

Лечение ОРВИ у детей

Л. В. Никитина

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у детей занимают ведущее место среди всех инфекционных заболеваний. ОРВИ являются одними из наиболее частых заболеваний, с которыми дети обращаются к врачу-педиатру и госпитализируются в инфекционный стационар. ОРВИ регистрируют в течение всего года, однако наибольшее число заболеваний отмечается в период с ранней осени и до поздней весны.

Распространенность ОРВИ связана с наличием чрезвычайного множества респираторных патогенов, формированием только типоспецифического постинфекционного иммунитета и легкостью передачи возбудителей. Полностью учесть истинную заболеваемость ОРВИ невозможно. Практически каждый человек несколько раз (от 4–8 до 15 раз и более) в году болеет ОРВИ. Особенно часто ОРВИ наблюдаются у детей раннего возраста. Дети первых месяцев жизни болеют редко, поскольку находятся в относительной изоляции, и многие из них сохраняют в течение некоторого времени (до 6 месяцев) пассивный иммунитет, полученный от матери трансплацентарно с иммуноглобулинами класса G. Однако дети первых месяцев жизни также могут болеть ОРВИ, особенно если они попадают в тесный (как правило, семейный) контакт с больными (чаще всего источником возбудителя инфекции служит мать ребенка). Вследствие болезни трансплацентарный иммунитет может оказаться ненапряженным или полностью отсутствовать (первичные — врожденные формы иммунодефицита) [7].

Наибольшая заболеваемость наблюдается среди детей от 2 до 5 лет жизни, что, как правило, связано с посещением ими детских учреждений, значительным увеличением числа контактов. Ребенок, посещающий детский сад, в течение 1 года может болеть ОРВИ до 10–15 раз, на 2-й год — 5–7 раз, в последующие годы — 3–5 раз в год. Снижение заболеваемости объясняется приобретением специфического иммунитета в результате перенесенных ОРВИ. Частые ОРВИ приводят к ослаблению защитных сил организма, способствуют формированию хронических очагов инфекции, вызывают аллергизацию организма, препятствуют проведению профилактических прививок, отягощают преморбидный фон, задерживают физическое и психомоторное развитие детей [7].

Острые респираторные вирусные заболевания представляют собой этиологически разнородную группу. Известно более 200 видов вирусов, вызывающих ОРВИ, что затрудняет проведение диагностики. Причиной клинических проявлений могут стать различные вирусы — гриппа, парагриппа, риновирусы, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), метапневмовирус, реовирусы, коронавирусы, бокавирусы, а также грибы, микоплазмы и хламидии [1].

Дети младше 5 лет и особенно дети первого года жизни часто госпитализируются в связи с инфекцией РСВ, вирусом гриппа и парагриппа. Риновирусы А и С нередко приводят к тяжелому течению ОРВИ у детей младше 5 лет, особенно при развитии обструктивного бронхита, бронхиолита или наличии бронхиальной астмы. Возбудители ОРВИ передаются от человека к человеку воздушно-капельным путем, а также при прямом контакте. Важное значение контактного пути передачи отмечено для риновирусов и РСВ. Понятие «простуда», под которым в просторечье подразумевается нетяжелое заболевание верхних дыхательных путей, как правило, вызвано вирусной инфекцией (чаще риновирусами). Входными воротами для возбудителей ОРВИ является слизистая оболочка верхних дыхательных путей, где и локализуется воспаление при большинстве ОРВИ. Однако некоторые вирусы (РСВ, вирусы парагриппа, риновирусы, коронавирусы) поражают не только верхние, но и нижние дыхательные пути, вызывая бронхит, бронхиолит и пневмонию, приводя к тяжелому течению ОРВИ, особенно у детей младшего возраста [1].

Сформированный в процессе эволюции преимущественный тропизм к тому или иному участку респираторного тракта дает возможность выделить характерные признаки, что упрощает дифференциальную диагностику заболевания и позволяет своевременно назначать этиотропные средства. Так, например, при гриппе воспалительный процесс возникает преимущественно в эпителии трахеи и крупных бронхов, при респираторно-синцитиальной инфекции — в эпителии бронхиол, риновирусной инфекции — в эпителии полости носа и придаточных пазух носа и т. д. [7].

