

## Лекция

**О.В. Зайцева**

Московский государственный медико-стоматологический университет

## Современные подходы к лечению острых респираторных инфекций у детей. Возможности системной противовоспалительной терапии

В ЛЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ, ПРЕДСТАВЛЕНЫ СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИХ ЛЕЧЕНИЮ, ВКЛЮЧАЯ ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ. ПРОАНАЛИЗИРОВАНЫ ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА. ОБОБЩЕН ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, БАЗИРУЮЩЕЙСЯ НА ПРЕПАРАТЕ ФЕНСПИРИД (ЭРЕСПАЛ), У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ, ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ, БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ, ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ, ФЕНСПИРИД.

93

**Контактная информация:**

Зайцева Ольга Витальевна,  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой педиатрии  
Московского государственного  
медико-стоматологического университета  
Адрес: 107014, Москва,  
ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3,  
тел. (495) 268-84-46  
Статья поступила 06.05.2008 г.,  
принята к печати 04.08.2008 г.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) являются наиболее распространенными болезнями как у детей, так и у взрослых. По данным ВОЗ, в 2005 г. зарегистрировано более 37 млн больных ОРИ, из них более половины — дети. Очевидно, что истинная заболеваемость ОРИ значительно выше, так как больные не всегда обращаются к врачу. Наиболее высок уровень заболеваемости респираторными инфекциями у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Частые ОРИ у детей в настоящее время представляют не только серьезную медицинскую, но и социально-экономическую проблему.

Основными возбудителями ОРИ являются вирусы, тропные к эпителию дыхательных путей и способствующие их вторичной колонизации бактериями. Вирусы повреждают эпителий дыхательных путей и вызывают воспаление слизистой оболочки. Для воспаления респираторного тракта характерно повышение продукции вязкой слизи, что проявляется насморком и кашлем. Вязкий секрет способствует адгезии возбудителей инфекций к слизистой оболочке респираторного тракта, что создает благоприятные условия для развития бактериальной суперинфекции. В свою очередь микроорганизмы и их токсины ухудшают движение ресничек эпителия, нарушают дренажную функцию бронхиального дерева, снижают бактерицидные свойства бронхиального секрета и местную иммунологическую защиту дыхательных путей с высоким риском развития затяжного и хронического течения воспалительного процесса. Поврежденный эпителий бронхов отличается повышенной чувствительно-

**O.V. Zaytseva**

Moscow State University of Medicine and Dentistry

### Modern management of acute respiratory infections in children. Recourses of system anti-inflammatory treatment

A PROBLEM OF ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN ARE OBSERVED IN THIS ARTICLE. MODERN APPROACH TO MANAGEMENT OF ITS TREATMENT IN PEDIATRIC PATIENTS, INCLUDING OFTEN AILING CHILDREN, IS DESCRIBED. AUTHORS GIVE CHARACTERISTICS TO MAIN DIRECTIONS OF TREATMENT OF OBSTRUCTIVE SYNDROME. AN EXPERIENCE OF ANTI-INFLAMMATORY THERAPY WITH FENSPIRIDE (EURESPAL) IN CHILDREN OF DIFFERENT AGE IS SUMMARIZED IN THIS ARTICLE.

**KEY WORDS:** OFTEN AILING CHILDREN, ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS, BRONCHOOBSTRUCTIVE SYNDROME, ANTI-INFLAMMATORY TREATMENT, FENSPIRIDE.

стью рецепторов к внешним воздействиям, что значительно повышает вероятность развития бронхоспазма и бактериальной суперинфекции.

Основными возбудителями ОРВИ являются пневмотропные микроорганизмы, в том числе пневмококк и другие грамположительные кокки, *Haemophilus influenza*, *Moraxella catarrhalis*, атипичные возбудители (микоплазма, *Chlamydia pneumoniae*) и пр. Установлено, что первичная вирусная инфекция часто приводит к активации эндогенной условно-патогенной флоры. Причина более легкой трансформации этой микрофлоры в патогенную у детей связана с возрастными и индивидуальными особенностями иммунного ответа, снижением барьерной функции слизистой оболочки респираторного тракта, снижением активности реакций местного иммунитета, а также с суперинфицированием бактериальными агентами. Присоединение бактериальной инфекции приводит к нарастанию тяжести заболевания и может быть основной причиной неблагоприятного исхода болезни. Характер клинической картины ОРВИ во многом обусловлен патогенными свойствами возбудителя. Однако известно, что чем младше ребенок, тем меньше специфических признаков имеет заболевание.

