



УДК: 616. 21/. 23–022. 6–053. 4:615. 5–002. 1

ЛЕЧЕНИЕ ОРЗ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**А. В. Почивалов, Е. И. Погорелова****AN ACUTE RESPIRATORY INFECTION TREATMENT
FOR CHILDREN SUFFERING FROM ATOPIC DERMATITIS****Pochivalov A. V., E. I. Pogorelova***ГОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко
(Зав. каф. факультетской педиатрии – проф. А. В. Почивалов)*

Дети, страдающие atopическим дерматитом, достоверно чаще болеют острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ). Лечение ОРЗ у этих детей имеет дополнительные трудности, т. к. возможно обострение аллергического процесса. Патогенетическая терапия включает назначение противовоспалительных средств, в том числе фенспирида гидрохлорида. Применение фенспирида у детей с ОРЗ, протекающих на фоне atopического дерматита, повышает эффективность лечения и позволяет значительно уменьшить частоту обострений atopического дерматита на фоне респираторной вирусной патологии.

Ключевые слова: острая респираторная инфекция, atopический дерматит, лечение.

Библиография: 7 источников.

It is known for sure that children, suffering from atopic dermatitis, have frequent acute respiratory infections (ARI). Then the treatment for ARI is a matter of some difficulty, because an acute attack of allergy is possible. A pathogenetic therapy includes some antiphlogistic agents prescription, including phenspiride hydrochloride. In this case the course of phenspiride treatment flushes the cure efficacy and enables to reduce the incidence of atopic dermatitis disease when a virus respiratory infection takes place.

Key words: acute respiratory infection, atopic dermatitis, medical treatment

Bibliography: 7 sources.

Острые респираторные заболевания – достаточно частая патология среди детей всех возрастных групп. В России ежегодно регистрируется около 70 тысяч случаев ОРЗ на 100 тыс. детского населения. Максимальная частота острых респираторных инфекций отмечается в возрасте от 6 мес до 6 лет, среди этой группы наиболее высокий уровень заболеваемости ОРЗ отмечается у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы.

Высокая частота инфекционной респираторной патологии у детей связана с особенностями развития иммунной системы, значительной контагиозностью вирусов, нестойким иммунитетом к ряду возбудителей, др. Иммунная система у детей в возрастном интервале, на который приходится наибольшее число случаев ОРЗ, характеризуется максимальным риском развития неадекватных или парадоксальных реакций при встрече ее с антигеном.

Во второй половине первого года жизни происходит утрата пассивного иммунитета, полученного от матери. Способность к формированию собственного активного иммунитета у ребенка развивается постепенно и на большинство антигенов в этот период появляется первичный иммунный ответ с синтезом антител класса IgM (или IgE), не оставляющий иммунологической памяти. Недостаточность местной защиты слизистых оболочек связана с дефицитом секреторного IgA. В связи с этим чувствительность ребенка к ОРЗ в данный период очень высока.



На втором году жизни происходит значительное расширение контактов ребенка с окружающим миром и с возбудителями инфекций. Иммунный ответ ребенка на инфекционные антигены остается неполноценным: сохраняется первичный характер иммунного ответа (в основном синтез IgM-антител), что связано с физиологической недостаточностью синтеза IgG. Функциональная активность Т-хелперов в крови нарастает, но сохраняется их дефицит, что проявляется слабостью клеточного звена иммунитета. Недостаток Т-хелперов обуславливает также неадекватную дифференцировку В-лимфоцитов и при антигенной нагрузке синтезируются преимущественно антитела класса IgE (или IgM). Местная защита слизистых оболочек все еще остается несовершенной из-за низкого уровня секреторного IgA. Чувствительность ребенка к респираторным инфекциям сохраняется высокой.

К шести годам уровни IgM и IgG в крови ребенка приближаются к уровням взрослого человека, но уровень IgA все еще остается более низким, с чем связана низкая местная защита слизистых оболочек. Однако содержание IgE достигает максимального уровня в сравнении с его концентрацией в другие возрастные периоды. Эти особенности способствуют развитию аллергических реакций у детей этого возраста, сохраняя чувствительность и к респираторным инфекциям. [1, 2, 5]

Высокий риск развития atopических реакций у детей первых лет жизни связан с преобладанием у них дифференцировки Th0 по типу Th2, контролирующей синтез IgE и повышенную секрецию гистамина базофилами и тучными клетками. Низкий уровень секреторного IgA на слизистых оболочках у детей способствует беспрепятственному проникновению аллергенов через слизистые оболочки респираторного и желудочно-кишечного тракта. Возрастные иммунологические особенности предрасполагают к реализации atopического диатеза у детей раннего возраста.

