



ка практически во всех случаях. Только в трех случаях поступили жалобы на кожную сыпь, которая самопроизвольно исчезла. Этот побочный эффект мог быть вызван сопутствующей антибиотикотерапией, причинная связь с приемом Имунорикса сомнительна.

Лабораторные анализы не показали никаких патологических изменений в исходных, конечных, средних значениях измеряемых параметров в обеих группах. В заключение можно сказать, что добавление Имунорикса к стандартной терапии для борьбы с РРИ продемонстрировало его эффективность в снижении числа рецидивов и тяжести течения респираторных инфекций. Такое снижение объясняют восстановлением иммунного баланса, которое сохраняется и в течение последующих 60 дней наблюдений. Более того, терапия Имунориксом хорошо переносится пациентами.

Вывод:

Имунорикс может быть весьма полезным средством в терапии рецидивирующих респираторных инфекций у часто болеющих детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bardare M., Cislighi G.U., Zucolli G. Helv. Paed. Acta 2, 173 (1971)
2. Beard L.J., Maxwell G.M., Thong Y.H. Arch. Dis. Child. 56, 101 (1981)
3. Bondestam M., Gunnar V., Foucard T. Acta Paed. Scand. 73, 197 (1984)
4. Chadda H., Brenner M.K., Valman H.B., Webster A.D.B. Lancet II, 1247 (1984)
5. De Martino M., Cosenza Biagioli E., Novembre E., Pisanu C., Moggi C., Vierucci A. Riv. Ital. Ped. 5, 361 (1979)
6. De Martino M., Rossi M.E., Muccioli A.T., Vierucci A. Int. J. Tiss. React. 6, 223 (1984)
7. De Martino M., Vierucci A., Appendino A.C., Bruni A., Cioni M., Cosenza Biagioli E., Graziani E., Pisanu C., Redi Orienti M., Rossi E. Immunol. Ped. 1, 76 (1981)
8. Hakkanson L., Foucard T., Hallgren R., Verde P. Arch. Diss. Child. 55, 776 (1980)
9. Isaacs D., Tyrrel D.A.J., Clarke J.R., Webster A.D.B. Lancet II, 950 (1981)
10. Lepore L., Longo F., Presani G., Panizon F., Riv. Ital. Ped. 10, 138 (1984)
11. Milano C., Di Fazio A., Bellioni P., Stella A., Aiuti F., Businko L. Min. Ped. 32, 641 (1980)
12. Vierucci A., De Martino M., Redi Orienti M., Appendino C. Riv. Ital. Ped. 6, 707 (1980)

УДК: 616. 21–053. 3/. 5–08: 615. 262. 1

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НЕСТЕРОИДНЫХ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ
В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА
М. М. Сергеев, С. Л. Коваленко**

*МУЗ детская поликлиника №1, г. Краснодар
(Главный врач – Засл. врач РФ Л. Л. Чепель)*

Причины боли в горле – весьма частой жалобой пациентов при обращении к врачу, весьма разнообразны. Чаще всего речь идет о бактериальной или вирусной инфекции. Среди инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) 10–15% случаев приходится на острый А-стрептококковый тонзиллит. Более чем у 70% больных причиной болей в горле является вирусная инфекция, наиболее распространены вирусы гриппа, парагриппа, риноаденовирусы и др. [7].

В таблице 1 представлены основные инфекционные факторы, являющиеся ведущими среди причин поражения слизистой оболочки полости рта и глотки [3, 5].

Лечению острой боли умеренной интенсивности у детей, вызванной острым тонзиллитом, фарингитом и даже острым средним отитом, к сожалению, уделяется недостаточно внимания. В ряде случаев врач, назначающий с большей долей ответственности патогенетическую терапию, мало задумывается о сопроводительном лечении, облегчающим состояние больного.

Все препараты, применяющиеся для лечения болевого синдрома в горле, особенно при воспалительных процессах, условно можно подразделить на:



- средства, оказывающие анальгетическое и противовоспалительное действие;
- антимикробные средства;
- препараты с противоотечным действием на слизистую оболочку;
- вспомогательные средства.

