

Кашель в центре внимания

Кашель – одна из самых частых причин обращения амбулаторных больных к врачу во всем мире. Несмотря на то что кашель служит защитным механизмом, способствующим очищению дыхательных путей от избыточного секрета и чужеродных частиц, он может быть симптомом заболеваний разных систем и органов. Именно поэтому лечение кашля является актуальной общетерапевтической проблемой современной медицины.

В рамках X Национального конгресса терапевтов (Москва, 15 октября 2015 г.) состоялся сателлитный симпозиум компании «Гленмарк», в котором приняли участие ведущие российские специалисты. Они обсудили методы диагностики и лечения кашля при различных заболеваниях, рассмотрели тактику применения комбинированных препаратов разнонаправленного действия в терапии кашля.



Профессор А.И. Синопальников

Заведующий кафедрой пульмонологии Российской медицинской академии последипломного образования, д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации Александр Игоревич СИНОПАЛЬНИКОВ рассказал об основных видах кашля, его причинах и методах лечения. В медицинской литературе существует множество определений понятия «кашель». Международные эксперты определяют кашель с точки зрения механизма действия – форсированный экспираторный маневр, обычно осуществляемый при закрытой голосовой щели и сопровождаемый характерными звуками¹.

Кашель: часто задаваемые вопросы

Несмотря на кажущуюся на первый взгляд простоту и рутинность такого клинического симптома, как кашель, его последствиями могут стать тяжелые осложнения разных систем организма:

- ✓ система органов дыхания: подожная эмфизема, пневмомедиастинум/пневмоперитонеум, пневмоторакс, травмы гортани, разрыв стенки трахеи, бронхов, межреберные легочные грыжи;
- ✓ нервная система: кровоизлияния в мозг, синкопе, головные боли, воздушная эмболия сосудов головного мозга у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких, ринорея с чрезмерно жидкой назальной слизью и др.;
- ✓ желудочно-кишечный тракт: разрыв пищевода с развитием медиастинита, гастроэзофагальный рефлюкс, паховая грыжа, разрыв селезенки;
- ✓ мочевыделительная система: недержание мочи, выворот мочевого пузыря через уретру.

Кашель – одна из самых частых причин обращения за медицинской помощью на амбулаторном этапе и самый распространенный симптом бронхолегочных заболеваний. Хронический кашель часто становится поводом для обращения пациентов к пульмонологу и врачам других специальностей.

Чтобы установить причину кашля и назначить адекватную терапию, необходимо провести рациональную диагностику. Существует несколько классификаций, характеризующих этот симптом. Различают острый кашель с продолжительностью повторных кашлевых пароксизмов не более трех недель, подострый, или затяжной, более трех, но не более восьми недель и хронический кашель – более восьми недель. Важно также определить вид кашля – продуктивный или непродуктивный, поскольку от этого зависит выбор лекарственных средств.

Кашель является симптомом широкого спектра заболеваний. Известно свыше 200 нозологических форм симптомов хронического кашля. Легочные причины острого кашля связаны с заболеваниями нижних дыхательных путей, такими как аспирация (чаще у детей от одного до трех лет, у лиц пожилого возраста), ингаляцией токсичных веществ, дыма, газов (при катастрофах, пожаре), острым бронхитом, трахеобронхитом, заболеваниями легких и плевры – пневмонией, плевритами, тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), пневмотораксом. Острый кашель может быть спровоцирован внелегочными причинами, например заболеваниями верхних

¹ Morice A.H., McGarvey L., Pavord I.; British Thoracic Society Cough Guideline Group. Recommendations for the management of cough in adults // Thorax. 2006. Vol. 61. Suppl. 1. P. i1–24.

дыхательных путей (инфекционными заболеваниями – острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), гриппом), аллергическими, кардиологическими заболеваниями, осложненными острой дыхательной недостаточностью.

Хронический кашель обусловлен заболеваниями нижних дыхательных путей и плевры – хроническим бронхитом, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), бронхиальной астмой, кашлевым вариантом бронхиальной астмы, инфекционными и аллергическими заболеваниями, опухолями легких, системными заболеваниями соединительной ткани, бронхомаляцией. Внелегочными причинами хронического кашля могут быть заболевания верхних дыхательных путей (хронические риносинуситы, фарингиты/ларингиты), дисфункция голосовых связок. Персистирующий кашель нередко сопутствует хроническому забросу желудочного содержимого в пищевод при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), а также кардиологическим заболеваниям, при которых развиваются дыхательная недостаточность, эндокардит.

Кашель может быть индуцирован лекарственными средствами, например ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), раздражающим эффектом аэрозольных препаратов.

