамарев С.А. и соавт., 2015). Были также опубликованы данные позитивного влияния комбинации бромгексина, гвайфенезина и сальбутамола на динамику маркеров воспаления, показателей местного и системного иммунитета, имеющих важное значение в предупреждении хронизации воспалительного процесса в дыхательных путях. Результаты клинического исследования показали: Аскорил в 3 раза эффективнее восстанавливает барьерную функцию слизистой оболочки дыхательных путей по сравнению с монокомпонентным препаратом амброксола (именно эта функция защищает ребенка от хронизации воспаления и повторного инфицирования после выздоровления). Об этом

свидетельствуют результаты микроскопии индуцированной мокроты у пациентов двух групп: получавших Аскорил и монокомпонентный амброксол (77% случаев выявления нормального уровня десквамации эпителия бронхов против 24% соответственно). О предотвращении хронизации воспалительного процесса на фоне стартовой терапии Аскорилом свидетельствует также более низкая активность воспаления в группе Аскорила на 6-7-й день лечения. Кроме того, Аскорил в 3 раза снижает необходимость антибактериальной терапии при РБ по сравнению с монокомпонентным амброксолом (Лапшин В.Ф. и соавт., 2014). **Важно также отметить, что Аскорил имеет высокий профиль безопасности и хорошо переносится в терапии большинством пациентов.**

Таким образом, стартовая терапия Аскорилом позволяет:

- сократить длительность заболевания на $2,3 \pm 0,4$ дня;
- быстро снизить частоту и тяжесть дневного и ночного кашля;
- устранить скрытый бронхоспазм;
- уменьшить воспаление в дыхательных путях;
- улучшить мукоцилиарный транспорт со 2-го дня терапии и восстановить его на 5-й день у 96,6% заболевших детей;
- в 3 раза уменьшает риск антибактериальной терапии при бронхите.

Как уже было отмечено, РБ может трансформироваться в БА. Опасность заключается в том, что повторные эпизоды бронхита увеличивают вероятность ремоделирования бронхов и формирования необратимых структурных изменений в легких. Вот почему лечение острых респираторных инфекций, а также РБ и БА следует начинать как можно раньше.

Многофакторность и обусловленные возрастом пациентов особенности течения БА затрудняют раннюю диагностику этого заболевания. Чрезвычайно сложно диагностировать БА у детей младше 5 лет по причине широкой распространенности симптомов кашля и свистящих хрипов в грудной клетке детей при отсутствии БА, особенно у детей в возрасте до 3 лет. Однако под маской бронхообструктивного синдрома у 20-40% детей раннего возраста может протекать БА.

У детей младше 5 лет, которые не могут принимать ингаляционные кортикостероиды (ИКС), показано назначение антагонистов лейкотриеновых рецепторов (АЛР) – нового класса противовоспалительных препаратов.

В дыхательных путях эти препараты блокируют действие лейкотриенов, в частности предупреждая чрезмерное образование секрета в бронхах и отек слизистой оболочки, а также снижая гиперреактивность

бронхов и бронхоспазм. Назначение антагониста лейкотриеновых рецепторов монтелукаста является эффективным методом лечения первой линии БА у детей младшего возраста. Согласно резолюции Национального междисциплинарного совета экспертов по респираторной патологии при высокой вероятности БА или вирус-индуцированной бронхообструкции у пациента врачам первичного звена рекомендовано назначение инициальной пробной противовоспалительной терапии курсом не менее 3 мес с продлением до 6 мес в случае позитивного ответа на 3-месячный курс

пробной терапии ИКС или монтелукастом.

Одним из препаратов монтелукаста является Глемонт (производитель – «Гленмарк»), применяемый 1 раз в сутки. Детям от 2 до 5 лет назначают жевательные таблетки, содержащие 4 мг, а детям от 6 до 14 лет – 5 мг монтелукаста. Взрослым и детям от 15 лет назначают покрытые оболочкой таблетки, содержащие 10 мг действующего вещества. Препарат Глемонт биоэквивалентен оригинальному монтелукасту.

