

© Коллектив авторов, 2009

Ю.В. Черненко, О.И. Гуменюк, И.Ю. Попова, Е.Е. Раскина, Н.Н. Добло

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ФЕНСПИРИД ГИДРОХЛОРИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра поликлинической, социальной педиатрии и неонатологии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, г. Саратов, РФ

Изучены эффективность и безопасность применения сиропа Эреспал (фенспирид гидрохлорид) при лечении острых респираторных инфекций (ОРИ) с симптомами острого трахеита, острого простого и обструктивного бронхита у 50 детей в возрасте от 3 мес до 10 лет. Монотерапия ОРИ Эреспалом сократила сроки купирования основных клинических симптомов (сухой и влажный кашель), снижала потребность в назначении других лекарственных препаратов, способствовала снижению числа нейтрофилов и макрофагов на слизистой оболочке зева по данным цитогаммы. Показана безопасность применения Эреспала при лечении ОРИ у детей в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: дети, острые респираторные инфекции, цитогамма зева, Эреспал.

Efficacy and safety of Ererspal syrup (Fesnpiride hydrochloride) in treatment of acute respiratory infections (ARI) with signs of acute tracheitis, acute non – obstructive and acute obstructive bronchitis was studied in 50 children aged 3 months – 10 years. ARI monotherapy by Erespal reduced term of main clinical signs (short and productive cough) resolution, reduced needs in other medicaments, led to decreased number of neutrophiles and macrophages on throat mucosa according to data of throat cytogramm. The study proved Erespal safety in outpatient treatment of pediatric ARI.

Key words: children, acute respiratory infections, throat cytogramm, Erespal.

Воспаление слизистой оболочки дыхательной системы – наиболее часто встречаемое патологическое состояние в детском возрасте. В большинстве случаев этиологическим фактором являются вирусы и вирусно-бактериальные ассоциации. Очень важно уже на ранних стадиях заболевания эффективно влиять на местные факторы защиты, чтобы предотвратить прогрессирование, распространение заболевания и возникновение осложнений. Учитывая патогенез инфекционного процесса наряду с этиотропными средствами в

терапии острых респираторных инфекций (ОРИ) важно использовать лекарства, которые быстро уменьшают отек и гиперемию слизистой оболочки, устраняют кашель, регулирует выработку мокроты и улучшают ее отхождение, препятствуют развитию гиперреактивности и необратимых изменений слизистой оболочки дыхательных путей (ДП). Этим требованиям отвечает препарат фенспирид гидрохлорид – Эреспал (Сервье, Франция), который обладает комплексным противовоспалительным воздействием на слизистую

Контактная информация:

Черненко Юрий Валентинович – д.м.н., проф. каф. поликлинической социальной педиатрии и неонатологии Саратовского ГМУ

Адрес: 410012 г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112

E-mail: chernenkov@sgmu.ru

Статья поступила 02.12.09, принята к печати 10.12.09

оболочку ДП при ОРВИ. Воздействуя на метаболизм арахидоновой кислоты, Эреспал уменьшает образование простагландинов и лейкотриенов, являясь антагонистом H_1 -гистаминовых рецепторов и α_1 -рецепторов, уменьшает гиперреактивность бронхов, препятствует бронхоконстрикции [1–4]. В высокой дозировке оказывает выраженное торможение секреции фактора некроза опухолей, приводит к снижению факторов хемотаксиса и таким образом уменьшает миграцию воспалительных клеток и снижает их общее число. Снижая образование таких медиаторов воспаления, как гистамин, простагландины, лейкотриены, цитокины, Эреспал уменьшает патологическую бронхиальную гиперсекрецию. Кроме того, Эреспал увеличивает скорость движения ресничек покровного эпителия трахеобронхиального дерева, что очень важно в детском возрасте, поскольку мукоцилиарный клиренс является основным механизмом очищения респираторного тракта [1–4]. Противовоспалительный эффект Эреспала отличается от эффектов нестероидных противовоспалительных средств и глюкокортикостероидов [1–4]. При этом побочные эффекты Эреспала минимальны в отличие от других групп противовоспалительных средств.

Эреспал избирательно оказывает свое противовоспалительное действие на верхние и нижние ДП. Широта фармакологических свойств этого препарата позволяет успешно использовать его в лечении различных заболеваний бронхолегочной системы и ЛОР-органов, в основе которых лежит воспалительный процесс [1–4]. При этом положительное действие Эреспала отмечается как в условиях монотерапии при лечении больных с острой воспалительной патологией ДП, так и в сочетании с другими препаратами, включая антибиотики, противоаллергические и отхаркивающие средства, местные симптоматические препараты [3, 4].

