

В.Ф.Жданов, О.И.Сазонец, Т.И.Савина

О ПРИМЕНЕНИИ ФЕНСПИРИДА (ЭРЕСПАЛА) В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ

НИИ пульмонологии Санкт-Петербургского
Государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова;
Городская реабилитационная больница № 40, Санкт-Петербург

FENSPIRIDE (ERESPAL) IN REHABILITATION OF PNEUMONIA PATIENTS

V.F.Zhdanov, O.I.Sazonets, T.I.Savina

Summary

Results of examination of 41 patients with pneumonia (23 patients in the study group and 17 ones in the comparative group) showed that fenspiride (Erespal) has a great positive effect in rehabilitation period. It is not a corticosteroid but it reduced cough and sputum production, improved radiological data and peripheral blood parameters more actively than non-steroid anti-inflammatory drugs. The efficacy of fenspiride was higher in 30-day treatment compared with 15-day course. Fenspiride can be recommended for rehabilitation programmes in pneumonia.

Резюме

В результате исследования 41 больного пневмонией (23 человека — в основной группе и 17 — в группе сравнения) показано, что фенспирид (Эреспал) оказывает существенное положительное влияние на больных на этапах восстановительного лечения и реабилитации. Не являясь кортикостероидным препаратом, он более активно, чем препараты из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), приводил к уменьшению кашля и выделения мокроты, к положительным сдвигам рентгенологических показателей и нормализации анализов крови. Эффективность препарата была более высокой при 30-дневном курсе, по сравнению с 15-дневным. Фенспирид (Эреспал) может быть рекомендован для включения его в программы восстановительного лечения и реабилитации при пневмониях.

На протяжении многих лет как у нас в стране, так и за рубежом цифры медицинской статистики свидетельствуют о неблагоприятной ситуации, связанной с пневмонией. В Европе заболеваемость пневмонией колеблется от 2 до 15 случаев на 1 000 человек в год [1]. В нашей стране этот показатель среди взрослого населения составляет 5–8 случаев на 1 000, в Москве в среднем — 3,65 на 1 000 человек в год [2]. По данным Бюро медицинской статистики Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, среди взрослых жителей Петербурга в течение последнего 10-летия наблюдается отчетливый рост числа больных пневмонией: в 1991 г. — 3,40; 1996 г. — 3,59; 1999 г. — 4,74; 2000 г. — 4,54; 2001 г. — 3,85 (на 1 000 человек).

Показатель смертности от этого заболевания в Санкт-Петербурге составлял 8,1 на 100 тыс. населения — в 1987 г., 29,4 и 26,6 — в 1993 и 1999 гг. соответственно (увеличение более чем в 3 раза), причем отмечен значительный рост смертности у лиц трудоспособного возраста [3]. В настоящее время пневмония занимают 1-е место среди причин летальности от инфекционных болезней и 6-е — среди всех причин летальности. Наиболее серьезную проблему

представляет внегоспитальная пневмония у лиц пожилого и старческого возраста, заболеваемость у которых в 2 раза, а летальность в 10 раз выше, чем у молодых [4].

Немалая часть пневмоний (10–25 %) приобретает затяжной характер, когда рентгенологические признаки инфильтрации в легких остаются 4 и более нед. ("неразрешившаяся пневмония"), а также длительно сохраняются некоторые симптомы заболевания [5].

Приведенные данные свидетельствуют, что в современной медицине, в т. ч. и в российском здравоохранении, пневмония представляет собой весьма актуальную проблему. На сегодняшний день она остается серьезным заболеванием, с высоким риском развития осложнений, длительным периодом биологического выздоровления, которое может затягиваться на 6 и даже 12 мес. [6]. Это заболевание является причиной массовых потерь трудоспособности населением в наиболее активном возрасте.

Главные вопросы, решение которых может способствовать изменению ситуации, — это улучшение качества диагностики, мониторинг возбудителей пневмоний, фармако-экономические программы для выработки рациональных схем терапии больных пнев-

мониями, освоение и внедрение современных методов интенсивной пульмонологии. В качестве одного из приоритетных направлений выступает разработка реабилитационных программ для этих больных [7].

Как известно, целью медицинской реабилитации пневмонии является не столько восстановление морфологической структуры пораженных легких, сколько их функциональное восстановление и максимально быстрое функциональное восстановление организма в целом. Воздействуя в основном немедикаментозными средствами, реабилитация тесно смыкается с восстановительным лечением, предусматривающим, как правило, использование комплекса медикаментозных средств.

