



ГОУ ВПО РГМУ,  
кафедра  
оториноларингологии  
педиатрического  
факультета,  
Москва

# Кашель и противокашлевые лекарственные средства

Д. м. н., проф. Е.Ю. Радциг

**Н**е существует человека на планете Земля, который никогда не кашлял. Причины кашля различны. Он может возникать в результате местного раздражения или инфекционного процесса, а также быть важным симптомом целого ряда заболеваний (табл. 1). У некоторых людей определенные виды пищи (причем из ежедневно-го рациона) могут увеличивать се-

крецию слизи, что приводит к желанию откашляться [1]. Бывают случаи, когда приступы кашля продолжаются в течение нескольких месяцев или даже лет в отсутствие воспалительных заболеваний дыхательных путей, приобретая чисто рефлекторный характер. Вероятной причиной можно считать изменение функционального состояния нервных центров, воспринимающих афферент-

ную импульсацию, сохраняющуюся после перенесенного первичного воспалительного процесса. Важнейшая задача кашля – защита дыхательных путей от посторонних объектов (инородных тел). На фото 1 представлено инородное тело (веточка комнатного растения), самостоятельно откашлянное 7-месячным младенцем. Это единственный случай самопроизвольно удаленного инородного тела из гортани за период с 2005 г. в конкретно взятой клинике.

Нам показалось интересным описать ситуации, когда причиной кашля являются процессы, локализующиеся в гортани. При этом чаще приходится говорить о кашле хроническом, т. е. длящемся более 3 недель.

Кашель может возникать в ответ на раздражение свободного края голосовых складок, в том числе и при респираторных аллергиях. Рефлекторное откашливание вызывает скопление слизистого отделяемого на голосовых складках, препятствующее нормальной фонации. Подобные состояния могут возникать при различных респираторных инфекциях, при процессах, характеризующихся стеканием патологического отделяемого по задней стенке глотки, а также на фоне приема различных лекарственных средств или проводимых лечебных мероприятий (лучевая терапия), изменяющих

Таблица 1. Заболевания и состояния, сопровождающиеся кашлем

Наиболее частые	
Вирусная инфекция ВДП	При непрерывно-рецидивирующем течении ОРВИ может хронизироваться
Гиперреактивность ДП	Почти всегда является следствием вирусной инфекции
Частые	
Аллергия	Обычно связана с гиперреактивностью ВДП
Ринофарингит Синусит Аденоидит	Вызываются патологическим отделяемым, стекающим по задней стенке глотки
Ирритативный кашель	Обычно инициализируется вирусной инфекцией или вторичен (на фоне активного и пассивного курения, рефлюкса содержимого ЖКТ)
Психогенный	Уменьшается во время сна
Инфекции (хламидии, коклюш, туберкулез и др.)	Диагноз ставится на основании клинических данных и специфических лабораторных тестов
Редкие	
Инородные тела дыхательных путей	Наиболее часты у маленьких детей, но могут быть и у взрослых
Врожденные аномалии развития	Трахеозоофагеальная фистула или иные аномалии, вызывающие кашель посредством сдавления ДП или забросом содержимого ЖКТ в ДП



реологические свойства секрета верхних дыхательных путей.

Покашливание и кашель могут быть порой единственным отмечаемым симптомом при мутиционной дисфонии или различных формах хронического ларингита, в том числе узелках голосовых складок. У таких пациентов следует учитывать возможное влияние используемых лекарственных средств (а также форму их выпуска) на качество голоса. Эта информация крайне редко встречается в периодической печати. Хотя в последнее время иногда встречаются сообщения о возможных побочных эффектах «популярных» (т.е. часто назначаемых) лекарственных препаратов. Например, Управление по безопасности лекарственных средств и изделий медицинского назначения (Medicines and Medical Devices Safety Authority – Medsaf, Новая Зеландия) объявило о выяснении экспертной группой относительно неблагоприятного соотношения риск/польза ряда лекарственных средств у детей в возрасте младше 6 лет. Рекомендовано не применять у детей данной возрастной категории следующие препараты от кашля и простуды: бромфенирамин, хлорфенамин, декстрометорфан, дифенгидрамин, доксиламин, гвайфенезин, ипекакуана, фенилэфрин, фолкодин, прометазин, псевдоэфедрин и триптолидин [2]. Министерство здравоохранения Израиля рекомендовало использовать для лечения кашля (и насморка), особенно у детей младше 2 лет, только официально зарегистрированные лекарственные средства, продажа которых разрешена исключительно в аптечных пунктах [2].

