



Успешное купирование кашля, спровоцированного острой респираторной вирусной инфекцией

А.Ю. Овчинников, д.м.н., проф., Н.А. Мирошниченко, д.м.н., проф.,
Ю.О. Николаева, к.м.н., В.Н. Костюк, к.м.н.

Адрес для переписки: Юлия Олеговна Николаева, yu.o.nikolaeva@gmail.com

Для цитирования: Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О., Костюк В.Н. Успешное купирование кашля, спровоцированного острой респираторной вирусной инфекцией. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (41): 22–26.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-41-22-26

Заболевания лор-органов, которые сопровождаются синдромом постназального затека, относятся к частым причинам хронического кашля. Осведомленность врачей в отношении данного синдрома крайне важна, поскольку кашель при этом состоянии нередко ошибочно считают проявлением хронического бронхита. В большинстве случаев синдром постназального затека – не самостоятельная нозологическая форма, а результат нарушения работы регионарных экзокринных желез, продуцирующих слизь. Гиперпродукцию слизи могут провоцировать воспалительные реакции различной этиологии, как правило аллергические, бактериальные или вирусные риносинуситы, вазомоторные риниты, в детском возрасте – аденоидит. Патогенетически обоснованным у данной группы пациентов считается применение препарата с противовоспалительным и мукорегуляторным действием, поскольку именно эти свойства необходимы для купирования кашля при синдроме постназального затека. На кафедре оториноларингологии Российского университета медицины было проведено исследование по применению перорального препарата Реглисам (ЗАО «ВИФИТЕХ», Россия), характеризующегося указанными свойствами. Согласно полученным результатам, Реглисам, включенный в схему терапии синдрома постназального затека, уже с первых дней применения способствует уменьшению интенсивности и продолжительности дневного и ночного кашля, быстрому купированию воспалительного отека и слизистого отделяемого в носоглотке, снижению потребности в деконгестантах и в целом стремительному улучшению общего самочувствия пациентов.

Ключевые слова: кашель, синдром постназального затекания, острый риносинусит, Реглисам

Введение

Для определения кашля существует много терминов, классификаций, понятий. Часто его называют многоликим. И это связано прежде всего с рядом этиологических факторов, приводящих к его развитию.

Заболевания лор-органов, которые сопровождаются синдромом постназального затека (СПЗ), относятся к частым причинам хронического кашля – по данным ряда авторов, до 54% случаев [1]. Под СПЗ понимают воспалительные процессы верхних дыхательных путей (носоглотки, полости носа, околоносовых пазух), при которых отделяемое из полости носа стекает по задней стенке глотки в гортанную часть глотки, где происходит механическая стимуляция афферентной части дуги кашлевого рефлекса,

что и вызывает появление кашля. Важно помнить, что СПЗ в большинстве случаев не является самостоятельной нозологической формой [2].

Осведомленность врачей в отношении данного синдрома важна, поскольку кашель при этом состоянии часто ошибочно относят к симптомам хронического бронхита.

СПЗ – результат нарушения работы регионарных экзокринных желез, продуцирующих слизь [3]. В нормальных условиях они обеспечивают защиту, увлажнение и очищение полости носа, околоносовых пазух и носоглотки от посторонних веществ, бактерий и вирусов во вдыхаемом воздухе. Гиперпродукцию слизи могут провоцировать воспалительные реакции различной этиологии. Обычно это аллергические,



бактериальные или вирусные риносинуситы, вазомоторные или медикаментозные риниты, риниты беременных, в детском возрасте – аденоидит [4].

При осмотре отмечаются отек и гиперемия слизистой оболочки полости носа, наличие густой слизи. Однако в ряде случаев наблюдается эндоскопически негативный вариант синдрома, при котором в полости носа густой секрет отсутствует, но могут обнаруживаться слизистые тяжи желтоватого цвета на отечной и гиперемированной слизистой оболочке задней стенки глотки. При подозрении на проблемы в околоносовых пазухах выполняется рентгенография или компьютерная томография. Другие лабораторные и инструментальные методы носят вспомогательный характер [5].

