

Г.А. Самсыгина

Российский государственный медицинский университет, Москва

Фенспирид при лечении острой респираторной инфекции у детей раннего возраста

СТАТЬЯ ПОСВЯЩЕНА ПРИМЕНЕНИЮ ФЕНСПИРИДА (ЭРЕСПАЛ) ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОРИ) У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. ОБСЛЕДОВАНО 94 РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 3 ЛЕТ ЖИЗНИ, БОЛЬНЫХ ОРИ: ИЗ НИХ 64 ПОЛУЧАЛИ ФЕНСПИРИД, 30 НЕ ПОЛУЧАЛИ ЕГО (КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА). ПРОВЕДЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАЛИ, ЧТО ФЕНСПИРИД СОКРАЩАЕТ ПРОЯВЛЕНИЯ ОРИ, ДАЖЕ ЕСЛИ ОНА ПРОТЕКАЕТ С ЯВЛЕНИЯМИ ПРОСТОГО ИЛИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА. ЭТО ПОЗВОЛЯЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ БОЛЕЕ ШИРОКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФЕНСПИРИДА В ЛЕЧЕНИИ ОРИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 3 ЛЕТ ЖИЗНИ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ФЕНСПИРИД, ДЕТИ ПЕРВЫХ 3 ЛЕТ ЖИЗНИ, ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ИНФЕКЦИЯ.

Контактная информация:

Самсыгина Галина Андреевна,
доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой детских болезней
№ 1 Российского государственного
медицинского университета
Адрес: 117997, Москва,
ул. Островитянова, д. 1,
тел. (499) 243-65-41
Статья поступила 15.05.2007 г.,
принята к печати 01.10.2007 г.

Острая инфекционная патология лидирует по частоте среди воспалительных заболеваний респираторного тракта у детей. Частота ее составляет не менее 90% всех болезней дыхательных путей [1, 2]. Только в 2000 г. заболеваемость гриппом и другими острыми респираторными инфекциями среди детей первых 3 лет жизни составила 199 850 случаев на 100 тыс. детского населения России [3, 4]. По данным зарубежных и отечественных исследователей максимум заболеваемости ОРИ среди детей (4–8 заболеваний в год) приходится на возраст от 6 мес до 6 лет. Среди школьников этот показатель снижается до 2–6 случаев в год. Пик заболеваемости респираторной инфекцией в России приходится на возраст от 1,5 до 6 лет [1–4]. Отсюда очевидно, что группой высокого риска развития вирусной и вирусно-бактериальной инфекции респираторного тракта являются дети первых лет жизни. Этот возраст характеризуется морфофункциональной незрелостью дыхательного тракта и механизмов его регуляции, становлением микробного биоценоза слизистых оболочек верхних дыхательных путей [5]. Кроме того, у детей этого возраста отмечается качественно и количественно иной уровень иммуногенной резистентности организма. Например, на протяжении первых недель жизни они обладают выраженной устойчивостью к вирусам гриппа, аденовирусам и несколько меньшей по отношению к возбудителям парагриппа и риновирусам. В то же время, риносинтициальные вирусы, например, представляют большую опасность именно в первые месяцы жизни ребенка. В целом же, эффективность противоинфекционной защиты детей раннего возраста существенно ниже, чем у детей старших возрастных групп. Необходимо подчеркнуть, что относительная недостаточность характерна и для местного иммунитета слизистых оболочек дыхательных путей. Это связано с низким уровнем синтеза секреторного IgA, а также провоспалительных цитокинов, продуцируемых Т-хелперами 1-го типа [5, 6].

