С.С.ЯКИМОВА, к.м.н., Центральный госпиталь МВД, Москва

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОРВИ – ПОИСК ОПТИМАЛЬНОГО РЕШЕНИЯ

В последние годы заболевания верхних отделов дыхательных путей являются наиболее распространенными из всех болезней ЛОР-органов. Из них более 50% заболеваний носят инфекционный характер, причем это наиболее часто встречающиеся инфекции в амбулаторной практике [1, 3]. А самая частая патология — острый тонзиллофарингит в 90% случаев имеет вирусную этиологию (аденовирусы, риновирус, вирусы гриппа) [3].

Ключевые слова: острая респираторная вирусная инфекция, симптоматическая терапия, комбинированные препараты, парацетамол, фенилэфрин

Ежегодно, по данным ВОЗ, каждый третий житель мирового сообщества переносит ОРВИ [2]. По частоте инфицирования грипп составляет около 15% (тип А — 12%, тип В — 3%), парагрипп — до 50%, аденовирусы — до 5%, респираторно-синцитиальный вирус (РС) — 4%, энтеровирусы — 1%, смешанные инфекции — около 23% случаев. В частности, грипп во время ежегодных эпидемий поражает не менее 10% населения земного шара, в России – около 30 млн человек. Многолетний анализ свидетельствует о ежегодном подъеме уровня заболеваемости гриппом в России в период с января по март [3, 4, 5].

Под термином острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) понимают группу острых инфекционных заболеваний дыхательных путей со сходными клиническими симптомами, вызываемыми вирусными агентами. Возбудителями являются РНК- и ДНК-содержащие вирусы. Грипп, для которого характерно более тяжелое течение и развитие серьезных осложнений, выделяют из общей рубрики ОРВИ. ОРВИ передаются воздушно-капельным путем (при кашле, чиханьи). После перенесенного заболевания формируется непродолжительный типоспецифический иммунитет.

Возбудители ОРВИ обладают высоким сродством к слизистой оболочке верхних дыхательных путей. При проникновении их в клетки эпителия дыхательных путей сначала развивается локальная воспалительная реакция. Затем всасывание в системный кровоток продуктов воспаления и клеточного распада приводит к системным токсическим проявлениям. В результате этих процессов развивается типичный для ОРВИ симптомокомплекс: системные проявления – лихорадка, головная боль, слабость, адинамия, миалгии и артралгии; местные проявления – ринорея, кашель, боли или першение в горле, осиплость голоса и др. Особенностью ОРВИ является этиологический полиморфизм возбудителей, что усложняет этиотропную фармакотерапию, а чаще всего делает ее невозможной. В связи с этим основной акцент в лечении делается на симптоматические средства, направленные на ликвидацию основных проявлений болезни и наиболее тяжелых в субъективном отношении симптомов.

Наличие в аптечной сети комбинированных препаратов для симптоматического лечения ОРВИ и гриппа облегчает жизнь врачам, провизорам и пациентам. Врачу нет необходимости подбирать лекарственные средства под конкретные симптомы заболевания у больного ОРВИ. Для больных же существенно упрощается процесс самолечения – одна таблетка, капсула или пакетик против всех основных симптомов болезни. Это значительно

повышает приверженность пациентов к проводимой терапии.

Комбинированные препараты для симптоматического лечения ОРВИ и гриппа удобны для назначения и применения, но любая схема лечения заболевания должна быть оценена с позиций необходимости, эффективности и безопасности. В состав комбинированных препаратов для симптоматической терапии ОРВИ и гриппа могут входить следующие компоненты: анальгетик/антипиретик, деконгестант, антигистаминное средство, аскорбиновая кислота, кофеин, противокашлевое средство. Компоненты подобраны таким образом, чтобы устранить практически все симптомы ОРВИ – лихорадку, заложенность носа, ринорею, неприятные ощущения в носоглотке и гортани, кашель, слабость.

Так, например, в состав некоторых лекарственных средств для лечения ОРВИ и гриппа включены компоненты, обеспечивающие противокашлевое (декстрометорфан) или, наоборот, отхаркивающее (терпингидрат) действие. Эти средства обладают различным механизмом действия и должны применяться в разных клинических ситуациях – при сухом и влажном кашле соответственно. Следует помнить, что применение отхаркивающих средств при сухом кашле может усилить его выраженность, а противокашлевые средства при влажном кашле – нарушить эвакуацию мокроты.

Целый ряд исследований показал нецелесообразность применения аскорбиновой кислоты для профилактики и лечения ОРВИ в общей популяции [1, 9, 14]. Также не было обнаружено убедительных данных и о влиянии антигистаминных средств на выраженность симптомов ОРВИ (заложенность носа, ринорею) [6, 9, 14].

