

Опыт применения синупрета у часто болеющих детей с аллергическими заболеваниями

Т.Н. Ёлкина, Е.Г. Кондюрина, О.А. Грибанова, Ю.А. Татаренко

Use of sinupret in frequently ill children with allergic diseases

T.N. Elkina, E.G. Kondyurina, O.A. Gribanova, Yu.A. Tatarenko

Новосибирский государственный медицинский университет

Проведена оценка эффективности и безопасности применения растительного препарата синупрет для монотерапии острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей у 30 часто болеющих детей в возрасте от 2 до 14 лет, страдающих аллергическими заболеваниями. При использовании синупрета у 1/3 больных симптомы респираторной инфекции были купированы к 5-му дню лечения, на 7-й день диагностировано выздоровление у остальных пациентов. Применение синупрета позволило предупредить развитие бактериальных осложнений, снизить продолжительность болезни с 8,5 до 5,4 дня. Установлено, что терапия синупретом безопасна, способствует исключению полипрагмазии и сокращению расходов на лечение.

Ключевые слова: часто болеющие дети, острые респираторные инфекции, атопия, лечение.

The effectiveness and safety of the plant agent sinupret used as monotherapy for acute upper airway infections were evaluated in 30 frequently ill children aged 2 to 14 years with allergic diseases. When sinupret was administered, the symptoms of respiratory infection were relieved in a third of the patients on treatment day 5; recovery was diagnosed in the remaining patients on day 7. The administration of sinupret could prevent the development of bacterial complications and reduce the duration of the disease from 8.5 to 5.4 days. It has been established that sinupret therapy is safe, promotes the exclusion of polypragmasia and the reduction of treatment costs.

Key words: frequently ill children, acute airway infections, atopy, treatment.

Острые респираторные инфекции остаются наиболее распространенной педиатрической патологией, на их долю приходится до 95% всей регистрируемой инфекционной заболеваемости. До 80% рабочего времени педиатра в первичном звене здравоохранения так или иначе, посвящается проблеме респираторной инфекции [1].

Проблема часто болеющих детей по-прежнему сохраняет свою высокую актуальность. На долю часто болеющих в среднем приходится до 67,7–75% всех случаев респираторной инфекции в педиатрии. Особенно часто болеют дети раннего и дошкольного возраста. Среди детей раннего возраста, посещающих организованные коллективы, группа часто болеющих может составлять более 40%. Среди школьников частые респираторные заболевания отмечают у 15% [2].

Считается, что среди множества причин частой заболеваемости можно выделить две основные группы

факторов: изменение иммунного реагирования организма в современных условиях (предрасположенность к Th2-типу иммунного ответа — атопии) и наличие большого числа контактов с потенциальными возбудителями, которые проявляются в виде очередного эпизода респираторной инфекции [3]. Значительную часть группы часто болеющих детей составляют больные с аллергией, что диктует необходимость дифференцированного подхода к выбору лечения данной категории пациентов. Терапия, назначаемая ребенку с атопией, должна эффективно контролировать симптомы респираторной инфекции, не вызывать обострений аллергических заболеваний, исключать полипрагмазию.

Частые острые респираторные инфекции у детей представляют не только серьезную медицинскую, но и социально-экономическую проблему. Повторные инфекции верхних дыхательных путей ухудшают качество жизни детей и их родителей, наносят экономический ущерб обществу в целом. Рецидивирующие инфекции органов дыхания приводят к нарушению физического и нервно-психического развития ребенка, обуславливают снижение функциональной активности разных звеньев иммунитета, формирование рецидивирующих и хронических процессов в органах дыхания [4–6].

