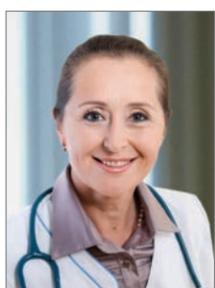


Совет экспертов-2014: проблемные вопросы лечения острых респираторных инфекций в практике врача-педиатра

6 октября в г. Киеве в рамках X конгресса педиатров Украины «Актуальные проблемы педиатрии» ведущие отечественные ученые, главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Украины в области педиатрии, детской пульмонологии и инфекционных заболеваний провели симпозиум по итогам заседания Совета экспертов-2014, в ходе которого обсуждались актуальность, эффективность и безопасность комбинированных препаратов в терапии респираторной патологии у детей.

Заведующая кафедрой детских и подростковых заболеваний Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, главный педиатр МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор Галина Владимировна Бекетова в докладе «Кашель у детей, современные подходы в терапии» осветила современные направления в лечении кашля.



— Кашель — сложный рефлекс, возникающий в результате раздражения слизистой оболочки дыхательных путей и направленный на очищение и восстановление проходимости дыхательного тракта. Прежде чем начинать терапию, необ-

ходимо верифицировать диагноз, т.е. установить причину, вызвавшую кашель. При лечении таких пациентов следует учитывать возрастные анатомо-физиологические особенности респираторного тракта, в связи с чем проблема выбора препарата для лечения кашля является особенно актуальной в первую очередь для педиатров и семейных врачей. К таким возрастным особенностям относятся преобладание более плотного гелевого слоя бронхиального секрета над золевым, его повышенная вязкость вследствие высокого содержания сиаловой кислоты, слабое развитие дыхательной мускулатуры, относительно большее по сравнению со взрослыми количество бокаловидных клеток на единицу площади слизистой оболочки и обильная васкуляризация, которые в совокупности обуславливают склонность к развитию гиперкринии, отека и сужению просвета бронхиальной трубки при воспалении. Кроме того, у детей кашлем часто сопровождаются заболевания инфекционного или аллергического генеза.

Следовательно, эффективное купирование кашля возможно только при комплексном подходе к решению проблемы. Так называемый сухой кашель у детей первых 5 лет жизни чаще всего связан с наличием густого вязкого секрета и требует перевода его в продуктивный, поэтому при острых респираторных заболеваниях с поражением трахеи и бронхов показано использование комбинированных препаратов с отхаркивающим, бронхо- и муколитическим действием (корректирующим количество мокроты, ширину просвета бронхов, работу мукоцилиарного аппарата).

По итогам заседания Совета экспертов-2014 при участии ведущих специалистов различного профиля были подготовлены междисциплинарные рекомендации относительно подходов к лечению пациентов с респираторной патологией в практике семейного врача. В Резолюции Совета экспертов указывается, что с целью повышения комплаенса и эффективности медикаментозной коррекции кашля при острых респираторных инфекциях с поражением трахеобронхиального дерева обоснованной является комбинированная мукоактивная терапия (в частности, назначение комбинации гвайфенезина, бромгексина и сальбутамола), которая

может быть рекомендована для приема внутрь (при отсутствии противопоказаний) с первых дней развития острых респираторных инфекций при малопродуктивном кашле с возможностью продолжения лечения при переходе кашля в более продуктивный.

Эффективность и безопасность комбинированного препарата Аскорил, в состав которого входят гвайфенезин, бромгексин и сальбутамол (в минимальной терапевтически значимой дозе), оценивались в целом ряде клинических исследований. Основываясь на собственном клиническом опыте, можем с уверенностью говорить об эффективности такой комбинации мукоактивных средств, входящих в состав препарата Аскорил. Нами было проведено исследование с участием 105 детей в возрасте 5-10 лет. Результаты исследования свидетельствуют о положительной динамике дневного и ночного кашля уже со второго дня лечения Асорилом у 87,5% детей. На второй день на фоне приема Асорила наблюдалось улучшение мукоцилиарного транспорта (по данным сахаринового теста), при этом его полное восстановление происходило уже на пятые сутки у 96,6% пациентов. Улучшение показателя объема форсированного выдоха за 1-ю секунду отмечалось через час после приема препарата, что свидетельствует о наличии скрытого бронхоспазма в результате гиперреактивности бронхов и при различных формах острых респираторных заболеваний. Безопасность Асорила была подтверждена результатами холтеровского исследования у детей, получавших препарат. На фоне терапии препаратом Аскорил через 30 мин и 3 ч после его приема нарушения ритма и проводимости не наблюдались. Также при мониторинге уровня артериального давления отклонения обнаружены не были. Следует отметить, что при повторных курсах применения Асорила отсутствовали признаки тахифилаксии (снижение чувствительности β_2 -адренорецепторов в ответ на их частую стимуляцию). Эффективность терапии определяется приверженностью к ней больных, поэтому при лечении детей следует учитывать мнение их родителей. Так, в 96% случаев эффективность лечения была оценена родителями пациентов как «высокая» и «очень высокая», а переносимость — как «отличная» и «хорошая».