Целью данного исследования являлось изучение эффективности и безопасности сиропа Эреспал (фенспирид гидрохлорид) при лечении детей различного возраста, больных ОРВИ, протекающими с симптомами острого трахеита, острого простого и обструктивного бронхита на педиатрическом участке.

Проведена сравнительная оценка эффективности и безопасности применения сиропа Эреспал при лечении ОРВИ у 50 детей в возрасте от 3

мес до 10 лет (основная группа). Дети основной группы получили монотерапию ОРВИ препаратом Эреспал из расчета 4 мг/кг 3 раза в сутки перорально. Группу сравнения составили 50 детей аналогичного возраста, получивших терапию ОРВИ, не включавшую Эреспал и состоящую из индукторов интерферона, муколитиков, мукокинетиков, мукоурегуляторов, антибиотиков (в соответствии с рекомендациями по антибиотикотерапии при ОРВИ в амбулаторной практике) (табл. 1).

Дизайн исследования: клиническое наблюдение детей в динамике заболевания, оценка динамики основных клинических симптомов заболевания в течение одного месяца наблюдения. В зависимости от возраста осмотр детей осуществляли ежедневно (на активках) и в поликлинике (1 раз в 3–5 дней). Длительность заболевания на момент осмотра и назначения терапии составляла в среднем $2,3 \pm 1,5$ сут. Эффективность применения препарата Эреспал оценивали на основании динамики сухого и влажного кашля, а также оценивали переносимость препарата. Анализировали результаты выполненных цитогрaмм слизистой оболочки зева на 1-й и 14-й дни наблюдения (мазки-отпечатки готовили из слизистого отделяемого зева, полученного ватными туфферами, с последующей фиксацией в смеси Никифорова и окраской по Романовскому–Гимзе). Объектом исследования служили фагоцитирующие клетки – нейтрофилы и макрофаги.

Статистический анализ проводили при помощи пакета программ XL Statistics version 4.0 (R.Carr, Австралия, 1998), STATISTICA 6.0 («StatSoft», США) и Microsoft Excel 2000. Сравнение групп проводили с использованием U-критерия Манна–Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали при $p < 0,05$ [5].

Данное исследование показало, что применение препарата Эреспал при лечении ОРВИ у детей различного возраста на педиатрическом участке безопасно. Ни у одного ребенка не отмечалось побочных реакций на прием этого препарата. Монотерапия трахеита и бронхита при ОРВИ препаратом Эреспал в основной группе статистически значимо сократило период и выраженность основных симптомов заболевания. Купирование сухого кашля при монотерапии Эреспалом сокращалось до $2,4 \pm 0,2$ дней, а влажного – до $5,3 \pm 0,3$ дней от начала заболевания. У детей группы сравнения указанные симптомы купировались позднее – до $2,8 \pm 0,1$ дней ($p = 0,02$) и $5,8 \pm 0,2$ дней ($p = 0,04$) соот-

Таблица 1

Клиническая характеристика наблюдаемых пациентов

Показатели	Основная группа n=50	Группа сравнения n=50
Средний возраст, годы	$5,0 \pm 3,3$	$5,2 \pm 3,4$
Число мальчиков	31	29
Число девочек	19	21
ОРВИ с острым трахеитом	7	10
ОРВИ с острым простым бронхитом	37	35
ОРВИ с острым обструктивным бронхитом	6	5

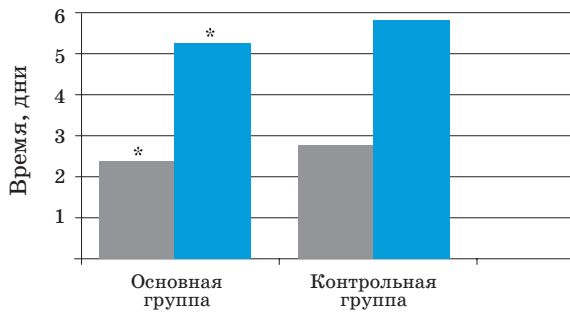


Рис. 1. Динамика сухого и влажного кашля при лечении детей основной и контрольной групп.

1-й столбик – сухой кашель, 2-й столбик – влажный кашель; здесь и на рис. 2: * $p < 0,05$.

ветственно (рис. 1). Анализ назначаемых при ОРИ лекарственных препаратов показал, что в основной группе детей, получавших Эреспал, на 5–7-е сутки от начала лечения дополнительно потребовалось назначение муколитиков и мукокинетиков у 14 (28%), бронхолитиков и антигистаминных препаратов – у 8 (16%) пациентов. В то же время в группе сравнения это количество составило соответственно 50 (100%) ($p < 0,01$) и 26 (52%) ($p = 0,02$) (рис. 2). Кроме того, следует отметить, что в группе сравнения дополнительное назначение препаратов потребовалось в более ранние сроки – на 2–3-е сутки от начала лечения. Таким образом, монотерапия Эреспалом ОРИ, протекающих с симптомами острого трахеита, острого простого и обструктивного бронхита, возможна у более чем 70% детей.

