

## Особенности мукоактивной терапии острых респираторных инфекций у детей, протекающих с бронхообструктивным синдромом

**В статье представлена актуальность проблемы острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в детском возрасте, частота формирования бронхообструктивного синдрома (БОС) на фоне ОРВИ. Дано обоснование применению и представлены данные клинического наблюдения эффективности препарата комплексного лечебного воздействия «Аскорил» у 20 детей от 3 до 16 лет с острыми инфекционными заболеваниями респираторного тракта, осложненными БОС. Отмечена высокая эффективность препарата «Аскорил» при высоком профиле безопасности. Не выявлено лекарственного взаимодействия с другими средствами, применяемыми в комплексном лечении ОРВИ у детей.**

Острые респираторные заболевания у детей имеют наиболее высокий удельный вес в структуре общей инфекционной заболеваемости, составляя более 90 % всех инфекций, характерных для детского возраста. Высокая распространённость, социальная и экономическая значимость этой группы болезней является одной из самых актуальных проблем педиатрии.

Известно, что детей с частыми эпизодами острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) принято включать в группу диспансерного наблюдения часто болеющих детей (ЧБД) с угрозой формирования рецидивирующих и хронических форм бронхолегочных заболеваний. Многочисленные исследования, посвященные проблеме ЧБД, свидетельствуют, что большинство пациентов этой группы являются аллергиками или имеют функциональную (временную) дисфункцию иммунной системы. Подавляющему большинству ЧБД в клинической картине заболеваний свойствен бронхообструктивный синдром (БОС). Одной из причин БОС у таких пациентов являются повторные эпизоды ОРВИ, способствующие гиперреактивности дыхательных путей, сенсibilизации организма и создающие предпосылки для развития генерализованных реакций повышенной чувствительности с последующим формированием рецидивирующих форм бронхолегочных заболеваний и, прежде всего, бронхиальной астмы.

Следует отметить, что у детей первых трех лет жизни БОС встречается существенно чаще, чем в остальные возрастные периоды детства, и характерен для многих бронхолегочных заболеваний. Предрасполагающими факторами к развитию БОС у детей раннего возраста являются анатомо-физиологические особенности строения дыхательных путей: гиперплазия железистых структур слизистой оболочки бронхов, секреция преимущественно, вязкой мокроты, относительная узость дыхательных путей, меньший объем гладких мышц, низкая колла-теральная вентиляция, недостаточность местного иммунитета, особенности строения диафрагмы.

Как правило, БОС, возникший впервые на фоне ОРВИ, у подавляющего большинства пациентов является одним из клинических проявлений острого бронхита или бронхиолита. Следует помнить, что именно ОРВИ являются самой частой причиной развития бронхиальной обструкции у детей первых лет жизни. В то же время необходимо учитывать, что развитие БОС на фоне ОРВИ может маскировать дебют других заболеваний респираторного тракта, для которых БОС является характерным и неотъемлемым компонентом клинической картины. Так, по данным литературы, у детей раннего возраста в 30–50 % случаев под маской рецидивирующего БОС скрывается дебют бронхиальной астмы.

При каком бы заболевании БОС не развивался, он всегда отягощает тяжесть течения заболевания и требует специального лечения. Именно своевременное выявление и эффективная терапия БОС сокращает сроки заболевания и улучшает качество лечения пациента.

Несмотря на наличие большого арсенала лечебных средств, проблема успешного лечения БОС сохраняет свою актуальность. Подавляющее большинство детей лечится в амбулаторных условиях с широким использованием безрецептурных лекарственных препаратов, число которых в последние годы стремительно растет. Это диктует необходимость постоянного изучения эффективности и безопасности лекарств, используемых в амбулаторной практике, для оптимизации выбора рациональной лечебной тактики в зависимости от непосредственных причин БОС, степени выраженности

симптомов, возраста пациента и индивидуальных особенностей его организма.

В последние годы при выборе препарата для эффективной патогенетической терапии БОС предпочтение отдается лекарствам комплексного воздействия, влияющим на узловое патогенетические моменты этого патологического состояния. Такой лечебный подход уменьшает число возможных нежелательных побочных эффектов, снижает медикаментозную нагрузку на организм ребенка.

К лекарствам комплексного воздействия, благодаря удачной комбинации отдельных его компонентов, можно отнести препарат «Аскорил». В состав Аскорила входят сальбутамол, бромгексин, гвайфензин, ментол.

*Сальбутамол* является  $\beta$ -адреномиметиком с преимущественным влиянием на  $\beta_2$ -адренорецепторы, оказывает выраженное бронхолитическое действие, предупреждает бронхоспазм, снижает сопротивление в дыхательных путях, увеличивает жизненную емкость легких.

*Бромгексин* оказывает муколитический и мукокинетический эффекты. Эта лечебная субстанция облегчает транспорт мокроты, усиливая физиологическую активность мерцательного эпителия, снижает вязкость бронхиального секрета за счет дегидратации его кислых полисахаридов и стимулирует секреторные клетки слизистой оболочки бронхов, вырабатывающие секрет, содержащий, преимущественно, нейтральные полисахариды.