Под определение подострого, или затяжного, кашля продолжительностью три – восемь недель подпадает несколько состояний: кашель после перенесенных ОРВИ, гриппа, коклюша, кашель как симптом тяжелого заболевания (туберкулез, онкологическое заболевание), не распознанный вовремя хронический кашель или нерациональное лечение, приведшее к хронизации заболевания.

Кашель на фоне ОРВИ, гриппа, коклюша и других вирусных или вирусоподобных инфекций (микоплазма, хламидия) называют постинфекционным. При постинфекционном кашле отсутствуют изменения на рентгенограмме².

Причиной острого кашля специалисты нередко считают острый бронхит или пневмонию, а хро-

нического – бронхиальную астму, ГЭРБ, постназальный дренаж, прием ингибиторов АПФ. Однако, несмотря на схожие клинические признаки (лихорадка, острый продуктивный кашель), из десяти пациентов, обратившихся по поводу острого кашля с гнойной мокротой длительностью от одной до трех недель, пневмония диагностируется у одного. Среди внебольничных инфекций нижних дыхательных путей пневмония наблюдается примерно в 5% случаев среди обращений по поводу острого кашля.

При дифференциальной диагностике острого бронхита и пневмонии необходимо оценивать не только характерные клинические признаки заболевания, но и результаты лабораторных анализов.

В Европейских рекомендациях по лечению инфекций нижних дыхательных путей сказано, что важным этапом диагностики является анализ крови на С-реактивный белок (СРБ). По результатам анализа определяется степень воспаления. Уровень СРБ > 100 мг/л свидетельствует о высокой вероятности развития воспаления легких. Окончательный диагноз может быть установлен только после изучения рентгеновского снимка органов грудной клетки. При низком значении СРБ (< 20 мг/л) рентгенография не проводится, рассматривается дифференциальный диагноз (ТЭЛА, обострение хронического бронхолегочного заболевания и т.д.).

Кашель в сочетании с высокой лихорадкой, одышкой, болями в грудной клетке, высоким уровнем СРБ в анализе крови, рентгенологическими изменениями в легких служит основанием для установления диагноза пневмонии³.

Острый кашель может быть серьезным признаком злокачественного новообразования, бактериальной инфекции, аспирации инородного тела, острой аллергической реакции (анафилаксии), интерстициальных болезней легких.

Основными причинами хронического кашля служат постназальный затек, ГЭРБ, бронхиальная астма, хронический бронхит, ХОБЛ. Диагностический алгоритм большого

с хроническим кашлем предусматривает изучение анамнеза, физикальное обследование, выполнение рентгенографии. При неинтактной рентгенограмме пациенту назначают исследование мокроты, фибробронхоскопию, эхокардиографию и другие дополнительные исследования. У больного с интактной рентгенограммой проверяют, не является ли кашель реакцией на прием ингибиторов АПФ или последствием табакокурения. Далее в зависимости от статуса пациента продолжают обследования, устанавливают диагноз и назначают терапию. Отмена ингибиторов АПФ в течение четырех недель способна ускорить регресс кашля, если это связано с приемом данных препаратов, у абсолютного большинства пациентов.

Особое внимание следует уделять пациентам в возрасте 25–30 лет с жалобами на хронический кашель, поскольку такие больные могут страдать не хроническим бронхитом, а бронхиальной астмой. Именно у этой категории больных дебют кашлевой бронхиальной астмы наиболее вероятен (24–39%). В основе патогенеза заболевания лежит генетически детерминированная локализация аллергического воспаления преимущественно на уровне проксимальных бронхов в зонах локализации кашлевых рефлексов. Кашель в этом случае сухой и малопродуктивный, частый, провоцируется холодным воздухом, резкими запахами, гипервентиляцией, респираторными инфекциями. При кашлевом варианте астмы кашель отличается устойчивостью к терапии бронхолитиками, муколитиками и противокашлевыми средствами.

В отличие от классических форм астмы при кашлевом варианте отсутствуют одышка, приступы удушья, сухие хрипы в легких, спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Периоды спонтанной ремиссии редки. Выявляется отрицательный бронхолитический тест. Диагностика кашлевого варианта астмы включает аллергологический анамнез, выполнение аллергологических проб, определение уровней общего и специфического иммуноглобулина Е, инс-

² Kardos P. Management of cough in adults // Breathe. 2010. № 2. P. 123–133.

³ Woodhead M., Blasi F., Ewig S. et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections – summary // Clin. Microbiol. Infect. 2011. Vol. 17. Suppl. 6. P. 1–24.

трументальный осмотр носоглотки и проведение провокационного ингаляционного теста с метахолином, который оказывается положительным у 80–92% пациентов.

