

Кашель как основной симптом инфекций дыхательных путей

М.Н. Селюк, Н.Н. Козачок, О.В. Селюк
Украинская военно-медицинская академия, г. Киев

В обзоре освещена проблема инфекций дыхательных путей в практике семейного врача. Описаны основные клинические проявления острых респираторных вирусных инфекций. Уделено особое внимание кашлю как главному симптому при всех инфекциях дыхательных путей.

Ключевые слова: инфекции дыхательных путей, острые респираторные вирусные инфекции, кашель, сухой, влажный, противокашлевые препараты.

Проблема инфекций дыхательных путей (ИДП) в ближайшее время не утратит своей актуальности. Легкость передачи инфекции, большое количество возбудителей, способных видоизменяться, трудности в их выявлении даже при использовании самых современных методик, частота микстинфекции – все это приводит к чрезвычайно широкому распространению данных заболеваний, переходящих часто в эпидемию или даже в пандемию. Именно поэтому ИДП являются наиболее частыми инфекциями в амбулаторной практике. Несмотря на то что ведется постоянный поиск в лечении и в предупреждении ИДП, происходит глобальное увеличение заболеваемости и смертности от данных инфекций.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), смертность от инфекций нижних дыхательных путей (ИНДП) занимает ведущее место во всем мире, хотя имеет ряд особенностей в странах с разным уровнем дохода [6].

В странах с высоким уровнем дохода более двух третей всего населения живут более 70 лет и умирают преимущественно от хронических болезней: сердечно-сосудистых заболеваний, хронической обструктивной болезни легких, раковых заболеваний, сахарного диабета или деменции. Смертность от ИНДП занимает пятое место. Легочные инфекции остаются единственной ведущей инфекционной причиной смерти. В странах со средним уровнем дохода около половины населения живет до 70 лет и основными причинами смерти также являются хронические болезни, а ИНДП занимают четвертое место в общей структуре смертности. В странах с низким уровнем дохода до 70 лет доживает менее чем один из каждых пяти человек, а более одной трети всех случаев смерти происходит среди детей в возрасте до 15 лет. Люди умирают преимущественно от инфекционных болезней: легочных инфекций, диарейных заболеваний, ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии. ИНДП лидируют среди других причин смерти [6].

Ежегодно в Украине регистрируется 4–8 млн случаев ОРВИ и гриппа. Считается, что каждый взрослый болеет 1–2 раза в год, а ребенок – 6–8 раз. Особенно важно, что в 60% случаев ИДП протекают с осложнениями, порой фатальными.

ИНДП представляют собой остро развившееся (не более 21 дня) заболевание, основным проявлением которого является кашель в сочетании, по меньшей мере, с одним из симптомов поражения дыхательных путей (одышка, продукция мокроты, хрипы, боль в грудной клетке) при отсутствии очевидной диагностической альтернативы (синусит, бронхиальная астма и т.д.).

В последнее время появилось много новых данных об этиологии ИДП. Выявлены новые вирусы, получены результаты резистентности ряда бактериальных возбудителей. Среди возбудителей ИДП наиболее часто встречаются вирусы гриппа (различных антигенных типов и вариантов), парагриппа (4 типа), респираторно-синцитиальный вирус, коронавирусы (4 типа), риновирусы (свыше 100 типов), энтеровирусы (60 типов), реовирусы (3 типа), аденовирусы (32 серотипа) и аденоассоциированные вирусы, вирусы простого герпеса и др. Наиболее распространенными бактериальными возбудителями считаются *Str. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staph. aureus*, *Kl. pneumoniae*, *Str. pyogenes*, хламидии, микоплазмы.