В схему ведения пациентов с постназальным затеком включается ирригация полости носа изотоническим раствором морской воды в виде назального аэрозоля до шести раз в день и интраназальные глюкокортикостероиды (мометазона фуоат) в течение не менее двух недель с последующей оценкой эффективности терапии. Рациональная мукоактивная терапия должна проводиться по принципу «правильный препарат для правильного пациента» (right drug for right patient), и врач, назначая то или иное мукоактивное средство, должен четко представлять показания к его применению и прогнозируемый клинический эффект [6].

На российском рынке представлен препарат Реглисам (ЗАО «ВИФИТЕХ», Россия) с противовоспалительным и мукорегуляторным действием [7]. Поскольку именно эти свойства необходимы для купирования кашля при СПЗ, связанного с воспалительной патологией верхних дыхательных путей, а именно полости носа и околоносовых пазух, на кафедре оториноларингологии Российского университета медицины было решено провести исследование по применению данного препарата.

Цель – оценить клиническую эффективность, переносимость и безопасность препарата Реглисам в купировании кашля вследствие постназального затека у больных острым риносинуситом, индуцированным острой респираторной вирусной инфекцией.

Материал и методы

Нами было проведено наблюдательное исследование с формированием основной и контрольной групп по 30 больных в каждой. Пациентам основной группы назначали препарат Реглисам в таблетках (50 мг в таблетке) ежедневно в соответствии с дозировкой, установленной в инструкции, в течение семи дней; мометазона фуоат по две дозы два раза в день в обе половины полости носа в течение семи дней; орошение изотоническим солевым раствором; при необходимости – топические деконгестанты и жаропонижающие средства. Пациенты контрольной группы получали аналогичное лечение, за исключением препарата Реглисам.

График исследования включал:

- ✓ первичное обследование;
- ✓ сбор жалоб и анамнеза;
- ✓ осмотр;
- ✓ физикальные и инструментальные методы исследования лор-органов (эндоскопия, диафаноскопия);
- ✓ анализ результатов обследования и их соответствия критериям включения в наблюдение;
- ✓ принятие решения о включении пациента в исследование и получение от него информированного согласия;
- ✓ выдачу пациентам анкеты для оценки состояния и симптомов;
- ✓ проведение терапии заболевания в течение семи дней с визитами на 3 ± 1 и 7 ± 1 дни наблюдения с анализом оценки симптомов заболевания и переносимости препарата Реглисам.

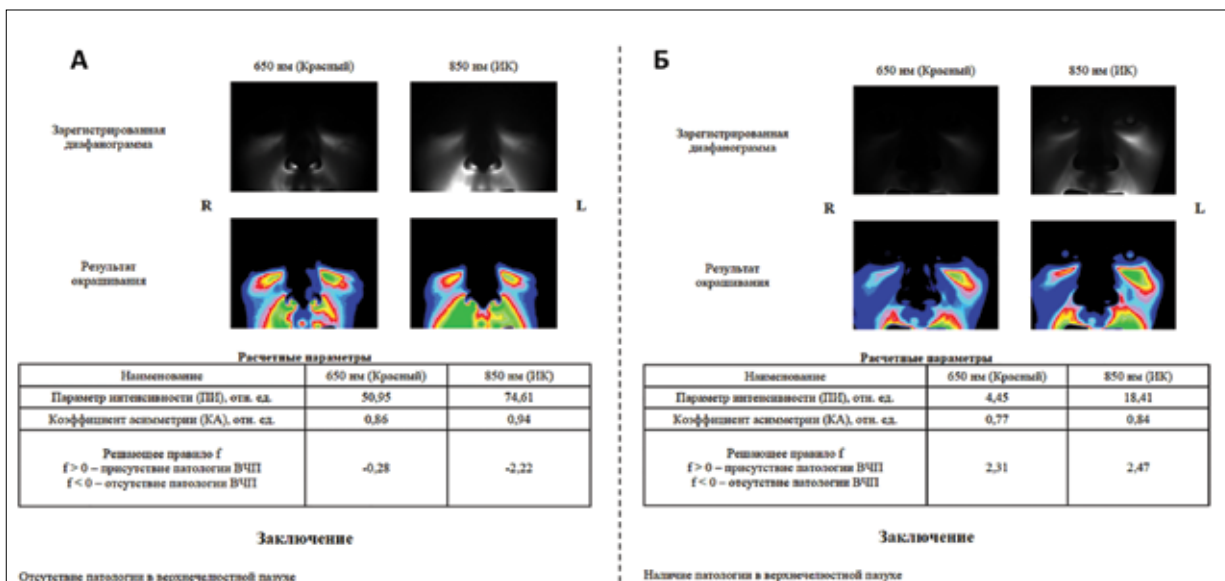


Рис. 1. Результат диафаноскопии при отсутствии (А) и наличии (Б) патологии верхнечелюстных пазух