Особенности иммунного ответа у детей, особенно раннего и дошкольного возраста, диктуют необходимость совершенствования терапии ОРИ. Важным ее компонентом может стать фенспирид — препарат с противовоспалительной активностью. Вместе с тем, он не относится к числу нестероидных противовос-

G.A. Samsygina

Russian State Medial University, Moscow

Fenspirid for curing acute respiratory infection of infants

THE ARTICLE IS ABOUT FENSPERID (ERESPAL) MEDICATION TO COMBAT ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS (ARI) OF INFANTS. 94 CHILDREN AGED 1–3 SUFFERING FROM ARI WERE OBSERVED: OF THEM 64 TOOK FENSPERID, 30 CHILDREN DIDN'T TAKE IT (THE CONTROL GROUP). THE RESEARCH HAS REVEALED THAT FENSPERID REDUCES ARI MANIFESTATION EVEN IF ARI PROCEEDS ALONG WITH ORDINARY OR OBSTRUCTIVE BRONCHITIS — ACCORDINGLY, FENSPERID CAN BE RECOMMENDED FOR A WIDER USAGE TO CURE ARI OF INFANTS UP TO 3 YEARS OF AGE.

KEY WORDS: FENSPERID, INFANTS UP TO 3 YEARS OF AGE, ACUTE RESPIRATORY INFECTION.

палительных препаратов (НПВП), таким как салицилаты, производные пиразолона, индола, арилпропионовой или арилукусной кислоты, фенаматы и оксикамы. С другой стороны, фенспирид не является и кортикостероидом, хотя свое противовоспалительное действие он оказывает подобно стероидным гормонам, ингибируя активность фосфолипазы A_2 (ФЛА $_2$). Однако, в отличие от кортикостероидов фенспирид не усиливает синтеза белка-ингибитора фермента ФЛА $_2$, а, напротив, тормозит активность последней, блокируя транспорт ионов Ca^{2+} в клетку. Недостаточный уровень Ca^{2+} в ней, помимо снижения активности ФЛА $_2$, замедляет трансформацию арахидоновой кислоты, что, в свою очередь, приводит к снижению синтеза простагландинов, лейкотриенов и тромбоксанов. Известно также, что фенспирид подавляет образование гистамина и экспрессию α_1 -адренорецепторов. С этим, возможно, связано спазмолитическое и противокашлевое действие препарата [6, 7].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности и переносимости фенспирида у детей раннего возраста с острой респираторной инфекцией.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 94 ребенка первых 3 лет жизни с ОРИ. Больные, получающие НПВП, отхаркивающие и другие противокашлевые препараты, антигистаминные средства и кортикостероиды, в исследование не включались. У 30 детей контрольной группы проводили базовое лечение, включающее парацетамол, препараты витаминов и кальция. При необходимости назначались антибиотики. Группу сравнения составили 64 ребенка, леченных фенспиридом (Эреспал, Сервье, Франция). В 87,5% случаев фенспирид был назначен в первые 3 дня заболевания, 9,4% пациентам — на 4-й день, остальным больным (3,1%) — в более поздние сроки. Сроки назначения препарата определялись сроком обращения к врачу. Фенспирид назначали в рекомендованной дозе — из расчета 4 мг на 1 кг массы тела в сутки: новорожденным — по 1/2 чайной ложки 2–3 раза в день (в зависимости от массы тела), детям от 1 до 3 мес — по 1 чайной ложке 2 раза в день, от 3 до 6 мес — по 1 чайной ложке 3 раза в день, детям от 6 до 24 мес — по 1 чайной ложке 4 раза в день. Детям старше 24 мес фенспирид назначали по 1 столовой ложке 2 раза в день.