ОРВИ – группа заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем, характеризующихся острым поражением различных отделов респираторного тракта с обязательным наличием ряда респираторных (катаральных) симптомов и необязательным повышением температуры разной степени выраженности (чаще субфебрильной)

Наиболее частым заболеванием является грипп. Грипп это острая респираторная инфекция, вызываемая вирусом гриппа, характеризующаяся высокой лихорадкой (выше 38 °С), выраженной общей интоксикацией и поражением респираторного тракта чаще в форме трахеита. Первые упоминания о гриппе были отмечены много веков назад – еще в 412 году до н.э. Гиппократ описал похожее на грипп заболевание. Первая эпидемия зафиксирована в 16 веке. Далее за прошлых два столетия насчитывалось несколько эпидемий гриппа разной степени тяжести (табл. 1).

Объединяющей чертой всех ОРВИ/ОРЗ является обязательное наличие катаральных симптомов. При этом необ-

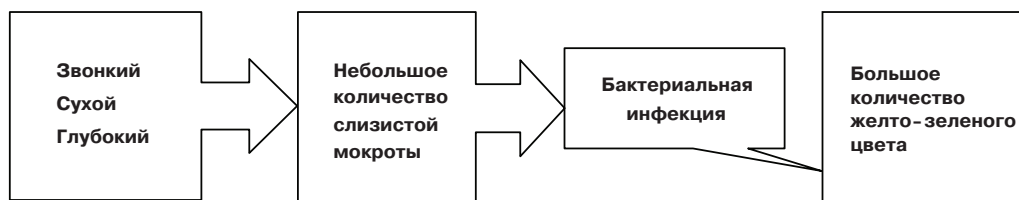


Рис. 1. Характеристика кашля и мокроты при ИДП

История эпидемий гриппа А

Год	Штамм вируса	Тяжесть
1889–1890	H2N8	Тяжелая эпидемия
1900–1903	H3N8	Умеренная эпидемия
1918–1919	H1N1	Тяжелая пандемия (Испанский грипп)
1933–1935	H1N1	Средняя эпидемия
1946–1947	H1N1	Средняя эпидемия
1957–1958	H2N2	Тяжелая пандемия (Азиатский грипп)
1968–1969	H3N2	Умеренная пандемия (Гонконгский грипп)
1977–1978	H1N1	Средняя пандемия
1995–1996	H1N1 и H3N2	Тяжелая пандемия
2009	A(H1N1), так называемый свиной грипп	Умеренная пандемия

Таблица 2

Характеристика проявлений ОРВИ/ОРЗ

Нозология	Поражение органов дыхательного тракта	Температура тела	Кашель
Грипп	Трахеит	39–40° С, 3–5 дней	Сухой кашель, сопровождающийся болью за грудиной
Парагрипп	Ларингит	Температура тела невысокая, 2–4 дня	Кашель сухой лающий, сопровождающийся осиплостью голоса, сухостью и першением в горле
Аденовирус	Тонзиллофарингит, конъюнктивит, пневмония	Гипертермия 38–39° С	Кашель вначале может быть сухой, затем влажный волнообразный нарастающий
РС-вирус	Бронхит, бронхиолит	Температура тела 38° С, 3–7 дней	Кашель сухой, мучительный, через 5 дней становится влажным, который может продолжаться до 2–3 нед

ходимо помнить, что разные возбудители имеют преимущественное поражение различных отделов дыхательного тракта. Для дифференциальной диагностики важным является характер начала заболевания, выраженность и длительность температурной реакции, отличительные особенности кашля (табл. 2).

Одним из основных и обязательных симптомов ИДП является кашель. Он различается в зависимости от стадии заболевания и от локализации воспалительного процесса (рис. 1). Так, например, при остром бронхите кашель имеет стадийность.

При трахеите кашель сухой появляется преимущественно ночью. Также приступ кашля может спровоцировать изменение температуры воздуха, смех, глубокий вдох.

Кашель на фоне вирусного фарингита, как правило, сухой частый и сопровождается чиханием.

Наиболее часто встречаемым возбудителем всех ОРВИ/ОРЗ являются вирусы. Именно поэтому назначение

антибиотиков считается необоснованным. Хотя и сегодня процент назначения антибактериальных препаратов достаточно высок. Таким образом, врачи сами вносят весомый вклад в формирование резистентности к антимикробным препаратам (АМП). Назначение АМП необходимо в случае присоединения бактериальной инфекции. При остром бронхите судить об этом можно по степени тяжести заболевания и по изменению количества и качества мокроты.