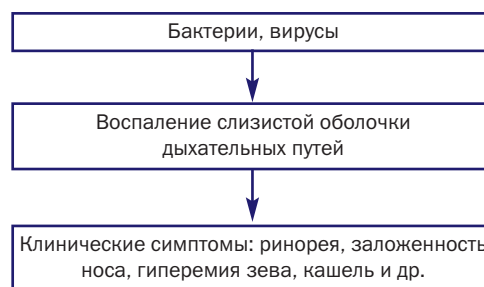
Таким образом, инфекционное воспаление лежит в основе клинических проявлений ОРВИ. Развитие воспаления слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей способствует гиперсекреции вязкой слизи, формированию отека слизистой оболочки респираторного тракта, нарушению мукоцилиарного транспорта, а также возникновению бронхиальной обструкции. Это приводит к заложенности носа, выделению носового секрета, гиперемии зева, боли в горле, отеку миндалин, осиплости голоса, появлению кашля и других симптомов ОРВИ, в том числе ларинготрахеита и острого бронхита. У части больных развивается обструктивный бронхит (рис. 1).

Лечение респираторной инфекции у детей строится в соответствии с основными принципами терапии ОРВИ. Существует ошибочное мнение, что ОРВИ можно не лечить — заболевание «пройдет» самостоятельно. Однако респираторные инфекции без адекватного лечения часто принимают затяжное или осложненное течение: легкий насморк может закончиться тяжелой пневмонией или синуситом. Среди осложнений ОРВИ наиболее часто регистрируются такие как острый синусит, острый средний отит, реже отмечаются орбитальные осложнения синусита (флегмоны орбиты, периостит и др.), еще реже — внутричерепные осложнения (абсцесс головного мозга, синустромбоз). Осложнения острой респираторной вирусной инфекции, как правило, бактериальной этиологии. ОРВИ могут также спровоцировать обострение таких хронических заболеваний, как бронхиальная астма, гломерулонефрит, заболевания сердца и др.

Своевременная терапия ОРВИ способствует более быстрому выздоровлению и предупреждает развитие осложнений. Особое значение приобретает повышение эффективности лечения респираторных инфекций у часто болеющих детей. Безусловно, лечение ОРВИ должно быть комплексным и строиться индивидуально в каждом конкретном случае. В связи с этим актуально применение целенаправленной противовоспалительной терапии при лечении ОРВИ у детей. Противовоспалительные средства, воздействуя на ранние этапы развития респираторной инфекции, оказывают патогенетически обусловленный лечебный эффект. Важно, что противовоспалительная терапия является основным патогенетическим методом лечения ОРВИ, поскольку воспаление:

- лежит в основе развития клинических симптомов ОРВИ;
- способствует бактериальной суперинфекции.

Рис. 1. Этапы формирования клинических симптомов ОРВИ



В лечении респираторных инфекций любой этиологии и локализации в настоящее время важное место отводится фенспириду (Эреспал, Сервье, Франция), действие которого направлено на все фазы воспалительного процесса и эффективно главным образом в отношении слизистой оболочки дыхательных путей. Фенспирид обладает многогранными фармакологическими свойствами, оказывает выраженное противовоспалительное действие, препятствует развитию бронхоконстрикции, делает кашель эффективным. Препарат имеет выраженную тропность к тканям органов дыхания.

По химическому строению и фармакологическим свойствам препарат фенспирид не является ни стероидом, ни «классическим» нестероидным противовоспалительным препаратом (НПВП). Он регулирует метаболизм арахидоновой кислоты. Точкой его приложения является фосфолипаза  $A_2$ , что, на первый взгляд, может сближать его с глюкокортикостероидами (ГКС). Однако фенспирид непосредственно влияет на процесс поступления в клетку кальция, регулирующего активность фосфолипазы  $A_2$ , в то время как ГКС изменяют активность этого фермента, стимулируя синтез белка-ингибитора. Уменьшая активность фосфолипазы  $A_2$ , фенспирид снижает синтез не только простагландинов, но и лейкотриенов, таким образом оказывая выраженное противовоспалительное действие. Фенспирид не вызывает побочных эффектов, свойственных ГКС и НПВП, однако в отличие от «классических» НПВП не оказывает и болеутоляющего, антиагрегантного и жаропонижающего действия.