В большинстве случаев ОРВИ у детей протекает нетяжело, поэтому наблюдение за детьми осуществляется в амбулаторных условиях. Госпитализации подлежат дети с тяжелыми и осложненными формами заболевания, гипертермическим и судорожными симптомами, развитием токсикоза и геморрагических нарушений, а также дети из социально неблагополучных семей.

Основными направлениями терапии ОРВИ в острый период являются: этиотропная терапия с использованием противовирусных препаратов, противовоспалительная терапия, симптоматическое лечение, а также общетерапевтические меры (постельный режим, обильное питье, диета, богатая витаминами). Антибактериальная терапия назначается строго по показаниям.

В настоящее время количество специфических противовирусных средств, разрешенных к применению в педиатрии,

ограничено, поэтому приветствуется появление каждого нового препарата, обладающего противовирусной активностью. Основное действие противовирусных препаратов состоит в создании препятствия к репродукции вирусов, снижении вирусной нагрузки на организм. Кроме того, противовирусная терапия облегчает течение болезни, снижает вероятность развития осложнений и уменьшает опасность инфицирования окружающих больного лиц. Существует и другая причина, по которой осложняется создание эффективных противовирусных средств, а именно формирование резистентности к ним вирусов. Примером является появление штаммов вируса, резистентных к препаратам адамантанового ряда [7].

Все противовирусные препараты распределяют на три группы:

- препараты, непосредственно влияющие на репликацию вирусов на различных этапах их жизненного цикла: производные адамантана, ингибиторы нейраминидазы (осельтамивир, занамивир), ингибиторы РНК-полимераз (рибавирин);
- препараты интерферонового ряда, обладающие противовирусным и иммуномодулирующим действием;
- препараты-индукторы продукции интерферонов (ИФ) — высоко- и низкомолекулярные соединения природного и синтетического происхождения, стимулирующие выработку эндогенных ИФ [6].

В терапии кашля при ОРВИ используют противокашлевые, отхаркивающие и муколитические препараты. Наркотические противокашлевые препараты в детской практике не используются, поскольку вызывают угнетение дыхательного центра и развитие привыкания. Среди ненаркотических средств используют бутамирата цитрат. В педиатрии потребность в использовании противокашлевых средств возникает редко в связи с тем, что они вызывают мукостаз, что способствует развитию осложнений. Отхаркивающие средства преимущественно на основе лекарственных растений (термопсиса экстракт, Ликорин, алтея лекарственного экстракт) используют у детей при кашле со скудной, плохо отходящей мокротой. Муколитические препараты (ацетилцистеин, карбоцистеин, амброксол, бромгексин) эффективно разжижают мокроту, не увеличивая существенно ее количество, повышают секрецию ее жидкой части, стимулируют работу реснитчатого эпителия [6, 7].

Бронхолитические препараты применяются при сужении просвета бронхов у больных с обструктивным синдромом при ОРВИ, при остром обструктивном бронхите или при обострении бронхиальной астмы на фоне ОРВИ. С этой целью используются β_2 -агонисты короткого действия (сальбутамол, фенотерол), антихолинергические препараты (Атровент), комбинированные средства (Беродуал). Ингаляционная форма введения препаратов является предпочтительной [6].

В последнее время появилось новое поколение препаратов от кашля, ингибирующих медиаторы воспаления, к числу которых относится фенспирид. Доказано, что фенспирид уменьшает проявления бронхоспазма, тормозит продукцию медиаторов воспаления [4].

Местная терапия ОРВИ при рините включает введение интраназально 0,9% раствора хлорида натрия, сосудосуживающих капель (оксиметазолин, ксилометазолин, а при аллергических ринитах — интраназальные спреи с топическим глюкокортикоидом [7].

