

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

А. Б. Невинский, Л. В. Крамарь, А. А. Арова, Т. О. Медведева, О. А. Карпухина

Кафедра детских инфекционных болезней ВолгГМУ

ОРВИ – это группа острых вирусных инфекционных заболеваний респираторного тракта со сходными эпидемиологическими характеристиками, механизмами развития и однотипной клинической картиной. Степень выраженности проявлений ОРВИ может быть весьма вариабельна. Высокая восприимчивость к вирусным возбудителям детей первых 3 лет, прежде всего, обусловлена отсутствием предыдущих контактов с респираторными вирусами. Кроме того, она зависит от целого ряда факторов, среди которых основными следует считать индивидуальные и возрастные особенности детского организма, его фоновые состояния, а также патогенность самого возбудителя. С возрастом в крови появляются антитела к большому числу вирусов, что сопровождается снижением заболеваемости.

Клиническая картина ОРВИ складывается из общих и местных симптомов, при этом лихорадка, озноб, ухудшение аппетита, недомогание и другие общие проявления возникают не только из-за кратковременной вирусемии, но и в результате системного воздействия на организм провоспалительных медиаторов. Местные симптомы проявляются катаральными явлениями и отражают процессы поражения слизистых оболочек ротоглотки и респираторного тракта: чихание, заложенность носа, затрудненное дыхание, ринорея, боль в горле, кашель. Необходимо подчеркнуть, что случаи более тяжелого течения ОРВИ, а также неблагоприятные исходы заболевания значительно чаще отмечаются на первых годах жизни, поэтому обсуждение вопросов рациональной симптоматической терапии у детей раннего возраста представляется весьма актуальным.

ОРВИ – не только самая часто встречающаяся патология, но и основной повод для назначения медикаментов в педиатрической практике. С наступлением осенне-зимнего сезона резко возрастает потребление лекарств для симптоматической терапии, многие из которых отпускаются в аптеках без рецепта. Средств

и методов, предлагаемых для лечения простуды, необозримое количество. Большинство из них, как правило, не имеет клинически доказанной эффективности, а вот их побочные действия проявляются довольно часто. Последние научные данные свидетельствуют о том, что некоторые препараты могут вызывать тяжелые осложнения, приводящие порой к летальному исходу.

Значительные различия в тяжести течения ОРВИ у каждого больного должны определять дифференцированный подход к терапии. Так легкие и среднетяжелые формы болезни, как правило, не требуют медикаментозного лечения. Рекомендации ВОЗ советуют облегчать симптомы ОРВИ «домашними» средствами. Напротив, тяжелые случаи необходимо лечить с использованием интенсивной терапии, а при развитии бактериальных осложнений – антибиотиков.

Безусловно, наличие на полках аптек комбинированных препаратов для симптоматического лечения ОРВИ и гриппа облегчает жизнь врачам, провизорам и пациентам. Врачу не нужно подбирать отдельные медикаменты под конкретные симптомы заболевания. Для того чтобы порекомендовать безрецептурный препарат, достаточно информации о том, что у потенциального потребителя лекарства «простуда» или «грипп». Это также существенно упрощает процессы самолечения – одна таблетка, капсула или пакетик употребляются сразу против всех симптомов болезни.

В состав таких комплексов могут входить следующие компоненты: анальгетик/антипиретик, деконгестант, антигистаминное и противокашлевое средство, аскорбиновая кислота, кофеин. Они подобраны таким образом, чтобы устранить практически все симптомы ОРВИ – лихорадку, заложенность носа, ринорею, неприятные ощущения в носоглотке и гортани, кашель, слабость. Однако все указанные симптомы одновременно имеются далеко не у всех больных. Комбинированные препараты для симптоматического лечения ОРВИ и гриппа – это, конечно,

удобно. Но, кроме понятия «удобно», схема лечения любого заболевания должна быть оценена с позиций «необходимо», «эффективно» и «безопасно».

ОРВИ – это разнородная группа вирусных инфекций, клиническая картина которых может существенно отличаться. Так, кашель наиболее часто отмечается при респираторно-синцитиальной инфекции, в то время как при гриппе ведущими проявлениями являются высокая температура, сильная головная боль, артралгии, миалгии, при аденовирусной инфекции – катаральные явления. Необходимо четко представлять, в каких ситуациях нужны те или иные симптоматические средства.