В зарубежных руководствах по лечению голосовых расстройств детально описывается возможное влияние на различные акустические параметры голоса не только различных лекарственных средств (с указанием специфики воздействия той или иной формы выпуска конкретного препарата), но и биологически активных добавок [3, 4]. В таблице 2 приведены данные, касающиеся некоторых из них.

Какие же из перечисленных в таблице 2 препаратов могут использоваться для купирования хронического кашля у больных с воспалительной патологией гортани? Различные формы НПВС, входящих в состав комплексных противопростудных препаратов, которые содержат также противокашлевые средства центрального действия. Такие препараты подавляют кашлевой рефлекс, угнетая кашлевой центр продолговатого мозга. Их наиболее распространенные побочные эффекты – тошнота, сонливость и расстройства ЖКТ (запоры). Для симптоматического лечения острого ларингита часто используются нестероидные противовоспалительные средства в форме раствора для полоскания. Короткие курсы приема этих препаратов достаточно эффективны и безопасны. Различные формы хронического ларингита обычно требуют длительного лечения. Широко используется ингаляционный способ введения лекарственных веществ, как наиболее физиологичный. Возвращаясь к таблице 2, отметим, что не обладают возможным негативным влиянием



Фото 1.

на качество голоса и структуры гортани, но эффективны в купировании различных видов кашля системные кортикостероиды (используются в основном при неотложных состояниях), мукоактивные и натуропатические препараты. На последних (имеются в виду натуропатические препараты) хотелось бы остановиться более подробно. По данным ряда опросов, большинство врачей (и родителей) считают, что речь идет исключительно о препаратах природного происхождения. Но в эту группу входят и гомеопатические препараты, как классические, так и комплексные. Комплексные гомеопатические препараты являются официаль-

Таблица 2. Влияние различных лекарственных средств и форм их выпуска на качество голоса

Форма выпуска препарата	Возможные побочные/негативные действия на организм	Возможное негативное влияние на структуры гортани/качество голоса
<b>Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)</b>		
Средства для полоскания	Раздражение слизистой ЖКТ (при проглатывании) Медикаментозный фарингит (при длительном приеме)	Сухость слизистых Дисфония
Таблетки для приема внутрь	Раздражение слизистой ЖКТ	Возможны кровоизлияния в структуры гортани Дисфония
<b>Комплексные препараты (антисептик+НПВС)</b>		
Таблетки для рассасывания	Медикаментозный фарингит (при длительном приеме)	Сухость слизистых Дисфония
Таблетки для приема внутрь	Раздражение слизистой ЖКТ при пероральном приеме	Сухость слизистых Дисфония
Антигистаминные	Сухость слизистых дыхательных путей	Дисфония
Кортикостероиды (системные)	Замедление роста, синдром Кушинга	—
Мукоактивные препараты	Индивидуальная непереносимость компонентов препарата	—
Натуропатические препараты	Индивидуальная непереносимость компонентов препарата	—

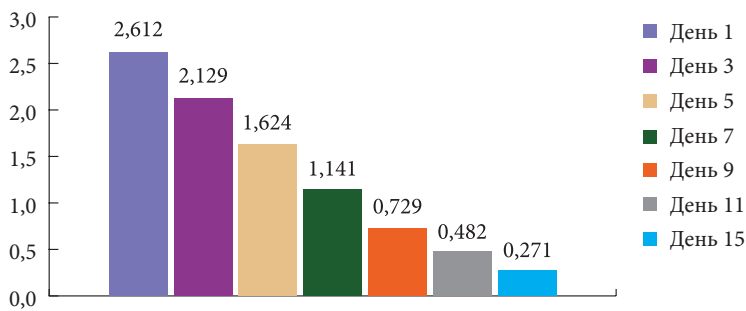


Рис. 1. Изменение средней интенсивности кашля в баллах на фоне приема препарата Стодаль