Лечение воспалительных заболеваний глотки (фарингит, тонзиллофарингит) включает противовоспалительные средства, местные антисептики, иммуномодулирующие препараты.

Симптоматическая терапия при ОРВИ направлена на уменьшение выраженности тех или иных клинических проявлений болезни, которые нарушают самочувствие ребенка (лихорадка, кашель, боль в горле, затруднение носового дыхания и др.). Лихорадка — защитная реакция, направленная против возбудителя инфекции. Под влиянием лихорадки усиливается синтез интерферонов, прежде всего ИФН- γ , ФНО- α , повышается бактерицидность полинуклеаров и реакция лимфоцитов на митоген. «Лихорадочные» цитокины усиливают синтез белков острой фазы воспаления, стимулируют лейкоцитоз. Лихорадка снижает способность к размножению многих микроорганизмов, существует отчетливая обратная зависимость между степенью повышения температуры тела и длительностью экскреции микроорганизмов [3].

Повышение температуры стимулирует иммунный ответ Th1-типа, необходимый для активации клеточного ответа (макрофаги и цитотоксические лимфоциты), элиминирующего бактерии и инфицированные вирусом клетки. Последнее особенно важно для грудных детей, поскольку лихорадка, сопровождающая инфекции, играет важную роль в переключении иммунного ответа с Th2-типа, преобладающего при рождении, на более совершенный ответ Th1-типа [3].

Отрицательные эффекты лихорадки сказываются при температуре тела ближе к 41 °С: резко повышаются метаболизм, потребление кислорода (O₂) и выделение углекислого газа (CO₂), усиливаются потери жидкости, возникает дополнительная нагрузка на сердце и легкие. Изначально здоровый ребенок переносит эти изменения легко, хотя и испытывает дискомфорт, но у детей с патологией лихорадка может значительно ухудшать состояние. В частности, у детей с поражением центральной нервной системы (ЦНС) лихорадка способствует развитию отека головного мозга, судорог. При продолжительной лихорадке происходит истощение жировых запасов и мышц. Хотя эти сдвиги достаточно серьезны, по окончании лихорадки они быстро корригируются [3].

Повышение температуры тела у детей — одна из основных причин бесконтрольного применения различных лекарственных средств в педиатрической практике. Для дифференцированного подхода к терапевтической тактике лихорадки у детей целесообразно, в зависимости от клинико-анамнестических особенностей, выделять две группы наблюдения — исходно здоровых и «группу риска по развитию осложнений» [3].

В группу риска по развитию осложнений при лихорадочных реакциях должны быть включены дети:

- в возрасте до двух месяцев жизни при наличии температуры выше 38 °С;
- с фебрильными судорогами в анамнезе;
- с заболеваниями ЦНС;
- с хронической патологией органов кровообращения;
- с наследственными метаболическими заболеваниями [1].

В случаях, когда теплопродукция соответствует теплоотдаче, у ребенка возникает благоприятная, так называемая «розовая лихорадка». Она получила свое название из-за окраски кожного покрова больного. Кожа в этом случае умеренно гиперемирована, теплая, влажная на ощупь. Поведение ребенка на фоне данного типа лихорадки практически не меняется. В таких случаях следует воздержаться от приема жаропонижающих средств, если температура не достигает 39 °С. Показано обильное питье, могут быть использованы физические методы охлаждения. Для усиления теплоотдачи ребенка необходимо раздеть, обтереть водой комнатной температуры. Нет смысла обтирать ребенка охлажденной водкой, спиртом или ледяной водой, так как резкое снижение температуры тела может привести к спазму сосудов и уменьшению теплоотдачи. Согласно рекомендациям специалистов ВОЗ жаропонижающую терапию исходно здоровым детям следует проводить при температуре тела не ниже 39,0–39,5 °С [3, 5].

Если на фоне гипертермии больной ощущает холод, озноб, кожный покров бледный с цианотичным оттенком ногтевых лож и губ, конечности холодные, а повышение температуры тела прогрессирует, то это «бледная» лихорадка. При этом отмечают тахикардию, одышку, возможны судороги [5].