ГИПЕРТЕРМИЯ

Согласно современным принципам терапии гипертермического синдрома, рекомендациям ВОЗ и отечественным протоколам лечения жаропонижающие средства (основной компонент комбинированных препаратов для симптоматического лечения ОРВИ и гриппа) не рекомендуется назначать при отсутствии выраженного болевого синдрома, если температура тела не превышает 38,5–39 °С у детей старше 2 месяцев без серьезной сопутствующей патологии, так как это может угнетать продукцию эндогенных пирогенов и отрицательно влиять на качество иммунного ответа организма на инфекцию. Лихорадка сопровождается большинством вирусных заболеваний, и является, по сути, защитной реакцией, и снижение ее уровня оправдано далеко не всегда.

Применение жаропонижающих средств показано лишь в следующих ситуациях:

1) детям первых 3 месяцев жизни при температуре выше 38–38,5 °С;

2) у ранее здоровых детей в возрасте старше 3 месяцев при температуре выше 39 °С, и/или при выраженном дискомфорте, мышечной ломоте и головной боли;

3) детям с фебрильными судорогами в анамнезе, с тяжелыми заболеваниями сердца и легких.

Наиболее безопасным жаропонижающим средством для детей является *Парацетамол* (ацетаминофен), его разовая доза – 10–15 мг/кг, суточная не должна превышать 60 мг/кг. Также эффективен *Ибупрофен* в дозе 5–10 мг/кг на прием, но он чаще дает побочные эффекты, по сравнению с парацетамолом.

Для лечения гипертермии у детей не применяются:

1) ацетилсалициловая кислота (*Аспирин*) ввиду возможности развития синдрома Рея;

2) метамизол натрия (*Анальгин*) внутрь из-за опасности агранулоцитоза и коллаптоидных состояний;

3) амидопирин, антипирин, фенацетин.

Применение этих препаратов у детей было ограничено решениями Фармкомитета Минздрава РФ (протоколы от 25 марта 1999 года и от 26 октября 2000 года). В соответствии с ними установлен исключительно рецептурный отпуск анальгина для детей до 18 лет, принимать препарат можно не более 3 дней. Перечислены все возможные побочные действия метамизола: гранулоцитопения, тромбоцитопения, геморрагии, артериальная гипотензия, интерстициальный нефрит, аллергические реакции (в том числе синдрома Стивенса-Джонсона, Лайелла, бронхоспазм и др.).

Среди противопоказаний указаны повышенная чувствительность к производным пиразолона, кожные реакции, бронхиальная астма, заболевания, сопровождающиеся бронхоспазмом, угнетение кроветворения, тяжелые нарушения функций печени и почек, наследственная гемолитическая анемия, связанная с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, а также беременность и кормление грудью.

Повторную дозу антипиретика следует давать только после нового повышения температуры до указанного выше уровня. Следует избегать курсового приема жаропонижающего, т. к. это может затруднить диагностику вторичной бактериальной инфекции и ее своевременное лечение. Необходимо помнить, что одновременное назначение антибиотика и жаропонижающего затрудняет оценку эффективности последнего.

Фебрильные судороги являются прямым показанием для назначения жаропонижающих препаратов. Обычно они возникают при температуре 39 °С и выше, но у предрасположенных детей могут появиться и при более низкой. При кратковременных тонических или клонико-тонических судорогах хороший эффект оказывают парацетамол или ибупрофен. Длительные (более 15 минут), повторные или фокальные судороги требуют введения литической смеси (анальгин 50%-й – 0,1 мл на год жизни, пипольфен

2,5%-й – 0,2 мл на год жизни, папаверин 2%-й – 0,2 мл/год жизни в/м), а также диазепам (0,5%-й раствор 0,5 мг/кг в/м или в/в).

При высокой температуре после введения антипиретиков можно использовать немедикаментозные методы охлаждения: обтереть ребенка уксусом, положить на лоб и паховые складки прохладную влажную салфетку, снять лишнюю одежду.