По сравнению с использованием монокомпонентного амброксолсодержащего лекарственного средства применение комбинированного отхаркивающего препарата для симптоматической терапии острых респираторных заболеваний способствует уменьшению длительности болезни на $2,3 \pm 0,4$ сут, обеспечивая более быстрое достижение положительной динамики дневного и ночного кашля. Кроме того, Аскорил обладает высоким профилем безопасности и хорошо переносится пациентами.

Наличие в составе препарата компонента с противовоспалительным действием (сальбутамол) и его способность уменьшать гиперреактивность бронхов обосновывают целесообразность назначения Асорила при рекуррентных острых респираторных заболеваниях

и рецидивирующем бронхите (РБ). Длительность приема лекарственного средства определяет врач. При применении Асорила с первых дней заболевания купирование кашля достигается уже к 5-8-му дню, поэтому по окончании этого срока препарат можно отменять. Однако допускается и более длительное использование препарата в зависимости от клинической формы и тяжести течения заболевания.

Заведующий кафедрой детских инфекционных болезней Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, главный детский инфекционист МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор Сергей Александрович Крамарев в докладе «Патогенетическая терапия кашля при острых респираторных инфекциях и остром бронхите» обосновал применение комбинированных отхаркивающих средств в патогенетической терапии респираторных инфекций.



— У детей раннего возраста непродуктивный кашель чаще всего обусловлен повышенной вязкостью бронхиального секрета, нарушением «скольжения» мокроты по бронхиальному дереву, недостаточной активностью мерцательного эпителия бронхов, сокращением бронхоиол или склонностью к бронхоспазму. Поэтому основная цель терапии непродуктивного кашля у детей раннего возраста заключается в разжижении мокроты, снижении ее адгезивности и гиперреактивности бронхов, что способствует улучшению продуктивности кашля. При бронхите бактериальной этиологии определяются высокое содержание нейтральных муцинов в мокроте и ее повышенная вязкость. При этом за счет активности протеолитических ферментов лейкоцитов и бактериальных агентов повышается адгезия мокроты к слизистой оболочке трахеобронхиального дерева. Важным патогенетическим звеном, определяющим тяжесть и длительность кашля при острой респираторной инфекции, является вегетативный дисбаланс с преобладанием активности парасимпатической системы регуляции, что закономерно проявляется гиперреактивностью бронхов различной степени выраженности (бронхоспазмом, отеком стенки бронха) и повышением вязкости бронхиального секрета.

На сегодня арсенал противокашлевых лекарственных средств представлен большим количеством различных препаратов, среди которых можно выделить несколько основных групп: собственно противокашлевые средства, муколитики и отхаркивающие препараты. Однако многие из них действуют только на отдельные звенья патогенеза заболевания, кроме того, имеют целый ряд побочных эффектов и не рекомендуются для применения в детском возрасте.

Подходы к лечению кашля должны быть дифференцированы в зависимости от его вида (сухой или влажный) и учитывать все звенья патогенеза. При сухом кашле обоснованы местные регидранты

и секретолитики, которые воздействуют непосредственно на функцию бронхиальных желез (гвайфенезин) и через мукоинетический вагусный гастропульмональный рефлекс. При продуктивном (влажном) кашле хорошо зарекомендовали себя препараты, нормализующие внутриклеточное образование бронхиального секрета (бромгексин и гвайфенезин), а также средства, действующие в просвете бронхов на дисульфидные связи мукополисахаридов (бромгексин), гликопротеинов и на пептидные связи молекул белка.