Дети из «группы риска по развитию осложнений на фоне лихорадки» требуют назначения жаропонижающих лекарственных средств даже при субфебрильной температуре.

Жаропонижающие лекарственные средства (анальгетики-антипиретики) являются одними из наиболее часто используемых препаратов в медицинской практике. Они используются для уменьшения степени лихорадки, что является защитной реакцией организма. Выделяют две группы препаратов:

- нестероидные противовоспалительные средства — ацетилсалициловая кислота, метамизол натрия (Анальгин), ибупрофен;
- парацетамол (ацетаминофен) [5].

Препаратами выбора при лихорадке у детей являются парацетамол и ибупрофен. Механизм действия всех жаропонижающих средств заключается в подавлении активности циклооксигеназы (ЦОГ) — ключевого фермента синтеза простагландинов в гипоталамусе. Этот фермент существует в организме в виде двух его изоформ — ЦОГ-1, обладающего цитопротективным действием на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, и ЦОГ-2, контролирующего избыточное образование простагландинов провоспалительной активности. Противовоспалительный эффект нестероидных противовоспалительных средств связан с периферическим действием этих препаратов в очаге воспаления и подавлением синтеза простагландинов местно. Парацетамол, в отличие от этих препаратов, действует только центрально на уровне гипоталамуса [3].

Ацетилсалициловая кислота (Аспирин) известна как эффективный анальгетик и антипиретик, однако ее использование у детей в возрасте до 15 лет противопоказано в связи с опасностью такого грозного осложнения, как синдром Рея. Он характеризуется неукротимой рвотой с развитием токсической энцефалопатии и жировой дегенерацией внутренних органов, преимущественно печени и головного мозга. Помимо синдрома Рея, для ацетилсалициловой кислоты характерны и другие побочные эффекты, связанные с блокадой синтеза протективных простагландинов Е. К ним относят желудочно-кишечные кровотечения, аспириновую астму и гипогликемию. Применение Аспирина у новорожденных может приводить к билирубиновой энцефалопатии [3].

Доза парацетамола у детей в возрасте от 3 месяцев до 15 лет составляет 10–15 мг/кг каждые 6 ч. За счет центрального механизма действия парацетамол, в отличие от нестероидных противовоспалительных средств, не раздражает слизистую оболочку желудка, поэтому его можно назначать детям с бронхиальной обструкцией. К противопоказаниям к применению парацетамола относят:

- возраст до 1 мес;
- выраженные нарушения функции печени и почек;
- дефицит глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы;
- заболевания крови.

Ибупрофен применяют в дозе от 5 до 20 мг/кг в сутки. Ибупрофен, в отличие от парацетамола, обладает не только

центрального, но и периферического действием, с чем связан его противовоспалительный эффект. В связи с этим ибупрофен используют при инфекционных заболеваниях, которые сопровождаются воспалением, гипертермией и болью. К возможным побочным эффектам относят тошноту, анорексию, гастроинтестинальные расстройства, нарушения функции печени, аллергические реакции, анемию и тромбоцитопению, головокружение, нарушение сна [3].

В педиатрической практике в течение долгого времени с успехом используется комплексный препарат Вибуркол, который эффективно применяется как базовое терапевтическое средство для лечения беспокойства с лихорадочным состоянием или без и симптоматического контроля распространенных инфекций у детей и младенцев. Вибуркол/Вибуркол Н (суппозитории и капли) — это многокомпонентные биорегуляционные препараты, содержащие оптимально сбалансированную комбинацию натуральных активных ингредиентов в низких дозировках. В России препарат представлен в одной лекарственной форме — это суппозитории [10].

Рекомендуемый режим применения суппозиторий: при ОРВИ и болезненных симптомах прорезывания молочных зубов детям до 6 месяцев по 1 суппозиторию 2 раза в сутки; детям от 6 месяцев при температуре тела свыше 37,5 °С по 1 суппозиторию 4 раза в сутки; при температуре тела свыше 38 °С по 1 суппозиторию до 6 раз в сутки. При нормализации температуры тела по 1 суппозиторию 1–2 раза в сутки еще 3–4 дня.