Поскольку в группе часто болеющих детей острые респираторные инфекции регистрируются практически ежемесячно, совершенствование подходов к те-

© Коллектив авторов, 2009

Ros Vestn Perinatol Pediat 2009; 5:103–107

Адрес для корреспонденции: Ёлкина Татьяна Николаевна — д.м.н., проф., зав. каф. поликлинической педиатрии НГМУ

Кондюрина Елена Геннадьевна — д.м.н., проф., проректор по последипломному образованию, зав. каф. педиатрии

Грибанова Ольга Александровна — к.м.н., доц. каф. поликлинической педиатрии

Татаренко Юлия Анатольевна — асп. каф. поликлинической педиатрии 630091 Новосибирск, Красный проспект, д. 52

рапии и повышение эффективности лечения данной категории пациентов приобретают особое значение [7, 8]. Полисимптомность респираторной инфекции служит причиной высокой терапевтической активности со стороны как врачей, так и родителей. Нередко ребенку назначается лечение, включающее одновременно 6—8 лекарственных препаратов и требующее в дальнейшем немалых расходов на купирование побочных эффектов такой терапии. Полипрагмазию при лечении острых респираторных инфекций наблюдают повсеместно, и поэтому важно максимально избегать излишних терапевтических вмешательств [9].

Родители разумно полагают, что прием большого количества медикаментов вредит детскому организму, и отказываются выполнять назначения врача, в результате чего возрастает вероятность развития осложнений, выздоровление ребенка затягивается. Многие семьи считают, что химические лекарственные препараты вредят организму и предпочитают лечение народными методами, используя различные настои и отвары трав. Однако при использовании растительных средств необходим строжайший контроль сбора сырья, его хранения и способа приготовления. Стандартизация в фитотерапии сегодня проявляется уже на этапе выращивания, когда ведущие производители культивируют лекарственные растения в экологически чистых зонах, а производство включает в себя использование патентованных технологий обработки растительного сырья и приготовления готовых препаратов [10].

Одним из растительных средств для терапии острых и хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и придаточных пазух носа является препарат Синупрет компании «Бионорика АГ» (Германия). Компания «Бионорика» производит серию лекарственных растительных препаратов, следуя философии, выраженной термином «фитониринг» (от phyto — растение и eengineering — технология), что обозначает разработку и производство растительных лекарственных средств на основе собственных научно-клинических исследований в области фитотерапии.

Лекарственные растения, входящие в состав препарата синупрет (корень горечавки, цветки первоцвета, трава шавеля, цветки бузины и трава вербены), оказывают секретолитическое (нормализация реологических свойств назального секрета), секретомоторное (улучшение мукоцилиарного клиренса), противовоспалительное (уменьшение отеков тканей, восстановление вентиляции и дренажа), противовирусное и иммуномодулирующее действие. Препарат показан для лечения взрослых и детей в возрасте старше 2 лет.

Многочисленные клинические исследования продемонстрировали высокую эффективность и безопасность синупрета при лечении заболеваний полости носа и околоносовых пазух у детей [11—15]. Опыт его применения для терапии острых респираторных инфекций у больных с аллергическими заболеваниями не

только показал высокую эффективность в отношении симптомов респираторной инфекции, но и доказал безопасность назначения данного фитопрепарата пациентам с астмией [16]. Результаты изучения эффективности использования синупрета для профилактики и лечения острых респираторных инфекций у часто болеющих детей показали, что его применение способствует более легкому течению респираторной патологии, предупреждает осложнения и обострение очагов хронической инфекции, уменьшает клинические проявления болезни, ускоряет процессы выздоровления [17].

Таким образом, комбинированное иммуномодулирующее, противовирусное, противовоспалительное и секретолитическое действие препарата синупрет делают его привлекательным для лечения острых респираторных инфекций у часто болеющих детей с астмией, поскольку проблема оптимизации терапии и снижения медикаментозной нагрузки у данной группы пациентов является весьма актуальной.

Целью настоящего исследования была оценка клинической эффективности и безопасности монотерапии острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей препаратом синупрет у часто болеющих детей с аллергическими заболеваниями.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена в детской поликлинике городской клинической больницы № 25 Новосибирска. В исследовании участвовали 30 часто и длительно болеющих детей (по критериям В.Ю. Альбицкого и А.А. Баранова, 1986 г.) в возрасте от 2 до 14 лет (средний возраст 5,8 года), среди них 16 мальчиков и 14 девочек.

