

А.И. Сафина

Казанская государственная медицинская академия, Российская Федерация

Лечение кашля при острых респираторных инфекциях у часто болеющих детей

Контактная информация:

Сафина Асия Ильдусовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии и неонатологии ГБОУ ДПО «КГМА» МЗ РФ

Адрес: 420012, Казань, ул. Муштари, д. 11, тел.: (843) 562-52-66, e-mail: safina_asia@mail.ru

Статья поступила: 19.12.2013 г., принята к печати: 30.01.2014 г.

Цель исследования: оценить эффективность и переносимость лекарственного растительного препарата комплексного действия от кашля при острых респираторных инфекциях у часто болеющих детей. **Пациенты и методы:** обследовано 54 ребенка с диагнозом «Острая респираторная инфекция, сопровождающаяся сухим кашлем», которые были разделены на 2 группы. Обе группы получали жаропонижающие средства, деконгестанты, местные антибиотики. Терапия пациентов 1-й группы дополнительно к основной терапии включала назначение изучаемого препарата. **Результаты:** у пациентов 1-й группы в более ранние сроки нормализовалась температура тела; выраженность катаральных явлений уменьшилась с 3-х сут заболевания. Эффективность лечения кашля у пациентов 1-й группы составила 98%, 2-й — 61%. **Выводы:** раннее назначение лекарственного растительного препарата комплексного действия от кашля часто болеющим детям позволяет уменьшить не только частоту рецидивов хронического кашля, но и использования антибиотиков.

Ключевые слова: лекарственный растительный препарат комплексного действия, кашель, острые респираторные инфекции, часто болеющие дети.

(Вопросы современной педиатрии. 2014; 13 (1): 0–00)

ВВЕДЕНИЕ

Кашель — один из самых распространенных симптомов респираторных инфекций у часто болеющих детей; у 30–40% он носит рецидивирующий характер (сохраняется более 3 нед) [1], а в 15–20% случаев длится более 8 нед, т.е. переходит в длительный (хронический) кашель [2].

Цель исследования: сравнить эффективность и переносимость муколитического растительного препарата с базовой терапией кашля у часто болеющих детей.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

На базе ГБУЗ «Городская детская больница № 1 г. Казани» Министерства здравоохранения Республики

Татарстан в течение 2012–2013 гг. проведено открытое рандомизированное проспективное клиническое наблюдение в параллельных группах. В исследовании приняли участие 54 часто болеющих ребенка в возрасте от 1 года до 6 лет, из них 25 (46%) мальчиков и 29 (54%) девочек (табл. 1), с диагнозом «Острая респираторная инфекция, сопровождающаяся сухим кашлем».

Критерии включения в исследование:

- принадлежность к группе диспансерного наблюдения «часто болеющий ребенок» (≥ 6 эпизодов острых респираторных инфекций в год);
- 1–2-е сут от начала острой респираторной инфекции, сопровождающейся сухим непродуктивным кашлем;
- легкая или среднетяжелая форма заболевания.

Avtor

Uchrejdenie

Zagolovok

Rezume.

(Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics. 2014; 13 (1): 0–00)

Таблица 1. Распределение часто болеющих детей по возрасту

| Пациенты | 1–2 года | 2–3 года | 3–4 года | 4–5 лет | 5–6 лет |
|------------------------|----------|----------|----------|---------|---------|
| 1-я группа (основная) | 2 (7%) | 6 (22%) | 9 (32%) | 7 (25%) | 4 (14%) |
| 2-я группа (сравнения) | 1 (4%) | 5 (19%) | 9 (34%) | 8 (31%) | 3 (12%) |

Таблица 2. Частота (%) и выраженность (баллы, $M \pm m$) начальных клинических проявлений в исследуемых группах пациентов

| Симптомы | 1-я группа (основная) | 2-я группа (сравнения) |
|---|-----------------------|------------------------|
| Температура тела | 100% | 100% |
| | 38,2 ± 0,38 балла | 38,4 ± 0,41 балла |
| Симптомы интоксикации | 93% | 90% |
| | 1,8 ± 0,43 балла | 1,9 ± 0,51 балла |
| Гиперемия слизистых оболочек ротоглотки | 100% | 100% |
| | 1,6 ± 0,43 балла | 1,5 ± 0,54 балла |
| Кашель сухой | 100% | 100% |
| | 2,2 ± 0,42 балла | 2,1 ± 0,45 балла |
| Сухие хрипы | 3% | 4% |
| Скорость оседания эритроцитов ≥ 15 мм/ч | 100% | 100% |
| С-реактивный белок ≥ 20 мг/л | 25% | 27% |

Критерии исключения:

- необходимость назначения системной антибактериальной терапии;
- бронхиальная обструкция;
- возраст до 1 года;
- индивидуальная непереносимость компонентов, входящих в состав исследуемого препарата.