Безусловно, в фазу бактериальной агрессии основой лечения пневмонии составляет дифференцированная этиотропная антибактериальная терапия. При этом главные задачи, которые должен решить врач — это адекватный подбор лекарственного средства, оптимальная дозировка, схемы введения (в т. ч. по принципу "ступенчатой методики" — последовательной смены парентеральной и пероральной терапии избранным антибиотиком) и своевременная оценка эффективности антибактериального лечения. Рекомендуются современными стандартами методики лечения пневмонии и имеющийся арсенал антибиотиков в большинстве случаев позволяют решать эти задачи. Обычная продолжительность антибиотикотерапии бактериальных пневмоний составляет 7–10 дней.

На следующем после окончания антибактериального лечения этапе особую значимость приобретает терапия противовоспалительными нестероидными, а при показаниях — и стероидными лекарственными средствами, а также бронхолитическими, муколитическими препаратами и различными методами немедикаментозного воздействия (физиотерапия, общий и вибрационный массаж, дренажная гимнастика и др.), т. е. всем тем комплексом, который составляет программу реабилитации. Однако вопросы выбора противовоспалительных средств, их эффективности, сроков и доз применения до сих пор разработаны мало. Использование для этой цели препаратов, относящихся к группе нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), — Индометацина, Ибупрофена, Ортофена и др., хотя и рекомендуется в ряде работ [8–10], но, в отличие от ревматических заболеваний, на практике далеко не всегда дает однозначно положительный результат при легочной патологии.

Вместе с тем в известной нам литературе практически не освещен вопрос о возможности использования при пневмониях фенспирида (Эреспала) в качестве противовоспалительного средства на этапе восстановительной терапии и реабилитации. Если учесть, что в настоящее время уже накоплено немало данных о положительном противовоспалительном влиянии этого препарата при различных заболеваниях бронхолегочной системы и ЛОР-органов (острые и хронические бронхиты, синуситы, отиты, острые респираторные ви-

русные заболевания) [11–14], изучение нового аспекта возможного применения фенспирида, безусловно, представляет немалый интерес.

В данной работе мы поставили перед собой цель изучить клиническую эффективность фенспирида (Эреспала) в процессе реабилитации больных пневмонией, а также провести сравнительную оценку действия фенспирида и препаратов группы НПВС.

Материал и методы

Всего были обследованы 41 пациент с внегоспитальной пневмонией, поступившие для реабилитации в отделение восстановительного лечения пациентов с заболеваниями органов дыхания Городской реабилитационной больницы № 40 (Санкт-Петербург).

Путем рандомизации все пациенты были разделены на 2 группы: основную — 1-ю группу — 24 человека (11 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 22 до 68 лет (средний возраст $46,4 \pm 14,3$ года) и группу сравнения (2-я группа) — 17 человек (8 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 22 до 67 лет (средний возраст $46,1 \pm 12,8$ лет). По половому, возрастному составу, числу курящих, наличию у ряда больных отягощенного аллергологического анамнеза, сопутствующих хронического бронхита, бронхиальной астмы или патологии сердечно-сосудистой системы сколько-нибудь значимых различий между этими группами не было (табл. 1).

По первоначальному объему пораженной пневмонией легочной ткани (долевая или очаговая (1–2 сегмента) больные в группах также были идентичны.

Из исследования были исключены пациенты с проявлениями респираторной вирусной инфекции, с сопутствующей патологией в фазе декомпенсации, получающие антибактериальную терапию в условиях реабилитационного отделения, а также имеющие сопутствующие заболевания, которые могли бы повлиять на всасываемость препаратов (хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, гастрэктомия в анамнезе, синдром мальабсорбции и др.).

Методически важным представлялось сходство сравниваемых групп по исходным (стартовым) позициям. Больные предварительно проходили стационарное или амбулаторное лечение и поступали на реабилитацию с остаточными явлениями пневмонии или в фазе реконвалесценции после проведенного курса антибактериального лечения в одном из стационаров города или амбулаторно. На предыдущем этапе лечения у всех пациентов пневмония была подтверждена рентгенологически (у 12 человек (29,3 %) — долевая, у 29 (70,7 %) — сегментарная). У 25 пациентов (61 %) пневмония развилась на фоне длительно существующей хронической легочной патологии (у 20 больных имелся хронический обструктивный бронхит, у 5 — бронхиальная астма). На момент включения в исследование сопутствующие легочные заболевания находились вне фазы обострения. Ранее пневмонией болели 27 человек (65,9 %), 16 пациентов (39 %) имели