Для субъективной оценки состояния пациентов были выбраны такие проявления острого риносинусита и постназального затека, как дневной и ночной кашель, а также общее самочувствие. Эти параметры оценивали по десятибалльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ), где 0 баллов – отсутствие признака/отличное самочувствие, а 10 баллов – максимальная выраженность признака/очень плохое самочувствие. С целью объективной оценки состояния носоглотки проводилась эндоскопия, в ходе которой фиксировалось присутствие/отсутствие воспалительного отека слизистой оболочки полости носа и слизистого отделяемого, а также оценивалась совокупность признаков воспаления (гиперемия, отечность слизистой оболочки полости носа, наличие слизистого отделяемого) по четырехбалльной шкале, где 0 баллов – отсутствие признака, а 3 балла – выраженные признаки воспаления.

Для исключения острого экссудативного риносинусита на первом визите всем пациентам проводилась цифровая диафаноскопия. Пациенты включались в исследование, если показатели прозрачности пазухи соответствовали норме или пристеночному

утолщению слизистой оболочки пазухи носа вследствие воспалительного процесса. Пациенты не включались в исследование, если результаты диафаноскопии свидетельствовали о возможном наличии отделяемого в полости пазухи (рис. 1).

Результаты, полученные в ходе наблюдательной программы, обрабатывались с использованием пакета Statistica for Windows 10.0 (Statsoft Inc. USA). Количественные данные представлены в виде среднего (М) и его среднеквадратичного отклонения ($\pm\sigma$), качественные – в виде абсолютных чисел и относительного количества (%). Статистическую значимость различий при сравнении несвязанных групп по доле (частоте признака) вычисляли с помощью двустороннего точного критерия Фишера. Различия результатов несвязанных выборок по количественному признаку определяли исходя из критерия Манна – Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Пациенты основной и контрольной групп были сопоставимы по половозрастным характеристикам (табл. 1). Данные рентгенограммы и диафаноскопии указывали на наличие катарального риносинусита.

Исходно пациенты обеих групп были сопоставимы по интенсивности симптомов (ВАШ) ($p > 0,05$). На фоне проводимого лечения положительная динамика в виде уменьшения дневного и ночного кашля, а также улучшения самочувствия отмечалась в обеих группах, но в основной группе она была более выраженной уже ко второму визиту (третий день). Подобная тенденция сохранялась до конца исследования. При межгрупповом сравнении получены статистически значимые различия (табл. 2).

На протяжении всего периода наблюдения в основной группе на фоне терапии Реглисамом интенсивность симптомов дневного и ночного кашля имела более значительный регресс, чем в контрольной группе (табл. 2). Так, в основной группе выраженность дневного кашля уже на третий день наблюдения была достоверно ниже, чем в контрольной, на 47% ($p < 0,001$), на седьмой день – на 25%. В отношении балльной оценки выраженности ночного кашля фиксировались схожие различия. На третий день лечения интенсивность ночного кашля среди пациентов основной группы была достоверно на 44% ниже, чем в контрольной ($p < 0,001$). К седьмому дню различия составляли 40% (рис. 2).

Балльная оценка общего самочувствия у пациентов основной группы к третьему визиту снизилась на 73% (с $6,3 \pm 1,2$ до $1,7 \pm 0,95$ балла), что свидетельствовало о значительном улучшении самочувствия. Среди пациентов контрольной группы данная тенденция была менее существенной – соответственно на 47% (с $5,9 \pm 0,62$ до $3,1 \pm 0,94$ балла). Лечение в основной группе ассоциировалось с более эффективным (более чем в 1,5 раза; 45%) улучшением общего самочувствия к третьему дню по сравнению с группой

Таблица 1. Распределение пациентов по полу и возрасту в группах

Возраст, лет	21–30	31–40	41–50	51–60	Всего пациентов
Основная группа (Реглисам)					
Женщины	6	4	2	5	17
Мужчины	5	2	6	-	13
Всего	11	6	8	5	30
Контрольная группа					
Женщины	3	5	3	4	15
Мужчины	4	4	6	1	15
Всего	7	9	9	5	30