Противовоспалительный эффект фенспирида не ограничивается влиянием на метаболизм арахидоновой кислоты. Он обладает широким спектром противовоспалительной активности, включая регуляцию образования и эффектов других медиаторов, в том числе таких, как провоспалительные цитокины и гистамин. Из всех цитокинов, участвующих в воспалении, фенспирид в наибольшей степени ингибирует фактор некроза опухоли-альфа (ФНО  $\alpha$ ). Фенспирид снижает миграцию клеток воспаления за счет уменьшения образования факторов хемотаксиса и, в частности, интерлейкина 8, что значительно снижает миграцию эпителия респираторного тракта.

Фенспирид блокирует  $H_1$ -гистаминовые рецепторы, оказывая антигистаминное и противоотечное действие. Кроме того, препарат ингибирует  $\alpha_1$ -адренорецепторы, которые стимулируют секрецию вязкой слизи. Вместе с тем блокада  $\alpha_1$ -адренорецепторов при передозировке препарата может привести к снижению артериального давления.

Таким образом, противовоспалительный механизм действия фенспирида обусловлен, главным образом, блокированием  $H_1$ -гистаминовых и  $\alpha$ -адренергических рецепторов, уменьшением образования лейкотриенов, ФНО  $\alpha$  и других медиаторов воспаления, подавлением миграции

эффекторных воспалительных клеток и активации клеточных рецепторов. Следовательно, фенспирид уменьшает действие основных патогенетических факторов, которые способствуют развитию воспаления, гиперсекреции слизи, гиперреактивности бронхов и обструкции бронхов.

В целом многофакторное воздействие фенспирида на воспалительный процесс проявляется уменьшением выраженности симптомов респираторной инфекции, проявлений бронхообструктивного синдрома или даже предупреждением его развития. 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.

При необходимости фенспирид можно сочетать с антибактериальными и жаропонижающими средствами.

Раннее назначение противовоспалительного препарата фенспирида, тропного к эпителию дыхательных путей, обеспечивает эффективный контроль над симптомами воспаления, способствует быстрому устранению клинических проявлений респираторной инфекции, в том числе бронхиальной обструкции, уменьшает вероятность развития осложнений. Высокая эффективность и безопасность фенспирида у детей всех возрастных групп, включая новорожденных, при ОРВИ продемонстрирована в многочисленных клинических исследованиях.

Клиническая эффективность фенспирида была доказана в ходе европейского многоцентрового исследования у 232 детей первых 6 лет жизни с респираторными заболеваниями различной этиологии (бактериальной, вирусной, аллергической) [1]. Явное уменьшение клинической симптоматики заболевания, в том числе и бронхиальной обструкции, отмечалось на 3-и сутки от начала терапии; к 7-му дню лечения появление респираторных симптомов носило спорадический характер. Отмечена хорошая переносимость препарата детьми раннего возраста.

Широкомасштабное многоцентровое исследование, в котором приняли участие 2582 пациента с острыми инфекционно-воспалительными респираторными заболеваниями, проведено в 9 регионах России [2]. Больные были в возрасте от первых недель жизни до 16 лет. Острая инфекция верхних отделов респираторного тракта была установлена у 79% детей, острый бронхит — у 20,5%, в том числе с бронхиальной обструкцией — в 1/4 случаев, бронхолит — у 0,5% пациентов. 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 фузафунгином (Биопарокс, Сервье Франция) (местный препарат с антибактериальным противовоспалительным действием) — 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). В результате исследования авторами был сделан вывод о том, что «фенспирид является высокоэффективным и безопасным препаратом, способным существенно облегчить течение ОРВИ у детей. 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».