С проблемой оценки эффективности противокашлевой терапии врач часто сталкивается в своей повседневной клинической практике, поскольку не существует точных методов определения количества мокроты, динамика симптомов оценивается со слов родителей, сильное влияние оказывают внешние факторы (количество потребляемой жидкости, влажность воздуха, проведение ингаляционной терапии и т.д.), отмечается большая вариабельность в реакции организма на инфицирование (эволюция кашля от сухого к продуктивному может варьировать от нескольких часов до нескольких дней, иметь волнообразное течение), необходимость коррекции терапии может быть ограничена финансовыми возможностями семьи.

С учетом вышеизложенного в амбулаторной практике педиатра обоснованным является назначение для лечения кашля комбинированных препаратов с комплексным отхаркивающим, муколитическим и противовоспалительным действием. Бромгексин и гвайфенезин усиливают гидролиз мукопротеинов и мукополисахаридов в мокроте, благодаря чему снижаются вязкость, поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты. Гвайфенезин влияет на реологические свойства бронхиального секрета, увеличивая объем жидкой части мокроты. Сальбутамол (в низких терапевтических дозах) облегчает удаление мокроты и улучшает переход непродуктивного кашля в продуктивный в результате повышения мукоцилиарного клиренса, а также снижения гипертонуса бронхов, отека слизистой оболочки.

В сравнительном исследовании на базе Киевской городской клинической инфекционной больницы нами были получены предварительные результаты по изучению эффективности комбинированных противокашлевых препаратов у детей в возрасте 2-15 лет с острыми респираторными вирусными инфекциями. Оценка эффективности противокашлевых препаратов (Аскорил и амброксол) в группах проводилась по балльной шкале. Показано, что на протяжении всего курса терапии в группе пациентов, получавших Аскорил, динамика частоты кашля была практически одинаковой по сравнению с таковой в группе амброксола. Динамика характера кашля (сухой/влажный) была достоверно лучше в группе Асорила. Таким образом, учитывая патогенез острых респираторных заболеваний с поражением трахеобронхиального дерева, применение комбинированных противокашлевых препаратов является обоснованным в амбулаторной практике при малопродуктивном кашле и для продолжения лечения при переходе кашля в продуктивный. Препарат Аскорил хорошо зарекомендовал себя в клинической практике, продемонстрировав комплексный противовоспалительный, муколитический и отхаркивающий эффект.

Главный специалист МЗ Украины по специальности «Детская пульмонология», руководитель научной группы проблем аллергии и иммунореабилитации детей, заместитель директора ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Владимир Федорович Лапшин в докладе «Бронхиты у детей: вопросы муколитической и антибактериальной терапии» рассказал об особенностях лечения детей с бронхолегочной патологией с позиции врача-пульмонолога.



— В течение 2013 года в структуре распространенности болезней среди детского населения не произошло изменений по сравнению с предыдущими годами — патология органов дыхания по-прежнему доминирует. Остается высокой

частота заболеваний органов дыхания у детей в возрасте 0-17 лет, но по состоянию на 2013 г. отмечалась тенденция к снижению данного показателя по сравнению с прошлыми годами, который составляет 874 случая на 1 тыс. детей (в 2012 году — 905,25 случая на 1 тыс. детей). Таким образом, в Украине наблюдается снижение заболеваемости патологией органов дыхания. Однако в последние годы отмечается негативная тенденция к патоморфозу острых респираторных заболеваний, в частности к затяжному течению и развитию осложнений. Среди острых и рецидивирующих заболеваний нижних дыхательных путей у детей наиболее частой патологией является бронхит — воспалительное заболевание бронхов различной этиологии (инфекционной, аллергической, физико-химической и др.). Бронхиты у детей — одна из пяти основных причин амбулаторной обращаемости к педиатру. Распространенность острого бронхита у этой категории больных колеблется в пределах от 6,2 до 25%. При этом заболеваемость существенно увеличивается (с 50 до 90%) у детей, которые часто болеют ОРЗ. Среди различных форм бронхитов (острый простой, острый обструктивный, острый бронхолит, рецидивирующий, хронический) в последние годы возрос интерес детских пульмонологов к проблеме РБ. Это объясняется рядом дискуссионных вопросов, касающихся классификации, возможности трансформации в другие нозологические формы, диагностических критериев.