Таблица 2. Балльная оценка выраженности симптомов кашля, общего самочувствия, воспалительных симптомов в носоглотке по данным эндоскопии в динамике

Группа	Симптом	Средний балл в группах, $M \pm \sigma$		
		1-й день	3-й день	7-й день
Основная (Реглисам)	Дневной кашель	$7,3 \pm 1,7$	$2,5 \pm 1,99$	$1,2 \pm 2,28$
Контрольная		$6,9 \pm 1,53$	$4,7 \pm 1,66$	$1,6 \pm 2,33$
p		$> 0,05$	0,001*	0,42
Основная (Реглисам)	Ночной кашель	$5,4 \pm 1,26$	$2,2 \pm 1,81$	$0,9 \pm 1,67$
Контрольная		$5,1 \pm 1,13$	$3,9 \pm 1,34$	$1,5 \pm 2,22$
p		$> 0,05$	0,001*	0,32
Основная (Реглисам)	Общее самочувствие	$6,3 \pm 1,54$	$1,7 \pm 1,47$	$0,4 \pm 0,82$
Контрольная		$5,9 \pm 1,32$	$3,1 \pm 1,73$	$0,7 \pm 1,24$
p		$> 0,05$	0,003*	0,39
Основная (Реглисам)	Воспалительные симптомы в носоглотке (эндоскопия)	$2,1 \pm 0,55$	$1 \pm 0,9$	$0,13 \pm 0,35$
Контрольная		$2 \pm 0,52$	$1,7 \pm 1,05$	$0,7 \pm 0,7$
p		$> 0,05$	0,01*	0,002*

* Различия статистически значимы, $p < 0,05$.



контроля ($p < 0,003$) (рис. 3). К седьмому дню оценка общего самочувствия в обеих группах не превышала 1 балла, что соответствовало хорошему состоянию. Кроме того, дополнительно проанализировано, сколько пациентов достигло полного клинического излечения от кашлевого синдрома (0 баллов по ВАШ) к третьему и седьмому дням лечения. Так, в основной группе на третий день лечения дневной кашель отсутствовал у 3 (10%) пациентов, ночной – у 8 (27%). В то же время в контрольной группе ночной и дневной кашель отсутствовал лишь у одного пациента ($p = 0,014$ при межгрупповом сравнении динамики выраженности ночного кашля) (рис. 2). К седьмому дню наблюдения не предъявляли жалоб на симптом дневного/ночного кашля 23 (77%) больных основной группы и 20 (67%) – контрольной. Отличное общее самочувствие (0 баллов по ВАШ) к третьему дню наблюдения отмечалось у 8 (27%) пациентов основной группы и лишь у одного – контрольной ($p = 0,013$). К седьмому дню лечения 22 (73%) пациента каждой группы сообщали о хорошем самочувствии (рис. 3).

По данным эндоскопии, выраженность воспалительных симптомов в носоглотке (гиперемии, отечности слизистой оболочки полости носа, наличия слизистого отделяемого) на фоне терапии Реглисамом имела более значимый регресс по сравнению с динамикой данного показателя в контрольной группе. При межгрупповом сравнении были получены статистически значимые различия (табл. 2). Так, к третьему дню лечения выраженность воспалительных симптомов в носоглотке у пациентов основной группы была достоверно ниже, чем у пациентов контрольной, на 41% ($p < 0,01$), на седьмой день – ниже на 81% ($p < 0,002$). Кроме того, к третьему дню лечения полное купирование отека и слизистого отделяемого отмечалось у 11 (37%) пациентов основной группы и у 7 (23%) – контрольной. На седьмой день терапии у 26 (87%) пациентов основной группы отсутствовали отек и слизистое отделяемое. В контрольной группе таких пациентов было в два раза меньше – 13 (43%) ($p < 0,001$) (рис. 4).

На старте терапии все пациенты использовали деконгестанты для облегчения носового дыхания. К третьему дню наблюдения 4 (13%) больных основной группы отказались от них, а к седьмому дню 18 (60%) пациентов не нуждались в данной терапии. В контрольной группе только к седьмому дню лечения 8 (27%) пациентов смогли отказаться от использования деконгестантов. Таким образом, пациентов, не нуждавшихся в деконгестантах, к концу лечения в основной группе было более чем в два раза больше, чем в контрольной ($p = 0,018$).