Среди ведущих причин хронического кашля особое место занимает ГЭРБ. Причем кашель может оказаться единственным проявлением ГЭРБ в отсутствие симптомов поражения органов пищеварения. При этом заболевании кашель усиливается в положении лежа на спине, при поворотах, наклонах, разговоре по телефону и т.д.

Как видим, кашель – симптом различных заболеваний, нередко тяжелых. После установления причины кашля необходимо начинать этиотропное и патогенетическое лечение основного заболевания.

В настоящее время мукоактивные лекарственные средства – собирательный термин, включающий в себя подклассы муколитиков, мукорегуляторов, собственно экспекторантов и препараты с мукокинетической активностью.

Применение комбинированных препаратов, в состав которых входят действующие вещества с разными эффектами, в лечении пациентов с заболеваниями органов дыхания признано эффективным методом терапии кашля. Одним из таких препаратов является препарат Аскорил (компания-производитель «Гленмарк»). В его состав входят сальбутамол, бромгексин и гвайфенезин.

Сальбутамол – бета-адреномиметик с избирательной активностью. Он селективно стимулирует бета-

2-адренорецепторы, локализуясь, в частности, в бронхах. Препарат обладает выраженными бронхолитическими свойствами.

Бромгексин оказывает муколитическое и отхаркивающее действие в результате деполимеризации и разрушения мукопротеидов и мукополисахаридов, входящих в состав мокроты. Он стимулирует деятельность секреторных клеток слизистой оболочки бронхов.

Гвайфенезин – отхаркивающее средство, которое стимулирует секрецию жидких частей бронхиальной слизи, повышает активность цилиарного эпителия бронхов и трахеи.

В отечественном открытом сравнительном рандомизированном исследовании оценивали клиническую эффективность и безопасность применения двух схем терапии – комплексного препарата Аскорил и стандартной терапии ОРВИ у курильщиков с явлениями бронхиальной обструкции и кашля.

В исследовании участвовали 60 пациентов. Все участники исследования получали лекарственные препараты стандартной терапии ОРВИ (гриппа) – жаропонижающие, противовоспалительные, деконгестанты и т.д. Для применения муколитических препаратов пациентов рандомизировали методом случайной выборки на две равные группы. Пациенты первой группы получали исследуемый препарат Аскорил, пациенты второй – стандартную терапию ОРВИ + муколитик (бромгексин, ацетилцистеин, амброксол, расти-

тельные отхаркивающие средства). Продолжительность лечения составила десять дней. В течение этого периода было запланировано четыре визита. Оценку интенсивности дневного и ночного кашля проводили по шестибальной шкале. Достоверные различия степени интенсивности дневного кашля ($p < 0,01$) отмечались к пятым суткам лечения у пациентов, применявших Аскорил, по сравнению с больными, получавшими стандартную терапию. Данные различия сохранялись в течение пяти – восьми суток лечения. Эффективность терапии дневного кашля в обеих группах сравнялась только к девятым-десятым суткам лечения.

Результаты исследования продемонстрировали, что степень интенсивности ночного тяжелого кашля начала достоверно уменьшаться в первой группе с первого дня терапии ($p < 0,01$). Причем положительная динамика у больных, принимавших Аскорил, сохранялась до девятого суток лечения. Таким образом, результаты исследования подтвердили эффективность и безопасность обеих схем терапии. Но эффективность лечения препаратом Аскорил была выше по сравнению с эффективностью стандартной терапии⁴.

В заключение профессор А.И. Синопальников отметил, что рациональная терапия такого распространенного симптома, как кашель, должна основываться на адекватной диагностике и выборе рациональной тактики.



Профессор Е.И. Шмелев

Кашель – общетерапевтическая проблема

По мнению заслуженного деятеля науки Российской Федерации, д.м.н., профессора, руководителя отдела дифференциальной диагностики туберкулеза легких и экстракорпоральных методов лечения Центрального научно-исследовательского института туберкулеза Евгения Ивановича ШМЕЛЕВА, кашель – защитный рефлекс, направленный на удаление из дыха-

тельных путей избыточного секрета, частиц пыли и дыма. При кашле воздух выдыхается толчком после предшествующего глубокого вдоха. Кашлевые рефлексогенные зоны – слизистая оболочка гортани, голосовых связок, бифуркация трахеи, в местах деления крупных бронхов. В мелких бронхах из-за отсутствия кашлевых рецепторов образуются немые зоны, и при их избирательном поражении патологический процесс может длительно

⁴ Клячкина И.Л. Лечение кашля при острых респираторных вирусных инфекциях у пациентов группы риска // Военно-медицинский журнал. 2009. № 7. С. 40–45.

протекать без кашля, проявляясь только одышкой.

Кашель – самый частый симптом заболеваний респираторного тракта, причем в 90% случаев его причиной становятся ОРВИ. Кашель сопровождается транзиторной бронхиальной обструкцией на фоне ОРВИ¹.