Ирритативное, инфекционное или аллергическое воспаление слизистой оболочки бронхов приводит к изменению реологических свойств мокроты, нарушению дренажной функции бронхов. В начале острого воспалительного процесса, сопровождающегося сухим кашлем, показаны препараты, стимулирующие секрецию; при непродуктивном влажном кашле — препараты, разжижающие мокроту; при продуктивном — мукоагглюляторы, нормализующие слизеобразование и состав секрета. Поэтому основным преимуществом комбинированных лекарственных средств является сочетание отхаркивающих, муколитических и противовоспалительных свойств. При этом сводятся к минимуму количество и кратность приема лекарственных средств, снижается риск побочных реакций, обеспечивается одновременное воздействие на все звенья патогенеза кашля.

Необходимо помнить, что при стартовой терапии респираторной патологии у детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста, особенно в амбулаторной практике, предпочтение следует отдавать комбинации муколитических препаратов с дополнительными эффектами экспекторации, сочетанным муколитическим, мукокинетическим и бронходилатирующим действием, что также является профилактикой осложненных заболеваний.

Научной группой по проблемам аллергии и иммунореабилитации на клинической базе нашего института было проведено открытое рандомизированное контролируемое проспективное исследование, целью которого было изучить эффективность и безопасность применения комбинированного мукоагглюляющего препарата Аскорил у детей с обострением РБ. Детям основной группы (n=30) назначался Аскорил в возрастных дозах курсом 7-10 дней; участники группы сравнения (n=25) получали амброксол. Критериями эффективности проведенной терапии служили регрессия основных проявлений заболевания (кашель, изменения характера и количества мокроты, физикальные данные в легких), динамика спирометрии с использованием бронхолитической пробы с сальбутамолом (200-400 мкг), клеточный состав индуцированной мокроты, микробиологический,

вирусологический спектр мокроты и состояние местного иммунитета. По оценкам специалистов, у детей, которые получали в составе комплексной терапии полифункциональный мукоагглюлятор Аскорил, по сравнению с пациентами, принимавшими монокомпонентный амброксол, наблюдалась более позитивная динамика основных клинических проявлений заболевания, в первую очередь это касалось уменьшения частоты и изменения характера кашля. Необходимость назначения антибактериальных препаратов в группе детей, получавших Аскорил, была минимальной. У 83,3% больных такая необходимость отсутствовала в связи с выраженным противовоспалительным эффектом препарата, улучшением местного иммунитета и эрадикацией колонизирующей бактериальной флоры, что подтверждено бактериологическими исследованиями.

Таким образом, результаты исследования показали, что использование Аскорила в качестве мукоагглюляющей монотерапии способствовало более быстрому (в сравнении с таковым на фоне применения монокомпонентного амброксола) регрессу основных клинических проявлений РБ за счет улучшения мукоцилиарного клиренса, повышения местного иммунитета, противовоспалительного и мукокинетического действия. Эффективность и хорошая переносимость препарата у детей позволяют рекомендовать включение Аскорила в схемы базисной терапии РБ на разных этапах предоставления медицинской помощи педиатрами, пульмонологами и семейными врачами.

Подготовил Владимир Савченко



АСКОРИЛ®

Комбінований засіб,
що застосовується при кашлю
та застудних захворюваннях



ПРЕПАРАТ
РОКУ 2014*



Інформація про лікарський засіб для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

АСКОРИЛ ЕКСПЕКТОРАНТ для медичного застосування препарату.

АСКОРИЛ ЕКСПЕКТОРАНТ Лікарська форма. Сироп. Склад: діючі речовини: 10 мл сиропу містить сальбутамолу сульфату еквівалентно 2 мг сальбутамолу, бромгексину гідрохлориду 4 мг, гвайфенезину 100 мг, ментолу 1 мг. **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, виразка шлунка та дванадцятипалої кишки. **Спосіб застосування та дози.** Препарат застосовують за призначенням та під наглядом лікаря. Дорослим і дітям віком від 12 років приймати 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, ортофарингеальний набряк, синдром Лайєлла; 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, загострення виразкової хвороби шлунка/виразки кишкової гастралгії, неприємний присмак у роті; з боку нервової системи: тремор, міалгія, головний біль, гіперактивність, дисгевзія, запаморочення, неспокій, безсоння. З боку серцево-судинної системи: тахікардія; периферична вазодилатація; порушення серцевого ритму, включаючи фібриляцію шлуночків, суправентрикулярну тахікардію та екстрасистолію; гіпотензія або гіпертензія; відчуття серцебиття; ішемія міокарда; колапс. З боку дихальної системи: розлади дихання, посилення кашлю. Сальбутамол 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, гіперглікемія, збільшення в крові рівня інсуліну. Сальбутамол може спровокувати парадоксальний бронхоспазм, що є життєво небезпечним станом. У разі його виникнення необхідно негайно припинити застосування препарату і призначити альтернативне лікування. Інше: при застосуванні Аскорила можуть зустрічатися розлади з боку травного тракту (нудота, блювання, діарея, біль у животі), пов'язані з ефектами гвайфенезину, бромгексину гідрохлориду. У деяких хворих може розвинутися транзиторне підвищення рівня амінотрансфераз у крові, спричинене бромгексином. Слід утримуватися від керування автотранспортом і роботи з іншими механізмами під час лікування препаратом. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Гленмарк Фармасьютикалз Лтд, Місцезнаходження. Plot No. E-37/39, M.I.D.C., Industrial Estate, Satpur, Nasik-422 007, Maharashtra, India. Дільниця № E-37/39, Ем. Ав. Д. Сі. Саттур, Насік-422 007, Махараштра, Індія. Реєстраційне посвідчення №UA/8670/01/01 від 26.07.2013 дійсно до 26.07.2018 р.

