

Комплексная терапия острых респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста на педиатрическом участке

Т. Н. Ёлкина¹, доктор медицинских наук, профессор

Н. И. Пирожкова, кандидат медицинских наук

О. А. Грибанова, кандидат медицинских наук

М. Г. Лиханова, кандидат медицинских наук

ГБОУ ВПО НГМУ МЗ РФ, Новосибирск

Резюме. Результаты исследований показывают, что комплексная терапия острых респираторных заболеваний средней степени тяжести и ринофарингита с применением противовирусного и иммуномодулирующего препарата у детей в возрасте 3–6 лет приводит к сокращению основных клинических проявлений заболевания и безопасно для пациентов.

Ключевые слова: дети, острые респираторные заболевания, ринофарингит, лечение, клиническая эффективность, безопасность.

Abstract. Research results shows that using anti-viral and immunomodulatory medication in combined therapy of acute respiratory infections of moderate severity and nasopharyngitis for children aged 3–6 years reduces clinical manifestations of the disease and is safe for patients.

Keywords: children, acute respiratory infections, nasopharyngitis, treatment, clinical efficacy, safety.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) сохраняют ведущие позиции в структуре инфекционной патологии во всех возрастных группах и, вследствие широкой распространенности, представляют серьезную проблему здравоохранения [1–3]. В Российской Федерации, по данным государственной статистической отчетности, ежегодно регистрируется от 18 до 33 миллионов случаев респираторных заболеваний. Это самые частые инфекционные заболевания в детском возрасте, они являются причиной 90% обращений за амбулаторной педиатрической помощью в осенне-зимний период [4, 5]. При этом в последние годы установлено четкое повышение заболеваемости детей ОРЗ (рис. 1). По этой причине вполне закономерно то особое внимание, которое в нашей стране уделяется вопросам профилактики и лечения острых респираторных инфекций у этой категории пациентов [6].

Основными возбудителями ОРЗ являются различные респираторные вирусы, на долю которых приходится до 65–95% острых инфекций дыхательных путей. Причиной могут стать вирусы — гриппа, парагриппа, риновирусы, аденовирусы, респираторно-синтициальный вирус (РСВ),

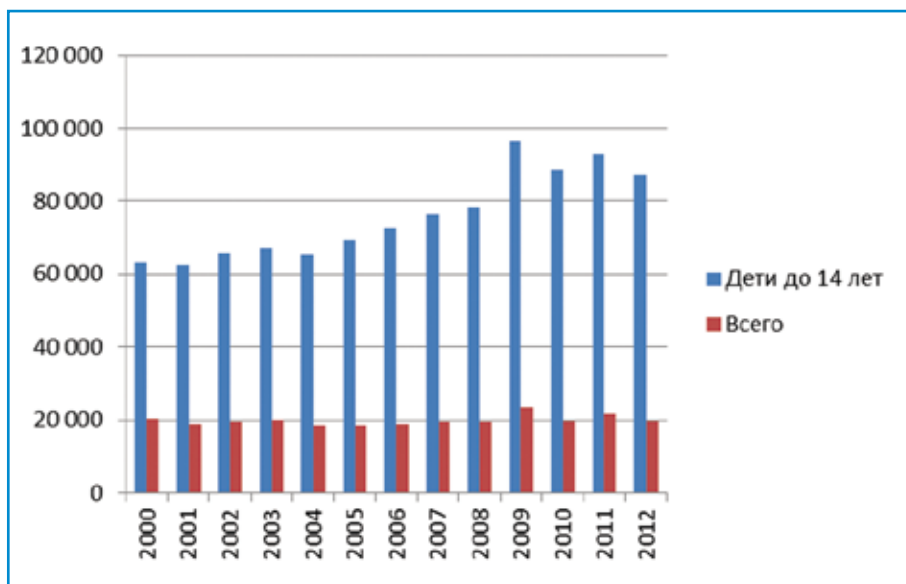


Рис. 1. Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в РФ (на 100 000 населения)

метапневмовирус, бокавирус, реовирусы, коронавирусы и другие. Это этиологически разнородная группа заболеваний, но они имеют сходные эпидемиологические, патогенетические и клинические характеристики. Входными воротами для большинства возбудителей является слизистая оболочка верхних дыхательных путей, где и локализуется воспаление при

данном заболевании. Именно в ней чаще всего разворачивается первичный воспалительный ответ, и формируются предпосылки для дальнейшего распространения патологического процесса [1, 3, 4].

