© Коллектив авторов, 2013

Т.А. Романова, Н.Я. Сысоева, Е.И. Руднева, Л.В. Рубцова, Л.Н. Восковская

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЭРЕСПАЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

ФГАО ВПО НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,
ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Белгород, РФ

Болезни органов дыхания по официальным статистическим данным стабильно занимают в структуре общей заболеваемости детей в нашей стране первое ранговое место. В статье представлены результаты анализа изучения клинической эффективности Эреспала (фенспирида гидрохлорида) у 30 детей в возрасте от 2 до 4 лет с острым обструктивным бронхитом (ООБ). Применение Эреспала в комплексном лечении ООБ у детей сопровождалось существенным снижением выраженности и частоты приступов кашля, положительной динамикой самочувствия ребенка и аускультативной картины в легких, а также привело к сокращению длительности пребывания в стационаре и расходов учреждения на стационарное лечение.

Ключевые слова: *острый обструктивный бронхит, дети, лечение, Эреспал (фенспирид гидрохлорид).*

Infections of respiratory tract are, according to data of official statistics, most frequent children's diseases in Russia. Authors analyzed clinical efficacy of Eurespal (Fenspiride hydrochloride) in 30 children aged 2–4 years with acute obstructive bronchitis (AOB). Eurespal usage in complex AOB treatment was accompanied by significant decrease of intensity and frequency of cough episodes, by positive dynamic of feeling and auscultative signs and leaded to reduced duration of impatient treatment and reduced cost of hospitalization.

Key words: *acute obstructive bronchitis, children, treatment, Eurespal (Fenspiride hydrochloride).*

Контактная информация:
Романова Татьяна Алексеевна – д.м.н., зав. каф. педиатрии с курсом детских хирургических болезней НИУ БелГУ
Адрес: 308015 г. Белгород, ул. Победы, 85
Тел.: (4722) 55-07-06, **E-mail:** romanova@bsu.edu.ru u
Статья поступила 15.07.13, принята к печати 22.08.13.

3. Эреспал в виде сиропа является удобной лекарственной формой, обладает приятными органолептическими свойствами, что позволяют назначать его детям первых лет жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баранов А.А.* Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика». М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2006: 31–32, 55–56.

2. *Середа Е.В., Лукина О.Ф., Селимзянова Л.Р.* Механизмы бронхиальной обструкции и терапевтическая тактика при бронхитах у детей. Педиатрия. 2010; 90 (5): 77–86.

3. Детские болезни: Учебник. Под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004: 880 с.

4. *Сорока Н.Д.* Бронхиты у детей: Пособие для врачей. СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2006: 13–20, 34–42.

5. *Чебуркин А.А., Чебуркин А.В.* Доминирующие факторы патогенеза бронхообструкции при острых бронхитах у детей раннего возраста. Научно-практический медицинский журнал «Доктор Ру». 2008; 1: 28–32.

6. *Самсыгина Г.А., Фитилев С.Б., Левин АМ.* Результаты многоцентрового исследования эффективности фенспирида гидрохлорида (Эреспал) при лечении острой респираторной инфекции у детей. Педиатрия. 2002; 81 (2): 81–85.

7. *Самсыгина Г.А.* Эффективность Эреспала при лечении острой респираторной инфекции у детей. Детский врач. 2007; 3: 4–5.

РЕФЕРАТЫ

ФУНКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШОЙ β-ТАЛАССЕМИИ

Цель данного сообщения – доложить об экспертном консенсусе относительно диагностики и лечения сердечно-сосудистых нарушений при большой β-талассемии (БТ). Этот консенсус не покрывает все гемоглобинопатии, в том числе не касается промежуточной талассемии и серповидноклеточной анемии, для которых также типичен широкий спектр сердечно-сосудистых нарушений. В этой области по ним нет определенных данных, помимо нескольких контролируемых исследований по лечению гемосидероза миокарда, и нет данных о лечении острой сердечной недостаточности. Принципы диагностики и лечения последствий накопления железа в сердечной мышце при БТ напрямую относятся к другим состояниям с перегрузкой железом, в том числе при анемии Даймонда–Блэкфана, сидеробластной анемии и врожденном гемохроматозе.

Сердечная недостаточность – основная причина смерти при БТ и непосредственно зависит от накопления железа. Диагностика желудочковой дисфункции у больных БТ отличается от таковой у больных без анемии, поскольку адаптация сердечно-сосудистой системы к хронической анемии у больных БТ при поражении сердца подразумевает одышку, снижение артериального давления, увеличенный конечный диастолический объем, высокую фракцию выброса. Хроническая анемия также сопровождается такими симптомами, как одышка, и они могут маскировать развитие сердечной патологии. Центральным моментом в выявлении перегрузки миокарда железом при БТ является определение железа в миокарде при помощи T2 при МРТ. T2*<10 ms при МРТ сердца – наиболее важный предиктор развития сердечной недостаточности. Определение ферритина сыворотки и накопления железа в печени не является адекватной заменой определению железа в сердечной мышце. Определение функции сердца с помощью неинвазивных методик может быть полезным в клинике, но обычно нужна целая серия повторных исследований, чтобы уловить тенденцию, поскольку интерпретация данных однократного исследования осложняется из-за неадекватной гемодинамики при БТ и измерения не отличаются точностью.*

Острая декомпенсированная сердечная недостаточность является неотложным состоянием и требует срочной консультации в специализированном центре и оценки тактики ведения больного. Первый принцип ведения больных с острой сердечной недостаточностью – контроль кардиотоксичности, вызванной свободным железом, и срочное назначение прерывистых продолжительных внутривенных инфузий высоких доз дефероксамина в дополнение к пероральному приему деферипрона. Предполагаемая тактика лечения тредует, чтобы сердечная недостаточность не усугублялась избыточным использованием диуретиков или инотропов, поскольку их фармакодинамика при БТ изменена.

Современные знания относительно удаления железа из сердечной мышцы с помощью 3 известных коммерческих хелаторов железа суммированы для больных с перегрузкой миокарда железом, но без явной сердечной недостаточности. Данные высокодоказательных рандомизированных контролируемых исследований показывают большую эффективность деферипрона по сравнению с дефероксамином, более высокую активность комбинации деферипрона с дефероксамином по сравнению с изолированным применением дефероксамина и равную активность деферасирокса и дефероксамина.

Pennell DJ, Udelson JE, Arai AE, et al. Circulation. 2013; 128: 281–308.