

Вопросы диагностики и терапии непродуктивного кашля

А.В. Бабушкина

Редакция журнала «Український медичний часопис»

Резюме. В статье указаны причины непродуктивного кашля, освещена важность данной проблемы для пациента и общества. Представлены аспекты применения препарата Бронхолитин® в комплексной терапии заболевавшей дыхательной системы, сопровождающихся сухим непродуктивным кашлем.

Ключевые слова: непродуктивный кашель, диагностика, острый бронхит, хронический бронхит, трахеобронхит, бронхиальная астма, пневмония, бронхоэктазы, терапия, Бронхолитин®.

Введение

Кашель является одним из наиболее распространенных симптомов, в связи с которыми пациенты обращаются за медицинской помощью, поэтому патофизиология, оценка и успешная терапия кашля представляют высокий интерес для врача-практика (Morice A.H. et al., 2006; 2007).

Кашель — это сложная многокомпонентная рефлекторная защитно-приспособительная реакция организма, направленная на выведение из дыхательных путей инородных тел и/или патологического трахеобронхиального секрета и, таким образом, на сохранение эффективного проведения воздушной струи по дыхательному тракту. Кашель возникает в результате раздражения кашлевых рецепторов полости носа, глотки, трахеи, бронхов, чувствительных окончаний блуждающего нерва, иннервирующего наружное ухо, плевру, диафрагму, перикард, пищевод, желудок. Легче всего кашель вызывается при раздражении «кашлевых зон» задней стенки глотки, голосовой щели, трахеи и плевры (Жаркова Н.Е., 2006).

Основные причины непродуктивного кашля

По характеру отделения секрета кашель может быть продуктивный (влажный) или непродуктивный (сухой) (Делягин В.М., 2008; Бунятян Н.Д. и соавт., 2010). Следует отметить, что продуктивность или, напротив, непродуктивность кашля может зависеть от многих причин. Это фазность течения заболевания (при пневмонии кашель в течение некоторого времени остается сухим, при хроническом бронхите, бронхиальной астме нарастание обструкции может сопровождаться прекращением экспекторации мокроты), локализация процесса (например при различной локализации злокачественного процесса или туберкулеза легких — в паренхиме легкого, бронхах, плевре) (Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004).

Наиболее мучительным бывает сухой непродуктивный кашель, отмечающийся у большинства пациентов (Morice A.H. et al., 2006). Такой кашель может сохраняться несколько дней, но в некоторых случаях продолжается и в течение более длительного отрезка времени (Кузьменко Л.Г., 2005).

Непродуктивный кашель развивается при химическом, механическом или термическом раздражении дыхательных путей

(дым, пыль), атрофических процессах, часто полностью прекращается после устранения раздражителя. В качестве механических причин могут выступать инородные тела; давление на воздухоносные пути опухолей, аневризматически расширенной аорты, увеличенных медиастинальных лимфатических узлов; а также подтягивание легочной паренхимы при фиброзирующих процессах (ателектазы, фиброз). Кашель может развиваться при патологическом раздражении рецепторов кашлевого центра продолговатого мозга (кашель центрального генеза) (Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004; Делягин В.М., 2008).

Сухой непродуктивный кашель отмечается также при инфекционных и аллергических заболеваниях верхних дыхательных путей, бронхиальной астме, интерстициальных заболеваниях легких (фиброзирующие альвеолиты, пневмоконииозы, саркоидоз), гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, левожелудочковой недостаточности (Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004). Непродуктивный кашель отмечается при кори, коклюше, паракоклюше, респираторных хламидиозе и микоплазмозе (Кузьменко Л.Г., 2005). Заболеваемость коклюшем значительно снизилась после проведения вакцинации, однако уневакцинированных детей и некоторых взрослых нераспознанный коклюш может быть причиной длительного кашля, характеризующегося выраженностью и мучительным характером (Дворецкий Л.И., Дидковский Н.А., 2003; Morice A.H. et al., 2006). Эпидемиологическая ситуация, сложившаяся в Украине в последние годы, требует от врачей настороженности в отношении туберкулеза и оппортунистических инфекций дыхательных путей при ВИЧ/СПИДе (Яшина Л.А., Ищук С.Г., 2009).

Онконастороженность должны вызывать пациенты (особенно мужчины в возрасте старше 40 лет) с длительным анамнезом курения (Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004; Яшина Л.А., Ищук С.Г., 2009).

Длительность кашля

По длительности кашель классифицируется как острый (<3 нед.) и хронический (>8 нед.) (Morice A.H. et al., 2004). Кашель длительностью 3–8 нед. рассматривается как подострый (Бунятян Н.Д. и соавт., 2010).