Несмотря на то что кашель в большинстве случаев выполняет защитную функцию, он может иметь и патологическое значение. Кашель могут вызывать заболевания ЛОР-органов, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта. Этот симптом наблюдается при метаболических расстройствах (респираторный алкалоз, подагра), ревматических болезнях (синдром Шегрена). Ятрогенными причинами кашля являются бронхоскопия, побочное действие лекарственных средств (капотеновый кашель, амiodароновое легкое), ингаляции кислорода, порошковых препаратов. Причинами кашля могут стать также струма, наличие зоба, менингита, психозомоциональных расстройств, высокогорной болезни. Таким образом, при установлении причин кашля необходимо учитывать многообразие болезней, сопровождаемых этим симптомом. Итак, кашель – универсальный симптом, характеризующий реакцию воздухоносных путей на раздражающие факторы с целью устранения их действия. Однако при многих заболеваниях кашель не способен устранить причины, вызывающие его, и становится патогенетическим звеном болезни. Важным компонентом работы с хронически кашляющими больными является устранение причины кашля. При этом следует помнить, что при всей универсальности и распространенности кашель обычно становится признаком заболевания респираторной системы. Острые и хронические заболевания дыхательных путей имеют общие клинические проявления – кашель и выделение вязкой мокроты.

Диагностика кашля заключается в выявлении заболевания, сопровождающегося кашлем, определении степени пользы и вреда, приносимого кашлем, а также разработке лечебного алгоритма для воздействия на кашель.

Кашель необходимо лечить, если он не только выполняет защитную

функцию, но и приводит к ряду осложнений. Для терапии кашля применяют противокашлевые средства, подавляющие кашлевый рефлекс и улучшающие эвакуацию мокроты. Лекарственную регуляцию мукоцилиарного клиренса осуществляют с помощью препаратов центрального (опиаты, кодеин), периферического действия (лидокаин, бензокаин), ненаркотических препаратов (глицин, Либексин, Тусупрек, бутамират), подавляющих кашель. Однако, учитывая нежелательные эффекты этих препаратов, следует соблюдать осторожность при их назначении. Противокашлевые лекарственные средства ухудшают дренажную функцию бронхов при наличии гиперпродукции вязкого секрета, усугубляют течение бронхообструктивного синдрома, дыхательную недостаточность, увеличивают вероятность вторичного инфицирования. Для регуляции мукоцилиарного клиренса применяют секретомоторные лекарственные средства. К средствам, улучшающим отхождение мокроты, относятся препараты с рефлекторным действием (термопсис, гвайфенезин), муколитические препараты (бромгексин, амброксол, ацетилцистеин и др.), мукорегуляторы (карбоцистеин, эрдоцистеин), комбинированные препараты. Важный момент: при использовании отхаркивающих средств усиливаются секреция слюнных желез и перистальтика бронхиальной мускулатуры.

На сегодняшний день на фармацевтическом рынке появились эффективные комбинированные препараты для лечения кашля. Они способны влиять на такие механизмы патогенеза заболевания, как мукостаз и бронхообструкция. Как известно, для эффективного отхождения мокроты и улучшения бронхиальной проходимости при продуктивном кашле необходимо сочетанное назначение отхаркивающих средств и бронхолитиков. Особенностью комбинированного препарата Аскорил является одномоментное действие на большинство звеньев патологической цепи, что существенно сокращает время лечения кашля.

Согласно рекомендациям Британской медицинской академии, комбинированный препарат должен содержать не более трех активных компонентов различных фармакологических групп и не более одно-

го активного компонента из каждой фармакологической группы. Каждый активный компонент должен присутствовать в эффективной и безопасной концентрации и способствовать лечению, для которого используется. При этом необходимо учитывать возможные неблагоприятные реакции компонентов препарата.

Все компоненты препарата Аскорил оказывают эффективное лечебное действие на течение кашля при бронхолегочных заболеваниях, регулируют секрецию бронхиальной слизи, ее реологические свойства, снижают избыточный тонус бронхов. Бромгексин давно и успешно используется в клинической практике. Он не только оказывает муколитическое действие, но и способствует проникновению антибиотика в легочную ткань, стимулирует деятельность секреторных клеток слизистых оболочек бронхов, продуцирующих сурфактант.

Второй компонент Аскорила гвайфенезин отличается быстрым всасыванием в желудочно-кишечном тракте (через 25–30 минут после приема). Его важным дополнительным эффектом является мягкое успокаивающее действие. Препарат снижает тревожность, уменьшает психогенную вегетативную симптоматику, стимулирует секрецию жидких частей бронхиальной слизи.

