**Лечение кашля при ОРВИ у часто болеющих детей**

Ключников С.О.

Результаты специальных эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в среднем каждый ребенок переносит от 3 до 5 эпизодов ОРВИ в год. Наибольшая заболеваемость острыми респираторными инфекциями встречается у детей раннего возраста, дошкольников и младших школьников. Рецидивирующие респираторные инфекции приводят к нарушениям функционального состояния организма, могут обусловливать срыв адаптации и вызывать развитие хронической патологии.

Тезис: «Часто болеющий ребенок – это не нозологическая форма» является обязательным атрибутом любой статьи или методического пособия, посвященных респираторной патологии у детей. В условную диспансерную группу «часто болеющих (ЧБД)», по мнению большинства отечественных педиатров, принято относить детей, подверженных частым респираторным заболеваниям вследствие преходящих нарушений в защитных системах организма. При этом не стоит забывать и о категории детей, не попавших в эту группу, так как и эта часть детской популяции имеет ничуть не меньше проблем со здоровьем, чем ЧБД.

Одним из основных, традиционно применяемых критериев включения детей в группу ЧБД является частота эпизодов ОРЗ в год в зависимости от возраста (по В.Ю. Альбицкому, А.А. Баранову, 1986 г.). У детей в возрасте старше 3 лет в качестве критерия для включения в группу ЧБД можно использовать инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка: ИИ = (сумма всех случаев ОРЗ в течение года)/(возраст ребенка (годы)). ИИ у редко болеющих детей составляет 0, 2–0, 3, а у детей из группы ЧБД – 1, 1–3, 5. Однако необходимо признать, что данные критерии позволяют в лучшем случае провести ретроспективный анализ, тогда как педиатру важно определить перспективы, прогноз развития конкретного ребенка.

При включении ребенка в группу ЧБД рекомендуется также учитывать: тяжесть течения каждого ОРЗ, наличие осложнений, продолжительность интервалов между эпизодами ОРЗ, необходимость применения антибиотиков в остром периоде. По классификации, разработанной сотрудниками Института гигиены детей и подростков, часто болеющие дети относятся ко II группе здоровья – дети с отягощенным акушерским анамнезом, функциональными и морфологическими особенностями без наличия у них хронического заболевания.

По мнению Н.А. Коровиной, ребенка правомочно отнести к группе ЧБД в тех случаях, когда повышенная заболеваемость вирусно–бактериальными респираторными инфекциями не связана со стойкими врожденными, наследственными или приобретенными патологическими состояниями. Эти дети заслуживают особого внимания, так как частые респираторные инфекции могут обусловить срыв основных адаптационных механизмов, привести к значительным нарушениям функционального состояния организма и способствовать раннему развитию хронической патологии.

В каждом конкретном случае принципиально важно определять причину повышенной респираторной заболеваемости. Нередко частые и длительные ОРЗ наблюдаются у детей с наследственной, врожденной или приобретенной патологией (пороки развития органов дыхания, муковисцидоз, врожденный стридор, селективный дефицит slgA и др.). При установлении у детей причины рецидивирования ОРЗ реабилитационные программы при конкретных нозологических формах могут существенно снизить риск развития повторных респираторных заболеваний. Подчеркнем – при конкретных нозологических формах, то есть такие дети не могут относиться к группе ЧБД.

Следует выделять комплекс факторов, влияющих на повышенную частоту ОРВИ у детей: анатомо–физиологические особенности респираторного тракта (узкие просветы дыхательных путей, недостаточное развитие эластической ткани и др.), запаздывание созревания иммунной системы, социальные условия жизни (питание, бытовые условия) и др. К факторам риска повторных респираторных заболеваний у детей также можно отнести: неблагоприятные жилищные условия, низкий уровень образования и санитарной культуры в семье, вредные привычки родителей, плохие взаимоотношения между супругами и частые стрессовые ситуации в семье. Особо следует отметить пассивное курение, приводящее к снижению местного иммунитета слизистых респираторного тракта и повышению аллергизации организма.

Одним из важных факторов, влияющих на частоту простудных заболеваний, является проживание в экологически неблагоприятных районах. Повышение содержания различных ксенобиотиков в воздухе, воде, продуктах питания сопровождается накоплением их в организме, что приводит к изменениям клеточного метаболизма, нарушениям гомеостаза и иммунной защиты.

В анамнезе у значительного числа ЧБД отмечается осложненное течение перинатального периода (неблагоприятное течение беременности, преждевременные роды, экстренные операции родоразрешения и др.). Одним из неблагоприятных факторов является возраст матери старше 35 лет. Среди часто болеющих детей было отмечено более 10% недоношенных и более 40% детей, имеющих массу тела при рождении менее 3000 г, то есть различные варианты задержки внутриутробного развития.

Локализация очагов инфекции у данной группы детей может быть различной:

1) верхние дыхательные пути (риниты, назофарингиты, ларинготрахеиты и др.);

2) инфекции нижних дыхательных путей (бронхиты, бронхиолиты, пневмонии);

3) поражения ЛОР–органов (отиты, аденоидиты, синуситы, тонзиллиты).