Все пациенты страдали различными аллергическими заболеваниями. У большинства детей (у 25) отмечались кожные проявления атопии, половина пациентов страдала распространенной формой атопического дерматита средней степени тяжести, у всех больных основным триггером служили пищевые аллергены, у каждого второго ребенка фактором, провоцирующим обострение дерматита, являлась респираторная инфекция. На наличие в анамнезе острой крапивницы и отека Квинке, обусловленных пищевой и лекарственной непереносимостью, указали родители 4 пациентов. Назальные симптомы атопии зафиксированы у 5 детей, среди них у 3 диагностирован аллергический персистирующий ринит, обусловленный бытовой и эпидермальной сенсибилизацией. Бронхиальной астмой страдали 3 ребенка, у 2 из них заболевание протекало в среднетяжелой форме, триггерами обострений являлись иммунные и неиммунные факторы. Базисное лечение в период исследования получали только больные бронхиальной астмой, 2 пациентам были рекомендованы ингаляционные глюкокортикостероиды (флутиказон, беклометазон)

и 1 школьнику проводилась нестероидная противовоспалительная терапия недокромилом натрия.

Пациенты обратились за медицинской помощью в 1–2-е сутки от начала острого респираторного заболевания. Более чем у половины детей (18) было диагностировано легкое течение респираторной инфекции, у 12 больных заболевание протекало в среднетяжелой форме. Родители каждого второго пациента связывали начало болезни с контактом по острой респираторной инфекции в детском образовательном учреждении.

Среди сопутствующей патологии у больных преобладала хроническая очаговая инфекция носоглотки (18) и дисбиоз кишечника (15). Более чем у половины детей (у 19) имелась сочетанная фоновая патология.

Анализ анамнестических данных о характере предыдущих респираторных заболеваний показал, что в среднем их частота составляла 5,4 раза в год, средняя продолжительность заболевания — 8,5 дня. Более чем у половины детей инфекция протекала преимущественно в среднетяжелой форме, у каждого второго ребенка развивались бактериальные осложнения, большей части детей назначались антибактериальные препараты.

Период наблюдения включал два обязательных осмотра врача. При первичном визите участковые педиатры оценивали жалобы, данные анамнеза и объективного исследования, назначали капли синупрета для приема внутрь в возрастной дозировке, определяли показания и условия приема парацетамола, заполняли специально разработанные анкеты, выдавали анкеты для заполнения родителями пациентов.

При повторном визите на 5-й день с момента назначения синупрета участковые педиатры анализировали данные анкет, которые ежедневно заполняли родители, оценивали клиническую картину заболевания, эффективность и безопасность синупрета, определяли дальнейшую тактику ведения больных. При купировании симптомов острой респираторной инфекции верхних дыхательных путей монотерапия синупретом считалась успешной, а исследование законченным. При наличии остаточных назальных симптомов монотерапия синупретом продолжалась, ребенок приглашался на осмотр через 2 дня. В случае сохранения выраженных респираторных симптомов дополнительно к синупрету назначались другие средства терапии острой респираторной инфекции, в течение последующих 5 дней продолжалось наблюдение за ребенком.

Третий визит к врачу назначался по показаниям, при необходимости дальнейшего контроля течения заболевания.

В ходе исследования на каждого пациента заполнялись 3 анкеты: анкета на пациента, включенного в исследование; анкета для врача; анкета для родителей пациента.

При анализе эффективности терапии синупретом учитывались следующие критерии:

1. Динамика основных клинических симптомов

(лихорадка, интоксикация, ринит, боли в горле, кашель) по 5-балльной шкале: 0 — симптомы отсутствуют, 1 — выражены незначительно, 2 — выражены умеренно, 3 — выражены сильно, 4 — резко выражены.

2. Успешность монотерапии синупретом, необходимость комбинированной терапии.
3. Комплаентность (число отказов ввиду неэффективности синупрета либо неудовлетворенности органолептическими свойствами препарата).

Оценка врачами и родителями больных детей эффективности лечения синупретом осуществлялась по интегральной шкале IMOS (Integrative Medicine Outcome Scale): полное выздоровление; значительное улучшение; умеренное либо незначительное улучшение; без изменений; ухудшение.

Безопасность лекарственного фитосредства оценивалась по следующим критериям: переносимость, обострение аллергического заболевания, возникновение аллергических реакций и других побочных действий. При анализе переносимости синупрета использовались градации: очень хорошая, хорошая, удовлетворительная, неудовлетворительная.