РИНИТ

Одним из наиболее частых клинических проявлений ОРВИ является насморк – ринорея. Вирусное поражение слизистых оболочек носа приводит к их гиперемии, отеку и гиперсекреции слизи, уменьшению просвета носовых ходов и затруднению носового дыхания. Отек слизистой носа сопровождается снижением адекватного дренажа параназальных синусов и аэрации среднего уха, что создает предпосылки для активизации условно-патогенной бактериальной флоры и развития синуситов, евстахеита и среднего отита. Поэтому терапия, направленная на уменьшение отека слизистой носа, не только уменьшает проявления насморка и улучшает самочувствие ребенка, но и снижает риск развития возможных осложнений.

Для купирования клинических симптомов вирусного поражения слизистых оболочек носовых ходов используют деконгестанты – сосудосуживающие препараты. Местные (топические) деконгестанты являются более предпочтительными, чем системные, при этом у детей до 12 лет рекомендовано назначение только этих лекарственных форм.

Среди топических препаратов в современной педиатрической практике наибольшее предпочтение отдают производным имидазолина (оксиметазолину, ксилометазолину, тетризолину, инданазолину, нафазолину) и бензолметанола (фенилэфрину). Их фармакодинамика основана на активации альфа-адренорецепторов сосудов слизистой оболочки носа. Благодаря этому развивается местный (назальный) сосудосуживающий эффект, в результате чего уменьшаются гиперемия и отек слизистой, снижается уровень назальной секреции, восстанавливается отток слизи из синусов, улучшается аэрация среднего уха.

При выборе деконгестантов предпочтение должно отдаваться препаратам с более длительным терапевтическим эффектом и с меньшей

цилиотоксичностью, наиболее свойственной производным окси- и ксилометазолина.

Необходимо помнить, что при частом и бесконтрольном применении сосудосуживающих препаратов могут развиваться не только местные (медикаментозный ринит, атрофия слизистой носовых ходов), но и системные нежелательные эффекты. Последние возникают при передозировке назальных деконгестантов и проявляются тахикардией, сердечной аритмией, повышением АД, беспокойством, нарушением сна, а в крайне тяжелых случаях – гипотермией и угнетением ЦНС вплоть до комы. Для снижения риска развития побочных эффектов и осложнений необходимо строго придерживаться рекомендуемых режимов дозирования и не применять деконгестанты более 3–5 дней.

Основная цель лечения насморка – улучшение носового дыхания. Сосудосуживающие капли используют первые 1–3 дня. При более длительном применении они могут усиливать насморк, а также вызывать побочные явления. В раннем возрасте применяют растворы меньшей концентрации – 0,01 % и 0,025 %. После 6 лет наиболее удобны назальные спреи, позволяющие при меньшей дозе равномерно распределить препарат («Фервекс-спрей от насморка», Длано, Виброцил).

Системные деконгестанты, такие как эфедрин, псевдоэфедрин, фенилпропаноламина гидрохлорид, помимо периферического, оказывают выраженный центральный эффект (угнетение ЦНС, увеличение частоты сердечных сокращений, повышение системного артериального давления и др.). Следовательно, их не рекомендуется принимать больным с патологией сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, сердечная недостаточность и т. д.), а также в пожилом и старческом возрасте.

Более безопасным деконгестантом для приема внутрь является фенилэфрин, который разрешен для безрецептурного отпуска в составе комбинированных средств для симптоматического лечения ОРВИ и гриппа. Однако его терапевтическое влияние менее выражено и менее продолжительно, чем у других препаратов, а эффективность при пероральном приеме в дозе 10 мг (именно в такой дозе он входит в состав комбинированных препаратов) вызывает у ряда авторов серьезные сомнения в эффективности.

Из оральных средств от насморка у детей следует использовать только не содержащие симпатомиметики (фенилэфрин, псевдоэфедрин) препараты, например, Фервекс для детей.

Но наиболее эффективно очищает нос и носоглотку, особенно при густом экссудате, физиологический раствор или его эквиваленты (*Аквामарин, Аквамарис, Аквалор* и др.). Его закапывают в нос ребенку в положении лежа на спине со свешивающейся вниз и назад головой по 2–3 пипетки в каждую ноздрю. Процедуру можно повторять 3–4 раза в день.