Основные задачи врача первичного звена в профилактике хронических респираторных заболеваний:

- **Использование комплексного подхода в мукоактивной терапии острых и рецидивирующих бронхитов у детей. В частности, обоснована комбинация бромгексина, гвайфенезина и сальбутамола.**

- **Раннее выявление детей с высоким риском бронхиальной астмы и назначение пробной противовоспалительной терапии.**

- **Соблюдение сроков пробной противовоспалительной терапии не менее 3 мес с продлением лечения до 6 мес в случае позитивного ответа на 3-месячный курс терапии.**

Подготовил **Игорь Кравченко**



АСКОРИЛ®

Комбінований засіб,
що застосовується при кашлю
та застудних захворюваннях



**ПРЕПАРАТ
РОКУ 2014***



СКОРОЧЕНІ ІНСТРУКЦІЇ для медичного застосування препаратів.

АСКОРИЛ ЕКСПЕКТОРАНТ (ASCORIL EXPECTORANT). Лікарська форма. Сироп. **Склад:** діючі речовини: 10 мл сиропу містить сальбутамолу сульфату еквівалентно 2 мг сальбутамолу, бромгексин гідрохлориду 4 мг, гвайфенезину 100 мг; ментолу 1 мг, допоміжні речовини: сахароза, натрію бензоат (Е 211), лимонної кислоти моногідрат, розчин сорбітолу 70 % (Е 420), гліцерин, пропілпентилгліколь, кислота сорбінова, смаковий домішок анізава та смородинової кислоти. **Ч.Д. 20158, барвник жовтий захід FCF (Е 110), вода очищена.** **Показання.** Секретолітична терапія при захворюваннях дихальних шляхів, що супроводжуються бронхоспазмом та утворенням в'язкого секрету, що важко відділяється: при трахеобронхіті, хронічних обструктивних захворюваннях легень, бронхіальній астмі, емфіземі легень. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до сальбутамолу, інших симпатоміметиків, бромгексину, гвайфенезину, ментолу або до будь-якого з інших компонентів препарату. Аритмія, тяжкі серцево-судинні захворювання, гіпертиреоз, тяжкі порушення функції печінки, виража шлунок та дванадцятипалої кишки. **Спосіб застосування та дози.** Препарат застосовують за призначенням та під наглядом лікаря. Дорослим і дітям віком від 12 років приймають по 10 мл 3 рази на добу. Дітям віком від 6 до 12 років – по 5-10 мл 3 рази на добу. Дітям віком від 2 до 6 років – по 5 мл 3 рази на добу. Тривалість лікування визначається лікарем індивідуально. **Побічні реакції.** З боку імунної системи: реакції гіперчутливості, що включають у себе висипи, свербіж, анафілактичні реакції, у тому числі анафілактичний шок, ангіоневротичний набряк, кропив'янку, орофарингеальний набряк, синдром Лайелла; рідко при пероральному застосуванні сальбутамолу у дітей може виникнути мультиформна еритема, синдром Стівенса-Джонсона, набряк обличчя. З боку травного тракту: диспепсичні явища, нудота, блювання, діарея, біль у животі, заострення вираженої хвороби шлунка/вираза кишечника, гастрит, неприємний присмак у роті. З боку нервової системи: тремор, млягість, головний біль, гіперактивність, дисгевзія, запаморочення, неспокій, безсоння. З боку серцево-судинної системи: тахікардія; периферична вазодилатація; порушення серцевого ритму, включючи фібриляцію шлуночків, суправентрикулярну тахікардію та екстрасистолію; гіпотензія або гіпертензія; відчуття серцебиття; ішемія міокарда; колапс. З боку дихальної системи: розлади дихання, посилення кашлю. Сальбутамолом може спровокувати парадоксальний бронхоспазм, що є життєво небезпечним станом. У разі його виникнення необхідно негайно припинити застосування препарату і призначити альтернативне лікування. **Інші:** судороги м'язів, відчуття тиску у м'язах, гіпертермія, озноб, мідріаз, атонія сечового міхура, підвищена пітливість, тромбоцитопенія, метаболічні зміни, такі як гіпокаліємія. У деяких пацієнтів може розвинути транзиторне підвищення рівня амінотрансфераз у крові, спричинене бромгексином. **Діти.** Не призначати препарат дітям віком до 2 років через відсутність досвіду застосування його цієї вікової категорії пацієнтів. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Гленмарк Фармасьютикалз Лтд. **Місцезаходження.