Острый кашель наблюдается при острой инфекции респираторного тракта,

вызванной респираторно-синцитиальным вирусом, риновирусом, вирусами гриппа, парагриппа, аденовирусом, респираторным коронавирусом, метапневмавирусом (Morice A.H. et al., 2004).

В некоторых случаях у ранее здоровых лиц непродуктивный кашель после разрешения инфекции верхних дыхательных путей может сохраняться значительный промежуток времени, так называемый *постинфекционный кашель* (Morice A.H. et al., 2004; 2006). После перенесенного острого бронхита кашель также может сохраняться в течение нескольких недель вследствие повышенной чувствительности бронхов (Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004).

В рекомендациях Американской коллегии специалистов по заболеваниям органов грудной клетки (American College of Chest Physicians — ACCP) кашель после перенесенной острой инфекции респираторного тракта считается постинфекционным при его продолжительности 3–8 нед. Если же кашель длится >8 нед, необходимо рассматривать другой диагноз (Irwin R.S. et al., 2006).

По данным зарубежной литературы хронический кашель, как единственная жалоба, отмечается в 10–38% случаев всех обращений к специалистам (Morice A.H. et al., 2006; 2007). Большая распространенность ночного и непродуктивного кашля отмечена у женщин, что, возможно, объясняется повышенной чувствительностью кашлевых рецепторов (Morice A.H. et al., 2006).

У пациентов с хроническим кашлем наблюдается повреждение эпителия дыхательных путей наряду с воспалительной инфильтрацией. Обнажение окончаний чувствительных нервов при повреждении эпителия может также способствовать усилению кашлевого рефлекса при воздействии экзогенных и эндогенных факторов (Lee S.Y. et al., 2001).

Существенным усугубляющим фактором является *воздействие поллютантов или ирритантов*. У взрослых и детей школьного возраста хронический ночной кашель связан с уровнем загрязнения воздуха. Проживание вблизи трасс с интенсивным движением может ассоциироваться с симптомами бронхиальной астмы и хроническим кашлем (Morice A.H. et al., 2006). У <10% детей дошкольного и раннего школьного возраста отмечается стойкий хронический кашель без одышки, не связанный с простудой. Он может быть ассоциирован с такими факторами окружающей среды, как влажность в доме и загряз-

нение воздуха, что, в свою очередь, тесно связано с социально-экономическим статусом семьи (Morice A.H. et al., 2004).

Одной из распространенных причин упорного кашля является курение, при этом прекращение курения ведет к кратковременному повышению чувствительности кашлевого рефлекса. Курение родителей ассоциировано с повышением частоты случаев хронического кашля у детей, данная проблема отмечается у 50% детей в возрасте до 11 лет в случае, если курят оба родителя (Morice A.H. et al., 2004; 2006).

Ожирение также значимо ассоциировано с сухим кашлем, возможно, вследствие повышения риска возникновения гастроэзофагеального рефлюкса. Результаты проведенного в 2009 г. R.J. Adams и соавторами исследования показали, что хронический кашель должен быть добавлен к негативным эффектам ожирения.

Аспекты диагностики

Несмотря на видимое многообразие причин кашля, точный диагноз можно установить у 88–100% пациентов (Яшина Л.А., Ищук С.Г., 2009). Общепринято расценивать кашель как легочный симптом, однако необходимо помнить, что существует более 53 причин появления кашля (Жаркова Н.Е., 2006). Для диагностики заболевания, послужившего причиной его возникновения, должны учитываться не только все сопутствующие симптомы и синдромы, выявленные у больного, но и история возникновения кашля, эпидемиологическое окружение пациента (Кузьменко Л.Г., 2005).

Происхождение кашля нередко можно предположить, анализируя его характер. Так, по характеру сухого кашля выделяют:

- сухой, громкий, отрывистый (лающий) — при заболеваниях гортани, трахеи;
- резкий кашель — при остром трахеобронхите, плеврите;
- мелкое, частое покашливание характерно для раздражения плевры;
- конвульсивный (судорожный) кашель с быстро следующими друг за другом толчками, прерывающимися шумным выдохом, приводящий к рвоте — при коклюше;
- битональный кашель — при туморозной бронхоадените у детей;
- сухой рефлекторный кашель при раздражении рефлексогенных зон вне дыхательных путей: например при заболеваниях наружного слухового прохода («ушной кашель»);
- упорный кашель при диссеминированных и фиброзирующих процессах в легких (туберкулез, саркоидоз, пневмокониозы, коллагенозы и др.);
- надсадный сухой или малопродуктивный кашель — при патологических процессах в окружности бронхов (сдавление опухолью, лимфатическими узлами, аневризмой аорты и др.);
- на фоне свистящего дыхания при бронхиальной астме;
- ночной «сердечный» кашель — при сердечной недостаточности;
- регулярно повторяющийся во время или же сразу после еды кашель —

при грыже пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулах пищевода, трахеоэзофагеальном свище, неврогенных расстройствах;

- кашель, связанный с изменением положения тела — при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, синдроме постназального затекания (цит. по: Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004).