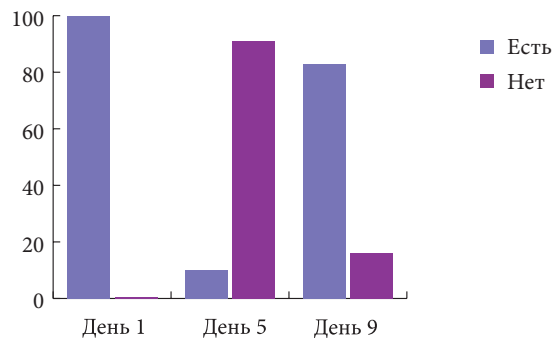


Рис. 2. Наличие кашля у больных на фоне приема препарата Стодаль

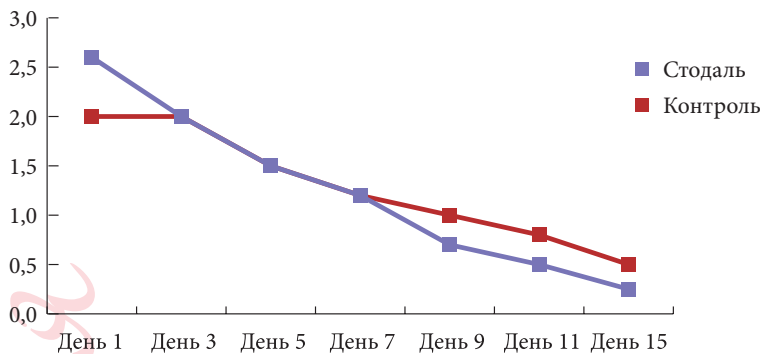


Рис. 3. Выраженность хронического кашля на фоне терапии препаратом Стодаль

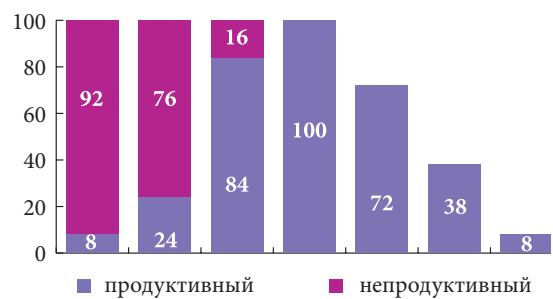


Рис. 4. Изменение характера кашля на фоне приема препарата Стодаль

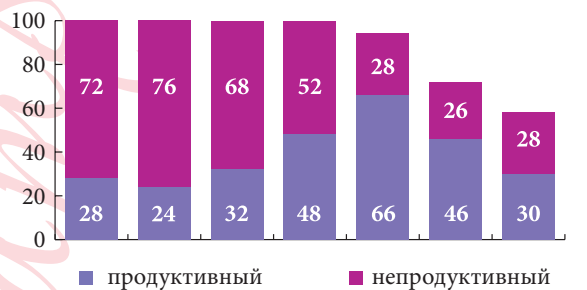


Рис. 5. Изменение характера кашля на фоне приема муколитических препаратов и препаратов растительного происхождения



Рисунок 6. Оценка эффективности препарата Стодаль при лечении хронического кашля у детей

но зарегистрированными лекарственными средствами. Благодаря форме выпуска таких препаратов (сироп, таблетки) назначать их могут врачи, не обладающие специальными знаниями в области гомеопатии. Эффективность их подтверждена целым рядом клинических наблюдений [4]. В лечении различных типов кашля (как острого, так и хронического) эффективен препарат Стодаль. Назначаемый в соответствии с инструкцией (по 1 ч. л. 3–5 раз в день) в качестве монотерапии, препарат уменьшает выраженность острого кашля (рис. 1) при стандартной продолжительности курса лечения в 7 дней (рис. 2). При лечении хронического кашля можно рекомендовать прием препарата длительно до 15 дней (рис. 3). Принимая во внимание, что большое всего беспокоит больного (а также может провоцировать возникновение узелков голосовых складок) непродуктивный хронический кашель, важно не только уменьшить его выраженность,

но и ускорить переход в кашель продуктивный. Изменение характера кашля на фоне приема препарата Стодаль представлено на рисунке 4 в сравнении с наиболее часто используемыми противокашлевыми препаратами (рис. 5). Оценка эффективности препарата представлена на рисунке 6. Родители отмечали, что детям очень нравится вкус сиропа, и они с удовольствием его принимают. На фоне приема препарата не выявлено никаких побочных реакций. Это позволяет рекомендовать препарат для лечения различных видов кашля (острого и хронического, продуктивного и непродуктивного) в качестве стартового препарата, в том числе и как средство монотерапии. Традиционный 5-дневный прием препарата при затяжном и/или хроническом кашле должен увеличиваться до 9 дней (дальнейшее пролонгирование приема препарата не оказывает существенного влияния на улучшение клинической симптоматики). ☀

**РАСКЛЕИЛИСЬ**  
от гриппа и простуды?



- Профилактика и лечение гриппа и простуды вне зависимости от стадии заболевания.
- Для профилактики достаточно всего 1 дозы гранул в неделю.
- Без возрастных ограничений.