Вибуркол имеет много преимуществ для младенцев и детей с беспокойством на фоне лихорадки или без и симптомами, связанными с распространенными инфекциями:

- доказанная надежная клиническая эффективность в состоянии общего беспокойства у младенцев и детей и для симптоматического лечения распространенных инфекций;
- может применяться при состояниях с лихорадкой или без;
- эффективен при всех типах проблем, связанных с прорезыванием зубов;
- эффективен при ночных кошмарах/страхах;
- безопасное и быстрое облегчение симптомов;
- нет известных побочных эффектов, нет известных противопоказаний или взаимодействия с другими лекарствами;
- индивидуальная дозировка в зависимости от потребности;
- поддерживает естественную биорегулирующую систему организма;
- продается без рецепта;
- так же эффективен, как парацетамол (ацетаминофен), для контроля симптомов острых фебрильных инфекций у детей;
- можно прекратить прием в любое время без «эффекта отмены»;
- может применяться сразу после рождения;
- можно применять параллельно с другими препаратами;
- безопасный и в целом хорошо переносимый;
- растительные ингредиенты;
- безопасная мягкодействующая альтернатива лечению обычными препаратами [8–10].

В настоящее время накоплена доказательная база эффективности Вибуркола в клинических исследованиях у детей. Так, например, было проведено многоцентровое проспективное когортное исследование у детей с целью исследования эффективности и переносимости Вибуркола Н с парацетамолом при симптоматическом лечении острых лихорадочных состояний у детей в возрасте до 12 лет. Эффективность оценивалась на основании измерения температуры тела (ректально), оценки состояния тяжести ребенка врачом и родителями и данных объективного осмотра педиатром. В исследовании участвовало всего 767 пациентов, которые получали Вибуркол Н (n = 361) или парацетамол (n = 406) в качестве монотерапии. В ходе исследования в обеих группах лечения наблюдались эквивалентные и клинически значимые улучшения температуры тела, общего самочувствия, тяжести острых лихорадочных инфекций и тяжести клинических симптомов. Через 3 дня температура была значительно снижена у 87% пациентов, получавших Вибуркол Н, а через 4–7 дней эта цифра выросла до 96%. В обеих группах лечения температура тела была снижена до нормального уровня (37 °С в группе Вибуркола Н и 36,9 °С в группе парацетамола) к концу периода наблюдения. Значительные улучшения (равные для обоих препаратов) были достигнуты по всем отдельным клиническим симптомам. Не было статистической разницы между двумя группами лечения в плане наступления эффективности [9].

Таким образом, было доказано, что Вибуркол Н эффективно снижает тяжесть основных симптомов при лихорадке, терапевтический потенциал Вибуркола Н сравним с терапевтическим потенциалом парацетамола и препарат обладает высоким профилем безопасности.

В другом нерандомизированном многоцентровом проспективном когортном исследовании, проводимом в 38 центрах в Бельгии у пациентов в возрасте младше 11 лет с лихорадкой при ОРВИ, пациенты получали либо капли Вибуркол, либо парацетамол. Пациенты проходили осмотр на первом визите и последнем визите. Эффективность лечения оценивалась врачами на основании следующих показателей: лихорадка, судороги, беспокойство, нарушения сна, проблемы с едой и питьем. Всего было оценено 198 пациентов (Вибуркол — n = 107, ацетаминофен — n = 91); группы были хорошо подобраны в начале исследования. Наиболее распространенными показаниями

были: ринит (25%), бронхит (22%), отит среднего уха (18%) и/или ангина (14%). Дополнительные препараты назначались 52,3% пациентов в группе Вибуркола и 65,9% в группе парацетамола. В период лечения в обеих группах было отмечено значительное улучшение по всем измеряемым переменным. Вибуркол выполнил критерий не меньшей эффективности по всем изученным переменным. Снижение температуры тела, сопровождаемое снижением показателя лихорадки, наблюдалось в обеих группах: $-1,7 \pm 0,7$ °C у Вибуркола, $-1,9 \pm 0,9$ °C у парацетамола.