Повторные инфекции наиболее часто вызываются вирусами (преимущественно респираторно–синцитиальные вирусы, вирусы гриппа и парагриппа, аденовирусы); возбудителями семейства Chlamydia и Mycoplasma (особенно Chlamydia pneumoniae и Mycoplasma pneumoniae), бактериями Haemophуlus influenzae (наиболее часто тип b), Streptococcus pneumoniae, S. pyogenes, Staphylococcus aureus, Moraxella (Branhamella) catarrhalis и др.

По данным Института иммунологии ФМБА, у 20% ЧБД в возрасте от 2 до 15 лет имеется относительное и абсолютное снижение CD3+ клеток, у 10% детей – CD16+ клеток. Кроме того, у 23–50% пациентов наблюдаются абсолютное и относительное снижение CD4+ клеток, у 30% детей – сенсибилизация к поливалентным аллергенам. У дошкольников и младших школьников при увеличении частоты респираторных заболеваний до 6 и более раз в год отмечается снижение CD3+, CD4+, CD16+ клеток, уровня сывороточных IgA и slgA. У иммунокомпрометированных детей наблюдается изменение показателей местной специфической и неспецифической резистентности (снижение активности фагоцитоза, уровня комплемента, лизоцима, секреторных IgA2, IgA1, IgG, IgM).

Поздняя диагностика иммунодефицитных состояний может привести не только к нерациональной терапии, но и драматическим последствиям. В связи с этим необходимо помнить о десяти настораживающих признаках иммунодефицитных состояний (по данным ВОЗ):

• Частые заболевания отитом (6–8 раз за год).

• Несколько подтвержденных синуситов (4–6 раз за год).

• Более 2 подтвержденных пневмоний.

• Повторные глубокие абсцессы кожи или внутренних органов.

• Потребность в длительной терапии антибиотиками для купирования инфекции (до 2 мес. и более).

• Потребность во внутривенном введении антибиотиков для купирования инфекции.

• Не менее 2 глубоких инфекций (менингит, остеомиелит, целлюлит, сепсис).

• Отставание грудного ребенка в росте и массе тела, упорная диарея, мальабсорбция.

• Персистирующая молочница или грибковое поражение кожи в возрасте старше 1 года.

• В семье: наличие ПИД, факты ранних смертей от тяжелых инфекций, прививок.

Одним из факторов риска развития ОРВИ у детей может быть ятрогенное воздействие на организм при нерациональном использовании различных лекарственных средств – длительное и необоснованное применение антибиотиков, сульфаниламидов, салицилатов и др. По нашим данным, основной объем ЛС, выписываемых участковыми педиатрами, приходится именно на ОРВИ, частота которых, судя по материалам проведенного нами анализа амбулаторных карт, у детей на первом году жизни составляет 47%. Уже исходя из этих данных и официальной статистики становится очевидно, что участковым врачам, в том числе педиатрам, в первую очередь приходится решать вопросы лечения и профилактики именно данной группы заболеваний. Значимым с практических позиций является риск развития различных осложнений ОРВИ. К их числу в первую очередь необходимо отнести:

• Пневмонию и синусит, развитие которых, например, при риновирусной инфекции наблюдается в 85% случаев.

• Стенозирующий ларинготрахеит.

• Средний отит.

• Обострение бронхиальной астмы.

• Пиелонефрит.

Сложность ситуации усугубляется еще и многочисленностью возбудителей (более 300 вирусов), что исключает возможность создания и реализации специфической иммунопрофилактики всей группы ОРВИ и обусловливает неполноценность специфического иммунитета к возбудителям респираторных инфекций, способствуя многократному развитию заболеваний одной и той же этиологии. При этом постоянная антигенная изменчивость вирусов гриппа создает и возможность несоответствия штаммового состава гриппозных вакцин реально циркулирующим вирусам.

Данные обстоятельства вынуждают врачей применять многочисленные средства симптоматической терапии. И в действительности, что же мы сегодня лечим при ОРВИ? Как правило, это три «состояния»: лихорадка, насморк и кашель. Не секрет, что количество лекарственных и нелекарственных средств, которые в невероятных объемах применяются на практике, исчисляется сотнями. Некоторые аспекты этой проблемы мы уже обсуждали [С.О. Ключников и соавт., 2009, 2010].

В 2010 г. мы провели работу, целью которой стал анализ применяемых лекарственных препаратов у детей при развитии кашля. Все использовавшиеся при этом препараты были разделены по нашей просьбе самими родителями на «основные» и «дополнительные». В результате выявлено, что только в 80% случаев, если среди клинических проявлений ОРВИ отмечался кашель, применялись противокашлевые и/или муколитические (и/или отхаркивающие) средства. Во второй по частоте назначений группе оказались гипотермические препараты и иммуномодуляторы – по 53%. Следующими по частоте применения были антибактериальные препараты – 50%, что лишний раз подтверждает чрезмерное увлечение педиатров именно этими ЛС, хотя многократно заявлялось о нецелесообразности использования антибиотиков при лечении неосложненных форм ОРВИ.