Дети, страдающие atopическими заболеваниями, достоверно чаще болеют ОРВИ. У 50% часто болеющих детей определяется повышение уровня IgE и сенсibilизация к ряду аллергенов. Показано, что у больных atopическим дерматитом (АД) имеется дисбаланс Th1/Th2-лимфоцитов, нарушение фагоцитоза, других неспецифических факторов иммунитета. Недостаток Т-хелперов приводит к неадекватной реакции В-лимфоцитов и при повышенной антигенной нагрузке вызывает синтез IgE и IgM антител, но не секреторных иммуноглобулинов класса А. Превалирование у часто болеющих детей первичного иммунного ответа обуславливает сниженную способность к синтезу интерферона-гамма, что ослабляет противовирусную защиту. [3, 7]

Респираторные возбудители, вторгаясь в слизистую оболочку дыхательных путей, вызывают развитие воспаления, проявляющееся клиникой ринита, синусита, фарингита, отита, ларинготрахеита (у детей раннего возраста часто осложняясь стенозом гортани), бронхита (у детей, имеющих аллергические заболевания, отмечается склонность к возникновению обструктивных форм). На первом, триггерном, этапе эффективными способами снижения остроты воспаления являются предотвращение колонизации слизистой оболочки патогенной микрофлорой и ограничение ее размножения. Этому способствует орошение слизистой оболочки носа солевыми растворами типа «Маример», «Аква Марис», «Салин», др. Своевременно проведенные выше описанные мероприятия сохраняют способность эпителиоцитов слизистой оболочки к продукции защитной слизи, мукоцилиарному клиренсу и существенно сокращают объем повреждений. На последующих этапах происходит образование биологически активных веществ и миграция в слизистую оболочку клеток воспаления, что сопровождается вазодилатацией, увеличением проницаемости сосудов и экссудацией. Это приводит к отеку, гиперсекреции слизи в респираторном тракте. Применение противовоспалительных препаратов в этот период способствует предотвращению дальнейшего запуска синтеза адгезионных молекул, хемокинов и других цитокинов. [6]

Основным направлением в терапии респираторных инфекций является этиотропная и патогенетическая терапия. Лечение должно быть комплексным и учитывать индивидуальные особенности ребенка. Этиотропная терапия включает препараты, обладающие противовирусной активностью и антибактериальные средства при бактериальных осложнениях. Возможно использовать препараты «Виферон», «Гриппферон», «Амиксин», «Арбидол», «Кагоцел», «Интергарон», «Анаферон детский», «Рибомунил», «Альгирем».



Патогенетическая терапия включает назначение противовоспалительных средств.

В педиатрической практике достаточно широко используется противовоспалительный препарат с комплексным механизмом действия, направленным на подавление инфекционного и неинфекционного воспаления с преимущественным воздействием на слизистую оболочку дыхательного тракта – фенспирид гидрохлорид.

Терапевтический эффект фенспирида обусловлен снижением активности фосфолипазы A2 в результате нарушения транспорта ионов кальция в клетку. Вызванные изменения замедляют скорость образования арахидоновой кислоты и как следствие снижается образование простагландинов, лейкотриенов и тромбоксана – основных факторов, инициирующих сосудистую фазу воспаления. Фенспирид приводит к уменьшению степени воспалительного отека тканей и секреторной активности бокаловидных клеток слизистых оболочек. Одновременно фенспирид гидрохлорид подавляет синтез гистамина, провоспалительных цитокинов, преимущественно фактора некроза опухоли-альфа и уровень активности адренорецепторов, которые стимулируют секрецию вязкой слизи. В результате уменьшается выраженность второй фазы воспаления – фазы клеточной инфильтрации. Эффект достигается в том числе за счет уменьшения образования факторов хемотаксиса, включая интерлейкин 8, что значительно снижает альтерацию эпителия респираторного тракта. Препарат обладает преимущественным действием на уровне респираторного тракта, воздействуя на все фазы воспалительного процесса, при минимальном системном эффекте.

Под влиянием фенспирида наблюдается:

- снижение отека и количества выделяемой вязкой мокроты, что связано с уменьшением образования и выделения секрета (муколитическим и отхаркивающим действием фенспирид не обладает);
- улучшение мукоцилиарного транспорта;
- уменьшение степени обструкции дыхательных путей;
- повышение эффективности кашля.

