

## Детская пульмонология в Украине: на пути к новым стандартам диагностики и лечения

Продолжение. Начало на стр. 24.

–  $\beta_2$ -агонисты короткого действия – по потребности (сальбутамол 100 мкг или тербуталин 250 мкг по 1–2 дозы с интервалом 4 ч);

– АЛР могут быть использованы в качестве монотерапии вместо ИГКС при интермиттирующей и легкой персистирующей БА.

– если с помощью ИГКС полный контроль БА не достигнут, следует дополнительно назначить АЛР монтелукаст по 4 мг/сут;

– если контроль БА не достигается, обсудить следующие действия (не в порядке применения): присоединить бронхолитики длительного действия (по крайней мере, эпизодически, хотя пока недостаточно данных, поддерживающих их использование в данной возрастной группе), повысить дозу ИГКС, присоединить теофиллин.

В Украине незаслуженно игнорируется специфическая иммунотерапия (СИТ) при атопической БА у детей, хотя в мире получены строгие доказательства пользы этого метода. СИТ может предотвратить развитие полисенсibilизации, предотвращает прогрессирование аллергического ринита в БА и уменьшает риск развития БА у детей с сезонной аллергией. Сублингвальная СИТ имеет слабый или умеренный эффект у детей старше 4 лет с легкой/среднетяжелой БА, сенсibilизированных только к клещам домашней пыли. Сенсibilизация более чем к одному аллергену не является противопоказанием для СИТ, но может уменьшить ее эффективность. Возраст не служит абсолютным противопоказанием, такая терапия может использоваться у детей с 3 лет.

**Доктор медицинских наук, профессор Леся Васильевна Беш (Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого)** продолжила рассмотрение основных положений руководства GINA с позиций практикующего врача.



– Напомню, что подходы к базисной терапии БА у детей согласно GINA основаны на уровне контроля над течением заболевания, а не на критериях его тяжести. С точки зрения врача, критерии хорошего контроля над астмой у детей упрощенно можно представить так:

– симптомы минимальны (возникают максимум дважды в неделю), в идеале полностью отсутствуют; астма не будит ребенка ночью;

– минимальное применение  $\beta_2$ -агонистов короткого действия (в идеале отсутствует потребность в их назначении);

– показатель пиковой скорости выдоха каждое утро выше 80%;

– отсутствуют обострения и экстренные вызовы скорой помощи;

– нет ограничений физической активности, ребенок ведет адекватный возрасту образ жизни (не отличается от здоровых сверстников).

Для оценки контроля астмы на практике GINA рекомендует два простых шага:

– оценку частоты использования препаратов для купирования приступов (использование чаще двух раз в неделю предполагает плохой контроль);

– использование Астма-Контроль-Теста (АСТ).

Тест позволяет быстро и точно оценить уровень контроля над астмой в условиях приема участкового врача (особенно когда недоступно исследование функции внешнего дыхания), является скрининговым инструментом для выявления неконтролируемой астмы, помогает в долговременном наблюдении за пациентами и способствует достижению максимально возможного уровня контроля над астмой у каждого пациента.

Оценка по АСТ в 19 баллов или меньше говорит о том, что астма контролируется недостаточно эффективно; 20 баллов или больше –

о том, что астму у ребенка удастся эффективно контролировать.

Руководство GINA пересмотра 2009 г. рекомендует дозировать ИГКС независимо от возраста ребенка, исходя из уровня контроля (низкие, средние и высокие дозы). Остается открытым вопрос, приемлемо ли это для практики. Тем не менее ИГКС остаются самыми актуальными средствами базисной терапии БА в педиатрии.

Важно не забывать правила назначения  $\beta_2$ -агонистов длительного действия. Они применяются исключительно в комбинации с ИГКС, поэтому препаратами выбора являются фиксированные комбинации ИГКС и  $\beta_2$ -агонистов. Применение  $\beta_2$ -агонистов длительного действия даже в комбинации с ИГКС не должно быть длительным, недопустимо их использование во время обострений БА. Следуя этим принципам, можно предотвратить побочные эффекты базисной терапии.

Антилейкотриеновые препараты выглядят привлекательно, если подходить к лечению астмы как системного заболевания, которому часто сопутствует аллергический ринит.

Трудно согласиться с тем, что кромоны при БА оказывают эффект, равный плацебо. Кромоны продемонстрировали эффективность в лечении аллергического ринита, а исследование ARIA показало, что между БА и аллергическим ринитом много общего.