В целом удовлетворенность результатами лечения синупретом родители пациентов оценивали по интегральной шкале IMPSS (Integrative Medicine Patient Satisfaction Scale): полностью удовлетворен; удовлетворен; отношусь нейтрально; не удовлетворен; крайне не удовлетворен.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После выздоровления пациентов была проведена оценка эффективности лечения и безопасности препарата синупрет по динамике жалоб и клинических симптомов заболевания (табл. 1). В начале заболевания повышение температуры тела было зафиксировано у 28 из 30 больных, к 3-му дню терапии субфебрилитет сохранялся менее чем у половины пациентов (у 13 детей), а к 5-му дню лечения показания термометрии нормализовались у 27 детей. Одновременно с купированием лихорадки уменьшалась и выраженность симптомов интоксикации.

Жалобы на заложенность и выделения из носа при первичном осмотре предъявляли все больные, в динамике выраженность назальных симптомов уменьшилась к 3–4-му дню терапии. К 5-му дню симптомы ринита полностью купировались у каждого третьего пациента, у 21 ребенка сохранялась незначительная заложенность носа со скудным серозно-слизистым отделяемым. На 8-й день заболевания носовое дыхание нормализовалось у всех детей. Потребность в дополнительном назначении сосудосуживающих средств в начале заболевания испытывали 11 больных с выраженной назальной обструкцией, продолжительность использования деконгестантов при комби-

Таблица 1. Динамика симптомов острой респираторной инфекции при монотерапии синупретом ($n=30$)

Симптом	Дни монотерапии синупретом						
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й
Повышение температуры тела	28	26	12	8	4	1	0
Интоксикация	27	20	8	5	2	0	0
Ринит	30	30	28	28	21	13	6
Боли в горле	26	26	17	8	6	3	0
Кашель	17	15	9	6	4	1	0

нации с синупретом не превышала 3 дней.

Показательной была динамика симптомов фарингита. К 5-му дню лечения лишь каждый четвертый ребенок предъявлял жалобы на незначительные боли в горле и редкое подкашливание, которые полностью купировались к 7-му дню заболевания.

Средняя сумма баллов выраженности симптомов, типичных для острой респираторной инфекции, в 1-й день обращения составляла 9,4 балла, в динамике к 5-му дню терапии синупретом уменьшилась более чем в 3 раза (2,9 балла) и на 7-й день заболевания составляла лишь 1 балл, что соответствует остаточным проявлениям заболевания.

Таким образом, монотерапия острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей препаратом синупрет оказалась достаточно эффективной и позволила у 1/3 пациентов (9 из 30 детей) полностью купировать симптомы острого респираторного заболевания в течение 5 дней. У остальных больных (21 ребенок) для лечения инфекции верхних дыхательных путей потребовался 7-дневный курс применения синупрета. Из средств дополнительной терапии использовался только парацетамол на период лихорадки.

Интересные данные были получены при сравнительном анализе характера течения респираторных заболеваний в предыдущем году и настоящей острой респираторной инфекции (табл. 2). Наряду с достаточно быстрой регрессией клинических симптомов лечение синупретом позволило у всех пациентов избежать бактериальных осложнений настоящего заболевания. В анамнезе необходимость в антибактериальной терапии возникала у каждого второго ребенка, в ходе настоящего исследования назначение антибиотика потребовалось одной школьнице 11 лет по поводу

обострения хронического пиелонефрита. Кроме того, средняя продолжительность течения респираторной патологии по сравнению с предыдущими эпизодами инфекции уменьшилась в 1,5 раза (с 8,5 до 5,4 дня), заболевание протекало в более легкой форме.

Синупрет обладает хорошей переносимостью, в ходе исследования нежелательных побочных реакций и обострений аллергических заболеваний не выявлено. Комплаентность при использовании этого фитосредства высокая, случаев отказа от приема синупрета ввиду его неэффективности, неудобства применения, а также нарушений режима терапии либо замены препарата не зафиксировано. Практически все родители пациентов (29 из 30) удовлетворены результатами лечения (полностью удовлетворены — 17, удовлетворены — 12). Положительные отзывы получены и со стороны врачей, 70% участковых педиатров оценили результаты монотерапии синупретом как полное выздоровление и 30% — как значительное улучшение.