Ведущая роль в противоинфекционной защите принадлежит системе интерферонов. Она является обязательным компонентом иммунного ответа на инфекцию и во многом

¹ Контактная информация: julliia@mail.ru

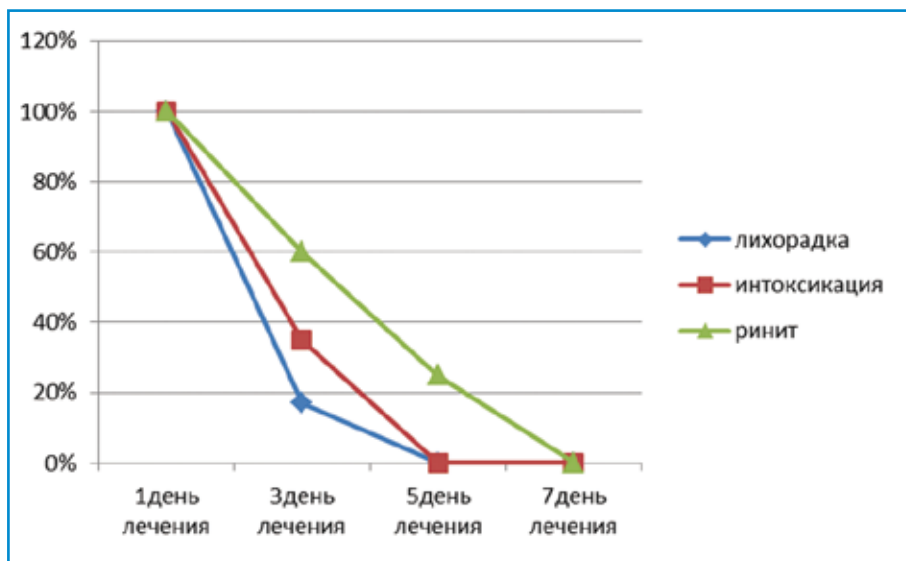


Рис. 2. Динамика клинических симптомов (лихорадка, интоксикация, ринит)

определяет характер течения заболевания и его исход. Выработка интерферонов (ИФН) начинается сразу после проникновения вируса в организм клетками, расположенными во входных воротах инфекции. Но даже если инфекция ограничится входными воротами, определенное количество клеток погибает, а именно те клетки, которые первыми вступили в контакт с вирусом. Образованный этими клетками ИФН не обеспечивает резистентность самих клеток — продуцентов, но, в то же время, окружающие клетки под его влиянием приобретают резистентность к вирусу уже через 15 минут после проникновения возбудителя. Конечный результат воздействия ИФН на вирус в воротах инфекции в значительной мере зависит от интерферогенной активности и чувствительности к нему возбудителя, типа инфицированных клеток, скорости репликации вируса, а также от его способности подавлять процессы синтеза ИФН в клетках [7]. В случаях массивного заражения, при сниженной сопротивляемости организма, неблагоприятной экологической обстановке, стрессах развитие заболевания сопровождается подавлением системы ИФН, чем обеспечивается высокая эффективность трансляции вирусной РНК.

Дети младшего возраста в среднем болеют ОРЗ 6–8 раз в год, а 10–15% из них — не менее 12 раз в год, такая высокая восприимчивость к возбудителям ОРЗ обусловлена отсутствием иммунологической памяти от предыдущих контактов с патогенами. Из-за незрелости иммунитета не происходит адекватного восстановления функциональных характеристик иммунной системы при повторном инфицировании, при этом выраженная недостаточность системы ИФН определяет тяжесть и продолжительность течения заболевания [8]. Изучение роли

иммунной системы как в защитных реакциях против возбудителей болезней, так и в поддержании патологического процесса создало предпосылки для использования иммунокоррекции в терапии инфекционных заболеваний.