Таблица 1

Сравнительная характеристика исследованных больных на этапе рандомизирования групп

	Больные, получающие Эреспал	Больные, получающие НПВС
Всего обследовано	24	17
Мужчины	11 (45,8 %)	8 (47,1 %)
Женщины	13 (54,2 %)	9 (52,9 %)
Минимальный возраст (лет)	22	22
Максимальный возраст (лет)	68	67
Средний возраст (лет)	46,4 ± 14,3	46,1 ± 12,8
Долевая пневмония	7 (29,2 %)	4 (23,5 %)
Очаговая пневмония	17 (70,8 %)	13 (76,5 %)
Пневмонии в анамнезе	15 (62,5 %)	12 (70,5 %)
Фоновые заболевания бронхолегочной системы:	13 (54,2 %)	11 (64,7 %)
в т. ч. ХОБ	10 (41,7 %)	8 (47,1 %)
в т. ч. БА	3 (12,5 %)	3 (17,6 %)
Сопутствующие заболевания ССС	9 (37,5 %)	7 (41,2 %)
Отягощенный алерго- логический анамнез	14 (58,2 %)	10 (58,8 %)
Курящие	11 (45,8 %)	9 (52,9 %)

Примечание: различия между группами по всем показателям статистически недостоверны ($p > 0,05$).

сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы. По своим клиническим, функциональным и лабораторным показателям, характеру начальных проявлений пневмонии достоверных различий между группами также не было (табл. 2).

В соответствии с программой реабилитации в обеих группах всем больным проводилась практически одинаковая комплексная терапия, включавшая в себя ингаляции или прием муколитических (Амброксол, Бизолвон, Бромгексин) и бронхолитических (Эуфиллин, Беродуал) средств, витаминотерапию, физиотерапевтические методы (электрофорез с кальцием, ДМВ, лазеротерапию) и лечебную гимнастику.

Больные основной (1-й) группы получали дополнительно в течение 30 дней препарат Эреспал (фирма "Сервье") по 1 таб. (80 мг фенспирида) 2 раза в день. Пациенты группы сравнения (2-й) получали также в течение 30 дней препарат Ибупрофен по 1 таб. (200 мг) 3 раза в день или Ортофен (диклофенак) по 1 таб. (25 мг) 3 раза в день, относящиеся к группе НПВС.

Больным было проведено общеклиническое обследование, включающее в себя оценку основных симптомов, исследование клинического анализа крови и рентгенологическое исследование легких, выполненные в динамике. Изменения клинических проявлений заболевания оценивали по длительности сохранения у больных следующих симптомов: общей слабости, потливости, кашля, выделения мокроты, хрипов в легких, одышки (по числу и проценту больных в группе, имеющих данный симптом). Исследования выполняли в первые 2 дня после поступления больных в отделение реабилитации, на 14–15-й день и на 30-й день от начала лечения.

Динамика рентгенологических данных оценивалась в исходном состоянии и через 30 дней по наличию инфильтрации в легких, усилению легочного рисунка и формированию локального пневмосклероза.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием Критерия χ^2 , Т-теста для связанных выборок, критерия Вилкоксона–Манна–Уитни.

Результаты и обсуждение

На момент 1-го осмотра (в исходном состоянии) в обеих группах у части больных отмечались субфебрильная температура, слабость, потливость, кашель различной интенсивности, выделение слизистой или слизисто-гнойной мокроты, одышка смешанного характера при физической нагрузке. Причем ни по одному из этих симптомов в исходном состоянии достоверно значимых различий между группами не было выявлено.

Таблица 2

Характеристика начального этапа заболевания

	Больные, получающие Эреспал ($n = 24$)	Больные, получающие НПВС ($n = 17$)
Острое начало	15 (62,5 %)	9 (52,9 %)
Начало на фоне ОРВИ	9 (37,5 %)	8 (47,1 %)
Кровохарканье	4 (16,6 %)	3 (11,6 %)
Интоксикация	19 (79,2 %)	12 (70,6 %)
Сухой кашель	7 (29,2 %)	2 (11,8 %)
Влажный кашель	11 (45,8 %)	11 (64,7 %)
Сухой, переходящий во влажный кашель	6 (25,0 %)	4 (23,5 %)
Одышка в покое	9 (37,5 %)	9 (52,9 %)
Одышка при физической нагрузке	7 (29,2 %)	4 (23,5 %)
Одышки не было	8 (33,3 %)	4 (23,5 %)

Примечание: различия между группами по всем показателям статистически недостоверны.