Самый важный эффект салбутамола – бронходилатирующий. Препарат стимулирует мукоцилиарный клиренс и активность реснитчатого эпителия, секрецию слизи, оказывает противоаллергический эффект. Четвертый компонент Аскорила в виде сиропа – рацементол. Ментол является традиционной составной частью ряда комбинированных готовых лекарственных препаратов. Он обладает антисептическими свойствами, стимулирует секрецию бронхиальных желез, оказывает коронародилатирующий, вентонизирующий эффект, антиангинальное и противовоспалительное действие. Рацементол способствует уменьшению болевых ощущений.

Таким образом, Аскорил действует комплексно на все звенья патогенеза кашля, поэтому эффективнее, чем монопрепараты, способствует разжижению и выведению мокроты. Назначение Аскорила в первые дни ОРВИ уменьшает длительность заболевания, проявления бронхиальной обструкции, способствует быстрому клиническому выздоровлению.



Профессор Е.В. Носуля

Особенности лечения кашля при патологии ЛОР-органов

Несмотря на то что постназальный синдром считается одной из основных причин хронического кашля, подтвердить его наличие при обследовании конкретного пациента достаточно трудно.

Кроме того, большинство пациентов с постназальным синдромом не жалуются на кашель. Имеющиеся доказательства позволяют предположить наличие связи между синдромом постназального затекания и кашлем. Однако тот факт, что у одних пациентов кашель сочетается с этим синдромом, а у других – нет, до сих пор объяснить не удалось⁵.

Наконец, в ряде публикаций этот синдром называют псевдосиндромом постназального стекания. Его именуют диагностическим ярлыком, который не приносит никакой пользы в понимании хронического кашля. Нет общепринятого определения постназального затекания – нет общепринятых методов его идентификации, измерения. Симптом стекания слизи по задней стенке глотки отмечается у здоровых субъектов, а также у многих пациентов ЛОР-клиник, у которых нет кашля. Считается, что отсутствие каких-либо четких патологических или биохимических тестов делает этот синдром недостаточно значимым⁶.

Следовательно, при установлении диагноза пациентам с хроническим кашлем необходимо учитывать сложности идентификации синдрома постназального затекания и не считать его единственной возможной причиной кашля. Чтобы определить причину кашля и назначить патогенетическое лечение, необходимо провести тщательное обследование.

Не стоит забывать и о возможном сочетании патологии, когда у одного пациента кашель обусловлен двумя или тремя причинами. Бронхиальная астма, синдром постназального затекания и ГЭРБ отдельно или в комбинации ответственны за 93,6% случаев хронического кашля. Причем чаще речь идет о нескольких причинах – 62% случаев.

Воспаление слизистой оболочки респираторного тракта при ОРВИ – одна из наиболее распространенных причин кашля. По самым скромным подсчетам, ежегодно в мире регистрируют до 10 млрд заболевших ОРВИ. В России ежегодно ОРВИ и гриппом заболевают от 27,3 до 41,2 млн человек, а у детей удельный вес острых инфекционных заболеваний органов дыхания в структуре патологии респираторного тракта достигает 90%⁷.

Существенную роль в развитии кашля при ОРВИ играет нарушение качественных и количественных характеристик секрета слизи дыхательных путей. Постинфекционный кашель появляется в течение трех недель после перенесенной острой респираторной инфекции и, как правило, купируется до восьми недель. Патогенез постинфекционного кашля установлен. Полагают, что он связан с распространенным воспалением и нарушением целостности респираторного эпителия верхних и/или нижних дыхательных путей. Современные противокашлевые препараты представляют собой сбалансированное сочетание нескольких лекарственных средств, воздействующих на различные звенья патогенетической цепи воспаления слизистой оболочки респираторной системы. В связи с этим с фармакологической точки зрения максимальный положительный эффект от терапии кашля, в том числе постинфекционного, можно ожидать при назначении комбинированных препаратов разнонаправленного, но взаимодополняющего действия. Одним из таких лекарственных средств является Аскорил, эффективность которого изучена в ряде рандомизированных исследований.

Так, в одном из исследований сравнивали эффективность препарата Аскорил с эффективностью мукоактивной терапии Лазолваном (амброксол) у 120 взрослых пациентов с продуктивным кашлем на фоне ОРВИ. Больных рандоми-

Профессор кафедры оториноларингологии Российской медицинской академии последипломного образования, врач-оториноларинголог высшей квалификационной категории, д.м.н. Евгений Владимирович НОСУЛЯ рассмотрел проблему лечения кашля с позиции специалиста.

По данным Европейского респираторного общества, из 18 277 человек в возрасте 20–48 лет из 16 стран мира жалобы на кашель в ночное время предъявляли 30%, на продуктивный кашель – 10%, непродуктивный – 10%.