Важнейший аспект лечения БА у детей – налаживание эффективного сотрудничества с пациентом и родителями. Практический опыт показывает, что около 1/3 пациентов не принимают прописанных лекарств, 1/3 самостоятельно изменяют назначения врача и только 1/3 в точности выполняют врачебные назначения. Дело в том, что врач понимает лечение астмы с позиций устранения хронического воспаления, а с точки зрения пациента наибольшей проблемой представляются приступы бронхообструкции, следовательно, для него главными лекарствами являются бронхолитики. Улучшить приверженность к терапии помогают простой режим дозирования препаратов базисной терапии, сочетание приема лекарств с привычными бытовыми действиями, спокойствие родителей и психологический комфорт. Ребенок и родители должны поверить в то, что врач убежден в успехе терапии при условии четкого выполнения его рекомендаций.

В заключение несколько слов о протоколах и стандартах. Хорошо это или плохо? Скорее всего, хорошо, ведь этим путем идет весь мир. Стандарты нужны в первую очередь молодым врачам. Однако их следует воспринимать не как догму, а как рекомендацию, которые не противоречат одному из основополагающих принципов медицины: лечить не болезнь, а больного.

С докладами по отдельным аспектам диагностики и лечения заболеваний органов дыхания у детей выступили и другие авторитетные специалисты. В обсуждении протоколов оказания медицинской помощи детям с патологией органов дыхания и новой классификации пневмонии у детей приняла участие профессор Е.Н. Охотникова (НМАПО им. П.Л. Шупика) Тему БА у детей продолжила профессор С.Н. Недельская (Запорожский государственный медицинский университет). Профессор Л.Р. Шостакович-Корещкая (Днепропетровская государственная медицинская академия) осветила проблему антибиотикорезистентности при респираторной патологии. Профессор Л.С. Овчаренко (Запорожская медицинская академия последипломного образования) рассмотрел особенности патогенеза рекуррентных форм острого бронхита у детей. Главный внештатный анестезиолог МЗ Украины, профессор М.А. Георгиянц (Харьковская медицинская академия последипломного образования) изложил принципы интенсивной терапии при тяжелой пневмонии у детей.

Надеемся, что актуальная информация из уст главных специалистов страны поможет практикующим врачам лучше ориентироваться в последних тенденциях детской пульмонологии.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**



**С.П. Кривоустов, д.м.н., профессор, кафедра педиатрии и медицинской генетики № 2, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев**

## Насморк у детей

**Насморк, или ринит (rhinitis; от греч. rhis, rhinos – нос), – воспаление слизистой оболочки носа, одно из самых частых заболеваний дыхательных путей. Традиционно принято классифицировать ринит на острый (инфекционный специфический и неспецифический, аллергический сезонный), хронический (инфекционный, аллергический круглогодичный), вазомоторный, травматический, гипертрофический, атрофический. В настоящее время выделяют инфекционный, аллергический и NANIPER (Non-Allergic, Non-Infectious Persistent Rhinitis) – неаллергический, неинфекционный ринит.**

В педиатрической практике врач наиболее часто сталкивается с острым инфекционным ринитом. В его этиологии у детей доминируют Rhinovirus, также возможны Coronavirus, RS-virus, Human metapneumovirus, Influenza virus, Parainfluenza virus, Adenovirus, Enterovirus, Bocavirus и др. Риновирусы, среди которых насчитывают свыше 100 серотипов, могут вызывать более 80% случаев острого ринита. Переохлаждение – один из частых предрасполагающих факторов для активации условно-патогенной микрофлоры в полости носа, носоглотке, восприимчивость к которой зависит от закаленности организма в отношении воздействия низких и контрастных температур.

Острым насморком обычно начинаются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). Классические симптомы ринита – назальная обструкция, ринорея, чихание; характерно внезапное начало и двустороннее выделение клинических симптомов. Выделяют три стадии острого ринита: сухую стадию раздражения, стадию серозных выделений и стадию слизисто-гнойных выделений (А.И. Крюков, И.И. Архангельская и соавт., 2001).

I – сухая стадия раздражения слизистой оболочки. В этой стадии больной отмечает ощущение жжения, щекотания и царапания в носовой полости. Риноскопически определяется гиперемия слизистой оболочки, выделений нет, носовые ходы сужены, дыхание через нос затруднено.