Кардинальным требованием, предъявляемым к мультисимптоматическому средству, является нали-

Таблица. Сравнительные симптомы простуды и гриппа (методический материал по острым респираторным вирусным инфекциям) [13]

Признак	Риновирусная инфекция	Грипп	Парагрипп	Аденовирусная инфекция	РСВ
Начало	Острое	Острое, с внезапным ухудшением состояния	Подострое	Подострое	Подострое
Лихорадка	Отсутствует или субфебрильная	Высокая – до 38—40°С	Субфебрильная	Высокая, длительная	Умеренная
Симптомы интоксикации	Слабо выражены	Сильная головная боль, боль в глазах, слабость	Слабо выражены, головная боль, слабость	Слабо выражены, головная боль, слабость	Умеренная, головная боль, слабость
Катаральные явления	Насморк, чиханье, ринорея	Сухой кашель, сухость и першение в горле, реже – заложенность носа, ринорея	С первого дня сухой кашель, грубый, осиплый голос, гиперемия зева	Выраженная ринорея, гиперемия зева, отек миндалин	Сухой кашель с обструктивным компонентом
Лимфаденит	Нет	Редко	Нет	Часто генерализованный	Редко
Осложнения	Отит, синусит, обострение бронхиальной астмы и ХОБЛ	Острый бронхит, пневмония, неврологические нарушения, поражение почек, сердечно-сосудистой системы, обострение бронхиальной астмы и ХОБЛ, синдром Рея	Острый бронхит, обострение бронхиальной астмы и ХОБЛ	Ангина, отит, синусит, миокардит, обострение бронхиальной астмы и ХОБЛ	Пневмония, обострение бронхиальной астмы и ХОБЛ

Источник: http://prostudainfo.ru/for-doctors/articles/546-manuals-sars.html, http://www.newizv.ru/lenta/2010-12-29/138862-rospotrebnadzor-prodolzhaetsja-rost-zabolevaemosti-grippom-i-orvi-statistika.html)

чие в его составе не более трех фармакологических групп, из каждой группы – не более одного активного вещества. Также при выборе препарата необходимо особое внимание обращать на риск развития побочных эффектов.

Примером современного комбинированного препарата является Лемсип® (Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd.), включающий 2 компонента – парацетамол и фенилэфрин. Парацетамол, входящий в состав препарата, применяется несколько десятилетий. С 1963 г. после включения в Британскую фармакопею парацетамол широко используется в медицинской практике в качестве болеутоляющего и жаропонижающего средства. В настоящее время только в Европе и Северной Америке потребляется до 24 млрд таблеток парацетамола ежегодно [1, 6]. Он не обладает противовоспалительным эффектом и относится к группе анальгетиков-антипиретиков, т.е. к препаратам, способным эффективно бороться с болью и лихорадкой любого происхождения. Выраженное анальгетическое действие препарата связано с его способностью накапливаться в центральной нервной системе, головном и спинном мозге и уменьшать образование простагландинов за счет ингибирования фермента циклооксигеназы (ЦОГ), который контролирует образование простагландинов из арахидоновой кислоты. В то же время ингибирующее действие препарата на функцию других изоформ – ЦОГ-1 и ЦОГ-2 – во внутренних органах выражено незначительно. Отсутствие эффекта в отношении ЦОГ-1 и ЦОГ-2 в периферических тканях определяет незначительные риски при приеме парацетамола для системы органов пищеварения, практическое отсутствие проульцерогенного действия и диспепсии, что было показано в исследовании PAIN у пациентов с ОРВИ [1, 12]. Это очень важно, т.к. установлено, что 50% всех острых желудочно-кишечных кровотечений связаны с приемом НПВП. И 84% из этого количества обусловлены именно приемом безрецептурных анальгетиков и НПВП [1]. В отличие от ацетилсалициловой кислоты и других НПВП парацетамол не оказывает значимого повреждающего действия на желудок и может применяться даже пациентами с язвенной болезнью. Это выгодно отличает комбинированные анальгетики, в состав которых входит парацетамол, от аналогичных по составу препаратов, содержащих ацетилсалициловую кислоту или НПВП. По сравнению с НПВП безопасен препарат и при сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Было доказано, что прием ацетилсалициловой кислоты и других НПВП увеличивает частоту госпитализаций больных с сердечной недостаточностью. В то же время использование парацетамола снижает риск госпитализаций таких больных [11]. Парацетамол признан препаратом выбора в педиатрической практике.

■ *Парацетамол применяется несколько десятилетий, и признан препаратом выбора в педиатрической практике. Фенилэфрин – системный деконгестант, адреномиметик, при местном применении оказывает выраженное сосудосуживающее действие.*

Фенилэфрин – системный деконгестант, адреномиметик, при местном применении оказывает выраженное сосудосуживающее действие. Сужение сосудов, снижение их проницаемости, уменьшение отека слизистой оболочки носа, количества отделяемого из носа ведет к облегчению носового дыхания. При местном применении после всасывания через слизистую оболочку может вызывать системный эффект, в связи с чем не рекомендован к применению у детей. Но в отличие от фенилэфрина блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов I поколения обладают седативными свойствами, в связи с чем их следует с осторожностью назначать пациентам, занимающимся деятельностью, требующей повышенного внимания и быстрых реакций, в первую очередь вождением автомобиля. Это особенно актуально для пациентов, пытающихся перенести ОРВИ «на ногах». Прием препарата так же не показан пациентам с тяжелой сердечно-сосудистой патологией. Более безопасным деконгестантом для приема внутрь является именно фенилэфрин, он разрешен для безрецептурного отпуска в составе

комбинированных средств для симптоматического лечения ОРВИ и гриппа на территории РФ [8, 9].