Таким образом, в результате исследования установлено, что синупрет уменьшает выраженность основных проявлений инфекции верхних дыхательных путей в достаточно короткие сроки, сокращает продолжительность острого респираторного заболевания у часто болеющих детей. Применение синупрета позволяет предотвратить развитие бактериальных осложнений, обострение хронической инфекции носоглотки и предупредить назначение антибиотиков. Монотерапия этим препаратом способствует снижению медикаментозной нагрузки и исключению полипрагмазии у детей с аллергическими заболеваниями. Лечение синупретом детей-аллергиков безопасно, аллергических реакций и обострений атопических заболеваний на фоне приема фитопрепарата не зарегистрировано.

Таблица 2. Сравнительная характеристика течения острых респираторных инфекций

Критерии	В предыдущем году	При монотерапии синупретом
Обострение хронической очаговой инфекции носоглотки	15	0
Бактериальные осложнения	17	0
Антибактериальная терапия	17	1 (обострение хронического пиелонефрита)
Легкое течение острой респираторной инфекции	12	18
Обострение аллергических заболеваний	14	0

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруков К.Ю., Стернин Ю.И., Димова Е.А. Острые респираторные инфекции в детском возрасте / Под ред. В.Ф. Учайкина. Ст-Петербург 2007. С. 160.
2. Намазова Л.С., Ботвиньева В.В., Вознесенская Н.И. Современные возможности иммунотерапии часто болеющих детей с аллергией // Педиатр. фармакол. 2007. № 1. С. 27—32.
3. Булгакова В.А., Балаболкин И.И., Ушакова В.В. Современное состояние проблемы часто болеющих детей // Педиатр. фармакол. 2007. № 2. С. 48—52.
4. Альбицкий, В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Н. Новгород: НГМА, 2003. С. 180.
5. Самсыгина Г.А., Коваль Г.С. Часто болеющие дети. Проблемы диагностики, патогенеза и терапии. // Детский врач. 2008. № 6. С. 5—10.
6. Симованьян Э.Н., Денисенко В.Б., Григорян А.В. Часто болеющие дети: оптимизация программы лечения // Педиатрия. 2007. № 4. С. 79—85.
7. Баранов А.А., Горелов А.В., Каганов Б.С. и др. Профилактика и лечение острых респираторных заболеваний у детей. Пособие для врачей. М., 2004. С. 43.
8. Стандартизированные принципы диагностики, лечения и экстренной профилактики гриппа и других острых респираторных инфекций у детей / Под ред. О.И. Киселева. Ст-Петербург, 2004. С. 96.
9. Таточенко В.К. К вопросу о симптоматическом лечении острых респираторных инфекций. // Педиатрическая фармакология. 2008. № 4. С. 128—132.
10. Привалова Т.Е., Шадрин С.А., Шадрина Э.М. Новые фитопрепараты при лечении кашля у детей младших возрастных групп с острыми респираторными инфекциями // Вопр. совр. медицины. 2007. № 4. С. 128—131.
11. Гаращенко Т.И., Богомилский М.Р., Радциг Е.Ю. Синупрет в лечении заболеваний полости носа, околоносовых пазух и среднего уха // Рос. ринология. 2002. № 3. С. 38—42.
12. Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В., Лобеева Н.А., Богомилский М.Р. Особенности ведения больных с затяжными формами острых синуситов // Вопр. совр. педиат. 2008. № 6. С. 127—131.
13. Рязанцев С.В., Захарова Г.П., Дроздова М.В. Применение секретолитического препарата синупрет в оториноларингологии. Новости оториноларингол. и логопатол. 2002. № 2. С. 102—105.
14. Тарасова Г.Д. Секретолитическое лечение при воспалении дыхательных путей в детском возрасте // Леч. врач. 2000. № 1. С. 35—37.
15. Шахова Е.Г., Малова Т.В. Синупрет в комплексной терапии воспалительных заболеваний околоносовых пазух // Рос. оториноларингол. 2005. № 3. С. 89—91.
16. Дрынов Г.И., Иванюшина О.К., Пискун А.М. Лечение респираторных вирусных инфекций у больных с аллергическими заболеваниями // Клиническая медицина/Медицинская помощь. 2002. № 6. С. 19—22.
17. Смирнова Г.И. Опыт применения синупрета и тонзилгона для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей // Детский доктор. 2001. № 4. С. 25—29.

Поступила 23.06.09