**ОЦИЛЛОКОКЦИНУМ®**

**ТАК ПРОСТО  
БЫТЬ  
ЗДОРОВЫМ!**



Рег. уд.: П № 014236/01

**СТОДАЛЬ®**

**Кашель – разный,  
а СИРОП – один!**



Рег. уд.: П № 015706/01

**Н.В.**  
Приятный  
200 мл  
карамельный



**Сироп для лечения различных видов кашля.**

- Уменьшает интенсивность сухого кашля.
- Ускоряет переход сухого кашля во влажный.
- Улучшает отхождение мокроты при влажном кашле.

Реклама

ЛАБОРАТОРИЯ  
**БУАРОН®**

107078, Москва, Орликов пер., д. 2  
[www.boiron.ru](http://www.boiron.ru), [www.oscillo.ru](http://www.oscillo.ru)





## В. М. Делягин.

Применение энтеросорбентов Фильтрум-Сти и Фильтрум-Сафари в комплексном лечении ротавирусной инфекции у детей

1. Румянцев А. Г. Профилактика и контроль инфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения. М.: Медпрактика-М, 2007. 824 с.
2. Nguyen D. Pediatrics, Rotavirus//eMedicine, Last Updated 2009. <http://emedicine.medscape.com/article/803885-overview>.
3. Illing S., Claßen M. Klinikleitfaden Pädiatrie. München: Urban & Fischer, 2009. 816 s.
4. Dennehy P., Cortese M., Begue R. et al. A case-control study to determine risk factors for hospitalization for rotavirus gastroenteritis in U.S. children // *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2006. Vol. 25. P. 1123–1131.
5. Newman R., Grupp-Phelan J., Shay D. et al. Perinatal risk factors for infant hospitalization with viral gastroenteritis // *Pediatrics*. 1999. Vol. 103. E3.

6. Gilger M., Matson D., Conner M. et al. Extraintestinal rotavirus infections in children with immunodeficiency // *J. Pediatr.* 1992. Vol. 120. P. 912–917.
7. Cortese M., Parashar U. Prevention of rotavirus gastroenteritis among infants and children: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) // *MMWR Recomm. Rep.* 2009. Vol. 58. P. 1–25.
8. Новокиёнов А. А., Соколова Н. В., Бережкова Т. В., Сахарова А. А. Клиническая эффективность нового энтеросорбента в комплексной терапии острых кишечных инфекций вирусной этиологии // *Лечащий врач*. 2009. № 7. С. 1–4.

## Е. Ю. Радциг.

Кашель и противокашлевые лекарственные средства

1. R. H. Colton, J. A. Casper, R. Leonard. Bylstrstanding voice problem. Lippincott Williams & Wilkins, 2006. P. 88.
2. <http://www.apteka.ua/article/51308>
3. R. T. Sataloff. Treatment of voice disorders. Oxford: Plural publishing Inc, 2005. P. 147–167.

4. A. L. Merati, S. A. Bielamowicz. Textbook of voice disorders. Oxford: Plural publishing Inc, 2007. P. 79–91.
5. Е. Ю. Радциг, М. П. Богомильский. Кашель у детей: этиология, диагностический алгоритм и способы лечения.

## Е. Ю. Маркова.

Особенности лечения воспалительных заболеваний глаз у детей.