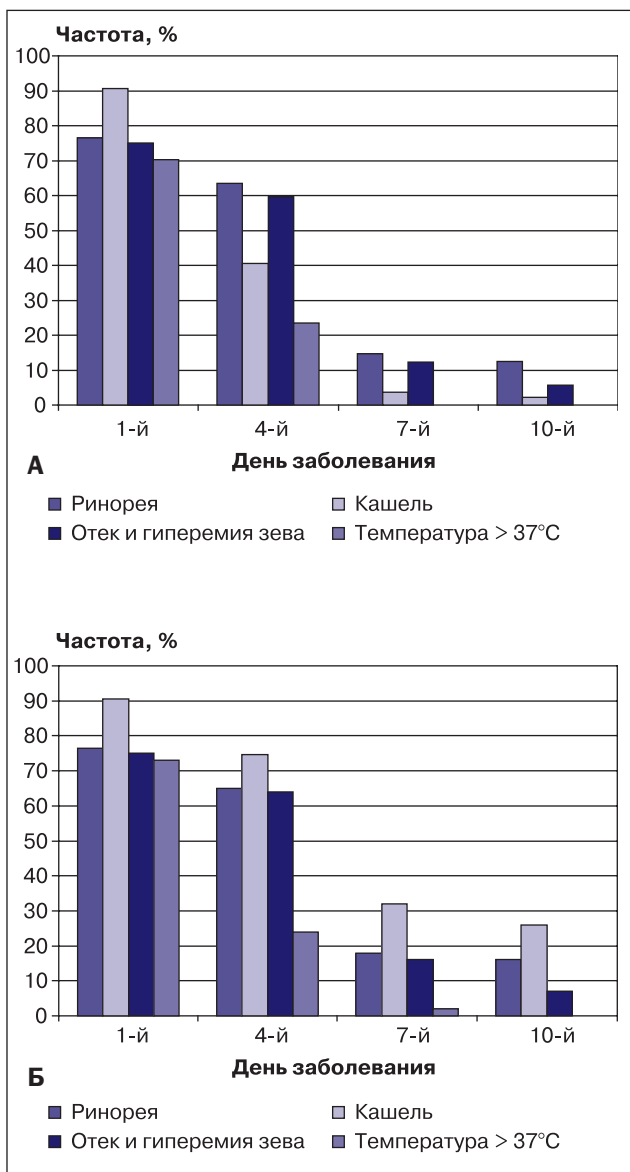
Длительность лечения определялась состоянием и самочувствием больного. При этом, в соответствии с протоколом исследования, состояние больного оценивалось врачом 1 раз в 7 дней, родителями ребенка — ежедневно (ведение дневника). Клиническая эффективность оценивалась как «отличная», «хорошая», «удовлетворительная», «отсутствие эффекта».

Статистический анализ результатов исследования проводили с помощью программы STATISTICA 5.5 (StatSoft Inc., США). Для сравнения дискретных величин, представленных в виде частот, использован критерий Пирсона χ^2 . Результаты рассматривали как статистически значимые при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В клинической картине ОРИ, как у больных контрольной группы, так и у принимавших фенспирид, кашель, ринорея, отек и гиперемия зева, высокая температура, встречались одинаково часто (рис. А, Б). Изменение характера дыхания при аускультации было отмечено у 65,6% пациен-

Рис. Динамика клинических симптомов ОРИ у детей раннего возраста на фоне приема фенспирида (А) и в контрольной группе (Б)



тов группы сравнения. В частности, одышка отмечалась в 15,6% случаев, сухие хрипы — у 21,9%, влажные крупно- и/или среднепузырчатые хрипы — у 15,6% детей. Динамика указанных симптомов ОРИ характеризовала существенное улучшение состояния, отмечавшееся уже на 4-е сутки после начала лечения заболевания (см. рисунок). Причем выраженность изменений была наибольшей в группе больных, получавших фенспирид. Именно в этой группе к 4-му дню после начала лечения заболевания кашель сохранялся только у 41% больных (в начале болезни кашель регистрировался у 91% детей). В контрольной группе этот показатель был существенно выше (кашель у 75% больных, $p < 0,05$). К 10-му дню болезни, кашель сохранился только у 1 (1,6%) пациента группы сравнения, тогда как в контрольной группе — у каждого четвертого. Динамика изменений в легких была несколько иной. Жесткое дыхание регистрировалось в основном до 10-го дня после начала лечения фенспиридом, в контрольной группе — до 14-го дня. Дыхание с удлиненным выдохом исчезало у детей, принимавших фенспирид, уже к 7-му дню лечения, в то время как в контрольной группе оно сохра-

Эреспал®

фенспирид

Новое эффективное
противовоспалительное средство

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

- ✓ Патогенетическое воздействие на ключевые звенья воспалительного процесса независимо от этиологии
- ✓ Уменьшение отека слизистой оболочки и гиперсекреции мокроты
- ✓ Противодействие бронхоконстрикции
- ✓ Улучшение отхождения мокроты
- ✓ Воздействие на кашель
- ✓ Улучшение мукоцилиарного клиренса
- ✓ 2-3 таблетки в день