Одной из главных проблем лечения острых респираторных инфекций у детей является поиск оптимально эффективных и безопасных средств этиотропной, иммуномодулирующей терапии, комплаентной для ребенка. К сожалению, выбор средств, применяемых в педиатрической практике, ограничен [3]. Это связано с тем, что их эффекты у детей изучены недостаточно и имеются возрастные ограничения. Поэтому рациональный подход к этиотропной терапии респираторных инфекций является особенно актуальным. Этиотропные препараты должны сочетать

в себе свойства ингибитора вирусной репродукции и эффективного стимулятора иммунной защиты с целью устранения инертности специфического противовирусного иммунитета у детей. В этом плане ИФН и индукторы ИФН являются наиболее перспективными. Образование эндогенного ИФН является более физиологичным процессом, чем постоянное введение больших доз рекомбинантных ИФН, который к тому же быстро выводится из организма и блокирует, по принципу отрицательной обратной связи, синтез аутологических ИФН. Индукторы ИФН, в отличие от экзогенных препаратов рекомбинантных ИФН, не приводят к образованию в организме пациента антител к ИФН, сами большей частью низкоаллергенны. Они вызывают продукцию эндогенного ИФН в дозах, достаточных для достижения терапевтического и профилактического эффектов и обладают не только антивирусным, но и иммунокорректирующим эффектом [9].

В 2011 г. нами был проведен анализ 100 амбулаторных карт пациентов дошкольного возраста (средний возраст 3,8 года) города Новосибирска с легким течением ОРЗ. Количество лекарственных средств, использованных на одного ребенка, в среднем составило 6,3 (от 3 до 11) наименований. Зарегистрировано использование противовирусных средств у 47% детей, в 16,9% случаев из них — в комбинации с индукторами ИФН и даже с ИФН. Индукторы ИФН назначались 35% пациентов, 30% детей получали ИФН [3]. Надо считать своевременным утверждение стандарта первичной медико-санитарной помощи детям с ОРЗ легкой степени тяжести в 2012 г., на основании которого пациентам с легким вариантом течения ОРЗ терапия ИФН не рекомендуется, противовирусные препараты могут применяться в 10% случаев.

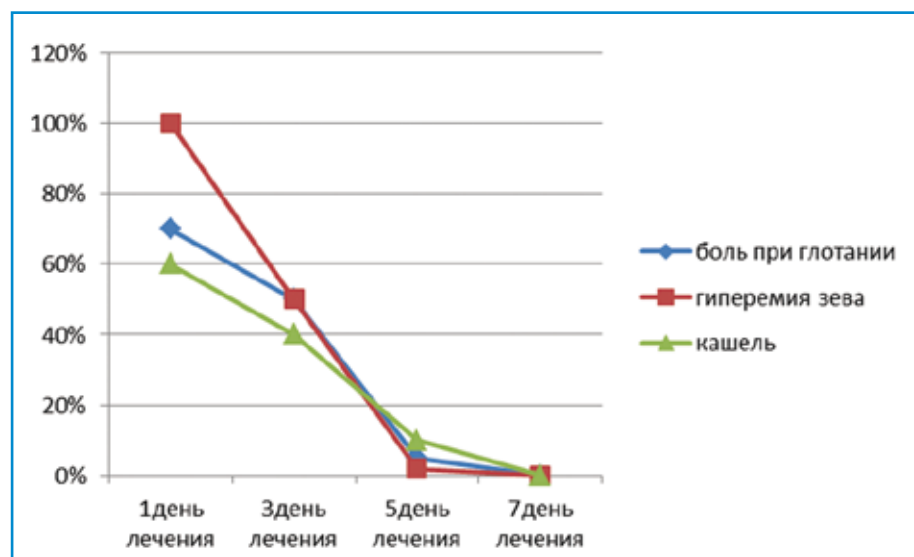


Рис. 3. Динамика клинических симптомов (фарингит, кашель)