КАШЕЛЬ

Кашель – рефлекторная реакция, направленная на санацию трахеобронхиального дерева, компенсаторно возникающая при неэффективности мукоцилиарного клиренса. При ОРВИ кашель чаще развивается через несколько дней после начала заболевания. Вирусное воспаление слизистых оболочек респираторного тракта приводит к поражению мерцательного эпителия, нарушению слизиобразования, а также изменению качественного состава слизи. Все это обуславливает неадекватный мукоцилиарный клиренс и делает кашель единственно эффективным механизмом очищения трахеобронхиального дерева.

Дети раннего возраста, как правило, не могут эффективно откашливать образующуюся мокроту, поэтому дыхание ребенка становится шумным, с обилием проводных хрипов. Нередко при этом дети заглатывают мокроту, что может приводить к развитию рвоты. При ОРВИ рвота также может возникать при сухом, навязчивом, приступообразном кашле.

Арсенал лекарственных средств «от кашля», разрешенных для использования в педиатрической практике, достаточно обширен. В зависимости от механизма действия все препараты делят на противокашлевые, отхаркивающие и муколитики. При выборе конкретного препарата проводят детальный анализ особенностей кашля. При этом оценивают его частоту, интенсивность, болезненность, наличие мокроты и ее характер. Например, при кашле с густой, вязкой, трудноотделяемой мокротой показано назначение одного из муколитиков (амброксола, ацетилцистеина, карбоцистеина). Если кашель малопродуктивный, а скудная мокрота отличается высокой вязкостью, то можно использовать отхаркивающие препараты (гвайфенезин,

фитосборы в виде отваров, микстур или в составе комбинированных препаратов). Однако отхаркивающие препараты с большой осторожностью нужно применять у детей раннего возраста, т. к. избыточная стимуляция рвотного и кашлевого центров может привести к аспирации, особенно если ребенок имеет поражение ЦНС.

Назначение противокашлевых препаратов центрального действия может быть оправданным только в случае, если отмечается сухой, навязчивый, частый кашель, приводящий к рвоте, нарушению сна и снижению аппетита. При этом у детей раннего возраста должны использоваться только ненаркотические противокашлевые лекарственные средства (глауцин, бутамират, окселадин, пентоксиверин). Особо следует подчеркнуть, что у детей недопустимо одновременно применять противокашлевые и муколитические препараты.

Компоненты, обеспечивающие противокашлевое (декстрометорфан) или, наоборот, отхаркивающее (терпингидрат) действие, входят в состав многих лекарственных препаратов для лечения ОРВИ и гриппа. 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.

Из числа муколитиков наибольшей активностью обладают ацетилцистеин и карбоцистеин, но при острых вирусных бронхитах у детей показания для их назначения практически всегда отсутствуют, т. к. их применяют, в основном, при хронических процессах. Кроме того, ВОЗ также не рекомендует использование для лечения неосложненных ОРВИ такие препараты, как бромгексин и амброксол.

При длительно сохраняющемся кашле показаны противовоспалительные средства – фенспирид (*Эреспал*), при фарингите и назофарингите – антибиотик местного действия фюзафюнжин, выпускаемый в аэрозоле (*Биопарокс*) и применяемый как назально, так и орально с возраста 30 месяцев.

Смягчающие кашель пастилки и спреи оказывают также и бактерицидное действие, их применяют с 6 лет.

Аэрозольные ингаляции минеральной воды, физиологического раствора при ОРВИ не показаны.

Оценивая клиническое течение ОРВИ, можно говорить о том, что большинству больных противокашлевые средства не показаны, т. к. первоначально сухой кашель обычно быстро (в течение 1–2 дней) самостоятельно превращается во влажный. Эффективность отхаркивающих препаратов весьма сомнительна, кроме того, у маленьких детей они могут вызывать рвоту, а также аллергические реакции вплоть до анафилаксии. Их широкое назначение при ОРВИ скорее является традицией, чем необходимостью.

Клиническая картина бронхиальной обструкции в виде бронхолита или обструктивного бронхита у детей обычно возникает на 2–4 день от начала заболевания. Неотложных мер требуют больные, у которых обструкция сопровождается учащением дыхания до 60 в 1 минуту и выше, беспокойством, напряжением межреберных мышц на выдохе, экспираторной одышкой, центральным цианозом, снижением PO_2 и повышением PCO_2 .