АСКОРИЛ Лікарська форма. Таблетки. 1 таблетка містить сальбутамолу сульфату еквівалентно сальбутамолу 2 мг, бромгексину гідрохлориду 8 мг, гвайфенезину 100 мг. **Показання.** Симптоматичне лікування продуктивного кашлю, що пов'язаний з бронхоспазмом. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату. Дитячий вік до 6 років. **Спосіб застосування та дози.** Дорослі та діти віком від 12 років. Застосовують 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. **Побічні реакції.** Найчастіше виникають побічні ефекти, пов'язані із застосуванням сальбутамолу. Вони не відізняються від таких для інших стимуляторів β-адренорецепторів. З боку імунної системи: дуже рідко - реакції гіперчутливості, що включають у себе ангіоневротичний набряк, кропив'янку, бронхоспазм, ортофарингеальний набряк, синдром Лайєлла; рідко при пероральному застосуванні сальбутамолу у дітей може виникнути мультиформна еритема, синдром Стівенса-Джонсона, набряк обличчя; з боку травного тракту: рідко - гіпокаліємія; з боку нервової системи: часто - тремор, головний біль; дуже рідко - гіперактивність, дисгевзія, запаморочення, парестезія ротоглотки; з боку серцево-судинної системи: часто - тахікардія; рідко - периферична вазодилатація; дуже рідко - порушення серцевого ритму, включаючи фібриляцію, суправентрикулярну тахікардію та екстрасистолію, гіпотензія або гіпертензія; з боку дихальної системи: дуже рідко - парадоксальний бронхоспазм. Інші: міоспазм, підвищена пітливість, тромбоцитопенія, метаболічні зміни, такі як гіпокаліємія, гіперглікемія, збільшення в крові рівня інсуліну. Сальбутамол може спровокувати парадоксальний бронхоспазм, що є життєво небезпечним станом. У разі його виникнення необхідно негайно припинити застосування препарату і призначити альтернативне лікування. Інше: при застосуванні Аскорила можуть зустрічатися розлади з боку травного тракту (нудота, блювання, діарея, біль у животі), пов'язані з ефектами гвайфенезину, бромгексину гідрохлориду. У деяких хворих може розвинутися транзиторне підвищення рівня амінотрансфераз у крові, спричинене бромгексином. Слід утримуватися від керування автотранспортом і роботи з іншими механізмами під час лікування препаратом. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Гленмарк Фармасьютикалз Лтд, Місцезнаходження. Satpur, Nasik - 422 007, Maharashtra, India. Реєстраційне посвідчення №UA/11237/01/01 від 13.12.2010 зміни внесені 20.04.2012 дійсно до 13.12.2015 р. Повна інформація про лікарський засіб знаходиться в інструкції до медичного застосування препарату АСКОРИЛ.
*за підсумками маркетингових досліджень конкурсу «Ланцет 2014» у групі R 05C A АСКОРИЛ ЕКСПЕКТОРАНТ (рецептурна група) компанії Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД, в Україні посів першу позицію у номінації «Препарат року».

Інформація підготовлена 24 вересня 2014 року.

glenmark®

Представництво «Гленмарк Фармасьютикалз Лімітед»
04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8
Тел./факс: +38 (044) 531-34-84