Таблица 1

Инфекционные этиологические факторы воспаления слизистой оболочки рта и ВДП

Вирусы	Бактерии	Грибы
Вирус гриппа	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ	<i>Candida albicans</i>
Аденовирусы	β -гемолитический стрептококк группы А	
Вирус парагриппа	МЕНЕЕ ЧАСТЫЕ	
Риновирусы	<i>Haemophilus influenzae</i>	
Энтеровирусы	<i>Maraxella catarrhalis</i>	
Вирус простого герпеса	Пневмококк	
Вирус Эпштейна-Барр	Редкие, но приводящие к тяжелому течению заболевания	
Респираторный синцитиальный вирус	<i>Corinobacterium diphteriae</i> <i>Micobacterium tuberculosis</i>	
Коронавирус	<i>Neisseria gonorrhocac</i>	
Цитомегаловирус	<i>Neisseria meningitidis</i>	

Существует несколько фундаментальных принципов лечения боли:

- верить жалобам ребенка на боль;
- при лечении в первую очередь должна быть предусмотрена этиотропная и патогенетическая терапия;
- рекомендуется раннее начало фармакотерапии острой боли;
- выбор анальгетика должен быть сделан в соответствии с болевым синдромом;
- обезболивающий эффект оценивает пациент, а не врач.

Любое воспаление связано с увеличением продукции простагландинов из-за активации фермента циклооксигеназы (ЦОГ), существующей в двух формах – конституциональной (ЦОГ-1) и индуцированной (ЦОГ-2). Последняя, как известно, контролирует синтез простагландинов. Ингибированием ЦОГ-2 объясняется противовоспалительный эффект препаратов, которые приобретают все большее значение для лечения состояний, сопровождающихся болевым синдромом, возникающим на фоне воспаления. Такие нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) потенциально безопасны, они оказывают незначительное влияние на функции органов пищеварения и почек. Анальгетическая, противовоспалительная и жаропонижающая активность НПВП доказана в многочисленных испытаниях, соответствующих стандартам «доказательной медицины» [1, 6].

При выборе лекарственных средств для детей особенно важно ориентироваться на препараты с наименьшим риском возникновения побочных эффектов. В настоящее время из неопиоидных анальгетиков только парацетамол и ибупрофен отвечают критериям высокой эффективности и безопасности, и официально рекомендуются Всемирной организацией здравоохранения и Национальными программами для широкого использования в детской практике. Оба препарата могут назначаться детям с первых месяцев жизни (с 3-х месячного возраста).

Необходимо отметить, что механизм действия этих препаратов несколько различен. Парацетамол обладает жаропонижающим и анальгезирующим (и очень незначительным противовоспалительным) действием, так как блокирует фермент – циклооксигеназу преимущественно в ЦНС и не обладает периферическим действием.

Для ибупрофена характерно выраженное жаропонижающее, анальгезирующее и противовоспалительное действие. Он блокирует ЦОГ как в ЦНС (центральный механизм), так и в очаге воспаления (периферический механизм). В результате уменьшается фагоцитарная про-



дукция медиаторов острой фазы воспаления, т. е. ибупрофен проявляет двойной болеутоляющий эффект – центральный и периферический.

Для оценки эффективности вышеописанных свойств нами было проведено исследование современного лекарственного препарата Нурофен для Детей (ибупрофен), который является препаратом выбора в детской практике при коротком курсе лечения острой боли умеренной интенсивности. Обследованы 97 детей в возрасте от 3 месяцев до 15 лет, у которых были диагностированы острый тонзиллофарингит (ангина), острые фарингиты, ларингит, средний отит (табл. 2).