Уже к 15-му дню восстановительного лечения в отделении реабилитации у пациентов обеих групп отмечалась общая тенденция к положительным сдвигам клинических симптомов: уменьшилось число больных, имеющих кашель, выделение мокроты, одышку; у большинства пациентов нормализовалась температура тела.

Вместе с тем у 13,1 % больных 1-й группы и у 11,8 % 2-й группы сохранялся субфебрилитет. Одышка при физической нагрузке — у 47,9 % и 58,8 % пациентов соответственно. Сухие хрипы выслушивались у 21,7 % больных, принимавших Эrespал, и у 23,5 %, получавших НПВС. Слабость оставалась у 73,9 % пациентов 1-й группы и у 76,5 % 2-й группы; потливость — у 26,1 % и 35,3 % пациентов соответственно. Достоверных различий между группами по динамике этих показателей не было. Однако уже на этом этапе (на 15-й день лечения) можно было отметить, что Эrespал активнее, чем НПВС, влиял на уменьшение кашля и изменение его характера. Кашель сохранялся у 43,5 % больных 1-й группы и у 64,7 % больных 2-й группы ($\chi^2 = 2,42$, $p < 0,11$), причем влажный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты отмечался в 1-й группе только у 5 из 10 кашляющих больных (21,7 %), тогда как во 2-й группе влажный кашель сохранялся у всех 11 пациентов (64,7 %, различие статистически достоверное: $\chi^2 = 7,52$, $p < 0,01$). Это свидетельствовало о более активном влиянии Эrespала на данный показатель по сравнению с НПВС (рис. 1, 2).

На следующем этапе контрольного обследования (через 30 дней от начала лечения) выраженная положительная динамика кашля была еще более отчетливо (достоверно) связана с приемом Эrespала. Кашель сохранялся у 13,5 % больных, получавших Эrespал, и у 35,3 %, получавших НПВС ($\chi^2 = 10,9$, $p < 0,002$). При этом влажный кашель с выделением слизистой мокроты наблюдался у 9,1 % больных, получавших Эrespал, и у 35,3 %, лечившихся НПВС ($\chi^2 = 4,04$, $p < 0,05$).

Таким образом, сравнение клинических симптомов в группах, получавших различную противовоспалительную терапию, показало, что применение Эrespала более интенсивно влияет на уменьшение кашля и выделения мокроты у больных пневмонией, что косвенно может свидетельствовать о его более выраженном положительном влиянии на бронхопульмональный воспалительный процесс.

Динамика рентгенологических показателей через 30 дней от начала лечения была отмечена в обеих группах (рис. 3). Инфильтративных изменений в легочной ткани уже не было выявлено (исходно инфильтрация в легочной ткани в 1-й группе была у 3 больных и во 2-й — у 4). Число больных с усилением легочного рисунка в группе принимавших Эrespал уменьшилось с 14 (60,9 %) до 3 (15,8 %, различие статистически достоверно: $t = 2,96$, $p < 0,05$), тогда как в группе сравнения это уменьшение было всего с 9 (52,9 %) до 6 человек (35,3 %, $p > 0,1$).