За период наблюдения нежелательных побочных явлений, связанных с приемом препарата Реглисам, не зафиксировано.

Выводы

В ходе исследования показано, что применение противовоспалительного препарата Реглисам в комплексной

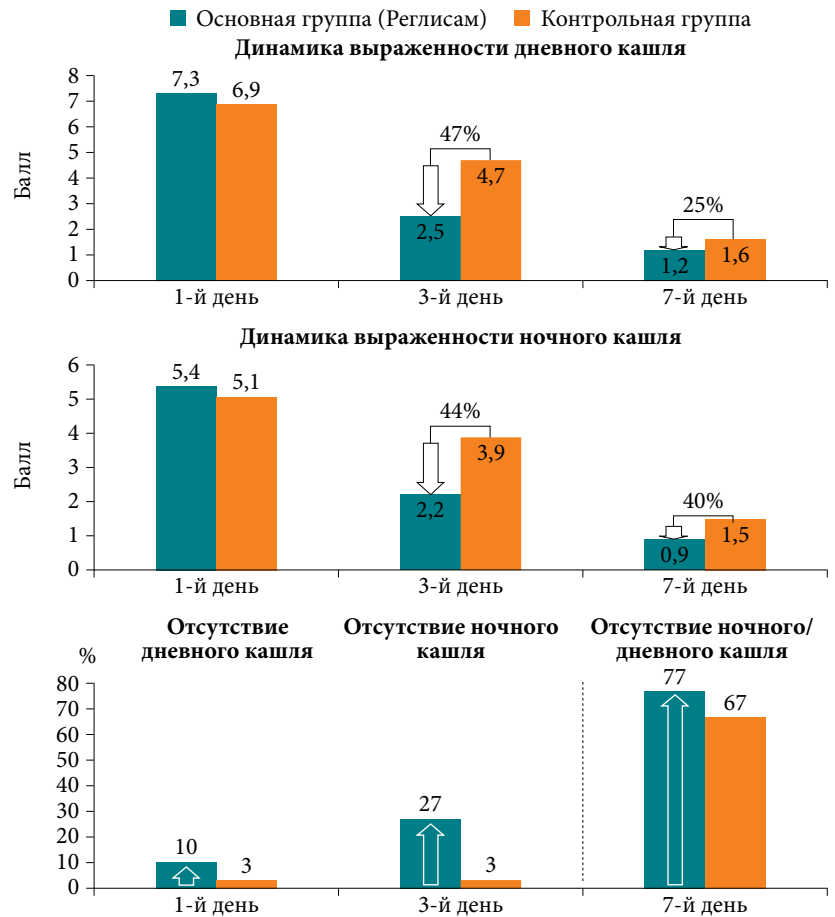


Рис. 2. Динамика балльной оценки выраженности дневного и ночного кашля ($n = 60$)

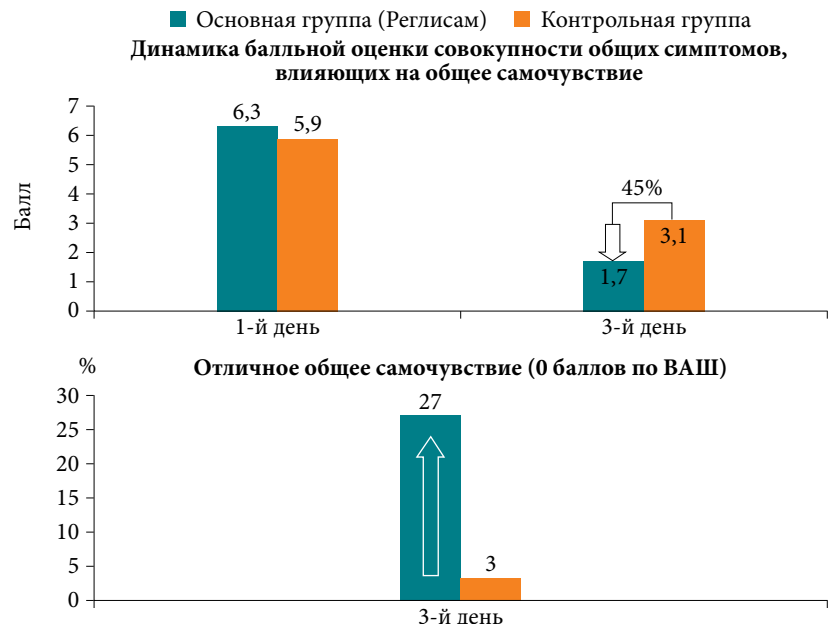


Рис. 3. Динамика балльной оценки совокупности общих симптомов, влияющих на общее самочувствие ($n = 60$)