Следует обращать внимание на время возникновения кашля — утром (у курильщиков, при бронхоэктазах, хроническом бронхите, желудочно-пищеводном рефлюксе), ночью (при бронхиальной астме, сердечной недостаточности, синусите, коклюше) (Жаркова Н.Е., 2006).

Для уточнения причин кашля важны дополнительные симптомы. Например ретростеральная боль при кашле типична для вирусных трахеобронхитов, слабость и уменьшение массы тела сопутствуют кашлю при опухолях и туберкулезе (Делягин В.М., 2008).

Диагностический алгоритм у больных с хроническим кашлем, помимо традиционного сбора данных анамнеза, физикального осмотра, рентгенографии органов грудной клетки, наиболее общих лабораторных анализов, должен включать и эндоскопическое обследование ЛОР-органов (особенно гортани). Кроме того, по показаниям проводится исследование функции внешнего дыхания, консультации аллерголога, пульмонолога, инфекциониста, кардиолога (Радциг Е.Ю., 2009).

Причины хронического непродуктивного кашля

Системная оценка возможных причин хронического кашля основана на локализации афферентной части дуги кашлевого рефлекса (Lee S.Y. et al., 2001). В большинстве случаев сухого хронического кашля у некурящих иммунокомпетентных пациентов без патологических изменений на рентгенограмме органов грудной клетки определяют три причины, которые объединены термином «патогенетическая триада хронического кашля». Это кашлевой вариант бронхиальной астмы (24–59% случаев), синдром постназального затекания (41–58% случаев) и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (21–41% случаев) (Яшина Л.А., Ищук С.Г., 2009). Кашель может быть единственным симптомом этих заболеваний (Morice A.H. et al., 2004). В «большую пятерку» важнейших причин хронического кашля входят также хронический бронхит/хроническая обструктивная болезнь легких (у курящих) и реакция на прием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004).

По данным В.М.Делягина (2008) у 72% хронически кашляющих взрослых пациентов отмечаются гипертрофия лимфаденоидной ткани задней стенки глотки, аллергические назофарингиты или орофарингиты. Поэтому при любом кашле всегда необходимо оценить прежде всего состояние верхних дыхательных путей. Кроме того, хронический кашель часто сопровождается заболеваниями системы кровообра-

щения (сердечную недостаточность, аневризму аорты, тромбозомболию легочной артерии, пороки сердца, перикардит), диффузные болезни соединительной ткани (синдром Шегрена, системную склеродермию). В качестве относительно редких причин рассматриваются узловой зоб, височная (горная) болезнь (Бунятян Н.Д. и соавт., 2010). Следует иметь в виду, что при многих вышеуказанных заболеваниях на определенном этапе их течения кашель может быть ведущим или даже единственным проявлением. Не стоит забывать и о возможном сочетании патологии, когда у одного пациента кашель вызывается двумя (18–62% больных) или тремя (до 42% больных) причинами (Дворецкий Л.И., Дидковский Н.А., 2003; Яшина Л.А., Ищук С.Г., 2009).

Клиническая картина заболевания у большинства пациентов с бронхиальной астмой характерна — одышка, свистящее дыхание, кашель, приступы удушья; затруднения в диагностике вызывают отдельные случаи, когда кашель оказывается доминирующим или даже единственным симптомом (Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004). Кашлевой вариант бронхиальной астмы впервые описан в 1972 г. F. Glauser. Пациенты с кашлевой бронхиальной астмой могут не демонстрировать бронхоконстрикции. Одышка обычно отсутствует. Клиническими показателями кашлевой бронхиальной астмы являются вариабельность симптомов день ото дня, кашель в ночное время, возникающий также после физической нагрузки и/или вдыхания холодного воздуха, семейный или индивидуальный atopический анамнез. У пациентов с кашлевой бронхиальной астмой данные физикального обследования и функциональных легочных тестов в целом не показывают отклонений от нормы. Золотым стандартом является провокационный тест — ингаляция метахолином, выявляющая бронхиальную гиперреактивность. Кашлевой вариант бронхиальной астмы может отмечаться у до 7–11% пациентов с бронхиальной астмой (Lee S.Y. et al., 2001; Morice A.H. et al., 2004; 2006).