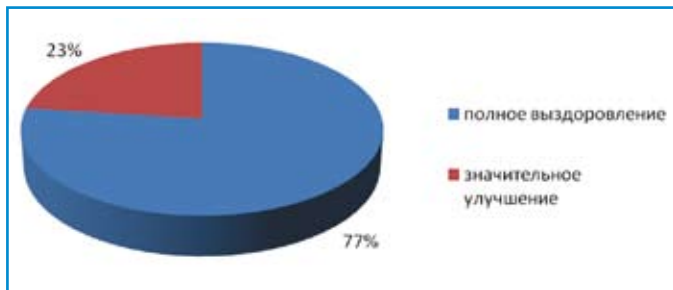


Рис. 4. Оценка родителями эффективности препарата Кагоцел®

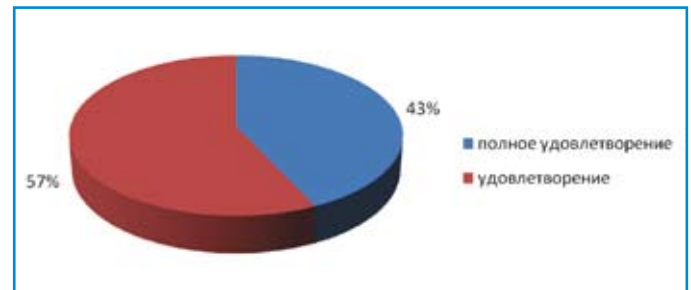


Рис. 5. Оценка родителями удовлетворенности результатами лечения препаратом Кагоцел®

Только индукторы ИФН могут применяться у 80% пациентов, так как они не только эффективно подавляют возбудителей широкого спектра, но и стимулируют иммунную защиту организма [10]. Таким образом, утверждение стандартов оказания медицинской помощи детям при ОРЗ позволяет правильно назначать терапию и проводить экспертизу оказания медицинской помощи.

Отечественный препарат Кагоцел® хорошо зарекомендовал себя в экспериментальных и клинических исследованиях у взрослых и детей при лечении и профилактике гриппа и других респираторных инфекций. Он представляет собой гетероцепный полимер на основе целлюлозы, из растительного сырья (хлопчатника), полученный путем химического синтеза. Кагоцел® индуцирует образование в организме человека позднего α - и β -ИФН, обладает не только антивирусным, но и иммунокорректирующим эффектом, что позволяет отнести его к новому поколению препаратов универсально широкого спектра действия. В кровотоке циркулирует ИФН I типа (α и β), обладающий высокой противовирусной активностью. ИФН продуцируется практически во всех популяциях клеток, принимающих участие в противовирусном ответе организма: Т- и В-лимфоцитах, макрофагах, гранулоцитах, фибробластах, эндотелиальных клетках. При приеме внутрь одной дозы препарата Кагоцел® титр ИФН в сыворотке крови достигает максимальных значений через 48 часов. Интерфероновый ответ при применении препарата Кагоцел® характеризуется продолжительной (до 4–5 суток) циркуляцией ИФН в кровотоке, что отличает его от других индукторов ИФН (циклоферон — 24 часа, амиксин — 48 часов) и делает привлекательным для использования в целях профилактики и лечения ОРЗ. Прием препарата Кагоцел® эффективен до 4-го дня от появления первых симптомов заболевания, что позволяет успешно назначать препарат даже при запоздалом лечении острой респираторной инфекции. Препарат при назначении в терапевтических дозах не токсичен, не накапливается в организме [8, 11, 12].

Кагоцел® способен подавлять репродукцию вируса простого герпеса 1-го и 2-го типов в куль-

туре клеток, включая штаммы, резистентные к ацикловиру, фосфонуксусной кислоте и с двойной резистентностью. Выявление прямой антигерпетической активности, а также активности в отношении резистентных к антигерпетическим препаратам штаммов вируса простого герпеса расширяет перспективы клинического применения препарата Кагоцел®, в частности для комбинированной терапии [13] герпесвирусной инфекции.

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности применения препарата Кагоцел® у детей дошкольного возраста в терапии респираторных инфекций на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования

Работа проводилась в МБУЗ ГП № 2 г. Новосибирска в феврале — апреле 2012 г.