Всем пациентам назначали теплое щелочное питье, по показаниям — жаропонижающие средства (парацетамол), деконгестанты, местные антибиотики.

Наблюдаемые были рандомизированы в 2 группы.

- Пациенты 1-й группы (основной, $n = 28$) дополнительно к базовой терапии получали внутрь 3 раза/сут в течение 7–10 дней муколитический растительный препарат «Бронхипрет сироп» в дозе:
 - в возрасте 1–2 лет — по 2,2 мл мерного стаканчика;
 - в возрасте 2–3 лет — по 3,2 мл;
 - в возрасте 3–4 лет — по 3,2 мл;
 - в возрасте 4–5 лет — по 3,2 мл;
 - в возрасте 5–6 лет — по 3,2 мл.

- Пациентам 2-й группы (сравнения, $n = 26$) в течение 7–10 сут проводилась только основная терапия.

Обе группы сформированы однородно по возрасту (средний возраст составил $3,6 \pm 1,2$ и $3,7 \pm 1,6$ года в 1-й и 2-й группе, соответственно), полу и начальным клиническим проявлениям, что допускает проведение сравнительной оценки результатов наблюдения и определения достоверности результатов. Размер выборки был достаточным для формирования выводов.

Проводили анализ амбулаторных карт пациента для определения принадлежности к группе «часто болеющих». Оценивали частоту эпизодов респираторных инфекций за 1 год, длительность каждого эпизода и частоту назначения антибактериальных препаратов. Оценку клинической картины заболевания, которая включала опрос родителей, осмотр пациента, проведение термометрии,

производили трижды: в 1–2-е сут от начала заболевания и затем на 3–4-е и 7–10-е сут [2]. На 14–17-е сут проводили опрос родителей по телефону.

Конечными точками исследования были:

- первичный целевой критерий — уменьшение числа приступов кашля и облегчение откашливания;
- вторичные критерии — нормализация температуры тела, снижение показателей активности заболевания (скорость оседания эритроцитов, С-реактивный белок), отсутствие нежелательных явлений, переносимость.

Статистическая обработка данных

Статистический анализ результатов осуществляли с помощью методов параметрической и непараметрической статистики с использованием пакета программ STATISTICA v. 6.0 (Statsoft Inc., США). Проверку нормальности распределения количественных признаков выполняли с применением гистограмм, критерия Колмогорова–Смирнова с поправкой Лиллиефорса и критерия Шапиро–Уилка; проверку гомогенности (однородности) дисперсии — с использованием критерия Левена. Рассчитывали относительный уровень значимости (p), при этом критический уровень значимости принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Причиной обращения в поликлинику у всех пациентов послужило повышение температуры тела до $37,5–39^{\circ}\text{C}$, наличие симптомов интоксикации (общее недомогание, головная боль, снижение аппетита), катаральные явления (гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, заложенность носа), сухой кашель (у всех пациентов) (табл. 2).

При осмотре на 3–4-е сут лечения у пациентов 1-й группы, получавших Бронхипрет, отмечено улучшение отхождения мокроты: частота влажного кашля в 1-й груп-

Рис. 1. Частота влажного кашля у пациентов обеих групп (%)

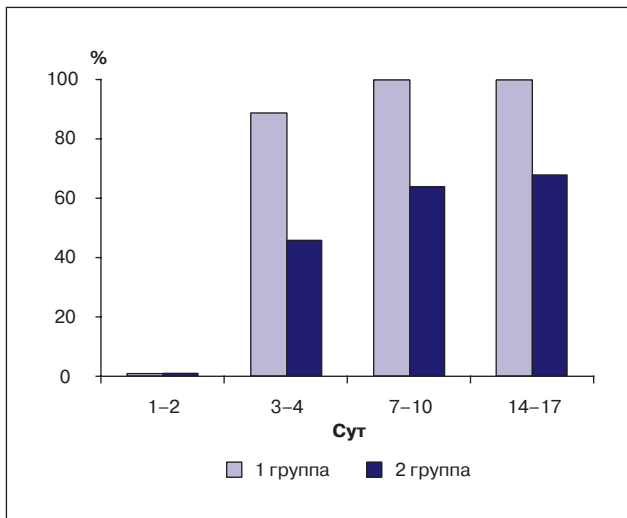


Рис. 2. Частота различных видов кашля у пациентов обеих групп (%)