1. Вохмяков А. В., Околов И. Н., Гурченко П. А. Выбор оптимального антибиотика для профилактики инфекционных осложнений в офтальмохирургии (обзор литературы) // *Клиническая офтальмология*. 2007. Т. 8. № 1. С. 37–40.
2. Карно О. И. Комплаенс антибиотикотерапии инфекций дыхательных путей // *Антибиотики и химиотерапия*. 1999. № 8. С. 44.
3. Майчук Ю. Ф., Козлов П. С. Инфекции глаз. В кн.: *Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии*. Под ред. Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. 2007. С. 266–72.
4. Многоцентровое микроследование резистентности к антибиотикам бактериальных возбудителей инфекционных заболеваний глаз в России (ВИЗА). Отчет 2008.
5. Околов И. Н., Кафтырева Л. А. Резистентность коагулазанегативных стафилококков, выделенных от больных с конъюнктивитами, к антибактериальным препаратам // *Новое в офтальмологии*. 2006.-№ 4. С. 34–36.
6. Околов И. Н., Никулин С. А. Микрофлора конъюнктивы пациентов перед рефракционными операциями и ее антибиотикорезистентность. «Лазерная рефракционная и интраокулярная хирургия». Всеросс. науч. конф. с междунар. участием, посвященная 20-летию Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза». Санкт-Петербург, 6–7 июля 2007. Тезисы докладов. СПб, 2007. С. 50–51.
7. Alves M. R., Kara J. N. Evaluation of the clinical and microbiological efficacy of 0.3% ciprofloxacin drops and 0.3% tobramycin drops in the treatment of acute bacterial conjunctivitis // *Rev. Bras. Oftalmol.* 1993. № 52. P. 371–377.
8. Buccia F. A. Jr. An in vivo study comparing the ocular absorption of levofloxacin and ciprofloxacin prior tophacoemulsification // *Amer. J. Ophthalmol.* 2004. Vol. 137. № 2. P. 308–12.
9. Chahita M. R. et al. Shifting trends in in vitro antibiotic susceptibilities for common ocular isolates during a period of 15 years // *Amer. J. Ophthalmol.* 2004. Vol. 137. № 1. P. 43–51.
10. Durmaz B., Marol S., Oram O., Hepsen I. F., Gunal S. Aqueous humor penetration of topically applied ciprofloxacin, ofloxacin and tobramycin // *Arzneimittelforschung*. 1997. Vol. 47. № 4. P. 413–5.
11. Egger S. F. et al. In vitro susceptibilities to topical antibiotics of bacteria isolated from the surface of clinically symptomatic eyes // *Ophthalmic Res.* 2001. Vol. 33.

- № 2. P. 117–20.
12. Everett S. L. et al. An in vitro comparison of the susceptibilities of bacterial isolates from patients with conjunctivitis and blepharitis to newer and established topical antibiotics // *Cornea*. 1995. Vol. 14. № 4. P. 382–7.
13. Gilbert M. L., Wilhelmus K. R., Osato M. S. Comparative bioavailability and efficacy of fortified topical tobramycin // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 1987. Vol. 28. № 5. P. 881–5.
14. Graves A., Henry M., O'Brien T. P. et al. In vitro susceptibilities of bacterial ocular isolates to fluoroquinolones // *Cornea*. 2001. Vol. 20. № 3. P. 301–305.
15. Gross R. D., Hoffman R. O., Lindsay R. N. A Comparison of Ciprofloxacin and Tobramycin in Bacterial Conjunctivitis in Children // *Clinical Pediatrics*. 1997. Vol. 36. № 8. P. 435–444.
16. Healy D. P., Holland E. J. et al. Concentrations of levofloxacin, ofloxacin, and ciprofloxacin in human corneal stromal tissue and aqueous humor after topical administration // *Cornea*. 2004. Vol. 23. № 3. P. 255–63.
17. Kernt K., Martinez M. A., Bertin D., Stroman D., Cupp G., Martinez C., Tirado M., Guasch J. International Tobrex 2 x Group (Eu). A clinical comparison of two formulations of tobramycin 0.3% eyedrops in the treatment of acute bacterial conjunctivitis // *Eur. J. Ophthalmol.* 2005. Vol. 15. № 5. P. 541–9.
18. Kirsch L. S. et al. Perioperative ofloxacin vs. tobramycin: efficacy in external ocular adnexal sterilization and anterior chamber penetration // *Can. J. Ophthalmol.* 1995. Vol. 30. № 1. P. 11–20.
19. Koss M. J. et al. The effectiveness of the new fluoroquinolones against the normal bacterial flora of the conjunctiva // *Ophthalmology*. 2007. Vol. 104. № 1. P. 21–7.
20. Logiewa-Toborek J. et al. Influence of the surgical technique and the perioperative prophylaxis on the incidence of the endophthalmitis. Book of abstracts. XXV Congress of the ESCRS. 8–12 September 2007. P. 84
21. Leibowitz H. M. et al. Tobramycin in external eye disease: a double-masked study vs. gentamicin // *Curr. Eye Res.* 1981. Vol. 1. № 5. P. 259–66.
22. Matsumoto S., Stern M. E. Effect of anti-infective ophthalmic solutions on corneal cells in vitro // *Adv. Ther.* 2000. Vol. 17. № 3. P. 148–51.
23. Yao K., Zhang Z., Yang Y. H., Wu X. D. Aqueous humor penetration of topically applied ofloxacin, ciprofloxacin and tobramycin // *Zhonghua Yan Ke Za Zhi*. 2003. Vol. 39. № 12. P. 736–9.