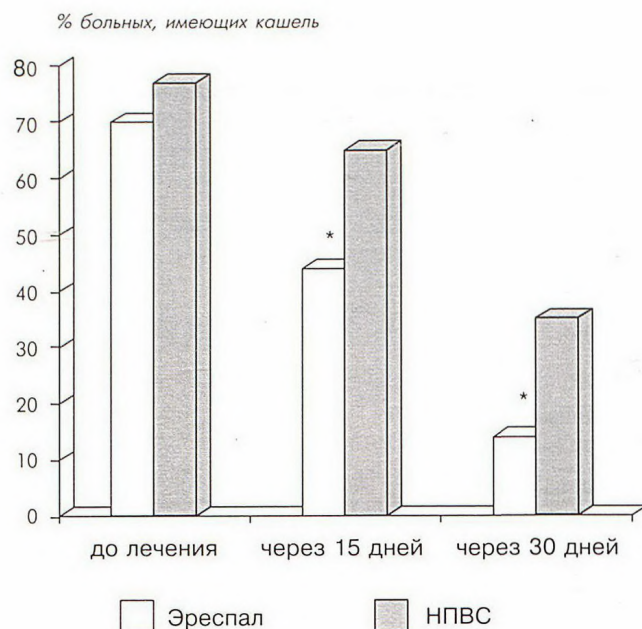


Рис 1. Динамика уменьшения кашля у больных пневмониями

В клинических анализах крови в обеих группах до начала восстановительного лечения отмечались умеренно выраженные изменения, отражающие имеющийся воспалительный процесс в легких. Причем различия между обеими группами были несущественными (недостоверными). По окончании курса лечения можно было отметить не только общую тенденцию к нормализации в крови, но и более выраженные положительные сдвиги в 1-й группе (нормализация лейкоцитарной формулы с достоверными сдвигами ряда форменных элементов). В группе больных, получавших Эrespал, происходило более значительное, чем в группе сравнения, уменьшение СОЭ: соответственно на 61 % — в 1-й

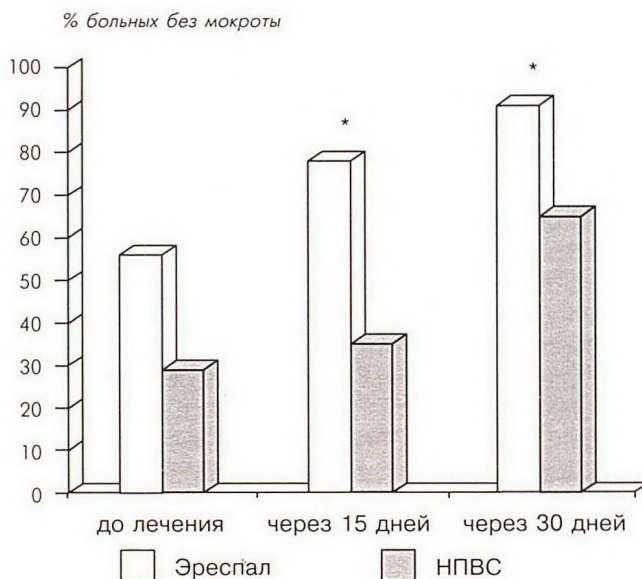


Рис 2. Динамика прекращения выделения мокроты у больных пневмониями

% больных, имеющих усиление легочного рисунка на рентгенограммах

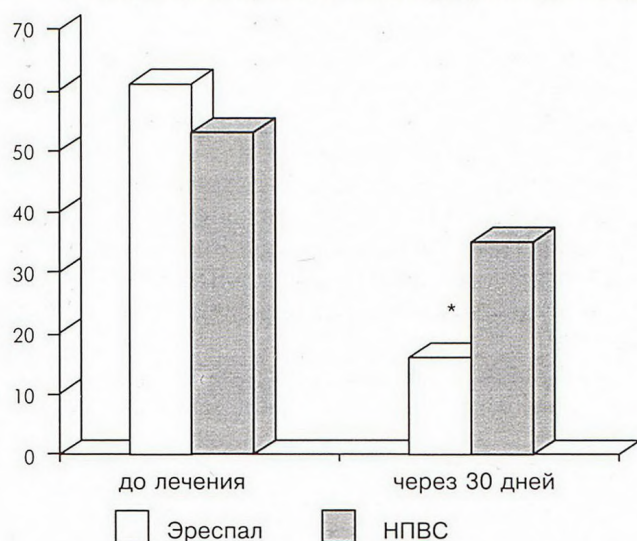


Рис 3. Динамика уменьшения изменений на рентгенограммах у больных пневмониями

группе (достоверный сдвиг, $p < 0,008$) и на 29 % — во 2-й (недостоверно, $p > 0,1$) (рис. 4).

Приведенные данные достаточно убедительно, на наш взгляд, доказывают целесообразность использования фенспирида (Эrespала) на этапе восстановительного лечения при пневмонии и включения этого препарата в комплексные реабилитационные программы. Об этом свидетельствует сравнительный анализ положительной динамики клинических симптомов, рентгенологических данных и сдвигов в крови, характеризующих состояние воспалительного процесса в легких больных исследуемых групп.

Надо сказать, мы сознательно усложнили себе задачу и не стали в группе сравнения традиционно отказываться от применения испытываемого препарата на фоне проводимой, так же как и в основной группе, стандартной терапии, а провели его сопоставление с известными противовоспалительными препаратами из НПВС. Тем самым был дан ответ на вопрос о возможной приоритетности использования Эrespала, по сравнению с НПВС, при выборе противовоспалительного средства для данной патологии легких. Такой подход в процессе исследования в условиях обычно работающего реабилитационного отделения был и более этичен в отношении больных группы сравнения: в своей реабилитационной программе они не лишались полностью противовоспалительного препарата.