Отсутствие возрастных ограничений и высокий терапевтический эффект позволяют рассматривать фенспирид гидрохлорид в качестве препарата выбора противовоспалительной терапии острых инфекций респираторного тракта у детей. Хорошая переносимость препарата и клиническая эффективность фенспирида была доказана в ходе европейского многоцентрового исследования у 232 детей первых 6 лет жизни с респираторными заболеваниями различной этиологии, в том числе вирусной и аллергической. В масштабном многоцентровом исследовании, проведенном в 2000 году, приняли участие пациенты и врачи Воронежского пульмонологического центра. Наши собственные исследования и результаты анализа в 9 регионах России 2582 случаев лечения инфекционно-воспалительных респираторных заболеваний у детей в возрасте от первых недель до 16 лет с использованием фенспирида гидрохлорида позволили установить целесообразность применения этого препарата в качестве противовоспалительной терапии. Острая инфекция верхних отделов респираторного тракта была установлена у 79% детей, острый бронхит – у 20, 5%. Легкая степень тяжести ОРЗ отмечена у 1/3 пациентов, тяжелая – у 2%. У остальных детей наблюдалась средняя степень тяжести ОРЗ. Фенспирид начинали использовать в стандартной дозе у преобладающего большинства детей на 1–3-и сутки от начала болезни. Монотерапия фенспиридом проводилась у 33% больных, лечение фенспиридом в сочетании с местным препаратом с антибактериальным противовоспалительным действием – Биопарокс – у 47%, фенспиридом в сочетании с системными антибиотиками – у 20% детей. Эффективность фенспирида как отличная оценена у 42% детей, как хорошая у 46%. Дети легко переносили проводимую терапию, частота нежелательных реакций при монотерапии составила 0, 12% (аллергическая сыпь, тошнота, диарея). Использование монотерапии фенспиридом показало его высокую эффективность при острых инфекционно-воспалительных заболеваниях респираторного тракта, особенно при назначении его в первые дни заболевания. Фенспирид может быть назначен и как дополнительный противовоспалительный препарат наряду с антибиотиками местного и системного действия.



Лечение ОРВИ у детей с атопическим дерматитом имеет дополнительные трудности, т. к. инфекции, как правило, вызывают обострение аллергического процесса, часто протекают с осложнениями в виде обструктивного синдрома на фоне характерных иммунологических нарушений, отита, синусита, не все медикаментозные препараты переносятся ребенком.

Учитывая выше описанный комплексный механизм действия фенспирида, **целью нашего исследования** явилось изучение влияния препарата «Эреспал» на течение ОРВИ у детей и клинические проявления у них атопического дерматита.

Пациенты и методы. Фенспирид был использован при лечении 39 детей с острым бронхитом, имеющих атопический дерматит в стадии неполной ремиссии. Возраст больных колебался от 2 до 7 лет. Оценка выраженности симптомов в динамике осуществлялась по балльной системе (от 0 до 5 баллов по возрастающей тяжести). Основанием для включения в исследование являлись: наличие у больного выраженного кашля различного характера, интоксикации, физикальных изменений в легких.

Пациенты, имеющие клиническую картину острого бронхита, были разделены на две группы: первая группа – дети с легким течением атопического дерматита (22 человека), вторая группа – атопический дерматит со среднетяжелым течением (17 детей). Для объективной оценки степени тяжести течения заболевания и эффективности проводимой терапии у детей с АД мы использовали коэффициент SCORAD. У детей первой группы индекс SCORAD составлял от 0 до 10 (среднее значение 7,5); у второй группы – колебался от 10 до 18 (среднее значение 14,8).

В анамнезе всех детей имело место ухудшение течения атопического дерматита на фоне ОРВИ. До начала лечения и в процессе проводимой терапии всем больным назначали комплексные общелабораторные исследования, включающие в себя общий анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, а также другие исследования и консультации специалистов (по необходимости).

Все дети получали фенспирид (суточная доза препарата составляла 4–6 мг/кг в 2 приема) и базисную терапию атопического дерматита в виде зиртека в возрастной дозировке, наружная терапия не проводилась. Продолжительность курса терапии фенспиридом составляла в обеих группах от 7 до 10 дней.

В контрольную группу были включены дети с аналогичными клинико-лабораторными и анамнестическими данными: 20 человек с проявлениями легкого течения атопического дерматита (среднее значение индекса SCORAD – 7,3) и 18 пациентов с признаками среднетяжелого течения заболевания (среднее значение индекса SCORAD – 14,5).

Лечение в контрольной группе включало назначение противовирусных препаратов, отхаркивающих средств, зиртека в возрастных дозировках, симптоматическую терапию по показаниям.