Интересная информация получена при анализе так называемой «дополнительной» группы препаратов. Оказалось, что к их числу родители относят антигистаминные средства – 53%, препараты для коррекции дисбиотических нарушений – 50% («случайно» ровно столько, сколько и антибиотики), витаминно–минеральные комплексы – 40% и снова иммуномодуляторы – 29%. Невольно возникает вопрос – какие и сколько же суммарно получает ребенок из числа «основных» и «дополнительных» препаратов при лечении кашля? Оказалось, что даже чаще, чем все вместе взятые противокашлевые, муколитические и отхаркивающие средства при кашле у детей используются иммуномодуляторы– 82%!

В действительности, выбор препаратов для лечения кашля у детей чрезвычайно велик. При этом важно помнить о возможности возникновения различных и нередко отсроченных по времени побочных проявлений многих из числа популярных препаратов. В частности, для бронхолитина описаны такие негативные проявления, как тахикардия, повышение АД, тремор, возбуждение, сонливость, тошнота, рвота, запор, затруднение мочеиспускания, сыпь, повышенное потоотделение; для преноксдиазина – тошнота, диарея, кожная сыпь, ангионевротический отек.

Важно учитывать, что воспалительный процесс в дыхательных путях независимо от его локализации всегда сопровождается проявлениями дискринии, то есть нарушением слизеобразования, реологических свойств и транспорта секрета из верхних и нижних дыхательных путей. Поэтому при лечении кашля у детей целесообразно назначение мукорегуляторов – лекарственных средств, преимущественным эффектом которых является восстановление реологических параметров секрета слизистой оболочки дыхательных путей за счет воздействия на бокаловидный эпителий.

Удачным примером комбинированного препарата является Аскорил экспекторант, в состав которого входят сальбутамол, бромгексина гидрохлорид, гвайфенезин, рацементол. Компоненты препарата оказывают бронхолитическое и отхаркивающее действие. Сальбутамол – селективный β2 –агонист короткого действия с выраженным быстрым бронхолитическим действием, также влияет на мукоцилиарный клиренс, стимулируя секрецию слизи и активность реснитчатого эпителия.

Бромгексина гидрохлорид с его активным метаболитом амброксолом обладает выраженным муколитическим и отхаркивающим действием посредством деполимеризации и разрушения мукопротеинов и мукополисахаридов, входящих в состав мокроты. Он также стимулирует деятельность секреторных клеток слизистых оболочек бронхов, продуцирующих сурфактант. Гвайфенезин стимулирует секрецию жидкой части бронхиальной слизи, уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты. Ментол (рацементол) оказывает мягкое спазмолитическое действие, обладает слабыми антисептическими свойствами. По данным Н.А. Геппе (2011), применение Аскорила экспекторанта у детей в возрасте от 2 до 10 лет с легким или среднетяжелым течением ОРЗ оказывает выраженное положительное влияние на течение заболевания у детей.

У детей до 6 лет Аскорил экспекторант назначается по 5 мл (1 чайная ложка) 3 раза в сутки, детям от 6 до 10 лет – по 5–10 мл (1–2 чайные ложки) 3 раза в сутки. Продолжительность лечения составляет 7–10 дней в зависимости от динамики состояния пациентов. У детей, получавших комбинированный препарат (сальбутамол + муколитики), по сравнению с детьми, получавшими только муколитик (бромгексин), наблюдается более быстрая положительная динамика. Ко 2–3–му дню лечения кашель становится влажным, облегчается отхождение мокроты, к 6–7–му дню терапии у большинства детей симптомы исчезают. У детей, получавших Аскорил экспекторант, исчезновение симптомов кашля отмечается на 3–4 дня раньше, чем у больных в группе сравнения.

Суммарная балльная оценка клинических симптомов на фоне лечения показала, что при назначении Аскорила экспекторанта (1 группа) эффективность терапии по сравнению со 2 группой была достоверно выше (p<0, 05) (рис. 1).

Необходимость назначения антибактериальной терапии в группе Аскорила была в 2, 5 раза ниже, чем в группе сравнения (рис. 2).

Важным является и факт исчезновения симптомов ночного кашля на 1–2 дня быстрее (к 5–6–му дню лечения, в группе сравнения – к 8–10–му дню), чем симптомов дневного кашля (к 6–7–му дню наблюдения, в группе сравнения – к 9–10–му дню). Существенное снижение выраженности симптомов кашля сопровождается улучшением сна, повышением активности детей, улучшением их эмоционального состояния. Положительная динамика клинических симптомов подтверждается и достоверным улучшением показателей бронхофонографии и спирографии, что свидетельствует о нормализации бронхиальной проходимости. Бронхофонография, проведенная у детей через 20–30 мин. после приема комбинированного препарата, показала улучшение бронхиальной проходимости. Это связано с наличием в препарате бронхолитика короткого действия, с взаимодополняющим действием с муколитиком (амброксол), а также мягким седативным и противовоспалительным действием других компонентов. Особое значение имеет хорошая переносимость комбинированного препарата.

Таким образом, при лечении кашля у детей с острыми респираторными инфекциями применение комплексного препарата Аскорил не только позволяет эффективно купировать данный симптом, но и минимизировать суммарную лекарственную нагрузку.

