

МЕЛЬНИКОВА И.М., ЛОГИНЕВСКАЯ Я.В., МИЗЕРНИЦКИЙ Ю.Л., БАТОЖАРГАЛОВА Б.Ц.

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия», г. Ярославль

Городская поликлиника № 208 ЮАО, г. Москва

Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Минздравсоцразвития РФ, г. Москва

Детская поликлиника № 2, г. Чита

638.153.2:616-085-053.2

Сравнительная эффективность различной мукоактивной терапии у детей с острыми и хроническими заболеваниями органов дыхания

Цель работы: провести сравнительную оценку клинической эффективности различных методов мукоактивной терапии у детей с острыми и хроническими заболеваниями органов дыхания. В ходе многоцентрового клинического исследования с участием 5 медицинских учреждений России нами обследовано 164 ребенка в возрасте от 2 до 17 лет с ОРИ нижних дыхательных путей: острый трахеит, острый и обструктивный бронхит, пневмония, а также обострением рецидивирующего бронхита и бронхиальной астмы легкой и средней степени тяжести на фоне ОРИ в условиях поликлиники. Пациенты были разделены на сходные по клинике, возрасту группы и наряду с общепринятым лечением получали: 1-я группа (97 детей) — лизиновую соль карбоцистеина (ЛКЦ) (флуифорт); 2-я группа (40 детей) — комбинированный муколитик, имеющий в составе амброксола гидрохлорид, хлорфенамина малеат, гвайфенезин, фенилэфрин гидрохлорид (риниколд бронхо); 3-я группа (15 детей) — ацетилцистеин (АЦЦ); 4-я группа (12 детей) — традиционные отхаркивающие фитопрепараты (ФП) (алтейный корень, подорожник, солодка). Эффективность терапии определяли по динамике и выраженности клинической симптоматики, которую оценивали в баллах по специально разработанной шкале. В динамике исследовали уровень секреторного иммуноглобулина А (sIgA) в слюне (ИФА, «Вектор-Бест», Россия).

В результате исследования было установлено, что у детей с острыми бронхитами, получавших ЛКЦ, уже на 2-й день лечения наблюдалось более значимое облегчение отхождения мокроты ($p < 0,05$), быстрее купировался сухой ($p < 0,001$) и влажный кашель ($p < 0,004$) в отличие от пациентов, получавших ФП. У детей с ОРИ нижних дыхательных путей и бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести в периоде обострения на фоне ОРИ, получавших ЛКЦ, быстрее уменьшались выраженность влажного кашля ($p < 0,001$), объем и период продуцирования мокроты (к 4–6-му дню лечения) в отличие от группы, получавшей АЦЦ (соответственно $p = 0,0002-0,0009$; $p = 0,015$), а также у них отмечалась меньшая продолжительность сухих (соответственно $3,87 \pm 0,92$ и $1,75 \pm 0,22$ дня; $p = 0,02$) и влажных хрипов в легких (соответственно $3,6 \pm 0,85$ и $1,57 \pm 0,24$ дня; $p = 0,02$).

Следует заметить, что ЛКЦ оказалась более эффективной у детей старшего возраста (старше 8 лет) с ОРИ нижних дыхательных путей, в то время как основными «потребителями» мукоактивных препаратов являются дети младшей возрастной группы. Об этом свидетельствовала динамика как клинических

респираторных симптомов, так и показателей местного иммунитета. У старших детей в динамике лечения нами отмечен значительно больший прирост sIgA в слюне (соответственно $4,60 \pm 4,3$ и $2,56 \pm 4,4$ мг/л; $p = 0,029$), что свидетельствовало о более значимом повышении местной иммунологической защиты в данной группе.

В результате проведенной нами сравнительной оценки мукоактивного эффекта комбинированного муколитика и ЛКЦ было доказано, что эти препараты различаются по характеру воздействия на кашлевой синдром при ОРИ нижних дыхательных путей. Так, комбинированный мукоактивный препарат быстрее уменьшал длительность и выраженность сухого кашля ($p < 0,01$). К 7-му дню применения комбинированного муколитика сухие хрипы в легких при аускультации отсутствовали. По воздействию на выраженность влажного кашля эти препараты были сходны. Однако на фоне лечения комбинированным средством выявлено более значимое продуцирование мокроты (к 5 дню), а также некоторое увеличение выраженности влажных хрипов в легких (к 3 дню) в отличие от ЛКЦ, обладающей мукорегулирующим эффектом ($p < 0,01$). Следует отметить, что у детей, получавших комбинированный муколитик, также быстрее купировались патологические выделения из носовых ходов и затруднение носового дыхания.

На эффективность мукоактивной терапии существенное негативное влияние оказывает активное и пассивное табакокурение. У пациентов, подверженных воздействию табачного дыма, особенно у активных курильщиков, через 3 недели после лечения ЛКЦ показатели местного иммунитета (по уровню прироста sIgA слюны) увеличивались незначительно в отличие от неэкспонированных к табачному дыму детей. А через 2 мес. у курящих подростков (в возрасте от 14 до 17 лет) уровень sIgA слюны вновь возвращался к исходно низкому уровню. Наши данные свидетельствуют о том, что табачный дым усиливает продукцию мокроты и снижает местный иммунитет, что следует учитывать при подборе мукоактивной терапии.

В заключении подчеркнем, что в целом выбор того или иного мукоактивного отхаркивающего препарата должен определяться индивидуальными особенностями больного: видом, тяжестью и особенностями течения бронхолегочного процесса; возрастом ребенка; характером и выраженностью кашля, мокроты; знанием фармакологических свойств препарата и негативных факторов, влияющих на эффективность терапии.