Критерии включения пациентов в исследование:

- пациенты с ОРЗ, ринофарингитом, средней степени тяжести;
- первые 24–36 часов респираторной инфекции;
- возраст пациентов — от 3 до 6 лет.

Критерии исключения:

- дети до 3 лет;
- непереносимость лактозы, дефицит лактазы, глюкозогалактозная мальабсорбция;
- дети, страдающие хроническими почечными, эндокринными, гематологическими, иммунными, неврологическими, психиатрическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями/состояниями, которые, по мнению врача, могут повлиять на результаты исследования;
- дети, получавшие в течение четырех недель, предшествующих дню исследования, ИФН и индукторы ИФН.

В комплексной терапии острой респираторной инфекции в качестве этиотропного средства был рекомендован препарат Кагоцел® (изменения в инструкции № 3 от 15.11.2011 г., разрешающие прием с трех лет) по схеме: первые 2 дня по 1 таблетке 2 раза в день, затем 2 дня по 1 таблетке 1 раз в день. Общий курс 4 дня.

На каждого пациента заполнялась специально разработанная анкета с регистрацией

динамики состояния ребенка и клинических симптомов респираторного заболевания, объема проводимой терапии в 1-й, 3-й, 5-й и 7-й дни заболевания.

Оценка эффективности лечения препаратом Кагоцел® осуществлялась врачами и родителями больных детей по интегральной шкале IMOS (Integrative Medicine Outcome Scale). Удовлетворенность результатами лечения с применением данного противовирусного препарата родители пациентов оценивали по интегральной шкале IMPSS (Integrative Medicine Patient Satisfaction Scale).

Родители подписывали информированное согласие об участии ребенка в данном исследовании. Исследование одобрено Комитетом по этике Новосибирского государственного медицинского университета (протокол № 41 от 16.02.2012).

Результаты исследования

В исследовании участвовали 30 детей (средний возраст 3,4 года) с острым ринофарингитом средней степени тяжести, среди них 50% мальчиков и 50% девочек. Детские дошкольные учреждения посещали 67% пациентов. Аллергологический анамнез был отягощен у каждого третьего ребенка (33%), атопический дерматит зафиксирован у 30% детей, сочетание кожных и назальных аллергических проявлений отмечалось у 3% дошкольников.

Анализ анамнестических данных о характере предыдущих респираторных инфекций показал, что в среднем частота ОРЗ составляла 5,4 раза в год, средняя продолжительность 7,5 дня, практически у всех (90%) в легкой форме. Предсезонная вакцинация против гриппа выполнена у 20% детей.

Повышение температуры тела зафиксировано в начале заболевания у всех обратившихся. 12 (40%) детей в первые 3 дня болезни получали антипиретики. К 3-му дню терапии подъемы температуры до 38 °С отмечались у 5 пациентов (17%). Оценка динамики интоксикационного синдрома включала наличие или отсутствие слабости, недомогания, снижения повседневной активности и аппетита ребенка. На 3-й день лечения умеренно выраженные симптомы сохраня-

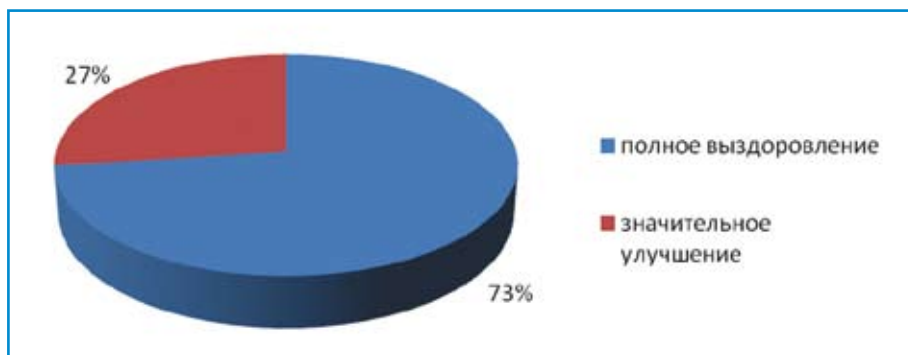


Рис. 6. Оценка врачом эффективности использования препарата Кагоцел®

лись у 37% обратившихся за медицинской помощью. На 5-е сутки ни у одного ребенка не было зарегистрировано лихорадки и интоксикационного синдрома.