Кашлевые рецепторы подразделяются на ирритантные, быстро реагирующие на механические, термические, химические раздражители, и С-рецепторы, преимущественно стимулируемые медиаторами воспаления (простагландинами, брадикининами и др.), изменениями pH, газовыми примесями в ингалированном воздухе.

Одной из частых причин, вызывающих хронический кашель, является синдром постназального затекания слизи в глотку вследствие ринита или синусита. Под синдромом постназального затекания следует понимать воспалительный процесс в верхних дыхательных путях (носоглотка, нос, околоносовые пазухи), когда отделяемое из носа стекает по задней стенке глотки в трахеобронхиальное дерево. При этом стимулируется кашлевый рефлекс.

⁵ Saleh H. Rhinosinusitis, laryngopharyngeal reflux and cough: an ENT viewpoint // Pulm. Pharmacol. Ther. 2009. Vol. 22. № 2. P. 127–129.

⁶ Morice A.H. Post-nasal drip syndrome – a symptom to be sniffed at // Pulm. Pharmacol. Ther. 2004. Vol. 17. № 6. P. 343–345.

⁷ Ершов Ф.И., Касьянова Н.В., Полонский В.О. Возможна ли рациональная фармакотерапия гриппа и других ОРВИ? // Consilium medicum. Инфекции и антимикробная терапия. 2003. Т. 5. № 5–6. С. 129–134.

зировали на группы по 60 человек. При сравнительной оценке динамики кашля на фоне терапии Аскорилом и Лазолваном положительная динамика кашля отмечалась в обеих группах, но в группе Аскорила была более выраженной в отношении дневного кашля уже ко второму визиту ($p < 0,05$) и сохранялась к последующим визитам. Достоверные различия в отношении

ночного кашля между группами были зарегистрированы к третьему визиту и сохранялись к последующим визитам. В ходе исследования показана лучшая динамика ряда показателей качества жизни: социальной активности, жизненной активности и общего состояния здоровья ($p < 0,05$) в группах пациентов, получавших Аскорил. Безопасность лечения подтверж-

дена отсутствием нежелательных явлений, значительных изменений показателей крови и данных ЭКГ на протяжении всего периода лечения. Исследователи отметили лучшую эффективность лечения кашля в группе Аскорила по сравнению с группой Лазолвана⁸. В заключение Е.В. Носуля отметил, что Аскорил является препаратом выбора в терапии кашля при ОРВИ.

Кашель у больных с коморбидной бронхолегочной и сердечно-сосудистой патологией

Заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова Ирина Ивановна ЧУКАЕВА акцентировала внимание аудитории на проблеме терапии кашля у больных с сопутствующими бронхолегочными и сердечно-сосудистыми заболеваниями. В современной клинической практике у пациентов с ХОБЛ часто наблюдаются сопутствующие заболевания, в том числе сердечно-сосудистые. У больных ХОБЛ необходимо своевременно выявлять и лечить сопутствующую патологию, поскольку от этого зависят частота госпитализаций и смертность. Оценка коморбидных состояний – обязательный элемент характеристики ХОБЛ.

Принимая во внимание важность сердечно-сосудистых заболеваний для течения ХОБЛ, целесообразно выделять больных ХОБЛ с установленными сердечно-сосудистыми патологиями в отдельный фенотип. Сегодня увеличение продолжительности жизни привело к неуклонному росту выявления коморбидных заболеваний у пациентов, особенно пожилого возраста. Сочетание нескольких заболеваний у больных в возрасте до 19 лет выявляют в 10% случаев, у лиц 80 лет и старше – в 80% случаев. Типология коморбидности извест-

на. Она может быть случайной (случайное сочетание), причинной (общие причины болезней), осложненной (основное заболевание вызывает другое), неуточненной (состояния связаны, но причинные отношения точно не определены). Именно сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной госпитализации пациентов с ХОБЛ – 42% случаев. При респираторных заболеваниях этот показатель составляет всего 14%. Причины смерти пациентов с ХОБЛ в большинстве случаев тоже связаны с заболеваниями сердца (легочное сердце, эмболия легочной артерии и ее ветвей, аритмии). Иногда кашель вызывают заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как пороки сердца, перикардиты, ишемическая болезнь сердца, аневризма аорты, сердечно-сосудистые осложнения (сердечная недостаточность, ТЭЛА, нарушения ритма сердца).

У многих людей повышается чувствительность к определенным медицинским препаратам, способным спровоцировать развитие кашля. Нередко кашель появляется на фоне терапии ингибиторами АПФ. В этом случае кашель сухой, непродуктивный, отсутствуют дозовая зависимость и першение в горле. Кашель при приеме ингибиторов АПФ у женщин развивается чаще, чем у мужчин (7/3). Обычно он возникает в течение первого месяца терапии ингибиторами АПФ, но у ряда пациентов



Профессор И.И. Чукаева

этот период может длиться до года. Кашель может исчезнуть в течение четырех дней после отмены препарата, хотя в редких случаях сохраняется до 40 недель.