Разница в эффективности воздействия на воспалительный процесс при респираторной патологии заложена в различной природе и механизмах действия фенспирида и препаратов группы НПВС.

Как известно, НПВС, не обладая гормональной активностью кортикостероидов (сочетание противовоспалительных и иммунодепрессивных свойств), вместе с тем способны оказывать неспецифичное противовоспалительное действие, т. е. тормозящее влияние на любой воспалительный процесс независимо от его этиологических и нозологических особенностей. Кро-

ме того, они сочетают противовоспалительные свойства с болеутоляющими и жаропонижающим действием и оказывают тормозящее влияние на агрегацию тромбоцитов [15]. НПВС нашли широкое применение при лечении ревматических заболеваний, при травматических и послеоперационных болях, дисменореях, при некоторых патологиях ЛОР-органов, однако довольно ограниченно применяются при патологии легких.

Основной путь их противовоспалительного действия — ингибирование циклооксигеназы в процессе метаболизма арахидоновой кислоты и снижение тем самым продукции простагландинов E_2 и $F_{2\alpha}$, тромбоксана A_2 , простациклина. Однако, как было показано, эти препараты, ингибируя циклооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты, могут одновременно вызывать гиперпродукцию провоспалительных лейкотриенов C_4 , D_4 и E_4 , которые идентифицируются как медленно действующая субстанция анафилаксии, ответственная за бронхоспазм, усиление выделения слизи, увеличение сосудистой проницаемости и другие патологические проявления при заболеваниях легких [14].

Фенспирид по механизму своего действия не относится ни к группе стероидных гормонов, ни к нестероидным противовоспалительным средствам. По данным экспериментальных исследований было установлено, что фенспирид путем торможения транспорта ионов кальция внутрь клеток уменьшает выработку всех метаболитов арахидоновой кислоты: как простагландинов, так и лейкотриенов [14]. Это приводит к угнетению экссудации и развитию отека в первой фазе воспаления, а за счет ингибиции хемотаксиса и высвобождения цитокинов препятствует переходу воспалительного процесса в клеточную фазу. Этот же механизм лежит в основе спазмолитического действия фенспирида в отношении гладкой мускулатуры бронхов и нормализации процесса секреции слизи.

Но не только путем активного воздействия на метаболизм арахидоновой кислоты происходит снижение остроты воспаления. Фенспирид влияет также и на ряд других участвующих в воспалительном процессе факторов. Он проявляет антигистаминные

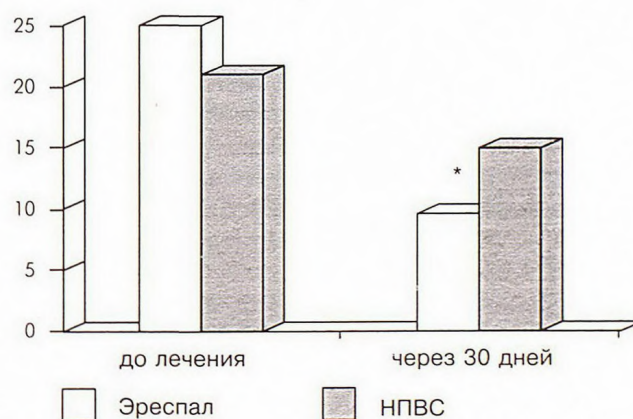


Рис 4. Изменения скорости оседания эритроцитов (мм \ ч)

свойства посредством блокады Н1-рецепторов, оказывая тем самым противоотечное действие, как умеренный спазмолитик действует на гладкую мускулатуру бронхов. Снижает объем бронхиального секрета, что связано со свойством препарата блокировать α_1 -адренергические рецепторы, через которые стимулируется секреция вязкой слизи.

Очень важным звеном противовоспалительного действия фенспирида является его ингибирующее влияние на синтез и секрецию цитокинов — соединений, играющих ключевую роль в клеточной фазе воспаления. Было показано, что наиболее выраженное действие этот препарат оказывает на высвобождение фактора некроза опухолей- α (*Tumor Necrosis Factor- α* — TNF- α). Этому фактору принадлежит существенная роль в формировании хронического воспаления в легких. В процессе воспаления TNF- α усиливает цитотоксичность макрофагов, что, с одной стороны, имеет защитную направленность и ведет к удалению патогена, а с другой — вызывает деструкцию тканей в очаге воспаления. Представляя собой важный медиатор воспаления, TNF- α стимулирует выработку простагландина с образованием свободных цитотоксических радикалов, обладает пирогенным действием, является активатором молекул адгезии и др. Уменьшению отека и избыточной выработке слизи способствует также и прямое действие фенспирида на рецепторные нервные окончания.