Таблица 2

Общая характеристика больных с воспалительной ЛОР-патологией, получавших лечение НПВП

Больные	Диагноз	Наименование препарата	
		Нурофен (n=53)	Стрепфен (n=44)
Пол	мальчики	46	27
	девочки	51	19
Возраст		3–15 лет	25
	Острый фарингит	26	33
	Острый тонзиллофарингит (ангина)	8	11
	Острый средний отит	19	-
	Острый ларингит	5	-

При выборе нурофена для купирования лихорадочного и болевого синдрома у детей мы исходили из следующих критериев:

- необходимо соответствие всем требованиям и стандартам качества;
- эффективность должна быть сопоставима с аналогами или превышать эти аналоги;
- требуется хороший профиль безопасности (метаболиты не должны обладать выраженной фармакологической активностью);
- должны действовать «мягко»;
- быть удобными в применении.

Суспензию «Нурофен для детей» назначали в стандартной разовой дозировке от 5 до 10 мг/кг массы тела 3–4 раза в сутки, что составило от 2,5 до 5 мл суспензии на прием. Длительность применения препарата составила от 1 до 3-х суток.

Фармакокинетика препарата: быстро всасывается в верхних отделах ЖКТ, связывается с белками плазмы в среднем на 90% метаболизируется в печени с образованием фармакологически неактивных веществ, выводится с мочой – 90% и с калом – 10%.

Для определения клинического состояния использовали: оценку болеутоляющего и жаропонижающего действия, длительность обезболивающего действия, продолжительность курса, регистрацию нежелательных явлений.

Оценку болеутоляющего эффекта проводили родители и/или сами больные дети, отмечая этот эффект по 4-х балльной шкале: 0 баллов – без эффекта; 1 балл – незначительное (неудовлетворительное) обезболивание; 2 балла – удовлетворительное; 3 балла – хорошее; 4 балла – полное обезболивание.

После первого приема Нурофена для Детей мы отметили снижение интенсивности боли через 30–60 минут, максимальное действие наблюдали через 1,5–2 часа. Длительность обезболивающего эффекта составила от 4 до 8 часов (в среднем по группе $4,7 \pm 2,5$ часа). Эффект наступил у половины детей, удовлетворительные результаты были отмечены у 29% пациентов, у 16% больных обезболивание не было достигнуто в первые часы после начала терапии.

Через сутки от начала лечения хороший и отличный обезболивающий результат был отмечен у 75% больных, удовлетворительное уменьшение боли зарегистрировано в 25% случаев. К третьим суткам препарат был отменен у 80% детей, которые к этому времени не нуждались в



обезболивающим и жаропонижающим пособием. Максимальная продолжительность курса нурофена в обследуемой группе детей составила 72 часа.

Необходимо отметить, что у всех больных с лихорадочным синдромом препарат оказывал хороший жаропонижающий эффект.

Возможных побочных проявлений (со стороны желудочно-кишечного тракта, органов дыхания или аллергических реакций) мы не наблюдали. Препарат всеми детьми переносился одинаково хорошо.

Чтобы избежать системного эффекта НПВП и добиться длительного контакта со слизистой оболочкой полости рта и глотки, широкое применение получили препараты в виде таблеток для рассасывания, действующих местно, что предполагает снижение дозировки, невозможность резорбтивного действия. Все вышесказанное, безусловно, повышает безопасность фармакотерапии [4]. К таким препаратам относится стрепфен (флурбипрофен 8,75 мг).

Флурбипрофен обладает выраженным противовоспалительным действием и обеспечивает быстрое наступление эффекта. При болях в горле препарат оказывает выраженное анальгетическое действие, а также хорошо сочетается с приемом антибиотиков.

Для стрепфена типична малая токсичность с минимальным риском возникновения побочных эффектов, свойственных НПВП. Однако, пока не получены данные о безопасности его применения у детей, не рекомендуется назначать стрепфен лицам младше 12 лет.

Нами проведено клиническое изучение стрепфена у 44 пациентов с различными острыми воспалительными заболеваниями глотки (табл. 2). Таблетки для рассасывания Стрепфен применялись в течение 3 дней в дозе не более 5 таблеток в день в качестве симптоматического средства совместно с другими лекарственными препаратами.

Болеутоляющий эффект оценивали сами пациенты по уже вышеупомянутой схеме. Лечащий врач фиксировал фарингоскопические изменения.