В амбулаторной практике пациенты обращаются к врачу за медицинской помощью, когда их беспокоит интенсивный кашель и существенное изменение качества жизни, связанное с ним. Прежде всего, это осиплость голоса, боль в груди, головная боль, повышенная утомляемость, нарушение сна, повышенная потливость, недержание мочи у женщин, рвота, и даже депрессия. В ряде случаев у больных появляется тревожность, напряженность в отношениях с близкими. Больные избегают посещения общественных мест и мероприятий.



Рис. 2. Заболевания, при которых основным симптомом является острый кашель

Именно поэтому одним из основных симптомов, с которым приходится сталкиваться врачу амбулаторной практики, является кашель. Порой семейные врачи сталкиваются с трудностями диагностики. А далее, когда причина кашля определена, необходимо правильно выбрать тактику лечения. Выбор препарата зависит от того, какой кашель. Сухой, мучительный, непродуктивный кашель – необходимо угнетение кашлевого центра. Если кашель влажный – требуются лекарственные средства, разжижающие мокроту.

При лечении кашля на фоне ИДП необходимо решить ряд вопросов: симптомом какого заболевания является кашель, какой возможен возбудитель и угрожает ли жизни данное заболевание (рис. 2) [5].

Лечение острого кашля на фоне ОРВИ не требует этиотропного лечения и является симптоматическим – повышение порога кашлевого рефлекса, который снижен при данной патологии. С этой целью применяют противокашлевые средства. Препараты, применяемые для лечения кашля, классифицируют по механизму действия (рис. 3).

Противокашлевые препараты центрального действия подавляют функцию кашлевого центра продолговатого мозга или связанные с ним нервные центры. Угнетение кашлевого центра необходимо при лечении сухого мучительного непродуктивного кашля. Но препараты наркотического действия применяют редко из-за возможного одновременного угнетения дыхательного центра, что может приводить к ряду осложнений. Кроме того, они способны вызывать наркотическую зависимость. Отличительная особенность ненаркотических противокашлевых препаратов является то, что они лишены приведенных выше недостатков.

Как уже было отмечено, ненаркотические противокашлевые средства способствуют блокировке кашлевого рефлекса, но в отличие от наркотических препаратов, они не вызывают привыкания и не угнетают работу дыхательного центра. Учитывая то, что практически во всех случаях одним из первых симптомов ОРВИ является кашель, можно с уверенностью говорить, что этот класс лекарственных средств необходимо назначать с первых дней заболевания. Ярким представителем ненаркотических противокашлевых средств является Глауwent (активное вещество – глауцина гидробромид), который кроме основного механизма действия обладает рядом дополнительных свойств. Глауwent оказывает противокашлевой и спазмолитический эффект, при этом не подавляет двигательную активность кишечника и не приводит к привыканию и лекарственной зависимости при длительном применении. Благодаря своей безопасности Глауwent назначают даже детям. Действие Глаувента наступает через 30 мин после приема препарата и сохраняется в течение не менее 8 ч. При использовании Глаувента достигается эффективное лечение сухого непродуктивного кашля.

К препаратам центрального ненаркотического действия относится и широко известный Бронхолитин. Бронхолитин – это комбинированный препарат, в состав которого входят глауцина гидробромид, эфедрин и масло базилика.

Бронхолитин показан для подавления более выраженного кашлевого рефлекса. Идеально подобранные компоненты оказывают многогранное действие:

- глауцина гидробромид – оказывает противокашлевое, мягкое анальгезирующее, секретолитическое и противовоспалительное действие;
- эфедрин гидрохлорид – способствует расширению бронхов и оказывает противоотечное действие;
- масло базилика – обладает противовоспалительным, антисептическим и секретолитическим действием. Также известна и антимикробная активность масла базилика. Дополнительно масло базилика обладает умеренным седативным свойством, снижает возбудимость нервной системы.