Контролируемое рандомизированное исследование эффективности фенспирида у 80 детей в возрасте от 1 года до 10 лет при ОРВИ с синдромом крупа было проведено в Морозовской детской клинической больнице г. Москвы [3]. Установлено, что назначение фенспирида в комплексе со щелочными ингаляциями при синдроме крупа у детей с ОРВИ приводит к достоверно более быстрому, чем в контрольной группе, уменьшению отека и гиперемии слизистой оболочки ротоглотки, сокращению продолжительности основных клинических симптомов заболевания и синдрома крупа, предотвращению бактериальных осложнений, что позволило обойтись без антибактериальной терапии и сокращает сроки госпитализации.

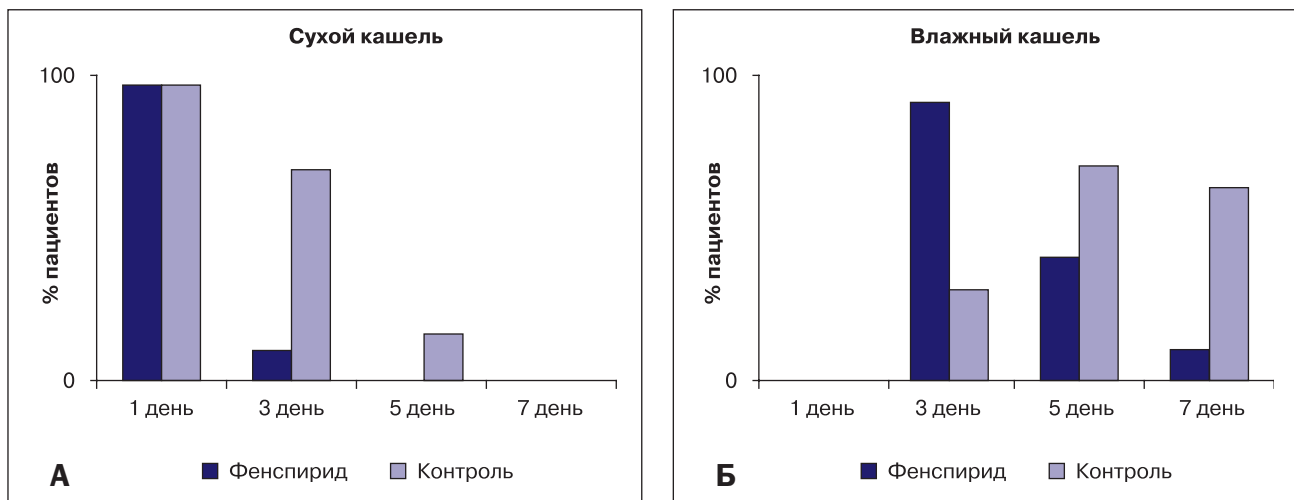
Сравнительное открытое исследование клинической эффективности фенспирида у 65 детей возрасте от 6 мес до 3 лет с обструктивным бронхитом продемонстрировало высокую эффективность и безопасность препарата [4]. Отмечено, что фенспирид уменьшал проявления бронхообструкции, а процесс образования мокроты становился «контролируемым». В результате отмечалась положительная динамика кашля, частота которого (и сухого, и влажного) существенно отличалась от таковой в контрольной группе детей (рис. 2). Препарат хорошо сочетался с антибиотиками, дополняя их воздействие на этиологический фактор. Наши собственные исследования также подтвердили высокую эффективность фенспирида в терапии острого обструктивного бронхита у детей: продолжительность респираторного заболевания и длительность обструктивного синдрома были достоверно ниже, чем в контрольной группе. В то же время при назначении фенспирида детям с ОРВИ, страдающим бронхиальной астмой (вне приступа заболевания), бронхообструктивный синдром развивался достоверно реже.

Важно подчеркнуть, что у детей с бронхиальной астмой на фоне интеркуррентной респираторной инфекции, как правило, развивались приступы бронхоспазма, порой очень тяжелые, что существенно ухудшало течение основного заболевания и качество жизни пациента и его семьи. Поэтому в настоящее время детям, страдающим бронхиальной астмой, при первых симптомах ОРВИ рекомендовано в течение 7–10 дней:

- увеличить дозы препаратов для базисной терапии в 1,5–2 раза;
- назначить один из антигистаминных препаратов второго поколения, а также: интерферон и фенспирид в течение 10–14 дней, фузафунгин — при наличии хронических очагов инфекции в носоглотке.