II – стадия серозных выделений. В этот период появляется обильное количество серозно-слизистого секрета за счет жидкости, пропотевающей из сосудов, и усиления функции бокаловидных клеток и слизистых желез. Риноскопически определяется гиперемия слизистой оболочки, выражен отек носовых раковин (за счет вазодилатации, отека стромы, переполнения венозной кровью пещеристых сплетений), который суживает просвет общего носового хода, а иногда полностью его обтурирует, что ведет к нарушению носового дыхания. Характерно слезотечение за счет раздражения чувствительных рефлексогенных зон слизистой оболочки полости носа, чихание. Отек слизистой оболочки полости носа приводит к нарушению дренажа придаточных пазух носа и среднего уха, что создает благоприятные условия для активизации условно-патогенной флоры и способствует развитию бактериальных осложнений.

III – стадия слизисто-гнойных выделений. В этот период изменяется характер отделяемого из полости носа, а именно: отделяемое становится мутным, затем желтоватым и зеленоватым. Это обусловлено наличием в нем лейкоцитов, эпителиальных клеток и муцина. Риноскопически определяются уменьшение гиперемии слизистой оболочки

полости носа, отек носовых раковин (особенно нижних); слизисто-гнойные выделения с каждым днем уменьшаются и исчезают полностью. Морфологические изменения при остром рините проявляются десквамацией эпителиальных клеток, ультраструктурными изменениями поверхности реснитчатых клеток и самих ресничек, что приводит к нарушению функции мукоцилиарной транспортной системы.

Обычно ОРВИ длится около 7 дней, примерно у 10% детей – до 2 нед (R.V. Turner, G.F. Hayden, 2007).

Общеизвестно, что полость носа, согревая, увлажняя и фильтруя вдыхаемый воздух, выполняет защитную функцию, а состояния, вызывающие назальную обструкцию, могут быть пусковым фактором развития патологии нижних дыхательных путей. При этом следует помнить, что носовые ходы у детей в первые годы жизни узкие и даже небольшой отек слизистой оболочки ведет к затрудненному носовому дыханию, нарушению сосания, сна, общему беспокойству. Особого внимания требует острый ринит у новорожденных и грудных детей, у которых снижена способность дышать ртом. В целом у детей чаще, чем у взрослых, воспалительный процесс распространяется на носоглотку, слуховую трубу, гортань, трахею, бронхи, легкие.

Лечение острого насморка, как правило, симптоматическое, рекомендуется домашний режим, обильное теплое питье. Очень важно объяснить родителям и ребенку, как правильно сморкаться: без усилий освобождать каждую половину носа, поочередно прижимая крыло носа к перегородке. По показаниям детям назначают жаропонижающие лекарственные средства (парацетамол или ибупрофен).

Специфическая противовирусная терапия риновирусной инфекции в настоящее время не разработана. Рибавирин, применяемый в терапии RS-инфекции, при рините назначать не рекомендуют. При гриппе обсуждается назначение средств амантадинового ряда (амантадин, ремантадин) и ингибиторов нейраминидазы (озельтамивир, занамивир). Широкое применение находит человеческий рекомбинантный интерферон альфа 2b для интраназального введения, особенно в первые часы заболевания.

Чрезвычайно важен уход за слизистой оболочкой полости носа. Необходимо помнить, что важная особенность слизистой – ее увлажненная поверхность; благодаря этому активно работают механизмы «смывания» – перемещение слизи способствует удалению микроорганизмов, при этом у детей для увлажнения слизистой широко используют 0,65% раствор хлорида натрия или раствор морской соли. Хорошо изучена роль слизистой оболочки дыхательных путей в иммунологической защите.



С.П. Кривоустов

В лечении детей с простудой, острым насморком антибиотики не показаны. Их следует назначать только при развитии бактериальных осложнений. В 7 рандомизированных контролируемых исследованиях сравнивалась эффективность антибиотиков и плацебо при острых респираторных заболеваниях у детей и взрослых; показано, что применение антибиотиков не влияло на продолжительность заболевания или периода нетрудоспособности (V. Snow, C. Mottur-Pilson, R. Gonzalesw, 2001).

Осложнениями ОРВИ, острого ринита являются острый средний отит (у 5-30% детей), острый бактериальный синусит (у 0,502% взрослых и 5-13% детей), возможно также обострение бронхиальной астмы у соответствующей категории пациентов (R.V. Turner, G.F. Hayden, 2007). Однако на сегодняшний день нет доказательств того, что симптоматическое лечение ОРВИ может предотвратить острый средний отит или острый бактериальный синусит.