Результаты анализа цитограммы зева показали, что у детей основной группы прием Эреспала

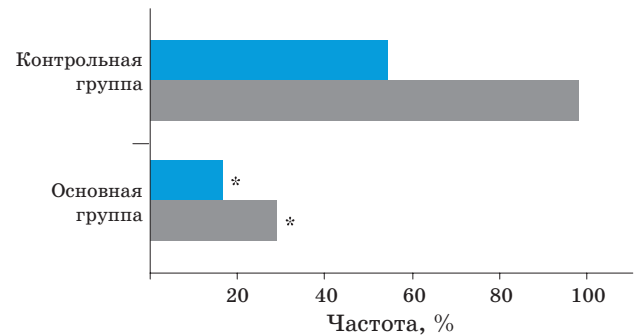


Рис. 2. Анализ дополнительно назначаемых к терапии Эреспалом препаратов при ОРИ у детей основной и контрольной групп.

■ бронхолитики и антигистаминные препараты, ■ муколитики и мукокинетики.

способствовал статистически значимому снижению числа нейтрофилов на слизистой оболочке с 17,5 до 9,1% ($p = 0,03$), макрофагов – с 15,1 до 3,7% ($p = 0,008$). У больных, не получавших Эреспал, наблюдалась тенденция к увеличению числа нейтрофилов с 17,2 до 20,7% и числа макрофагов – с 5,1 до 9,7% ($p = 0,02$) (табл. 2).

Распределение детей с учетом динамики показателей цитограммы зева на фоне применения Эреспала выявило следующее: в основной группе к концу исследования число нейтрофилов статистически значимо уменьшилось у 46 из 50 детей (92%) ($p < 0,01$), а число макрофагов – у 42 из 50 обследованных (84%) ($p < 0,01$). В группе сравнения среди не получавших Эреспал повышение числа нейтрофилов наблюдалось у 15 пациентов (30%). Обнаружена тенденция к снижению числа макрофагов у 38 из 50 детей (76%)

Таблица 2

Динамика количества нейтрофилов и макрофагов на слизистой оболочке зева на фоне лечения Эреспалом

Группы больных	n	Нейтрофилы, %		Макрофаги, %	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Основная	50	17,5±2,1	9,1±2,9*	15,1±1,9	3,7±2,1**
Сравнения	50	17,2±2,4	20,7±1,9	5,1±1,2	9,7±2,3

* $p < 0,05$ и ** $p < 0,01$ при сравнении показателей до и после лечения.

Таблица 3

Распределение больных с учетом динамики количества нейтрофилов и макрофагов на слизистой оболочке зева на фоне лечения Эреспалом

Группы больных	n	Нейтрофилы				Макрофаги			
		увеличение числа		уменьшение числа		увеличение числа		уменьшение числа	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная	50	4	8	46	92*	8	16	42	84*
Сравнения	50	15	30	35	70	12	24	38	76

* достоверность различия при сравнении показателей между группами обследованных больных.

(табл. 3). Отмеченная клеточная реакция на слизистой оболочке зева отражает стихание воспалительного процесса в данном отделе респираторного тракта, начало репаративных изменений с восстановлением эпителиального барьера и, соответственно, мукоцилиарного клиренса.

Таким образом, для лечения ОРИ с симптомами острого трахеита, острого простого и обструк-

тивного бронхита возможна монотерапия препаратом Эреспал более чем в 70% случаев, который сокращает периоды сухого и влажного кашля и позволяет избежать полипрагмазии (назначения больным детям нескольких препаратов одновременно – муколитиков, мукокинетиков, бронхолитиков и антигистаминных). Показана безопасность лечения Эреспалом в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Овчаренко С.И., Глухарева Н.С. Эффективность и безопасность применения эреспала (фенспирида гидрохлорида) при лечении острых респираторных инфекций у детей первых месяцев жизни. Педиатрия. 2009; 3: 101–103.

2. Соколов А.С. Эреспал (фенспирид) в лечении заболеваний бронхолегочной системы и лор-органов. Пульмонология. 2003; 13 (5): 122–127.

3. Таточенков В.К. Дифференциальная диагностика и лечение кашля у детей. Детский врач. 2007; 1: 4–7.

4. Эрдес С.И. Патогенетические основы применения и эффективность фенспирида в педиатрической практике. Вопр. совр. педиатрии. 2004; 4 (3): 46–50.

5. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в научный журнал медико-биологической направленности в свете концепции «Доказательной медицины». Сиб. мед. журнал. 2008; 1: 5–8.