Вибуркол показал одинаковую эффективность по сравнению с парацетамолом в исследовании. В отдельных случаях Вибуркол имел преимущества по таким критериям, как проблемы с едой и питьем, общая оценка состояния и общая тяжесть инфекции [8].

В ходе исследований Вибуркол зарекомендовал себя как безопасный препарат, но следует учитывать, что у пациентов с гиперчувствительностью к ромашке (*Chamomilla*) или семейству сложноцветных (*Asteraceae* или *Compositae*) суппозитории могут вызвать аллергические реакции [10].

Продолжительность в приеме антипиретиков не должна превышать 1–2 суток, в остальных случаях прием жаропонижающих может указывать на наличие бактериальной инфекции, что требует повторного обследования ребенка.

Антибиотики в большинстве случаев при ОРВИ не показаны. Необоснованное назначение антибиотиков способствует нарастанию устойчивости патогенных бактерий, вызывающих заболевания дыхательных путей. Показанием к назначению антибиотиков являются бактериальные осложнения ОРВИ — острый средний отит, гнойный синусит, бронхит при наличии гнойной мокроты, пневмония, эпиглоттит, а также при сохранении лихорадки выше 38 °C в течение 3 суток и более, при лейкоцитозе более 15×10^9 /л. Стартовыми антимикробными препаратами системного действия в этих случаях могут быть защищенные аминопенициллины (Амоксиклав, Аугментин) или макролидные препараты [1].

Таким образом, в жаропонижающей терапии ОРВИ на современном этапе используют препараты парацетамола и ибупрофена в детской практике. Биорегуляционный препарат Вибуркол, выпускающийся в виде суппозитория, имеет доказанную эффективность при лихорадке у детей, сопоставимую с парацетамолом, а также обладает высоким профилем безопасности.

Литература

1. Геппе Н. А., Малахов А. Б. Комплексный подход к лечению и профилактике острых респираторных вирусных инфекций у детей. Практическое руководство для врачей / Под. ред. проф. Н. А. Геппе, проф. А. Б. Малахова. М., 2012. 47 с.
2. Илунина Л. М., Кокорева С. П., Макарова А. В. Лихорадочные состояния у детей: методические рекомендации. Воронеж: ВГМА, 2008. 32 с.
3. Лихорадящий ребенок. Протоколы диагностики и лечения. Клинические рекомендации для педиатров / Под общ. ред. Баранова А. А., Таточенко В. К., Бакрадзе М. Д. 2-е изд., исправл. и дополн. М.: ПедиатрЪ, 2015. 321 с.
4. Мачарадзе Д. Ш., Янаева Х. А., Пешкин В. И. ОРВИ. Особенности лечения // Лечащий Врач. 2018. № 11. С. 38–41.
5. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Баранова А. А. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 768 с.
6. Смирнова Г. И. Часто болеющие дети — профилактика и реабилитация. М.: Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, 2012. 126 с.
7. Шамшева О. В. Грипп и ОРВИ у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 112 с.
8. Derasse M. et al. The effects of a complex homeopathic medicine compared with acetaminophen in the symptomatic treatment of acute febrile infections in children: an observational study // Explore. 2005; 1 (1): 33–39.
9. Müller-Krampe B., Gottwald R., Weiser M. Symptomatic Treatment of Acute Febrile Infections with a Modern Homeopathic Medication // International Journal for Biomedical Research and Therapy. 2002; 31 (2): 79–85.
10. Biologische Heilmittel Heel GmbH. Монография продукта Вибуркол. 2011. 44 с.

Л. В. Никитина

ГБУЗ ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ филиал № 1, Москва

Контактная информация: lilandikn@mail.ru

Лечение ОРВИ у детей Л. В. Никитина

Для цитирования: Лечащий врач № 6/2018; Номера страниц в выпуске: 44-48

© «Открытые системы», 1992-2018. Все права
защищены.