*Гвайфензин* — мукокинетик, уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты, понижая её вязкость и облегчая эвакуацию из дыхательных путей.

*Ментол* оказывает местное смягчающее действие на воспалительную слизистую оболочку верхних дыхательных путей.

Таким образом, комбинация действующих веществ, содержащихся в одной ложке препарата «Аскорил» на один прием, позволяет быстро получить положительный терапевтический эффект в лечении БОС вне зависимости от этиологии этого патологического состояния, а невысокая концентрация входящих в его состав компонентов снижает риск возникновения побочных реакций.

**Аскорил** выпускается в виде сиропа во флаконах по 100 и 200 мл. В 10 мл сиропа содержится: сальбутамола сульфата 2 мг, бромгексина гидрохлорида 4 мг, гвайфензина 100 мг, ментола 1 мг. В таблетированной форме в 1 таблетке содержится сальбутамола сульфата 2 мг, бромгексина гидрохлорида 8 мг, гвайфензина 100 мг.

Детям от 3 до 6 лет назначают по 5 мл сиропа 3 раза в сут, детям 6–12 лет — по 5–10 мл 3 раза в сут (или по 1–1½ таблетки 3 раза в сут). Детям от 12 лет — по 10 мл сиропа или по 1 таблетке 3 раза в сут.

Показания к применению препарата в педиатрической практике достаточно широки:

- ОРВИ с обструктивным синдромом;
- острые обструктивные бронхиты, бронхолиты;
- бронхопневмонии с обструктивным синдромом;
- обструктивные формы хронических заболеваний органов дыхания у детей;
- бронхиальная астма (в качестве дополнительной терапии к основному лечению);
- генетически обусловленные заболевания бронхолегочной системы (муковисцидоз, синдром Картагенера–Зиверта и пр.)

С учетом фармакологических эффектов препарата, суммируя показания к его применению, следует отметить, что Аскорил можно использовать при любом остром, затяжном, рецидивирующем или хроническом бронхолегочном заболевании, протекающим как с БОС, так и без него.

Для оценки клинической эффективности и безопасности препарата «Аскорил» проанализированы и обобщены клинические наблюдения его применения у 20 детей от 3 до 16 лет с острыми инфекционными заболеваниями респираторного тракта (бронхитами, обструктивными бронхитами, рецидивирующими бронхитами в фазе обострения, амбулаторными пневмониями разной этиологии с обструктивным синдромом). Большинство наблюдаемых пациентов (25 %) имели неблагоприятный преморбидный фон или коморбидные заболевания, преимущественно атопической природы (аллергический ринит, атопический дерматит и пр.). Некоторые дети (13 %) состояли на диспансерном учете и наблюдались как ЧБД.

Аскорил назначали в структуре комплексного лечения основного заболевания с первых дней болезни в виде единственного мукоактивного препарата 3 раза в сут в рекомендованной дозе. Продолжительность курса лечения составила от 7 до 14 дней. На фоне терапии уже с первых доз приема препарата наблюдали значительное клиническое уменьшение проявлений БОС в связи с ликвидацией бронхоспазма и улучшением бронхиальной проходимости, а ко 2–4-му дню лечения зафиксированы улучшение реологических свойств мокроты и обратная динамика физикальных данных со стороны бронхолегочной системы (значительное уменьшение или исчезновение сухих хрипов). Клинические результаты коррелировали с улучшением показателей функции внешнего дыхания. Следует отметить хорошую переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов.

Большое значение имело использование Аскорила в тех случаях, когда не представлялось возможным организовать ингаляционную терапию БОС (у детей младшей возрастной группы и при отсутствии в семье специальных приборов для доставки лекарственного

вещества в организм ребенка — небулайзеров, беби-халлеров, спейсеров и др.).

Таким образом, фармакологические свойства комбинированного препарата «Аскорил», проведенные клинические испытания лечебных эффектов препарата (по имеющимся литературным данным) и наши предварительные наблюдения позволяют сделать следующие выводы.

1. Воздействуя на узловыe патогенетические моменты бронхиальной обструкции, Аскорил позволяет в короткие сроки восстановить бронхиальную проходимость и улучшить дренажную функцию бронхов.

2. Препарат может быть достойной альтернативой бронхолитикам и лекарствам, влияющим на реологические свойства мокроты.

3. Прием одного лекарственного препарата «Аскорил» дает возможность получить одновременно несколько лечебных эффектов, что способствует снижению лечебной нагрузки на пациента, уменьшает риск возможных побочных эффектов.

4. Обладая неспецифическими фармакологическими эффектами, Аскорил может быть использован при лечении широкого круга бронхолегочных заболеваний у детей.

5. Аскорил хорошо сочетается с препаратами этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения острых респираторных инфекций у детей.

6. Аскорил имеет незначительное число побочных эффектов и является безопасным лечебным средством в педиатрической практике.