Указанная комплексная терапия обеспечивает более быстрое выздоровление при респираторном заболевании и с высокой вероятностью предупредит обострение бронхиальной астмы.

Безусловно, оптимальной стратегией является профилактика развития бронхообструктивного синдрома. Однако симптомы бронхообструкции на фоне ОРВИ у детей в возрасте до 7 лет развиваются достаточно часто, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями их бронхиального дерева. Основные направления терапии в этом случае включают мероприятия по улучшению дренажной функции бронхов, противовоспалительную и бронхолитическую терапию. Тяжелое течение приступа бронхообструкции требует оксигенации вдыхаемого воздуха, а иногда —

**Рис. 2.** Динамика сухого (А) и влажного (Б) кашля у пациентов с обструктивным бронхитом в результате терапии фенспиридом

искусственной вентиляции легких. Дети с тяжелым течением бронхообструкции нуждаются в госпитализации.

Мероприятия по улучшению дренажной функции бронхов включают в себя активную оральную регидратацию, использование отхаркивающих и муколитических препаратов, массажа, постурального дренажа, дыхательной гимнастики.

С целью бронхолитической терапии у детей раннего возраста с бронхиальной обструкцией инфекционного генеза используют  $\beta_2$ -агонисты короткого действия, антихолинергические препараты, теофиллины короткого действия и их сочетание. Предпочтение следует отдавать ингаляционным формам введения препаратов.

Отмечают, что  $\beta_2$ -агонисты короткого действия (сальбутамол, тербуталин, фенотерол) являются препаратами первого выбора для уменьшения острой бронхообструкции. При ингаляционном применении они дают быстрый (через 5–10 мин) бронходилатирующий эффект. Назначать их следует 3–4 раза в сутки. Препараты этой группы высокоселективны, следовательно, их побочные эффекты минимальны. Однако при длительном бесконтрольном применении  $\beta_2$ -агонистов короткого действия возможны повышение бронхиальной реактивности и снижение чувствительности  $\beta_2$ -адренорецепторов к препарату. Разовая доза сальбутамола ингалируемого через спейсер или аэрозоль, составляет 100–200 мкг (1–2 дозы), при использовании небулайзера разовая доза может быть значительно выше — 2,5 мг (небулы по 2,5 мл 0,1% раствора). При тяжелом течении торпидного к лечению бронхообструктивного синдрома — в качестве «терапии скорой помощи» допускается проведение трех ингаляций  $\beta_2$ -агониста короткого действия в течение 1 ч с интервалом 20 мин.

Антихолинергические препараты блокируют мускариновые  $M_3$ -рецепторы для ацетилхолина. Бронходилатирующий эффект ингаляционной формы ипратропия бромидом развивается уже через 15–20 мин после ингаляции. Через спейсер однократно ингалируют 2 дозы (40 мкг) препарата, через небулайзер — 8–20 капель (100–250 мкг) 3–4 раза в сутки. Антихолинергические препараты при бронхообструктивном синдроме, возникшем на фоне респираторной инфекции, несколько более эффективны, чем  $\beta_2$ -агонисты короткого действия. Однако переносимость ипратропия бромидом у маленьких детей несколько хуже, чем сальбутамола.

Физиологической особенностью детей раннего возраста является наличие относительно небольшого количества

$\beta_2$ -адренорецепторов в бронхах. С возрастом увеличивается их число и повышается чувствительность к действию медиаторов. Чувствительность М-холинорецепторов, как правило, достаточно высока с первых месяцев жизни. Эти наблюдения послужили предпосылкой для создания комбинированных препаратов.