Современная концепция представляет бронхиальную астму как хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, регулируемое различными клеточными элементами (эозинофилы, тучные клетки, Т-лимфоциты, макрофаги) и медиаторами. Воспаление респираторного тракта является комплексным процессом, начинающимся с повреждения эпителия бронхов, расстройств микроциркуляции и последующего взаимодействия первичных и вторичных эффекторных клеток и их медиаторов, и рассматривается как центральный фактор патогенеза и клинических проявлений бронхиальной астмы, приводящий к обструкции и гиперреактивности дыхательных путей. (Ячник А.И., Победенная Г.П., 2005).

У пациентов без бронхиальной астмы хронический кашель, вызванный синдромом постназального затекания или гастроэзофагеальным рефлюксом, также ассоциирован с воспалением дыхательных

путей (Boulet L.P. et al., 1994). При этом причина кашля может долгое время оставаться нераспознанной. Вследствие длительного раздражения слизистая оболочка бронхов воспаляется, повышается ее чувствительность, и кашель усиливается (Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004).

Синдром постназального затекания* (post-nasal drip syndrome — PNDS) в американской литературе отмечается как наиболее распространенная причина хронического кашля. В настоящее время дискутируется, является ли он отдельным синдромом или всего лишь симптомом. Синдром постназального затекания наблюдается у больных с различными формами ринита, синусита, в том числе и полипозной риносинусопатией. При этом происходит стекание отделяемого из носа по задней стенке глотки в трахеобронхиальное дерево. Диагностика синдрома постназального затекания может основываться на таких жалобах, как «ощущение стекания в горло», потребность в частой «прочистке горла» (откашливание), скопление слизи в полости носа. При ЛОР-осмотре обычно выявляется наличие слизистого или слизистогнойного секрета, увеличенные фолликулы и гиперемия задней стенки глотки. Следует отметить, что кашель, описываемый при данном состоянии, сухой по определению, но в связи с откашливанием затекающей в дыхательные пути назальной слизи в жалобах больных выглядит как продуктивный (Дворецкий Л.И., Дидковский Н.А., 2003; Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004; Жаркова Н.Е., 2006; Irwin R.S. et al., 2006; Morice A.H. et al., 2006).

Кашель может быть единственным проявлением *гастроэзофагеальной рефлюксной болезни*. Приблизительно у половины больных гастроэзофагеальный рефлюкс не сопровождается пищеводно-желудочными симптомами и выявляется случайно при проведении гастроскопии. Однако при тщательном сборе анамнеза у большинства больных удается выявить такие симптомы, как изжога, дисфагия, дисфония, ощущение «комка» в эпигастрии, боль и ощущение жжения за грудиной, неприятный вкус во рту. Наряду с персистирующим кашлем, основными респираторными проявлениями гастроэзофагеального рефлюкса являются утреннее першение в горле при пробуждении, свистящее дыхание ночью и/или при пробуждении, гипервентиляция, эпизоды апноэ, ларингоспазм, ощущение сдавления в области яремных вен. Кашель может возникать после или во время еды, типичным является развитие кашля при приеме определенных видов пищи. Кашель обычно уменьшается во время сна (сомкнут нижний пищеводный сфинктер) и может усиливаться при переходе в вертикальное положение (происходит расслабление нижнего пищеводного сфинктера). Часть больных отмечают появление кашля во время выполнения утренних гигиенических процедур вскоре после

подъема. У 90% пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом кашель ассоциирован с голосообразованием, разговор или смех могут форсировать возникновение кашля, поскольку важным компонентом нижнего пищеводного сфинктера является диафрагма. При гастроэзофагеальном рефлюксе кашель возникает вследствие раздражения слизистой оболочки верхних дыхательных путей (без аспирации), слизистой оболочки нижних дыхательных путей (с аспирацией) и/или стимуляции кислым желудочным содержимым рецепторов дуги эзофагоbronхиального рефлекса, находящихся в нижней трети пищевода. В случае антирефлюксной терапии чувствительность кашлевого рефлекса снижается (Дворецкий Л.И., Дидковский Н.А., 2003; Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004; Morice A.H. et al., 2006).

Кашель как *следствие приема иАПФ* — дозозависимое нежелательное явление, характерное для всего класса этих лекарственных средств. Кашель, появляющийся спустя часы, дни, недели и даже месяцы у 15–20% пациентов после начала приема препарата, обычно носит непродуктивный характер и связывается с ощущением першения или раздражения в горле. Чаще отмечается у женщин. Вероятный механизм прокашлевого эффекта иАПФ — повышение содержания брадикинина и субстанции Р вследствие блокады АПФ, разрушающего эти медиаторы кашля. Кашель обычно прекращается через 1–4 нед после отмены препарата, однако в некоторых случаях этот период может увеличиваться до 40 нед. Поскольку не существует какого-либо клинического или лабораторного предиктора, способного прогнозировать появление кашля в связи с приемом данных лекарственных средств, этот диагноз следует рассматривать в качестве вероятного у каждого пациента, предъявляющего жалобы на кашель в период применения иАПФ (Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004; Morice A.H. et al., 2004; 2006; Irwin R.S. et al., 2006).