** Plot No. E-37/39, M.I.D.C., Industrial Estate, Satpur, Nasik-422 007, Maharashtra, India. Дільниця № E-37/39, Ем. Ай. Ді. Сі., Сатпур, Насік-422 007, Махараштра, Індія. Реєстраційне посвідчення № UA86701011 з 26.07.2013 по 26.07.2018 **АСКОРИЛ (ASCORIL) Лікарська форма.** Таблетки. **Склад:** діючі речовини: 1 таблетка містить сальбутамолу сульфату еквівалентно сальбутамолу 2 мг, бромгексин гідрохлориду 8 мг, гвайфенезину 100 мг; допоміжні речовини: кальцій гідроксид, крохмаль кукурудзяний, метилпарагідроксибензоат (Е 218), пропілпарагідроксибензоат (Е 216), тальк, кремнію діоксид колоїдний безводний, магнею стеарат. **Показання.** Симптоматичне лікування продуктивного кашлю при різних захворюваннях органів дихання, що супроводжуються бронхоспазмом. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до сальбутамолу, інших симпатоміметиків, бромгексину, гвайфенезину, ментолу або до будь-якого з інших компонентів препарату. Коронарна недостатність, аритмія, інші тяжкі серцево-судинні захворювання, гіпертиреоз, тяжкі порушення функції печінки, виража шлунок та дванадцятипалої кишки. **Спосіб застосування та дози.** Дорослим та дітям віком від 12 років застосовувати внутрішньо по 1 таблетці 3 рази на добу. Діти віком від 6 до 12 років: по ½-1 таблетці 3 рази на добу. Тривалість лікування визначається індивідуально. **Діти.** Не призначати препарат дітям віком до 6 років. **Побічні реакції.** З боку імунної системи: реакції гіперчутливості, що включають у себе висипи, свербіж, анафілактичні реакції, у тому числі анафілактичний шок, ангіоневротичний набряк, кропив'янку, орофарингеальний набряк, синдром Лайелла; рідко при пероральному застосуванні сальбутамолу у дітей може виникнути мультиформна еритема, синдром Стівенса-Джонсона, набряк обличчя. З боку травного тракту: диспепсичні явища, нудота, блювання, діарея, біль у животі, заострення вираженої хвороби шлунка/вираза кишечника, гастрит, неприємний присмак у роті. З боку нервової системи: тремор, млягість, головний біль, гіперактивність, дисгевзія, запаморочення, неспокій, безсоння. З боку серцево-судинної системи: тахікардія; периферична вазодилатація; порушення серцевого ритму, включючи фібриляцію шлуночків, суправентрикулярну тахікардію та екстрасистолію; гіпотензія або гіпертензія; відчуття серцебиття; ішемія міокарда; колапс. З боку дихальної системи: розлади дихання, посилення кашлю. Сальбутамолом може спровокувати парадоксальний бронхоспазм, що є життєво небезпечним станом. У разі його виникнення необхідно негайно припинити застосування препарату і призначити альтернативне лікування. **Інші:** миспечення, судороги м'язів, відчуття тиску у м'язах, гіпертермія, озноб, мідріаз, атонія сечового міхура, підвищена пітливість, гіперлікемія, тромбоцитопенія, метаболічні зміни, такі як гіпокаліємія. У деяких пацієнтів може розвинути транзиторне підвищення рівня амінотрансфераз у крові, спричинене бромгексином. **Метилпарагідроксибензоат (Е 218)** може спричинити алергічні реакції (можливо, уповільнені). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Гленмарк Фармасьютикалз Лтд./Glenmark Pharmaceuticals Ltd. **Місцезаходження виробника та його адреси місця провадження діяльності.** 1. Дільниця № E-37/39, Ем. Ай. Ді. Сі., Сатпур, Насік - 422 007, Махараштра, Індія/Plot No E-37/39, M.I.D.C. Industrial Estate, Satpur, Nasik - 422 007, Maharashtra, India. 2. Селіце Кішанпур, Бадді-Налагарх Роуд, Техсіл Налагарх, округ Солан, (Х.П.), 174101, Індія/Village - Kishanpura, Baddi-Nalagarh Road, Tehsil Nalagarh, Distt. Solan, H.P. 174101, India. Реєстраційне посвідчення № UA/11237/01/01 з 18.12.2015 по 18.12.2020. З повною інформацією про препарати можна ознайомитись в інструкціях для медичного застосування. Інформація про лікарські засоби для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Інформацію підготовлено січень 2017.

* – за підсумками маркетингових досліджень конкурсу «Панацея 2014» у групі R 05C A АСКОРИЛ ЕКСПЕКТОРАНТ (рецептурна група) компанії Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД, в Україні посів першу позицію у номінації «Препарат року».

glenmark