Теофиллины короткого действия (эуфиллин) в России до настоящего времени, к сожалению, являются основными препаратами для купирования бронхообструкции, в том числе и у детей раннего возраста. Причинами этого являются низкая стоимость препарата, его довольно высокая эффективность, простота использования и недостаточная информированность врачей. Эуфиллин, обладая бронхолитической и, в определенной мере, противовоспалительной активностью, имеет большое количество побочных эффектов. Основным серьезным обстоятельством, ограничивающим использование эуфиллина, служит его небольшая «терапевтическая широта» (близость терапевтической и токсической концентраций), что требует обязательного контроля его уровня в плазме крови. Установлено, что оптимальная концентрация в ней эуфиллина составляет 8–15 мг/л; возрастание ее до 16–20 мг/л сопровождается более выраженным бронхолитическим эффектом, но одновременно чревато большим количеством нежелательных проявлений со стороны пищеварительной (основные симптомы — тошнота, рвота, диарея) и сердечно-сосудистой систем (риск развития аритмии), ЦНС (бессонница, тремор рук, возбуждение, судороги), метаболическими нарушениями. У больных, принимающих антибиотики-макролиды или переносящих респираторную инфекцию, наблюдается замедление клиренса эуфиллина, что может вызвать развитие осложнений даже при стандартной дозе препарата. Европейским респираторным обществом рекомендуется использование препаратов теофиллина только при мониторинговании его сыровоточной концентрации, которая не коррелирует с дозой введенного препарата.

В настоящее время эуфиллин принято относить к препаратам 2-й очереди и назначать при недостаточной эффективности  $\beta_2$ -агонистов короткого действия и М-холинолитиков. Детям раннего возраста назначают эуфиллин в микстуре из расчета 5–10 мг/кг в сутки, разделенных на 4 приема. При тяжелой бронхообструкции эуфиллин вводят внутривенно капельно (в физиологическом растворе или растворе глюкозы) в суточной дозе до 16–18 мг/кг, разделенной на 4 введения. Внутримышечно инъекциро-

# 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*
- ✓ *Дети до 14 лет — сироп 2 мл/кг в день до 2 лет (до 10 кг) — 2-4 ч. л. в день старше 2 лет (более 10 кг) — 2-4 ст. л. в день*



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

Адрес: Москва 115054, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3.  
Тел.: (495) 937-07-00. Факс: (495) 937-07-01



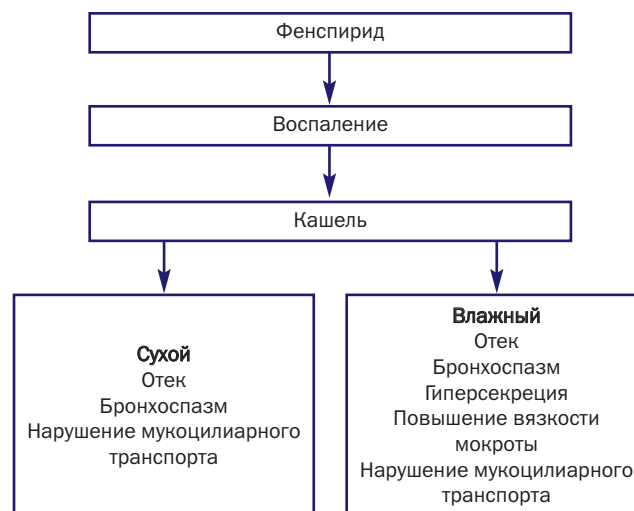
вать эуфиллин детям не рекомендуется, так как болезненные уколы могут усилить бронхообструкцию.

Противовоспалительная терапия, безусловно, — основной метод патогенетического лечения бронхообструктивного синдрома. При обструкции легкого течения, а также для ее профилактики у детей с ОРИ основным препаратом является фенспирид, который уменьшает действие патогенетических факторов, способствующих развитию воспаления, гиперсекреции слизи, гиперреактивности бронхов и обструкции бронхов. Фенспирид является препаратом выбора при бронхообструктивном синдроме инфекционного генеза у детей раннего возраста, особенно при наличии гиперпродуктивного ответа. Наилучший терапевтический эффект отмечен при раннем назначении препарата. Тяжелое течение бронхиальной обструкции у детей с респираторной инфекцией требует назначения ингаляционных форм ГКС или (реже) системных кортикостероидов. Данные литературы и результаты собственных клинических наблюдений свидетельствуют о том, что использование современных ингаляционных ГКС является высокоэффективным и безопасным методом терапии бронхообструктивного синдрома при тяжелом его течении. При остром тяжелом обструктивном бронхите с тяжелой бронхиальной обструкцией необходимость в указанной терапии обычно составляет 5–7 дней.