Согласно данным исследований, частота развития кашля при лечении блокаторами кальциевых каналов составляет 2,72%, диуретиками – 3,25%, блокаторами рецепторов ангиотензина II – 3,50%, бета-блокаторами – 5,86%, ингибиторами АПФ – 10,60%⁹. То есть кашель может развиться при лечении не только ингибиторами АПФ, но и другими препаратами, поэтому необходимо взвешенно подходить к назначению терапии в каждом конкретном случае.

Кашель связан с усилением гиперреактивности бронхов. Бета-блокаторы вызывают спазм гладкой мускулатуры бронхов, расширение сосудов слизистой оболочки дыхательных путей, повышение секреции слизи. При лечении ингибиторами АПФ и бета-блокаторами многолетний мониторинг выявляет достоверное ежегодное снижение

⁸ Овчинников А.Ю., Панякина М.А., Коростелев С.А., Митюк А.М. Возможности терапии кашля при ОРВИ в практике оториноларинголога // Вестник оториноларингологии. 2014. № 2. С. 86–89.

⁹ Bangalore S., Kumar S., Messerli F.H. Angiotensin-converting enzyme inhibitor associated cough: deceptive information from the Physicians' Desk Reference // Am. J. Med. 2010. Vol. 123. № 11. P. 1016–1030.

дыхательных параметров, таких как объем форсированного выдоха за 1-ю секунду и жизненная емкость легких, в несколько раз превышающее среднестатистические значения для больных, не применявших эти препараты¹⁰.

Среди видов чувствительности к разным группам препаратов выделяют гиперчувствительность к ацетилсалициловой кислоте (аспирин). Последствиями непереносимости аспирина могут быть как легкие реакции организма (вазомоторный ринит), так и серьезные, вплоть до угрозы жизни (отек Квинке, шок, резкое падение артериального давления, аспириновая бронхиальная астма).

При длительной терапии антиаритмическим препаратом Кордарон (амиодарон) иногда наблюдаются серьезные нежелательные эффекты, проявляющиеся кашлем и одышкой. Отмечается проявление индуцированных Кордароном поражений легких (до 61% случаев). На фоне приема этого препарата могут развиваться облитерирующий бронхит с пневмонией, аллергический пневмонит, плеврит, бронхоспазм у больных с тяжелыми респираторными заболеваниями, фиброзирующий легочный альвеолит, респираторный дистресс-синдром. Еще в 1990-е гг. исследователями показано, что 25% лекарственного облитерирующего бронхита приходится на амиодароновую токсичность. Разрешение легочных симптомов регистрируется после отмены препарата.

В редких случаях при использовании статинов также могут развиваться бронхолегочные осложнения – облитерирующий бронхит, изменения в легких по типу фосфолипидоза¹¹.

Следует отметить, что кашель имеет место у 30% больных с хронической сердечной недостаточностью независимо от вида лечения. При этом большинство больных не жалуются на кашель, считая, что он не имеет отношения к заболеванию сердца.

Кашель у больных с хронической сердечной недостаточностью отличается непродуктивным, сухим

характером. Кашель при сердечной недостаточности усиливается в ночное время, в горизонтальном положении, после физической или эмоциональной нагрузки.

В свою очередь при экссудативном перикардите кашель усиливается в положении лежа на спине и ослабевает в вертикальном положении. Стенокардия далеко не всегда сопровождается кашлем, однако надо помнить, что эквивалент ангинозных болей – появление сухого кашля при наступлении провоцирующих факторов. Поэтому, исключив бронхолегочную патологию у пациентов старше 45 лет, необходимо сосредоточиться на заболеваниях сердца.

Кашель может быть симптомом нарушения ритма сердца. В этом случае кашель сухой, сопровождается потливостью, обильным мочеиспусканием в конце приступа, усилением перистальтики кишечника, повышением температуры тела. Возможно развитие психогенного кашля, причиной которого является гипервентиляционный синдром. Кашель или покашливание, одышка, боли в грудной клетке, утомляемость, головокружение могут быть симптомами пароксизмальной формы фибрилляции предсердий. Сухой кашель с особым металлическим оттенком – симптом аневризмы аорты. Кашель обычно возникает при аневризмах восходящего отдела и дуги аорты и обусловлен смещением и сдавлением трахеи, бронхов и легочных сосудов. Подводя итог, профессор И.И. Чукаева отметила, что проблеме лечения кашля у коморбидных больных необходимо уделять особое внимание, поскольку кашель – это только симптом заболевания. Прежде всего необходимо выяснить причину кашля, только после этого следует начинать рациональное этиотропное, патогенетическое и при необходимости симптоматическое лечение с учетом индивидуальных особенностей пациента, а также наличия сопутствующих состояний. Применение комбинированной терапии считается эффективным подходом к лечению бронхолегочных заболеваний, сопровождаемых кашлем.