Сообщается также о хроническом кашле вследствие антиретровирусной терапии при ВИЧ и терапии интерфероном альфа хронического вирусного гастроэнтерита (Morice A.H. et al., 2006). Также кашель возможен при приеме блокаторов бета-адренорецепторов. В данном случае исчезновение кашля после отмены медикамента достоверно свидетельствует о лекарственном происхождении кашля (Жаркова Н.Е., 2006).

Бронхоэктатическая болезнь обычно ассоциирована с отхождением мокроты, однако при «сухих» бронхоэктазах отмечается стойкий непродуктивный кашель (Morice A.H. et al., 2006).

Распространенной причиной кашля является описываемый рядом авторов *эозинофильный бронхит* (впервые сообщен P.G. Gibson и соавторами в 1989 г.). Эозинофильный бронхит представлен хроническим кашлем как изолированным симптомом и характеризуется эозинофильным воспалением дыхательных путей, ассоциированным с повышенной экспрессией Th2-цитокинов

при отсутствии гиперреактивности бронхов или непостоянной обструкции бронхов (Morice A.H. et al., 2006). Эозинофильный бронхит, часто остающийся нераспознанным, может быть причиной хронического непродуктивного кашля (Lee S.Y. et al., 2001).

Интерстициальные заболевания легких (фиброзирующий альвеолит и др.) часто проявляются непродуктивным кашлем, однако основным симптомом наряду с кашлем является одышка, которая носит прогрессирующий характер (Дворецкий Л.И., Дидковский Н.А., 2003).

Сообщается о связи хронического кашля с *органоспецифическими аутоиммунными заболеваниями*, в частности поражением щитовидной железы. Исследование типа случай — контроль среди пациентов с хроническим кашлем показало повышение частоты аутоиммунных заболеваний и титра органоспецифических антител в данной группе (Morice A.H. et al., 2006).

Хронический кашель может иметь семейный характер, указывая на *унаследованные анатомические аномалии или неврологические состояния* (Morice A.H. et al., 2006). Недавно описано новую форму наследственной сенсорной нейропатии, ассоциированную с кашлем и гастроэзофагеальным рефлюксом (Kok C. et al., 2003).

К числу более редких причин относится *рефлекторный кашель*, возникающий, например, при патологии наружного слухового прохода (серные пробки) и среднего уха (Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004).

Стойкий кашель может сохраняться вследствие патологического усиления *кашлевого рефлекса*. Это можно предположить, если кашель провоцируется изменением температуры воздуха, запахом, аэрозолями и спреями, физической нагрузкой (Morice A.H. et al., 2006).

Одной из сложных диагностических ситуаций является кашель как проявление *невротического соматоформного расстройства*. Такой кашель характеризуется непродуктивностью, нередко возникает в стандартных для больного ситуациях (например выступление перед аудиторией и др.), а ожидание кашля неизбежно провоцирует его появление. Активный поиск причины кашля нередко усиливает невротические и тревожные проявления у этих пациентов. Психогенный кашель у взрослых отмечается реже, чем у детей. Пациенты с этим состоянием не кашляют ночью, не страдают от ночных пробуждений из-за кашля, а также не кашляют, если увлечены комфортным для них занятием. Диагноз привычного, или психогенного кашля у взрослых пациентов с хроническим кашлем может быть установлен после тщательного всестороннего обследования (исключение редких причин кашля) и улучшения состояния в связи с модификацией образа жизни или лечения, назначенного психиатром (Дворецкий Л.И., Дидковский Н.А., 2003; Жаркова Н.Е., 2006; Яшина Л.А., Ищук С.Г., 2009).

По данным R.S. Irwin (2010) истинно идиопатический хронический кашель, сохраняющийся несмотря на проведенные мероприятия, отмечается с частотой

*В последних рекомендациях АССР синдром постназального затекания переименован в синдром кашля верхних дыхательных путей (upper airway cough syndrome — UACS).

<10%, гораздо чаще отмечается гиподиагностика указанных выше заболеваний.

Таки образом, существование длительного непродуктивного кашля требует тщательного обследования, проводимого с целью исключения указанных заболеваний (Кузьменко Л.Г., 2005).