Назначение фенспирида детям, склонным к аллергии и часто болеющим ОРИ, особенно эффективно в случае гиперплазии аденоидных вегетаций (аденоидов), поскольку у 30–40% детей раннего возраста именно воспаление стимулирует уже к 2 годам жизни их чрезмерное стремительное увеличение, выходящее за пределы физиологической гиперплазии, характерной для детей до 5 лет. Персистирующие инфекции носоглотки и аллергическое воспаление способствуют увеличению аденоидных вегетаций у 70% детей школьного возраста, задерживая их возрастную физиологическую инволюцию. Таким больным в комплексную терапию также целесообразно включить местный антибиотик с противовоспалительным действием — фузафунгин, что поможет уменьшить отечно-воспалительные реакции со стороны лимфоидной ткани. Именно воспаление является причиной продолженного роста аденоидных вегетаций у детей, перенесших удаление аденоидов (аденоидиому). Поэтому если больным с аллергией респираторного тракта предпринимаются такие вмешательства (по строгим показаниям), то в послеоперационном периоде фузафунгин целесообразно назначать в течение 2 нед в сочетании с противовоспалительным препаратом — фенспиридом.

Хорошо известно, что для патогенеза воспалительных заболеваний респираторного тракта характерны изменение вязкости мокроты и снижение мукоцилиарного клиренса. Если перистальтические движения мелких бронхов и деятельность реснитчатого эпителия не обеспечивают необходимого дренажа, развивается кашель. Следовательно, кашель — это защитный рефлекс, направленный на восстановление проходимости дыхательных путей. Очевидно,

Рис. 3. Этапы формирования клинических симптомов ОРИ



что у детей необходимость в подавлении кашля с использованием истинных противокашлевых препаратов возникает крайне редко, применение их, как правило, с патофизиологических позиций не оправдано. При проведении комплексной терапии кашля у детей с респираторной патологией необходимо учитывать характер воспаления, возраст ребенка и особенности фармакологического действия препарата. Применение муколитических и отхаркивающих препаратов у детей с респираторной инфекцией не всегда может ликвидировать «порочный круг» механизма воспаления бронхов. В связи с этим актуален поиск новых медикаментозных средств, направленных на снижение активности воспаления. В последние годы в качестве противовоспалительного средства при респираторных инфекциях с успехом используется фенспирид, подавляющий воспалительный процесс, тем самым делая кашель (как сухой, так и продуктивный) более эффективным (рис. 3).

В заключение необходимо подчеркнуть, что медицинская помощь детям, часто болеющим респираторными инфекциями, должна включать:

- восстановительные (реабилитационные) мероприятия между эпизодами ОРИ;
- санацию носоглотки (проводится ЛОР-врачом);
- иммунопрофилактику (специфическую, неспецифическую);
- вакцинацию;
- этиотропную и патогенетическую терапию ОРИ.

Таким образом, лечение ОРИ у детей — актуальная, но непростая задача. Комплексная терапия должна строиться с учетом основных этиологических факторов и патогенеза заболевания, а использование современных фармакологических препаратов обеспечивает эффективность проводимого лечения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Brems H.M., Thomas J.R. Benefice therapeutique du Pneumorel sirop dans les affections respiratoires du nourrisson et de l'enfant // Ars. Medici. — 1982. — № 37. — P. 67–62.
2. Самсыгина Г.А., Фитилев С.Б., Левин А.М. Результаты многоцентрового исследования эффективности фенспирида гидрохлорида (Эреспала) при лечении острой респираторной инфекции у детей // Педиатрия. — 2002. — № 2. — С. 81–85.
3. Степанов А.Н., Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф. и др. Лечение эреспалом ОРЗ у детей // Педиатрия. — 2001 (специальный выпуск). — С. 74–77.
4. Коровина Н.А., Овсянникова Е.М., Данилова И.Е. Комплексная терапия обструктивного бронхита с применением фенспирида (Эреспала) у детей раннего возраста // Клиническая фармакология и терапия. — 2001. — Т. 10, № 5. — С. 28–31.