Рис. 4. Динамика выраженности воспалительных симптомов в носоглотке по данным эндоскопии (n = 60)

терапии пациентов с постназальным затеком на фоне острого риносинусита ассоциируется с достижением выраженного клинического эффекта.

Пациенты, получавшие Реглисам, уже к третьему дню терапии демонстрировали:

- ✓ уменьшение интенсивности симптома дневного/ночного кашля на 44–47% эффективнее контрольной группы и полное купирование кашля у 27% больных;
- ✓ по данным эндоскопии, снижение на 41% выраженности воспалительных симптомов в носоглотке в сравнении с контролем, которое к седьмому дню достигало 81%;
- ✓ отсутствие воспалительного отека и слизистого отделяемого в носоглотке более чем у 1/3 пациентов, а к седьмому дню – у 87% больных;
- ✓ улучшение общего самочувствия пациентов в 1,5 раза эффективнее относительно контрольной группы;
- ✓ снижение потребности в деконгестантах, начиная с третьего дня лечения, а к седьмому дню у большей доли пациентов.

Кроме того, Реглисам хорошо переносился пациентами. Побочных явлений, связанных с его приемом, не зарегистрировано. ☺

Литература

1. Овчинников А.Ю., Соддатский Ю.Л., Митюк А.М. Новый взгляд на лечение кашля у детей. Педиатрическая фармакология. 2013; 10 (5): 18–22.
2. Дербенева М.Л., Гусева А.Л. Некоторые аспекты диагностики и лечения кашля. Медицинский совет. 2016; 4: 64–67.
3. Киселев В.В., Лукашевич М.Г. Кашель как проявление синдрома постназального затека. Российская ринология. 2020; 28 (1): 10–14.
4. Кулагина В.В. Синдром постназального затекания слизи у детей: что рекомендовать? Доктор.Ру. 2019; 5 (160): 19–22.
5. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/313_3.
6. Зайцев А.А., Оковитый С.В., Мирошниченко Н.А., Крюков Е.В. Кашель. Методические рекомендации. М.: Медконгресс. 2021.
7. https://www.vidal.ru/drugs/glycyram__25285?ysclid=m2xcdtzd270312378

Successful Relief of Cough Caused by Acute Respiratory Viral Infection

A.Yu. Ovchinnikov, PhD, Prof., N.A. Miroshnichenko, PhD, Prof., Yu.O. Nikolaeva, PhD, V.N. Kostyuk, PhD
Russian University of Medicine

Contact person: Yulia O. Nikolaeva, yu.o.nikolaeva@gmail.com

Diseases of the ENT organs, which are accompanied by postnasal congestion syndrome, are common causes of chronic cough. Doctors' awareness of this syndrome is extremely important, since coughing in this condition is often mistakenly considered a manifestation of chronic bronchitis. In most cases, postnasal congestion syndrome is not an independent nosological form, but the result of a malfunction of the regional exocrine glands that produce mucus. Hyperproduction of mucus can be provoked by inflammatory reactions of various etiologies, usually allergic, bacterial or viral rhinosinusitis, vasomotor rhinitis, and adenoiditis in childhood. The use of a drug with anti-inflammatory and mucoregulatory effects is considered pathogenetically justified in this group of patients, since these properties are necessary for relieving cough in postnasal congestion syndrome. At the Department of Otorhinolaryngology of the Russian University of Medicine, a study was conducted on the use of the oral drug Reglissam (JSC 'VIFITEKH', Russia), characterized by these properties. According to the results obtained, Reglissam, included in the treatment regimen for postnasal congestion syndrome, from the very first days of use helps to reduce the intensity and duration of daytime and nighttime cough, rapid relief of inflammatory edema and mucous discharge in the nasopharynx, reduce the need for decongestants and, in general, rapidly improve the general well-being of patients.

Keywords: cough, postnasal congestion syndrome, acute rhinosinusitis, Reglissam