Негативные эффекты, связанные с кашлем

Врачи часто рассматривают кашель как беспокоящий пациента, но при этом безобидный симптом (Kuzniar T.J. et al., 2007). Однако кашель не только выполняет физиологически полезную дренажную функцию, а может также оказывать и негативное воздействие на организм (Кузьменко Л.Г., 2005). Так, проведенный A.W. Haider и соавторами (1999) анализ данных Фремингемского исследования (Framingham Heart Study) показал, что хронический непродуктивный или продуктивный кашель вследствие легочной инфекции или хроническо-воспалительного процесса является независимым фактором риска развития инфаркта миокарда.

У 7% общей популяции отмечают кашель, достаточный для того, чтобы являться помехой повседневной активности. Хронический кашель часто воспринимается как тривиальная проблема, однако он заслуживает тщательной оценки и лечения, особенно ввиду того, что большинство пациентов способны ответить на терапию. Пациенты с хроническим кашлем отмечают существенное (сопоставимое с эффектом хронической обструктивной болезни легких) ухудшение качества жизни и психосоциального здоровья, причем психосоциальные проблемы могут быть более резко выраженными, чем соматические эффекты. Кашель может вызывать трудности в личных взаимоотношениях, избегание общественных мест, нарушение рабочего процесса и, в тяжелых случаях — потерю работы. Хронический кашель ассоциирован с беспокойством пациента о наличии серьезного заболевания, раздражительностью, ощущением разочарования и гнева в отношении неэффективности терапии, а также тяжелой депрессией (Morice A.H. et al., 2006; 2007; Dicipinigatis P.V. et al., 2006; Kuzniar T.J. et al., 2007; Adams R.J. et al., 2009). Приблизительно 50% пациентов с хроническим кашлем как следствие отмечают нарушения сна (Lee K.K., Birring S.S., 2010).

Наиболее частыми осложнениями кашля являются утомление, недомогание, охриплость голоса, боль в костях, мышцах, потливость, недержание мочи и кала. Кашель, в особенности хронический, существенно снижает физическую и интеллектуальную активность. Кроме того, сильный кашель может привести к развитию кровохарканья и рвоты. Частый упорный кашель (особенно в виде длительных приступов) сопровождается повышением внутригрудного давления и может способствовать развитию гипертензии в малом круге кровообращения, формированию легочного сердца, эмфиземы легких. Наиболее серьезным осложнением является спонтан-

ный пневмоторакс. Повышение давления в венах большого круга кровообращения во время приступа кашля в ряде случаев сопровождается кровоизлияниями в конъюнктиву или мозг, в системе бронхиальных вен. Вследствие нарушения церебрального кровотока приступ сильного кашля может осложниться обмороком, потерей сознания, эпилептиформным припадком. Также длительное повышение внутрибрюшного давления способствует формированию паховых грыж и грыж передней брюшной стенки (Синопальников А.И., Клячкина И.Л., 2004; Кузьменко Л.Г., 2005; Делягин В.М., 2008; Бунятян Н.Д. и соавт., 2010).

При остром кашле качество жизни нарушается у мужчин и женщин в одинаковой степени. У пациентов с хроническим кашлем качество жизни в большей степени нарушено у женщин безотносительно возраста, длительности кашля или его этиологии. Например, сообщается, что недержанием мочи страдают 55% женщин с хроническим кашлем (Morice A.H. et al., 2006; 2007).

Хронический кашель часто рассматривается как трудноизлечимый. Однако существуют убедительные доказательства существенного улучшения состояния здоровья таких пациентов в результате терапии. В специализированных клиниках выздоровление достигается в 90% случаев (Morice A.H. et al., 2006; 2007). Сообщается также, что успешная терапия кашля коррелирует с улучшением течения депрессии у 70% пациентов (Adams R.J. et al., 2009). Ключом к успеху являются установление точного диагноза и устранение причины кашля (Яшина Л.А., Ищук С.Г., 2009).

Лечение непродуктивного кашля

Следует помнить, что кашель эффективен только при определенных реологических свойствах мокроты. Непродуктивный кашель теряет свое физиологическое значение. Сухой, навязчивый, мучительный кашель, приносящий физический и психологический дискомфорт, нарушающий сон и существенно снижающий качество жизни, обязательно требует симптоматического лечения (Жаркова Н.Е., 2006; Викторова А.П., 2010).

Выбор противокашлевого препарата необходимо проводить индивидуально с учетом механизма действия, противокашлевой активности препарата, риска возникновения побочных эффектов, наличия сопутствующей патологии и возможных противопоказаний (Дворецкий Л.И., Дидковский Н.А., 2003).