Препаратами выбора для снятия тяжелой обструкции являются β_2 -агонисты, путь доставки – небулайзер или дозированный ингалятор (2 дозы без спейсера или 4–5 доз через спейсер емкостью 0,7–1 л). Вместе с β -агонистом можно ввести кортикостероид – в/м или в ингаляции, увлажненный кислород дают через носовую катетер или канюли. Использование эуфиллина внутрь и в/м неэффективно и часто вызывает побочные явления.

Все еще популярные в России горчичники, банки, жгучие пластыри у детей применяться не должны. Показания для физиотерапии при ОРВИ отсутствуют.

Систематические обзоры показали нецелесообразность применения аскорбиновой кислоты как для лечения, так и для профилактики ОРВИ. Также не было обнаружено убедительных данных и о влиянии антигистаминных средств на выраженность симптомов ОРВИ и ринита.

В настоящее время в арсенале врачей-педиатров имеются эффективные и безопасные лекарственные средства, рациональное использование которых при ОРВИ позволяет существенно повысить эффективность лечения, снизить его стоимость и предотвратить нежелательные эффекты, часто наблюдаемые при полипрагмазии. Выбор лекарственных средств,

влияющих на симптомы ОРВИ, зависит от клинических проявлений заболевания и индивидуальных особенностей пациента, а их рациональное использование может существенно удешевить и повысить эффективность проводимой терапии.

ВЫВОДЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. По данным ВОЗ, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) обуславливают до 40 % всех инфекционных заболеваний детей и до 60–80 % заболеваний в младшем детском возрасте. Несмотря на благоприятный исход, опасность ОРВИ заключается в присоединении бактериальной инфекции и возможности развития осложнений со стороны ЦНС.

2. Повышение температуры тела в пределах 38–39 °С при хорошем самочувствии у исходно «здоровых детей» не требует проведения жаропонижающей терапии, при этом можно ограничиться обильным питьем и физическими методами охлаждения. Пациентам группы риска по развитию осложнений на фоне лихорадки (дети первых 3 месяцев жизни, пациенты с тяжелыми заболеваниями органов дыхания, кровообращения, ЦНС, метаболическими нарушениями, с фебрильными судорогами в анамнезе) необходимо обязательно применять жаропонижающие средства, даже при невысоком уровне гипертермии.

3. Если у ребенка на фоне лихорадки, независимо от уровня гипертермии, отмечается отказ от еды и питья, ухудшается самочувствие, появляются озноб, миалгии, кожные покровы становятся бледными, сухими и горячими, а кисти и стопы – холодными, антипиретическая терапия должна быть назначена незамедлительно.

4. У детей при ОРВИ терапия, направленная на уменьшение отека слизистой носа, не только купирует проявления насморка и улучшает самочувствие ребенка, облегчает кормление, но и снижает риск развития возможных осложнений: синусита, евстахиита и среднего отита.

5. Назначение противокашлевых препаратов при ОРВИ может быть оправданным только при сухом, навязчивом, частом кашле, приводящем к рвоте, нарушению сна и снижению аппетита. Недопустимо одновременно применять противокашлевые и муколитические препараты.

Литература

1. Коровина Н. А., Заплатникова Л. В., Шамрай Л. М. Острые респираторные вирусные инфекции у детей: современные возможности профилактики и лечения // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17. – № 9. – С. 1230–1233.
2. Избранные вопросы терапии инфекционных больных: Руководство для врачей / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю. В. Лобзина. – СПб: ООО Издательство Фолиант, 2005. – 912 с.
3. Инфекционные болезни. Национальное руководство / Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. А. Венгерова. – М., 2008. – 1200 с.
4. Инфекционные болезни. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. – М., 2008.
5. Острые респираторные заболевания у детей: пособие для врачей / С. О. Ключников, О. В. Зайцева, И. М. Османов и др. – М., 2009. – 38 с.
6. Пальчун В. Т. и др. Воспалительные заболевания ротоглотки. – М., 2008. – 288 с.
7. Фармакотерапия детских болезней: Руководство для врачей / Под ред. А. Д. Царегородцева. – М., 2010. – 880 с.:ил.
8. Dower Stady. Ibuprofen versus paracetamol in pediatric fever: objective and subjective findings from a randomize, blinded study. – UK Current medical research and opinion. – 2007; 23:9.
9. The management of fever in young children with acute respiratory infections in development countries / WHO /ARI / Geneva, 1993.