Таким образом, фенспирид (Эреспал) оказался средством патогенетического воздействия на основные ключевые звенья воспалительного процесса. В настоящее время он активно изучается в пульмонологической и ЛОР-практике, поскольку показывает явный тропизм в отношении респираторной системы. Выполнена серия исследований, показавшая положительный эффект препарата при хронических бронхитах [11, 13, 16–18]. В частности, G.Akoun *et al.* провели исследование двойным слепым методом 212 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), 106 из которых в течение 6 мес. получали фенспирид в дозе 2 таб. (80 мг) ежедневно, остальные — плацебо. Было показано, что в результате 6-месячного лечения у больных ХОБЛ происходило уменьшение кашля и отхождения мокроты, улучшение функции дыхания, о чем свидетельствовали увеличение объема форсированного выдоха за 1-ю с (ОФВ₁), а также улучшение показателей газообмена. Отмечено, что при приеме препарата, по сравнению с плацебо, у больных ХОБЛ происходит замедление снижения вентилиционной функции легких — ведущего критерия прогрессирования этого заболевания [14].

D.Olivieri *et al.* в плацебо-контролируемом исследовании 20 больных бронхитом продемонстрировали положительное влияние фенспирида на мукоцилиарный клиренс. В результате лечения больных препаратом по 3 таб. в день в течение 30 дней показатель скорости мукоцилиарного транспорта увеличился на 29,1 % [19]. Имеются данные о значительном улучшении состояния с положительной динамикой симп-

томов после 30-дневного курса лечения препаратом по 3 таб. в сутки (по 80 мг в 1 таб.) у 64 % из 42 исследованных больных хроническим воспалением придаточных пазух носа. При этом клиническое улучшение имело и рентгенологическое подтверждение [14]. В недавно выполненном в нашей стране многоцентровом исследовании с охватом 9 регионов России (у 2 582 детей) было показано, что своевременное назначение больным детям Эреспала при острых заболеваниях верхних дыхательных путей позволяет получить положительные результаты у 87,8 % больных [20].

Таким образом, проведенное изучение механизмов действия и имеющиеся клинические наблюдения свидетельствуют о разносторонних влияниях фенспирида (Эреспала) при патологии органов дыхания, основные из которых — это патогенетическое воздействие на различные звенья воспалительного процесса, уменьшение отека слизистой оболочки, уменьшение гиперсекреции мокроты и улучшение ее отхождения, противодействие бронхоконстрикции и улучшение мукоцилиарного клиренса. При этом все авторы исследований указывают на безопасность, хорошую переносимость и редкие побочные действия препарата.

Заключение

1. Полученные нами положительные результаты от применения Эреспала (фенспирида) в процессе восстановительного лечения и реабилитации больных пневмонией дают основание рекомендовать его использование в реабилитационных программах при данной патологии.
2. 30-дневный курс лечения Эреспалом является более результативным, чем 15-дневный.
3. У больных пневмонией применение Эреспала для восстановительного лечения и реабилитации является более эффективным, чем использование препаратов группы НПВС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ewig S. Community-acquired pneumonia. Epidemiology, risk, and prognosis. Eur. Respir. Mon. 1997; 3: 13–35.
2. Чучалин А.Г. Актуальные вопросы пульмонологии. Рус. мед. журн. 2000; 8 (17): 727–729.
3. Илькович М.М., Игнатъев В.А., Шкляревич Н.А., Акользин В.А. Болезни органов дыхания в Санкт-Петербурге: характеристика, проблемы и организация специализированной медицинской помощи. Новые Санкт-Петербург. врач. ведомости 2001; 4 (18): 10–13.
4. Верткин Ф.Л., Прохорович У.А., Намазова Л.С. Оптимизация эмпирической терапии внебольничной пневмонии у больных пожилого и старческого возраста. Рус. мед. журн. 2002; 10 (16): 708–712.
5. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Чернеховская Н.Е. Пневмония. М.: Экономика и информатика; 2002.
6. Казанцев В.А., Удальцов Б.Б. Пневмония. Руководство для врачей. СПб.; 2002.
7. Чучалин А.Г. Пульмонология в России и пути ее развития. Пульмонология 1998; 4: 7–10.
8. Клячкин Л.М., Щегольков А.М., Ярошенко В.И. Реабилитация больных острой пневмонией. Пульмонология 1997; 1: 149–151.