Одним из препаратов, применяющихся в комплексной терапии заболеваний дыхательной системы, которые сопровождаются сухим непродуктивным кашлем (острый и хронический бронхит, трахеобронхит, бронхиальная астма, пневмония, бронхоэктатическая болезнь), является **Бронхолитин**® — оригинальный препарат компании «Софарма», Болгария (Компендиум 2009 — лекарственные препараты, 2009). При применении 3 раза в сутки препарат надежно подавляет кашель, возникающий

в различных рецепторных зонах бронхолегочной системы (Викторова А.П., 2010).

Бронхолитин® является комбинированным препаратом с противокашлевым, бронходилатирующим и бронхоантисептическим действием. Комплексное действие Бронхолитина обусловлено синергизмом действия его компонентов: глауцина гидробромида, эфедрина гидрохлорида и масла базилика (Компендиум 2009 — лекарственные препараты, 2009).

Терапевтическая эффективность и безопасность Бронхолитина доказаны в ходе клинических испытаний, проводившихся с участием взрослых пациентов и детей. В результате лечения препаратом наблюдалось подавление кашля, уменьшение одышки и обструкции бронхов, облегчение выделения мокроты и изменения ее характеристики. Подробно механизм действия компонентов препарата и результаты клинических испытаний описаны в нашей предыдущей работе (Бабушкина А.В., 2010).

В клинических испытаниях и за весь период медицинского применения Бронхолитин® показал хорошую переносимость и отсутствие значительных побочных реакций во всех возрастных группах пациентов. Его применение в качестве противокашлевого средства оценивается как достаточно безопасное в амбулаторных и стационарных условиях лечения пациентов (Викторова А.П., 2010).

Врачами только поликлинических учреждений Украины в 1998–2009 гг. Бронхолитин® был назначен более 12 млн амбулаторным пациентам разных возрастных групп. Анализ соотношения случаев побочных реакций и объема реализации препарата Бронхолитин® за указанное время в соответствии с критериями ВОЗ свидетельствует, что данное лекарственное средство является достаточно безопасным при медицинском применении, а клиническая практика его использования в Украине свидетельствует об эффективности препарата (Викторова А.П., 2010).

Несмотря на многолетнюю историю медицинского применения, Бронхолитин® остается по-прежнему востребованным лекарственным средством — так, по итогам конкурса «Панацея-2010» Бронхолитин® был назван препаратом года среди безрецептурных препаратов (Солошенко О.С., 2010). Клинико-фармакологические свойства препарата Бронхолитин® позволяют утверждать, что его рациональное применение в рамках установленных показаний и доз может активно служить повышению эффективности и безопасности терапии основного заболевания с учетом критерия польза/риск (Викторова А.П., 2010).

Выводы

Кашель — это сложная многокомпонентная рефлекторная защитно-приспособительная реакция организма. Однако непродуктивный кашель, приносящий физический и психологический дискомфорт, теряет свое физиологическое значение и требует симптоматического

лечения. Выбор препарата должен быть обоснован механизмом действия и противокашлевой активностью лекарственного средства с учетом критерия польза/риск.

Несмотря на многолетнюю историю применения, комбинированный препарат Бронхолитин[®], обладающий противокашлевым, бронходилатирующим и бронхоантисептическим действием, остается востребованным, эффективным и безопасным лекарственным средством.

Рациональное применение Бронхолитина в комплексной терапии заболеваний дыхательной системы, сопровождающихся сухим непродуктивным кашлем (острый и хронический бронхит, трахеобронхит, бронхиальная астма, пневмония, бронхоэктатическая болезнь), может служить повышению эффективности и безопасности терапии основного заболевания.

Литература

Бабушкина А.В. (2010) Бронхолитин[®] — безопасность и эффективность, проверенные временем. Укр. мед. часопис, 1(75): 53–53 (<http://www.umj.com.ua/article/2972>; http://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/archive/75/pdf/1580_rus.pdf).

Бунятян Н.Д., Утешев Д.Б., Свириденко А.В. (2010) Диагностика и лечение кашля в практике врача общей практики. Русский медицинский журнал (РМЖ), 18(18): 1145–1149.

Викторов А.П. (2010) Бронхолитин: итоги трех десятилетий медицинского применения. Здоров'я України, 1: 42–43.

Дворецкой Л.И., Дидковский Н.А. (2003) Кашляющий больной. Consilium Medicum, 5(10): 552–557.

Делягин В.М. (2008) Кашель, тактика врача и выбор препарата. Русский медицинский журнал (РМЖ), 3: 129–132.

Жаркова Н.Е. (2006) Кашель: причины, диагностика, лечение. Русский медицинский журнал (РМЖ), 14(16): 1171–1174.

Компендиум 2009 — лекарственные препараты (2009) В.Н.Коваленко, А.П.Викторов (ред.) МОРИОН, Киев, С. Л-218–Л-219 (<http://www.compendium.com.ua/Info/135366/sopharma/bronholitin-sup-sup>).