Жалобы на умеренные и сильные выделения из носа при первичном осмотре предъявляли практически все больные. В динамике назальные симптомы на 3-й день сохранялись у 63%, к 5-му дню лечения только четвертая часть пациентов предъявляла характерные жалобы, а через неделю от начала лечения ринорея отсутствовала у всех (рис. 2).

Симптоматика фарингита в начале исследования также отмечалась у 100% заболевших. На 3-и сутки лечения жалобы на умеренные боли при глотании и гиперемия зева при объективном осмотре были у половины детей. К 5-му дню лечения вышеуказанные симптомы регрессировали у подавляющего числа пациентов.

На момент начала наблюдения умеренный и сильный кашель был у 57%. У остальных отсутствовал и/или был незначительный. Отчетливая положительная динамика отмечалась к 5-му дню лечения: всего у трех человек (10%) сохранялся умеренный продуктивный кашель.

Объем медикаментозной терапии соответствовал стандартам ведения больных ОРЗ на амбулаторно-поликлиническом этапе: этиотропное (Кагоцел®) и симптоматическое лечение. Необходимость в назначении системных антибиотиков возникла в 3 случаях (10%). Поводом для назначения послужили сохраняющаяся к 3-му дню лечения лихорадка до 38,5 °С и сильный малопродуктивный кашель. Согласно данным анамнеза, у 70% детей есть указание на применение системных антибиотиков при острой респираторной инфекции.

Через неделю от начала лечения полное исчезновение клинических симптомов констатировано у 74% больных, у остальных сохранялись незначительные проявления катарального синдрома в виде заложенности носа. Случаев отказа от применения данного лекарственного средства, а также нарушений режима терапии не зафиксировано. Подавляющее большинство родителей отме-

чали полное выздоровление (77%) или значительное улучшение в состоянии детей (23%), а также хорошую переносимость данного препарата и удовлетворение результатами лечения (рис. 4, 5). Положительные отзывы получены и со стороны врачей: 73% участковых педиатров оценили результаты терапии как полное выздоровление и треть (27%) — как значительное улучшение (рис. 6).

Заключение

В результате проведенных исследований установлено, что использование препарата Кагоцел® в терапии респираторных инфекций средней степени тяжести у детей 3–6 лет приводит к сокращению клинических проявлений заболевания до 5,5 дней.

Применение препарата Кагоцел® таблетки 12 мг у детей в возрасте 3–6 лет с ОРЗ является безопасным. Не зарегистрировано каких-либо побочных явлений, аллергических реакций и иных симптомов непереносимости.

Кагоцел® рекомендуется детям в возрасте от 3 до 6 лет для лечения респираторных инфекций средней степени тяжести на догоспитальном этапе по схеме: первые 2 дня по 1 таблетке 2 раза в день, затем 2 дня по 1 таблетке 1 раз в день. Общий курс 4 дня (6 таблеток).

Выводы

1. Препарат Кагоцел® — эффективное средство для лечения ОРЗ средней степени тяжести у детей в возрасте с 3 до 6 лет на догоспитальном этапе. Он оказывает выраженный терапевтический эффект, сокращая продолжительность основных клинических проявлений респираторной инфекции средней степени тяжести у большинства пациентов до 5,5 дня.
2. Препарат Кагоцел®, примененный для лечения ОРЗ у детей в возрасте 3–6 лет, не оказывал побочного отрицательного воздействия на организм больного. Препарат хорошо переносится, токсических и аллергических реакций не зарегистрировано.