9. Коровина О.В. Пневмония: лечение. Новые Санкт-Петербург. врач. ведомости 1998; 4: 35–39.
10. Хадарцев А.А. Реабилитационные мероприятия как составная часть медицинских технологий. Пульмонология 1994; 1: 10–12.
11. Волкова Л.И., Букреева Е.Б., Боряко В.В., Польша Н.Г. Опыт применения фенспирида (эреспала) при обострении хронического бронхита. Клин. фармакол. и тер. 2000; 9 (5): 65–66.
12. Жданов В.Ф. Противовоспалительная терапия при хронических бронхитах — актуальная проблема. Новые Санкт-Петербург. врач. ведомости 2001; 3: 79–83.
13. Овчаренко С.И. Противовоспалительная терапия хронического бронхита. Рус. мед. журн. 2001; 9 (5): 201–204.
14. Эреспал (фенспирид). Лечение заболеваний дыхательных путей. М: Мед. изд. Сервье; 2000.
15. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия: Руководство для врачей. М.; 1993.
16. Жданов В.Ф. О противовоспалительном лечении хронических бронхитов. Пульмонология 2002; 5: 102–107.
17. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. М; 2003.
18. Akoun G., Arnaud F., Blanchon F. et al. Effects of fenspiride on airway function and blood gases in stable COPD patients. Eur. Respir. Rev. 1991; 1 (rev. 2): 111–125.
19. Olivieri D., Del Donno M. Efficacy of fenspiride on mucociliary transport. Double — blind with placebo trial. Bull. Eur. Physiopathol. Respir. 1987; 23 (suppl. 12): 12–16.
20. Самсыгина Г.А., Фитилев С.Б., Левин А.М. Результаты многоцентрового исследования препарата фенспирид гидрохлорид (Эреспал) при острых респираторных вирусных инфекциях у детей. Педиатрия 2002; 2: 81–85.

Поступила 15.09.04

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2004
УДК 616.24-002-053.2-06:616-018.2

Г.И.Нечаева, М.В.Вершинина, И.А.Викторова, С.И.Викторов, И.В.Друк

ПОВТОРНЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Омская государственная медицинская академия; ДГКБ № 3, Омск

REPEATED PNEUMONIAS IN CHILDREN WITH DYSPLASIA OF THE CONNECTIVE TISSUE:
RETROSPECTIVE CLINICAL-AND-MORPHOLOGICAL TRIAL

G.I.Nechaeva, M.V.Vershinina, I.A.Viktorova, S.I.Viktorov, I.V.Druk

Summary

An analysis of medical documents and morphological examination of resected lung samples was done in 25 children had been operated for repeated pneumonias. All the children (100 %) were diagnosed undifferentiated connective tissue dysplasia (CTD) with marked clinical features. Morphological substrate of the repeated pneumonias was various defects of the lung growth. The results showed that the CTD as a genetic systemic pathology provided repeated pneumonias in structural abnormalities of the lungs. This fact should be taken into account in the diagnostic work-up.

Резюме

Проведен анализ медицинской документации и результатов морфологического исследования резецированных участков легких у 25 детей, оперированных по поводу повторных пневмоний. У 100 % детей во время осмотра диагностирована недифференцированная дисплазия соединительной ткани (ДСТ) с выраженными клиническими проявлениями. Морфологическим субстратом повторных пневмоний явились различные варианты порочного развития легких. Результаты исследования свидетельствуют, что ДСТ как генетически детерминированный системный процесс предрасполагает к возникновению повторных пневмоний на фоне структурных аномалий легких, что необходимо учитывать в диагностическом процессе.

Проблема частых и рецидивирующих инфекций нижних дыхательных путей, в т. ч. повторных пневмоний, остается весьма актуальной и в педиатрической и в терапевтической практике. Исследования последних лет свидетельствуют, что под маской повторных пневмоний, особенно в тех случаях, когда пневмонии

возникают на фоне хронических заболеваний органов дыхания, могут скрываться не диагностированные врожденные пороки развития легких. К сожалению, до сих пор не существует единых классификационных подходов, не разработаны критерии диагностики и не определена тактика ведения таких пациентов, вклю-