

Основные аспекты терапии острых респираторных инфекций

На протяжении многих лет ОРВИ и грипп занимают лидирующее место в структуре инфекционных заболеваний. В настоящее время отмечается рост числа заболеваний, вызываемых различными вирусами гриппа, парагриппа, аденовирусами, риновирусами, коронавирусами и др. Так, по данным Роспотребнадзора, в 2011 г. по сравнению с 2010 г. заболеваемость ОРВИ выросла на 21,6% (23 430,6 на 100 тыс. населения), а гриппом – в 1,9 раза (416,8 на 100 тыс. населения). В литературе приводятся различные данные по структуре основных респираторных вирусных заболеваний. Удельный вес вирусов гриппа составляет 35–50%, в межэпидемический период заболеваемость падает до 15–20%. На долю парагриппозных вирусов приходится от 7–12% и до 35%, РС-вирусов – 8–10% и даже до 20%, аденовирусов – 10–12% до 20% и более. Среди населения инфицированность вирусом герпеса составляет 60–90%. Нередко, выступая в симбиозе с любым вирусом респираторной группы, герпесвирус утяжеляет его течение.

Верхние дыхательные пути, с одной стороны, являясь барьером, с другой – входными воротами для патогенных микроорганизмов. Барьерная функция дыхательных путей осуществляется за счет естественной защиты организма в целом и респираторного тракта в частности. При попадании возбудителя на слизистую респираторного тракта срабатывают две последовательно включаемые формы защиты от инфекции: мукоцилиарная и иммунная. В физиологических условиях защитная система организма препятствует распространению микроорганизмов и вирусов в дыхательных путях. При вирусной инфекции равновесие между системой защиты и патогенными факторами нарушается в сторону последних, следствием чего является воспаление респираторного тракта. Клетки эпителия дыхательных путей, поврежденные вирусным воздействием, выделяют медиаторы воспаления, которые активируют нервно-рефлекторные механизмы и могут провоцировать формирование хронического процесса [1].

ОРВИ обычно характеризуется симптомокомплексом, включающим воспалительные изменения в носоглотке (затруднение носового дыхания, выделения из носа, гиперемия зева, болезненность при глотании), кашель, явления интоксикации (лихорадка, озноб, одышка, слабость, мышечные боли). Заболевания, вызванные разными вирусами, отличаются степенью выраженности отдельных симптомов, продолжительностью течения. Явления интоксикации более выражены при гриппе, а катаральные явления в носоглотке – при других вариантах ОРВИ.

Объем терапии определяется возбудителем, тяжестью течения заболевания, возрастом и др. Терапия респираторных вирусных инфекций складывается из нескольких основных звеньев: этиотропная, симптоматическая, патогенетическая.

- Этиотропная терапия – противовирусная, антибактериальная.
- Симптоматическая терапия – деконгестанты, антигистаминные, жаропонижающие средства, муколитики.
- Патогенетическая терапия, задачей которой является ослабление проявлений воспаления в респираторном тракте (см. рисунок).

Этиотропная терапия в виде противовирусной и антибактериальной должна применяться только по показаниям.

Симптоматическая терапия способствует контролю над симптомами на короткое время, не устраняя начавшийся воспалительный процесс.

Противовоспалительная терапия может играть важную роль при многих патологических процессах, происходящих в организме при респираторных инфекциях. Для того чтобы избежать серьезных последствий ОРВИ при первых катаральных симптомах у детей, заболевших впервые или имеющих хроническую соматическую патологию, возможно применение противовоспалительной терапии, которая способна с высокой степенью вероятности приостановить воспаление само по себе и предотвратить развитие осложнений. Следствием противовоспалительной терапии становятся и уменьшение выраженности симптомов острого воспаления верхних дыхательных путей.

Единственный препарат, оказывающий патогенетическое воздействие на течение острого респираторного заболевания, – **фенспирид**. Фенспирид при клиническом применении демонстрирует противовоспалительный и противокашлевый эффекты.

Противовоспалительное действие фенспирида связано с ингибирующим воздействием на активность фосфолипазы А₂, инициирующей «каскад» трансформации арахидоновой кислоты, что приводит к образованию меньшего количества простагландинов, лейкотриенов и тромбоксанов. Кроме того, фенспирид блокирует гистаминовые H₁-рецепторы, α₁-адренергические рецепторы и ингибирует их действие на синтез и секрецию цитокинов [2]. Следствием противовоспалительного действия фенспирида являются снижение степени воспалительного отека тканей, ограничение секреторной активности бокаловидных

клеток слизистых оболочек дыхательного тракта, уменьшение образования факторов хемотаксиса и активности миграции клеток в очаг воспаления. Таким образом, уменьшаются гиперсекреция мокроты, а также деструкция тканей легких [3].

Противокашлевое действие фенспирида обусловлено уменьшением отека слизистой оболочки респираторного тракта, постепенным прекращением гиперсекреции слизи, смягчением симптомов бронхоконстрикции, улучшением отхождения секрета [4].

Снижение выраженности воспаления в слизистой оболочке, уменьшение ее отека и нормализация секреторной функции приводят и к постепенному восстановлению мукоцилиарного клиренса, что также положительно сказывается на течении заболевания.

Таким образом, противовоспалительный препарат в составе ком-

плексного лечения острой респираторной инфекции вносит позитивный вклад в выраженность симптоматики и длительность заболевания.

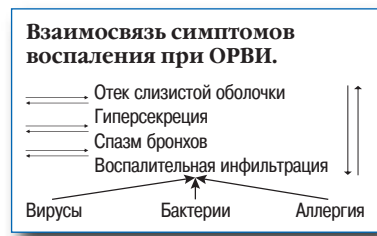
С 2016 г. на российском рынке присутствует фенспирид производства компании «Гедеон Рихтер» – препарат Эпистат®. Формы выпуска препарата Эпистат®: сироп для детей с 2 лет и таблетки для взрослых с 18 лет.

Сироп Эпистат® выпускается в дозировке 2 мг/мл объемом 150 мл и поставляется в комплекте с удобным мерным стаканчиком с градуировкой от 2,5 до 20 мл.

Таблетки Эпистат® выпускаются в дозировке 80 мг.

Рекомендуемая доза – 4 мг/кг в сутки. Препарат Эпистат® отличаются европейское качество и доступная цена.

Е.М.Овсянникова, МБШабат, Г.Н.Красева, О.В.Караитина, ОКДЦ ПАО «Газпром», Москва



Литература

1. Приказ №110 от 04.09.2013 Об организации мероприятий по профилактике гриппа и острых респираторных инфекций в Москве в эпидемиологический сезон 2013–2014 гг.
2. Etard Y, Kato G, Bodinier MC et al. Fenспириде and inflammation in experimental rhinotomatology. Eur Resp Rev 1991; 1 (rev. 2): 93–100.
3. Самсыгина Г.А. Противовоспалительная терапия при лечении органов грудной клетки. Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.). 2016; 1: 52–3.
4. Самсыгина Г.А. Кашель у детей (патофизиология, клиническая интерпретация, лечение). М.: ПедиатрЪ. 2016.