3. Препарат Кагоцел® может быть рекомендован для использования в амбулаторной практике для лечения ОРЗ средней степени тяжести у детей с 3-летнего возраста. ■

Литература

1. Геппе Н. А., Озерская И. В., Малявина У. С. Цилиарный эпителий при инфекциях у детей. Влияние лекарственных препаратов // РМЖ. 2012, № 24, с. 1222–1228.
2. Елкина Т. Н., Кондюрина Е. Г., Грибанова О. А. с соавт. Симптоматическое лечение острых респираторных заболеваний на педиатрическом участке. Учебное пособие. Новосибирск, 2010. С. 72.
3. Кондюрина Е. Г., Елкина Т. Н., Грибанова О. А. с соавт. Этиотропная терапия респираторных инфекций на педиатрическом участке. Учебное пособие. Новосибирск, 2012. С. 88.
4. Самсыгина Г. А. Современное лечение острых респираторных заболеваний у детей // Педиатрия. 2013, № 3, с. 38–42.
5. Смирнова Г. И. Часто болеющие дети — профилактика и реабилитация. М., 2012. С. 115.
6. Коровина Н. А., Заплатников Л. В. Принципы профилактики и лечения ОРВИ детей // РМЖ. 2009, № 1, с. 31–36.
7. Захарова И. Н. с соавт. Значение системы интерферонов в формировании иммунного ответа у детей с острыми респираторными вирусными инфекциями // Вопросы практической педиатрии. 2009, т. 4, № 5, с. 38–45.
8. Харламова Ф. С. с соавт. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста // Педиатрическая фармакология. 2012, т. 9, № 1, с. 81–88.
9. Кареткина Г. Н. Грипп и ОРВИ: рациональная профилактика и лечение // Поликлиника. 2011, № 7, с. 48–50.
10. Приказ МЗ РФ от 28 декабря 2012 г. № 1654 н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при острых назофарингите, ларингите, трахеите и острых инфекциях верхних дыхательных путей легкой степени тяжести». Зарегистрировано в Минюсте России 13 февраля 2013 г. № 27051.
11. Харламова Ф. С. с соавт. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей // Лечащий Врач. 2011, № 1, с. 13–20.
12. Харламова Ф. С. с соавт. Клиническая эффективность препарата Кагоцел® при гриппе и ОРВИ у детей с 2–6 лет // Детские инфекции. 2010, № 4, с. 1–7.
13. Галегов Г. А. с соавт. Действие препарата Кагоцел на репродукцию вируса герпеса // Вопросы вирусологии. 2002, т. 47, № 4, с. 42–44.

Лечение прибывает вовремя

кагоцел®

противовирусное средство

НАПРАВЛЕНИЕ РЕЙСА	ПРИЛЕТ ПО РАСП.	СТАТУС
Профилактика	17:00	отменен
Головная боль	18:00	прибыл
Ринит	19:30	прибыл
Озноб	19:50	прибыл
Лихорадка	20:00	прибыл
Лечение	20:30	опаздывает



БРЭНД ГОДА/EFFIE 2012

Кагоцел® – современное противовирусное средство для лечения и профилактики простуды и гриппа у детей* и взрослых.

- Начинать лечение препаратом Кагоцел® не поздно вплоть до 4-го дня от начала болезни
- Кагоцел® быстро улучшает самочувствие ребенка: снижает высокую температуру, устраняет озноб, ринит и кашель
- Кагоцел® хорошо переносится детьми, не вызывает развития побочных эффектов
- Кагоцел® способствует снижению заболеваемости ОРВИ и гриппом у часто болеющих детей
- По данным результатов клинических исследований Кагоцел® достоверно укорачивает сроки антибактериальной терапии при лечении осложнений ОРВИ и гриппа у детей

Кагоцел® эффективно защищает от возбудителей ОРВИ и гриппа как в момент профилактического приема препарата, так и в течение последующих 30 дней.

Кагоцел® стал дважды лауреатом самой авторитетной награды в сфере эффективных маркетинговых коммуникаций – **Бренд года/EFFIE** и дважды лауреатом престижной фармацевтической награды «**Платиновая унция**»

*** У детей Кагоцел® применяется с 3 лет**

Подробную информацию Вы можете получить на сайте

www.kagocel.ru

НИАРМЕДИК ПЛЮС

125252, Москва,
ул. Авиаконструктора Микояна, 12
Тел./факс: +7 (495) 741 49 89

Препарат отпускается из аптек без рецепта.
Рег. уд. № P N002027/01 от 19.11.2007 г.