Аскорил – комбинированный лекарственный препарат, оказывающий бронхолитическое, муколитическое и отхаркивающее действие. В его состав входят препараты разнонаправленного, но взаимодополняющего действия. Сальбутамол сульфат стимулирует бета-адренорецепторы трахеобронхиального дерева, кровеносных сосудов, в результате чего уменьшаются бронхоспастические явления, восстанавливается жизненная емкость легких, улучшается кровоснабжение легких и сердца. Бромгексина гидрохлорид оказывает муколитическое действие, способствующее уменьшению вязкости бронхиального секрета, восстановлению функции реснитчатого эпителия бронхов. Гвайфенезин способствует разрушению сульфидных связей мукополисахаридов, что приводит к разжижению мокроты, облегчает ее эвакуацию. Ментол оказывает легкое обезболивающее, спазмолитическое, противокашлевое действие.

Препарат Аскорил (компания-производитель «Гленмарк») применяют в составе комбинированной терапии острых и хронических бронхолегочных заболеваний, сопровождающихся образованием трудноотделяемого вязкого секрета. Основными показаниями к назначению препарата Аскорил являются бронхиты (острые и хронические, обструктивные и необструктивные), пневмонии, бронхиальная астма, туберкулез легких. Эффективность Аскорила как у детей, так и у взрослых в отношении динамики кашля продемонстрирована в ряде исследований.

Аскорил представлен двумя лекарственными формами: в виде таблеток и сиропа для внутреннего применения. Для лечения детей младше шести лет рекомендуют назначать Аскорил в сиропе. Продолжительность лечения зависит от клинической картины заболевания.

Аскорил признан эффективным средством терапии кашля различной этиологии с высоким профилем безопасности. 

¹⁰ Dart R.A., Gollub S., Lazar J. et al. Treatment of systemic hypertension in patients with pulmonary disease: COPD and asthma // Chest. 2003. Vol. 123. № 1. P. 222–243.

¹¹ Huang L.K., Tsai M.J., Tsai H.C. et al. Statin-induced lung injury: diagnostic clue and outcome // Postgrad. Med. J. 2013. Vol. 89. № 1047. P. 14–19.

Эффективная терапия кашля при ОРВИ* у детей и взрослых^{1,3}

АСКОРИЛ®



На правах рекламы

03-15-RUS-003-ASC



* Острая респираторная вирусная инфекция

1. Н. А. Гелпе, Н. А. Селиверстова, В. С. Мальшев, Н. Г. Машукова, Н. Г. Колосова. Причины бронхиальной обструкции у детей и направления терапии. РМЖ № 22, 2011, 1371-1374.
2. А. А. Зайцев, С. В. Оковитый. Кашель: дифференциальный диагноз и рациональная фармакотерапия. Терапевтический архив 12, 2014, 1450-1457.
3. И. Л. Клячкина. Лечение кашля при ОРВИ и гриппе. РМЖ 1, 2012, 278-285.
4. Инструкция по медицинскому применению препарата Аскорил®.

Краткая инструкция по применению препарата Аскорил®

Торговое название препарата: Аскорил экспекторант/Аскорил. Фармакотерапевтическая группа: отхаркивающее комбинированное средство. Лекарственная форма: сироп 100 и 200мл, таблетки № 10, № 20, № 50. Состав: сальбутамола сульфат: 2мг, бромгексина гидрохлорид: 4мг (в таблетке 8мг), гвайфенезин 100мг. Фармакологические свойства: оказывает бронхолитическое, отхаркивающее и муколитическое действие. Предупреждает или устраняет спазм бронхов, снижает сопротивление в дыхательных путях, увеличивает жизненную емкость легких. Активирует реснички мерцательного эпителия, снижает вязкость мокроты, увеличивает ее объем. Показания к применению: в составе комбинированной терапии острых и хронических бронхолегочных заболеваний, сопровождающихся образованием труднотделяемого вязкого секрета, трахеобронхит, обструктивный бронхит. Противопоказания: тахикардия, нарушения ритма сердца, повышенная чувствительность к компонентам препарата, таблетки – детский возраст до 6 лет. Особые указания: в период беременности применять не рекомендуется. Побочное действие: головная боль, головокружение, нарушение сна, тремор. Рег. уд. сироп: ПН№ 015290/01. Рег. уд. таблетки: ЛСР № 003332/09.

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной медицинской инструкцией по применению.