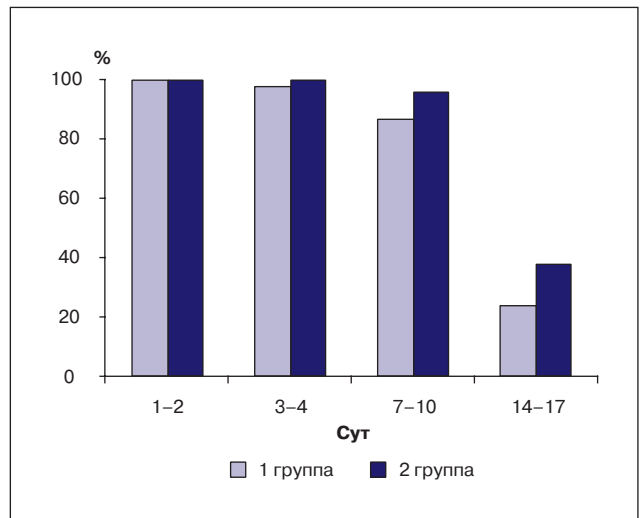


Рис. 3. Динамика лихорадки и гиперемии ротоглотки в исследуемых группах пациентов

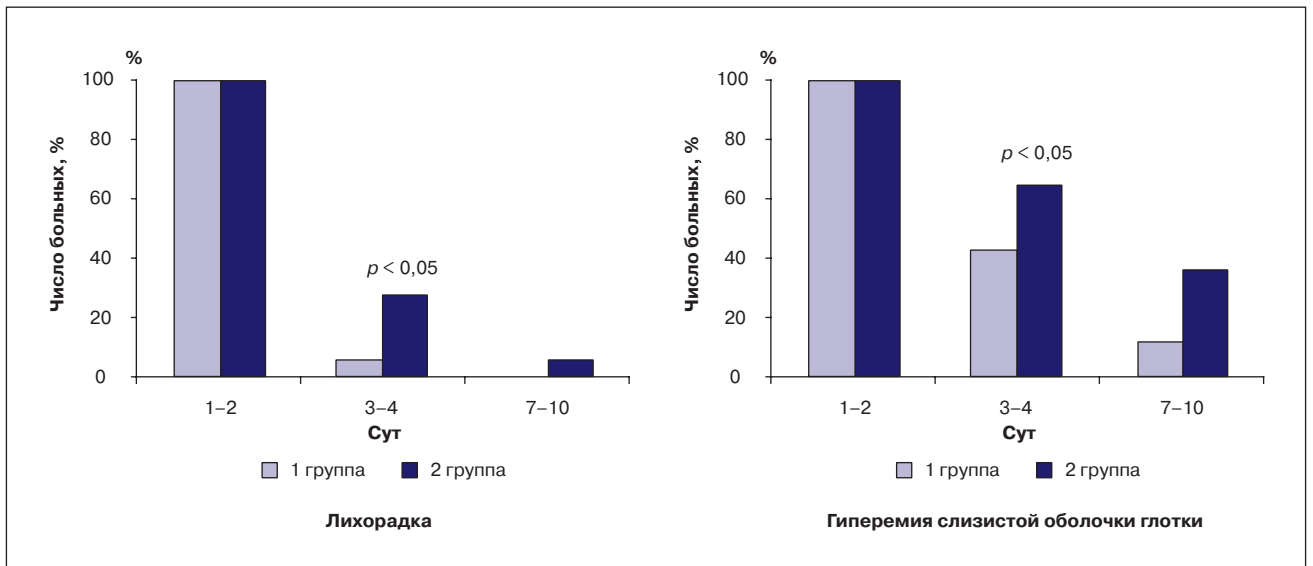
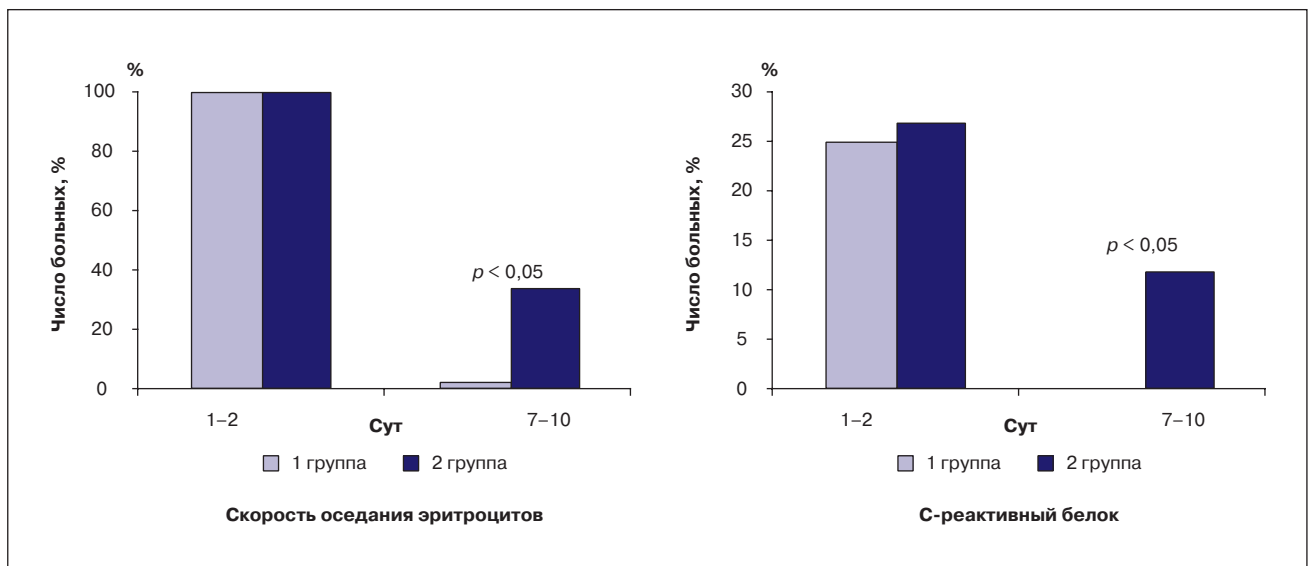