Уже в первые 2–3 часа после первого приема стрепфена отмечено уменьшение выраженности болей в горле и затруднения при глотании. В дальнейшем положительное снижение этих параметров констатировали каждые 3 часа. Все это положительно сказывалось на комплаентности проводимого лечения.

По окончании 3-х дневного курса приема стрепфена у 38 человек боль в горле исчезла полностью, и только в 6 случаях потребовалось назначение дополнительного лечения. Переносимость стрепфена нами расценена как хорошая.

О безопасности и эффективности флурбипрофена в форме таблетки для рассасывания в отношении слизистой оболочки полости рта свидетельствует тот факт, что он включен в лечебные пасты и жидкости для полоскания рта при заболеваниях десен и при хирургических процедурах в стоматологии [2]. Однако для исключения возможного повреждающего эффекта на слизистую оболочку при использовании таблеток стрепфена мы рекомендовали их постоянно перемещать в полости рта.

Полученные нами результаты совпадают с мнением других авторов, также отмечавших быстрое уменьшение болезненности при глотании и стихание воспалительных проявлений в горле.

Подводя итоги нашего исследования, можно отметить, что такие нестероидные противовоспалительные средства, как Нурофен и Стрепфен эффективны для использования их в детской практике. Нурофен – для устранения боли и лихорадочных состояний различного генеза. Стрепфен – для симптоматического лечения боли в горле у детей старше 12 лет. Оба препарата характеризуются минимальным риском возникновения побочных эффектов при строгом соблюдении режима дозирования и продолжительности применения.

В заключение можно утверждать, что у поликлинического детского врача-оториноларинголога появились эффективные и безопасные препараты направленного действия, что очень важно с учетом количества больных, страдающих воспалительными заболеваниями ЛОР-органов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов О. И. Нестероидные противовоспалительные препараты аспекты безопасности длительного применения. /О. И. Карпов, А. А. Зайцев. // Новые Санкт-Петербургские врачебные новости. – 2001. – №4. – С. 79–82.
2. Battist N. The evaluation of the analgesic and anti-inflammatory effects of flurbiprofen mouth wash and 100 mg tablets in oral medicine /N. Battist// Minerva Stomatol. – 1994. – V. 43. N4. – P. 141–144.
3. Burke P. Sore throat. / P. Burke // Practitioner. – 1993. – V. 237. – P. 854–856.
4. In vitro and in vivo evaluations of the efficacy and safety of skin permeation enhancers using flurbiprofen as a model drug/ J. Y. Fang, T. L. Hwang, e L. Fang, H. C. Chiu// Int. J. Pharm. – 2003. – V. 255. – N1–2. – P. 153–166.
5. Muhrer J. C. Diagnostic considerations in the evaluation and treatment of sore throat. / J. C. Muhrer // Nurse Practitioner. – 1991. N16. – P. 33–45.
6. Nimesulide – the selective COX-2 inhibitor in the treatment of ENT diseases/ M. Arcimovicz, B. Samolinski, T. Gotlib et al. // Otolaryngol. Po. – 2002. – V. 56. – 501–507.
7. Rabinowitz H. K. Upper respiratory tract infections. /H. K. Rabinowitz// Prim. Care, – 1990. – N17. – P. 793–809.

**ДЛЯ ВАС,
МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИ!**

Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи организует очередную, 56-ю, научно-практическую конференцию:

**«Избранные вопросы диагностики
и лечения заболеваний ЛОР-органов»**

29–30 января 2009 года

Редакция журнала «Российская оториноларингология» до **1 ноября 2008 года** принимает для публикации статьи объемом 6–8 страниц машинописного текста, оформленные по правилам редакции. Авторы и соавторы не старше 35 лет.

Статьи направлять Тулкину Валентину Николаевичу
190013, СПб, ул. Бронницкая, д. 9
НИИ ЛОР, Редакция
Тел./факс: (812) 316–29–32
E-mail: nregistr@lornii.ru, tulkin19@mail.ru