Возможность повышения артериального давления на фоне применения эфедрина нивелируется глауцином, который понижает показатели гемодинамики. Таким образом, Бронхолитин эффективный противокашлевой препарат с хорошей переносимостью. Бронхолитин следует широко назначать при ОРВИ, сопровождающейся сухим непродуктивным мучительным кашлем, а также в случае кашля с элементами бронхообструкции.

Лечение влажного кашля направлено на быстрое выведение скопившейся мокроты в дыхательных путях. Для этого используют препараты периферического действия.

К ним относят отхаркивающие средства и муколитики. Механизм их действия основан на облегчении отхождения бронхиального секрета из дыхательных путей.

Отхаркивающие средства рефлекторного действия – это в основном препараты растительного происхождения – трава термопсиса, корень солодки, корень истода, корневища с корнями девясила, корень алтея, трава чебреца, корневища с корнями синюхи и др. Их эффект обусловлен раздражением рецепторов желудка, что рефлекторно усиливает секрецию бронхиальных желез и сопровождается уменьшением вязкости мокроты. Но вместе с этим препараты данной группы могут вызывать тошноту и рвоту (за счет раздражения рвотного центра), что особенно опасно в педиатрической практике. Кроме того, время действия препарата относительно короткое.

Более эффективными противокашлевыми средствами с эфферентным периферическим действием являются муколитики. Они хорошо разжижают бронхиальный секрет за счет изменения структуры слизи.

Хорошо зарекомендовал себя при лечении влажного кашля с повышенной вязкостью мокроты Амбrolитин. Особенностью данного препарата является то, что разжижая мо-

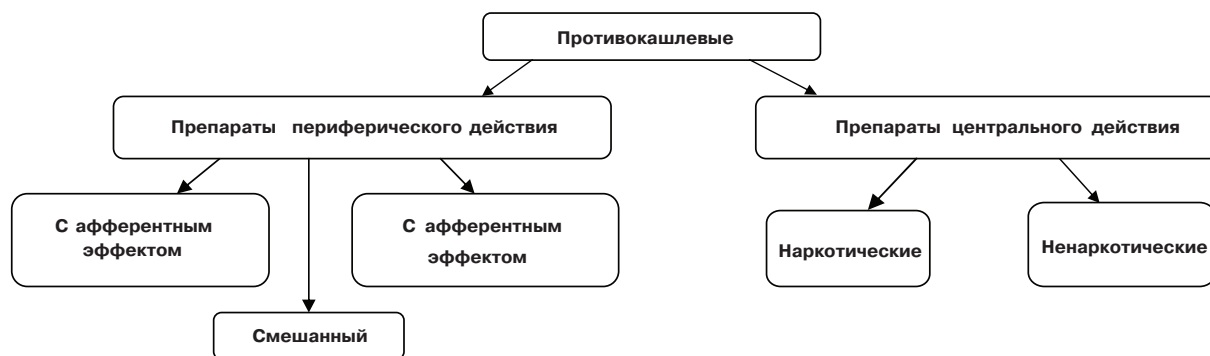


Рис. 3. Механизм действия противокашлевых препаратов

кроту, он практически не увеличивает ее объем, т. е. лишен отрицательного эффекта отхаркивающих средств. Амбrolитин обладает не только муколитическим, но и мукокинетическим и мукорегуляторным действием. Разжижая мокроту, увеличивая мукоцилиарный клиренс, Амбrolитин приводит к быстрому клиническому эффекту. Очень важной особенностью Амбrolитина является то, что он не провоцирует бронхообструкцию, а напротив, уменьшает бронхиальную гиперреактивность. Это дает возможность широкого применения данного препарата. Одним из недостатков ацетилцистеина, карбоцистеина и бромгексина является способность усиливать бронхоспазм. Именно поэтому использование этих препаратов в острый период бронхиальной астмы не показано. Уникальным свойством Амбrolитина – способность увеличивать количество сурфактанта, как усиливая его синтез, так и препятствуя его распаду. Еще одной важной особенностью Амбrolитина является потенцирование действия антибиотиков, увеличивая их концентрацию в очаге воспаления [2–4]. Таким образом, достигается более быст-

рый и выраженный эффект от проводимой антибактериальной терапии.