Рис. 4. Динамика показателей скорости оседания эритроцитов и С-реактивного белка в исследуемых группах пациентов






Лекарственный растительный препарат

Бронхипрет®

При кашле и бронхите

Для детей
с 3-х месяцев

Рег. уд. ЛС-000181

-  Облегчает кашель
-  Лечит воспаление
-  Освобождает бронхи

Природа. Наука. Здоровье.



пе пациентов к 3–4-м сут болезни была в 2 раза выше, чем во 2-й группе (83 и 42%, соответственно; $p < 0,05$). Эта разница сохранялась до 14–17-х сут (рис. 1). 24% пациентов 2-й группы с 3–4-х сут течения заболевания потребовалось назначение отхаркивающих препаратов в связи малопродуктивным кашлем и неэффективностью проводимой терапии.

Ликвидацию приступов различных видов кашля достоверно чаще отмечали в 1-й группе пациентов к 14–17-м сут (рис. 2).

Эффективность лечения кашля у пациентов 1-й группы составила 98%, тогда как во 2-й — 61%.

У пациентов 1-й группы отмечалась более быстрая нормализация температуры тела и уменьшение выраженности катаральных явлений, начиная с 3–4-х сут от начала заболевания (рис. 3).

К 7–10-м сут наблюдения зарегистрирована более быстрая нормализация показателей активности воспалительного процесса (скорость оседания эритроцитов, С-реактивный белок) у пациентов 1-й группы (рис. 4).

Во 2-й группе пациентов к 7–10-м сут заболевания 3 (12%) детям потребовалось назначение антибактериальных препаратов. В 1-й группе антибактериальные препараты были назначены только 1 (3%) ребенку с острым отитом.

На фоне приема исследуемого препарата ни у одного пациента не было зарегистрировано нежелательных явлений [3, 4], отмечена хорошая переносимость средства [5]. При ответе по телефону на 14–17-е сут наблюдения 96% родителей сказали, что в следующий раз выберут для лечения кашля у ребенка именно этот препарат.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническое наблюдение показало, что Бронхипрет обладает противокашлевым, отхаркивающим и противовоспалительным эффектом при лечении острых респираторных инфекций у часто болеющих детей. Его можно рекомендовать для использования в лечении указанной формы патологии с первого дня заболевания, длительностью не менее 10 сут в возрастной дозировке.

Практика раннего назначения данного препарата часто болеющим детям, имеющим хронические очаги инфекции и проблемы мукоцилиарного транспорта, позволит уменьшить частоту рецидивирующего/хронического кашля и снизить частоту использования антибактериальных препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Ревакина В. А. Кашель у детей: причины и подходы к терапии. *Consilium medicum. Педиатрия*. 2006; 8 (2): 38.
- Нисевич Л. Л., Намазова Л. С., Волков К. С., Важнова И. М., Ботвиньева В. В., Зубкова И. В., Филянская Е. Г. Всегда ли необходимы антибиотики для лечения затяжного кашля у детей? *Педиатрич. фармакол.* 2008; 3: 64–71.
- ESCOP Monograph, Thimi herba (Thyme). European Scientific Cooperation on Phytomedicine. *Elburg*. 2003.
- Hagers Handbuch der pharmazeutischen Praxis, 5th ed. *Berlin: Springer*. 1995.
- Измаил Х., Виллер Г., Штайндль Х. Бронхипрет и синтетические муколитики при остром бронхите: сравнительное когортное исследование. *Фарматека*. 2005; 19 (114): 86–90.