Таким образом, сочетание двух компонентов — парацетамола и фенилэфрина способно устранять основные симптомы простудного заболевания. Растворимая форма препарата в сочетании с высокой температурой напитка способствует быстрому всасыванию вещества. Эффект наступает через 15–20 минут, сохраняется до 6 часов. Принимают Лемсип® каждые 4—6 часов, максимально – до 4 пакетиков в сутки (до 5 дней). Препарат представлен в аптеках в нескольких вариантах: Лемсип® Лимон и Лемсип® Черная смородина, которые рекомендованы при первых симптомах простуды и гриппа, Лемсип® Макс – при сильной простуде и гриппе.

Конечно, несмотря на достаточно высокий уровень безопасности отдельных ингредиентов, составляющих Лемсип®, и безрецептурный статус препарата, врачам, фармацевтам и провизорам следует предостерегать пациентов от приема доз, превышающих рекомендованные. Естественно, что превышение дозировок может оказать токсическое действие на паренхиму печени. Гепатотоксические эффекты парацетамола у пациентов с интактной печенью проявляются только при его значительной передозировке (более 10 г одномоментно) [15].

В заключение следует подчеркнуть, что препарат Лемсип®, несомненно, является эффективным и интересным по составу комплексным анальгетиком-антипиретиком-деконгестатом, позволяющим широко использовать его для фармакотерапии ОРИ и гриппа. Компоненты препарата путем комплексного воздействия на основные симптомы, типичные для этих заболеваний, значительно улучшают самочувствие больного. Все эти соображения позволяют рекомендовать Лемсип® к активному применению при ОРИ и гриппе.

Однако не следует забывать, что определяющим фактором в борьбе против вирусных инфекций является профилактика и повышение собственных защитных сил организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю.Б., Зырянов С.К., Гуревич К.Г. Эффективность и безопасность лекарственных средств, применяемых при ОРВИ и гриппе // РМЖ. – 2004. – Т. 12. – № 2. – С.80.
2. Якимова С.С. Рациональная фармакотерапия и профилактика гриппа.
3. Ершов Ф. Рациональная фармакотерапия гриппа и ОРВИ // Фармацевтический вестник. – 2003. – № 39.
4. Учайкин В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей. – Москва, 2001. – 16 с.
5. Крамарев С.А. Современные подходы к лечению гриппа и ОРВИ у детей / / Здоров'я України. – 2004. – № 21. – С. 33-36.
6. Малый В.П. и соавт. Грипп. Пособие для врачей. СПб., 2007.
7. Синопальников А.И. Внебольничные инфекции дыхательных путей. М., 2007.
8. Белоусов Ю.Б., Гуревич К., Зырянов С.К. Эффективность и безопасность современных анальгетиков // Русский медицинский журнал, 2004. — №5. —С. 283.
9. Жаркова Н.Е. Симптоматическое лечение ОРВИ: будущее за комбинированными препаратами // Русский медицинский журнал, 2007. — №22. — С.1636.
10. McQuay H.J., Edwards J.E., Moore R.A. Mechanism of action of anti–inflammatory drugs// Am. J. Ther.– 2000.– Vol. 9.– P. 179–187.
11. Merlo J., Broms K., Lindblad U., et al. Association of outpatient utilization of non–steroidal anti–inflammatory drugs and hospitalised heart failure in the entire Swedish population // Eur. J. Clin. Pharmacol.– 2001.– Vol. 57.– P. 71–75.
12. Le Parc J.M., Van Ganse E., Moore N., Wall R., Schneid H, Verriere F. Comparative tolerability of paracetamol, aspirin and ibuprofen for short–term analgesia in patients with muskoloskeletal conditions: results in 4291 patients.// Clin. Rheumatol., 2002, Feb; 21 (1): P. 28–31. http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/act_826.htm.
13. http://pharmacologia.narod2.ru/obschaya_farmakologiya/farmakokinetika/
14. Методический материал по острым респираторным вирусным инфекциям http://prostudainfo.ru/for–doctors/articles/546–manuals–sars.html, http://www.newizv.ru/lenta/2010–12–29/138862–rospotrebnadzor–prodolzhaetsja–rost–zabolevaemosti–grippom–i–orvi–statistika.html.
15. Prescott L.F. Hepatotoxicity. In: Prescott L.F., ed. Paracetamol (Acetaminophen): a Critical Bibliographic Review. London: Taylor&Francis, 1996.– P. 285–351.
16. Douglas R.M., Hemila H., Chalker E., Treacy B. Vitamin C for preventing and treating the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18; (3): CD000980.
17. Sutter A.I., Lemiengre M., Campbell H., Mackinnon H.F. Antihistamines for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3): CD001267.