Кузьменко Л.Г. (2005) Сухой непродуктивный кашель у детей. Лен. врач, 8: 8–18.

Радциг Е.Ю. (2009) Кашель — защитный механизм и симптом инфекций дыхательных путей. Педиатрия, 88(5): 12–17.

Синюпальников А.И., Клячкова И.Л. (2004) Дифференциальный диагноз: кашель. Consilium Medicum, 6(10): 4–17.

Солошенко О.С. (2010) Компания «Софарма» — показательное выступление на «Панацее-2010». Ежедневник АПТЕКА, 38(759): 2 (<http://www.apteka.ua/article/54807>).

Ячник А.И., Победенная Г.П. (2005) Механизмы реализации хронического воспаления при бронхиальной астме и возможные подходы к лечению. Укр. пульмонол. журн., 1: 60–63.

Яшина Л.А., Ишук С.Г. (2009) Диагностические подходы при синдроме хронического кашля. Здоров'я України, 2(1): 11–12.

Adams R.J., Appleton S.L., Wilson D.H. et al. (2009) Associations of physical and mental health problems with chronic cough in a representative population cohort. Cough, 5: 10.

Boulet L.P., Milot J., Boulet M. et al. (1994) Airway inflammation in non-asthmatic subjects with chronic cough. Am. J. Respir. Crit. Care Med., 49(2 Pt. 1): 482–489.

Dickhinbotham P.V., Teo R., Banauch G. (2006) Prevalence of depressive symptoms among patients with chronic cough. Chest, 130(6): 1839–1843.

Hakler A.W., Larson M.G., O'Donnell C.J. et al. (1999) The association of chronic cough with the risk of myocardial infarction: the Framingham Heart Study. Am. J. Med., 106(3): 279–284.

Irwin R.S. (2010) Unexplained cough in the adult. Otolaryngol. Clin. North. Am., 43(1): 167–180, xi–xii.

Irwin R.S., Baumann M.H., Bolser D.C. et al.; American College of Chest Physicians (ACCP) (2006) Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. CHEST, 129 (1 Suppl.): 1S–23S.

Kok C., Kennerson M.L., Spring P.J. et al. (2003) A locus for hereditary sensory neuropathy with cough and gastroesophageal reflux on chromosome 3p22–p24. Am. J. Hum. Genet., 73(3): 632–637.

Kuznir T.J., Morgenthaler T.I., Afessa B., Lim K.G. (2007) Chronic cough from the patient's perspective. Mayo Clin. Proc., 82(1): 56–60.

Lee K.K., Biring S.S. (2010) Cough and sleep. Lung, 188(Suppl. 1): S91–94.

Lee S.Y., Cho J.Y., Shim J.J. et al. (2001) Airway inflammation as an assessment of chronic nonproductive cough. Chest, 120(4): 1114–1120.

Morice A.H., Fontana G.A., Behal M.G. et al. (2007) ERS guidelines on the assessment of cough. Eur. Respir. J., 29(6): 1256–1276.

Morice A.H., Fontana G.A., Sovijarvi A.R. et al.; ERS Task Force (2004) The diagnosis and management of chronic cough. Eur. Respir. J., 24(3): 481–492.

Morice A.H., McGarvey L., Pavord I.; British Thoracic Society Cough Guideline Group (2006) Recommendations for the management of cough in adults. Thorax, 61(Suppl. 1): i1–i24.

□



БРОНХОЛІТИН[®]: ДОСВІД І ПРИРОДА ПРОТИ СУХОГО КАШЛЮ

БРОНХОЛІТИН[®]:

ЯК ЗАСТОСОВУЮТЬ СИРОП БРОНХОЛІТИН[®]?

Дорослим і дітям від 10 років:
по 10 мл 3–4 рази на добу

Дітям від 3 до 5 років:
по 5 мл препарату, розведених безпосередньо перед застосуванням у 10 мл охолодженої кип'яченої води, 3 рази на добу

Дітям від 6 до 10 років:
по 5 мл 3 рази на добу

ЯКІ УМОВИ ВИДІСТУСЬ СИРОПУ БРОНХОЛІТИН[®] В АПТЕЦІ? БЕЗ РЕЦЕПТА





БЕЗ РЕЦЕПТА!

Перед використанням ознайомтеся з інформацією про застосування препарату, яка міститься в інструкції-зазначенні. За консультацією звертайтеся до лікаря. Зборити в місцях, не доступних для дітей. Р.п. МОЗ України № UA/10064/01/01 від 02.10.2009 р. Виробник: «СОФАРМА» ЛТ, Болгарія.