Динамика респираторных симптомов у больных, получавших эреспал, была аналогичной в обеих подгруппах: к 5–7 дню лечения кашель исчез у 40% детей и более чем в половине случаев полностью исчезли хрипы в легких (64%). К 7 дню наблюдения у 40% детей I подгруппы и 43% детей II подгруппы сохранялись симптомы бронхита, что явилось основанием для продолжения курса терапии до 10 дней. К 10 дню клинические симптомы купировались у 100% детей обеих подгрупп. В результате анализа полученных результатов, монотерапия фенспиридом оказывала положительный эффект практически у всех детей. В контрольной группе отмечалось достоверно более позднее исчезновение симптомов: у 16% детей было констатировано исчезновение кашля и хрипов в легких к 8–9 дню, к 10–11 дню проявления бронхита были купированы у 96% пациентов, у 7% детей сохранялось покашливание.

В процессе лечения оценивали динамику основных клинических симптомов атопического дерматита у наблюдаемых больных – эритема, отек, папулы, лихенификация, шелушение, зуд и сухость кожи. Статистически значимой динамики клинических признаков атопического дерматита у детей, получавших эреспал, обеих подгрупп установлено не было, усиления кожных проявлений не наблюдалось ни у одного ребенка. У 10 детей отмечалась тенденция к улучшению состояния кожи на фоне приема эреспала. Побочных явлений применения эреспала не выявлено. В контрольной группе у 82% детей со среднетяжелым течением атопического дер-



матита было выявлено усиление клинических проявлений (к 10 дню лечения среднее значение индекса SCORAD составило 20, 7), в подгруппе с легким течением заболевания – у 69% больных (среднее значение индекса SCORAD через 10 дней составляло 13, 4).

Выводы:

Полученные нами результаты исследования позволяют считать применение фенспирида у детей при ОРВИ, протекающих на фоне atopического дерматита, целесообразным в качестве противовоспалительной терапии. Это повышает эффективность лечения детей с данными заболеваниями и позволяет значительно уменьшить частоту обострений atopического дерматита на фоне респираторной вирусной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцева О. В. Современные подходы к лечению острых респираторных инфекций у детей. Возможности системной противовоспалительной терапии // Вопросы современной педиатрии. 2008. – Т. 7. – С. 93–98.
2. Намазова Л. С., Ботвиньева В. В., Вознесенская Н. И. Современные возможности иммунотерапии часто болеющих детей с аллергией // Педиатрическая фармакология. 2007. – Т. 4. – №1
3. Самсыгина Г. А., Фитилев С. Б., Левин А. М. Результаты многоцентрового исследования эффективности фенспирида гидрохлорида (Эреспал) при лечении острой респираторной инфекции у детей // Педиатрия. – 2002. – №2. – С. 81–85.
4. Самсыгина Г. А., Коваль Г. С. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии // Лечащий врач. – 2009. – №1. – С. 10–15.
5. Современные аспекты профилактики респираторных инфекций у детей с atopией/ Малахов А. Б. [и др.] // Лечащий врач. – 2007. – № 7. – С. 91–93.
6. Таточенко В. К. Профилактика ОРВИ у детей с аллергией. Справочник педиатра. – 2008. – № 10. – С. 21–25.
7. Фенспирид (Эреспал) в терапии бронхитов у детей/ Середа Е. В. [и др.] Пособие для педиатра. М, 2001.

УДК: 616. 216 – 002 – 085

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ
АНТИБИОТИКОМ И СЕКРЕТОЛИТИКОМ У ПАЦИЕНТОВ
С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ РИНОСИНУСИТОМ**

Е. Г. Шахова

**COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF THE COMBINAD TREATMENT
WITH ANTIBIOTIC AND SECRETOLITIC AT PATIENTS
WITH ACUTE PURULENT RHINOSINUSITIS**

E. G. Shakhova

*ГОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет» Росздрава
(Ректор – Засл. д. н. РФ, академик В. И. Петров)*

Проведено исследование эффективности и безопасности препарата Синупрет в комплексном лечении больных острым гнойным риносинуситом. Обследовано и пролечено 60 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет. Полученные результаты позволили сделать вывод, что использование синупрета в комплексном лечении со стандартным антибиотиком, дает дополнительные преимущества в лечении, по сравнению с антибиотикотерапией без муколитика.

Ключевые слова: синусит, риносинусит, лечение, синупрет.

Библиография: 8 источников.

A study of the efficacy and safety of medicine Sinupret in the treatment of acute purulent sinusitis. We examined 60 patients aged 18 to 60 years. The results demonstrated the effectiveness and preference of the Sinupret at the combined treatment with standard antibiotic.

Key words: sinusitis, rhinosinusitis, treatment, sinupret

Bibliography: 8 sources