Если проявления ринита не улучшаются, через 10-14 дней врач должен исключить синусит. Педиатру нужно помнить, что важными проявлениями гнойного синусита являются общие симптомы интоксикации, температурная реакция, затрудненное носовое дыхание, гнойная ринорея, локальный болевой синдром. Может иметь место головная боль, боль либо чувство давления в области лица, чаще в лобной области или в зоне проекции верхнечелюстной пазухи, зубная боль, густое отделяемое из полости носа, кашель, усиливающийся при пробуждении после сна, нарушение восприятия запахов.

Профилактика острого инфекционного ринита включает общее укрепление организма, рациональное питание, закаливание. Химиопрофилактика и иммунопрофилактика для предупреждения простуды обычно не применяются; известна возможность иммунизации против гриппа; витамин С и эхинацея не доказали своей эффективности в профилактике простуды (R.V. Turner, G.F. Hayden, 2007).

Следует помнить, что острые респираторные вирусные инфекции и грипп – высококонтагиозные заболевания, передающиеся воздушно-капельным и контактным путем, поэтому ребенку необходимо избегать контакта с больными людьми. Ухаживающий персонал должен использовать маски для лица с целью предупреждения контактов «рука/глаз», «рука/нос»; особенно важным является мытье рук.

#### Література

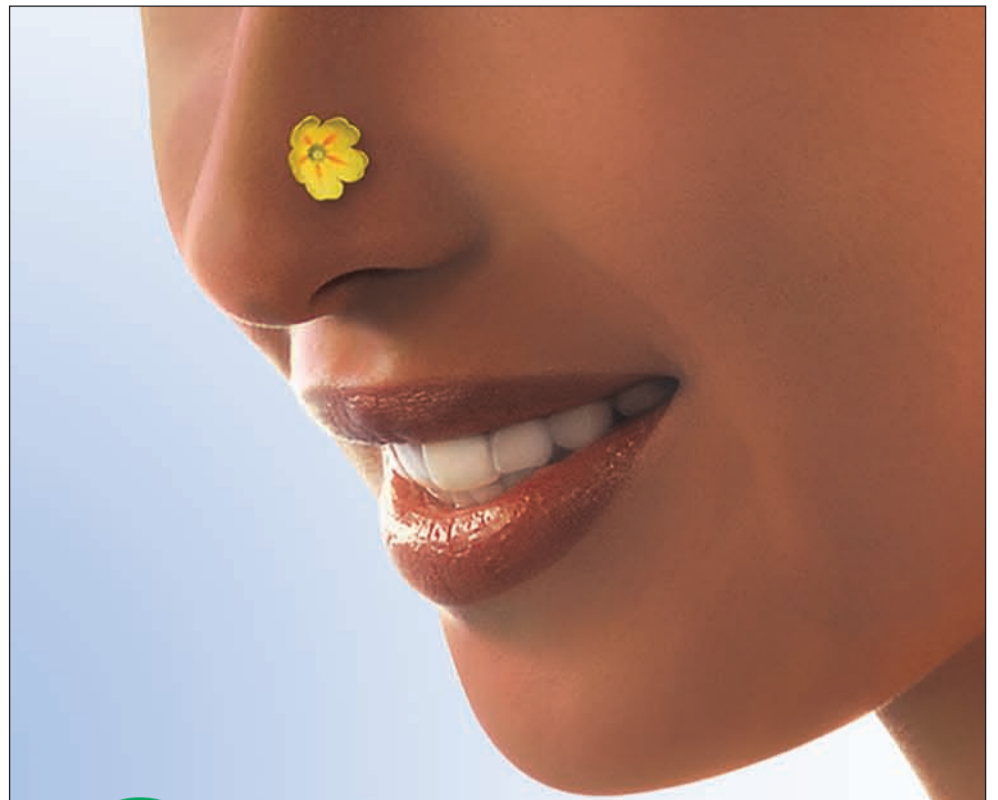
1. Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Манолова Е.П., Єршова І.Б. Лікарські рослини в лікуванні і профілактиці захворювань у дітей. – Луганськ, 2003.
2. Корж А.Н. Исследование клинической эффективности и безопасности препарата Синупрет в лечении острого риносинусита // Здоровье Украины. – 2006. – № 20.
3. Кривоустов С.П. Острые риниты у детей // Дитячий лікар. – 2009. – № 1 (1).
4. Митин Ю.В., Криничко Л.Р., Островская О.А. Современная фармакотерапия простудных заболеваний и их самых частых осложнений // Здоровье Украины. – 2006. – № 8.
5. Радциг Е.Ю. Риниты у детей: классификация, диагностика и принципы лечения // Трудный пациент. – 2006. – № 10.
6. Jones N.S. Current concepts in management of paediatric rhinosinusitis // J Laringol Otol. 1999. – 113. – 1-9.
7. Marz R.W., Ismail C., Popp M.A. Action profile and efficacy of a herbal combination preparation for the treatment of sinusitis // Wien. Med. Wochenschrift. – 1999. – V.149.
8. Nelson Textbook of Pediatrics. Robert M. Kliegman, Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Bonita F. Stanton, 18th edition. – Saunders, 2007.