Рег. уд. П № 012547/02 от 26.08.2005 (Эреспал сироп)
Рег. уд. П № 012547/01 от 26.08.2005 (Эреспал таблетки)

нялось до 10–14-го дня. Это совпадало со сроками ликвидации множественных сухих свистящих хрипов. В группе сравнения на 10-й день терапии только у 5% больных выслушивались единичные сухие хрипы, тогда как в контрольной группе в эти же сроки хрипы прослушивались у 30% детей. Единичные среднепузырчатые влажные хрипы при лечении фенспиридом сохранялись у 7% больных до 10-го дня терапии, в контрольной группе — у 20% пациентов наблюдались до 14-го дня.

Данные об оценке эффективности лечения фенспиридом врачами и родителями детей приведены в таблице. Очевидно, что мнение врачей совпало с мнением родителей, более 95% которых оценили эффективность пре-

парата как «хорошая» или «отличная». На удовлетворительный результат лечения с использованием фенспирида указали 3,1 и 1,6% врачей и родителей, соответственно.

С оценкой клинической эффективности фенспирида коррелировали сроки выздоровления, которое у 42,2% пациентов отмечено к 7-му дню и еще у 55,6% — к 10-му дню после начала лечения. Затяжное течение заболевания (> 14 дней) отмечено лишь у 2 больных.

Таким образом, фенспирид (Эреспал) является высокоэффективным и безопасным противовоспалительным препаратом, способным существенно облегчить течение ОРВИ у детей раннего возраста.

Таблица. Оценка эффективности терапии фенспиридом

Эффективность	Оценка врачей, %	Оценка родителей, %
Отличная	43,8	42,1
Хорошая	53,1	56,3
Удовлетворительная	3,1	1,6

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. — М., 2002. — С. 70.
2. Bartlett J.G. Management of respiratory tract infection. 3rd Ed. — Philadelphia, 2001. — P. 178–182.
3. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь–декабрь 2001 года // Эпидемиол. инфекц. бол. — 2002. — № 3. — С. 64.
4. Здоровье детей России / Под ред. А.А. Баранова. — М., 1999. — С. 66–68, 116–120.
5. Клеточная биология легких в норме и при патологии. Руководство для врачей // Под ред. В.В. Ерохина, Л.К. Романовой. — М.: Медицина, 2000. — С. 496.
6. Joos G.F., Kips J.C., Pauwels R.A. Direct and indirect bronchial responsiveness // Respir. Med. — 1993. — № 87 (Suppl. B). — P. 31–36.
7. Середа Е.В., Розина Н.Н., Геппе Н.А. и др. Фенспирид (Эреспал) в терапии бронхитов у детей. Пособие для педиатров. — М., 2001. — С. 50.

Знаменательные и юбилейные даты из истории медицины



Карл Андреевич Раухфус

Карл Андреевич Раухфус — известный педиатр, родился в 1835 г. Окончив курс в Медико-хирургической академии в 1857 г., посвятил себя изучению детских болезней, а в 1860 г. — ларингологии. С 1858 по 1868 г. Раухфус состоял прозектором и врачом при Императорском Санкт-Петербургском воспитательном доме. Составив по поручению принца Петра Георгиевича Ольденбургского проект сооружения детской больницы, он был назначен в 1869 г. директором и главным врачом этой больницы, названной детской больницей принца Петра Ольденбургского. С 1875 по 1883 г. Раухфус заведовал клиникой детских болезней женских врачебных курсов, устраиваемой при больнице; в 1876 г. был назначен лейб-педиатром двора Его Величества.

При сооружении и внутреннем устройстве детской больницы принца Петра Ольденбургского им впервые была применена система временной карантинной изоляции сомнительных в смысле заразительности случаев; в большем совершенстве ему удалось провести приемы изоляции и всего устройства детской больницы при вверенном его руководству сооружении детской больницы святого Владимира в Москве (1874–1876), которая считается образцовым типом современных детских больниц. При детской больнице принца Петра Ольденбургского Раухфус ввел впервые в России больничную ассистентуру для систематического совершенствования молодых врачей под руководством заведующих отделениями старших врачей.