Амбrolитин следует широко использовать в практике семейного врача при лечении кашля, вызванного заболеваниями нижних отделов дыхательных путей (бронхит, пневмония), как у взрослых, так и у детей, у которых повышенная вязкость бронхиального секрета является основным патогенетическим фактором формирования кашля.

Проблема ОРВИ в медицинской практике остается актуальной не только из-за их распространенности, но и в связи с модификацией лечебной тактики. Учитывая, что основным симптомом является кашель, который, начинаясь с сухого может переходить во влажный, усугубляя течение заболевания и может продолжаться длительное время, необходимо начинать лечение кашля с первых дней заболевания с учетом его характера.

Имея на сегодня выбор эффективных и безопасных противокашлевых препаратов, таких, как Глауцин, Бронхолитин и Амбrolитин, семейный доктор легко решит проблему лечения любого кашля.

Кашель як основний симптом інфекцій дихальних шляхів

М.М. Селюк, М.М. Козачок, О.В. Селюк

В огляді висвітлено проблему інфекцій дихальних шляхів у практиці сімейного лікаря. Описано основні клінічні прояви гострих респіраторних вірусних інфекцій.

Особливу увагу зосереджено на кашлі як головному симптомі при всіх інфекціях дихальних шляхів.

Ключові слова: інфекції дихальних шляхів, гострі респіраторні вірусні інфекції, кашель, сухий, вологий, протикашльові препарати.

Cough as the main symptom of infection respiratory tract

M.N. Selyuk, N.N. Kozachok, O.V. Selyuk

The review covered the problem of respiratory tract infections in family practice doctor. Describes the main clinical manifestations of acute respiratory viral infections.

Focus on coughing as the leading symptom in all respiratory infections.

Key words: respiratory tract infections, acute respiratory infections, cough, dry, wet, cold preparations.

Сведения об авторах

Селюк Марьяна Николаевна – Украинская военно-медицинская академия, 04050, г. Киев, ул. Мельникова, 24. E-mail: mkurgan59@narod.ru

Козачок Николай Николаевич – Украинская военно-медицинская академия, 04050, г. Киев, ул. Мельникова, 24.

Селюк Ольга Викторовна – Украинская военно-медицинская академия, 04050, г. Киев, ул. Мельникова, 24.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Информационный бюллетень ВОЗ, № 310 Июнь, 2011 г.
2. Зайцева О.В. Муколитические препараты в повседневной практике врача // Практика педиатра, 2007. – С. 36–38
3. Новиков Ю.К. Мукоцилиарный транспорт как основной механизм защиты легких «Независимое издание

- для практикующих врачей». РМЖ – 2007. – № 5. – С. 357–362.
4. Чучалин А.Г., Княжеская Н.П., Кравченко Н.Ю. Место муколитического препарата амброксол в клинической практике// «Независимое издание для практикующих врачей». РМЖ. – 2005. № 6. – С 1736–1740.

5. P.V. Dicipinigitais, Albert Einstein College of Medicine and Montefiore Medical Center, Bronx, NY, USA; G.L. Colice, George Washington University School of Medicine, Washington, DC, USA; M.J. Goolsby, American Academy of Nurse Practitioners, Augusta, G A, USA; G.I. Rogg, Albert Einstein College of Medicine and Montefiore Medical Center, Bronx, NY, USA; S.L. Spector, UCLA School of Medicine// Острый кашель: проблемы диагностики и Лечения www.health.ua.com
6. WHO report on tuberculosis 2010 Pinner RW, et al. JAMA 2006; 275: 189–193.

Статья поступила в редакцию 17.02.2014