Широко применяются назальные деконгестанты – препараты, вызывающие вазоконстрикцию сосудов слизистых носа. Их классифицируют на системные и местные. К пероральным деконгестантам относятся псевдоэфедрин, фенилпропаноламин, фенилэфрин. К местным интраназальным деконгестантам, в частности, относятся оксиметазолин и ксилометазолин. Благодаря их использованию уменьшаются гиперемия и отек слизистой, снижается уровень назальной секреции, восстанавливается отток слизи из параназальных синусов, что приводит к нормализации в них давления, а уменьшение отека слизистой в области глоточного устья слуховой трубы способствует адекватной аэрации среднего уха. Однако использование этих препаратов должно быть ограничено во времени – их следует применять не более 5-7 дней.

Антихолинергические препараты рекомендованы во многих зарубежных руководствах (R.V. Turner, G.F. Hayden, 2007 и др.). Известен ипратропия бромид, который, блокируя мускариновые рецепторы желез слизистой оболочки, уменьшает количество водянистого секрета, усиленно продуцируемого в полости носа.

В педиатрической практике широко используют препарат Синупрет, в состав которого входят растительные компоненты (корень генцианы, цветки первоцвета, трава шавеля, цветки бузины, трава вербены), которые оказывают комплексное действие, проявляющееся секретолитическим, противовоспалительным, иммуностимулирующим, противовирусным и антибактериальными эффектами. Синупрет регулирует секрецию и нормализует вязкость слизи, устраняет мукостаз, облегчает отхождение слизи и мокроты, уменьшает отечность тканей, восстанавливает дренаж и вентиляцию околоносовых пазух, устраняет заложенность носа, нормализует защитную функцию эпителия дыхательных путей.

В исследовании В. Glatthae и соавт. на клетках-мишенях было показано, что экстракт травы вербены, входящей в состав Синупрета, в разведении 1:50 на 58% ингибирует вирус парагриппа I типа, на 62% – вирус гриппа (тип А), на 80% – респираторно-синцитиальный вирус. Хорошо изучена иммунофармакология данного препарата: доказана стимуляция неспецифической защиты организма – увеличение количества фагоцитов, активности нейтрофильных гранулоцитов и тканевых макрофагов, различных популяций лимфоцитов, стимуляция противовирусного иммунитета, в частности увеличение продукции  $\alpha$ - и  $\gamma$ -интерферонов (Н. Ito et al., 1982; U. Schwenk, 1997).



# Синупрет®

## Лікує нежить та синусит

- Знімає запалення слизової оболонки носа
- Розріджує густий слиз і сприяє його виведенню
- Прискорює одужання та захищає від ускладнень



## Синупрет® - і нежитю немає!

Краплі для перорального застосування: реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/4373/02/01 від 13.04.06 року. Драже: реєстраційне посвідчення МОЗ України UA/4373/01/01 від 13.04.06 року. Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Виробник: Біонорика АГ (Німеччина). Реклама лікарського засобу. \* VIP (Verkaufindex in der Pharmaindustrie), 2004, Бізнес-кредит 2008.

ТОВ "БІОНОРИКА"  
02094, м. Київ, вул. Мініна, 9. Офісний поверх, окремий вхід  
тел.: 8 (044) 296-22-03 (04:05) факс: +38 (044) 451-83-09  
e-mail: office@bionorica.com.ua

**BIONORICA**  
The phytonengineering company