

Лечение кашля при острых респираторных заболеваниях у детей

Б.М. Блохин, И.П. Лобушкова

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва



Обзор

Цель статьи: обзор наиболее популярных средств для лечения кашля у детей.

Основные положения. Около 90% инфекционной патологии детского возраста составляют острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), при которых доминируют лихорадка, насморк и кашель.

Неправильное лечение кашля может приводить к бронхиту и пневмонии, у ряда популярных противокашлевых препаратов имеются побочные эффекты. Стодал (в форме сиропа) — препарат на основе природных компонентов, эффективность и безопасность которого в комплексной терапии кашля доказаны зарубежными и российскими клиническими исследованиями. Стодал обладает комплексным противовоспалительным, противомикробным и противокашлевым действием и разрешен к применению с рождения.

Заключение. При необоснованном лечении кашля при ОРВИ замедляются естественные процессы выздоровления. Стодал, при назначении в первые дни заболевания, сокращает длительность лечения кашля при ОРВИ с 3 до 1 недели.

Ключевые слова: кашель, острая респираторная вирусная инфекция, патогенез кашля, лечение кашля.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Блохин Б.М., Лобушкова И.П. Лечение кашля при острых респираторных заболеваниях у детей // Доктор.Ру. 2019. № 5 (160). С. 15–18. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-160-5-15-18

Cough Treatment in Acute Respiratory Diseases in Children

B.M. Blokhin, I.P. Lobushkova

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Public Health of Russia; 1 Ostrovityanov Str., Moscow, Russian Federation 117997



Review

Objective of the Paper: To analyse the most commonly used treatments of cough in children.

Key Points: Approximately 90% of infectious pathologies in children are acute respiratory viral infections (ARVI) accompanied by fever, runny nose and cough.

Inappropriate cough treatment may result in bronchitis and pneumonia; a number of commonly used anti-tussive medications have side effects. Stodal (syrup) is a herbal medication, the efficiency and safety of which in the complex cough therapy were confirmed both by foreign and Russian clinical studies. The syrup has anti-inflammatory effect and may be used from the very birth.

Conclusion: Inappropriate ARVI therapy may inhibit natural recovery processes. Stodal indicated from the very first days of life reduces the cough therapy duration from 3 weeks to 1 week.

Keywords: cough, acute respiratory viral infection, cough pathogenesis, cough treatment.

The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For reference: Blokhin B.M., Lobushkova I.P. Cough Treatment in Acute Respiratory Diseases in Children. Doctor.Ru. 2019; 5(160): 15–18. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-160-5-15-18

В структуре детской заболеваемости родителями и врачам чаще всего приходится сталкиваться с ОРВИ, составляющими примерно 90% всей инфекционной патологии детского возраста [1, 2].

При ОРВИ доминируют три симптома: лихорадка, насморк и кашель. Неправильное лечение кашля может приводить к опасным осложнениям — бронхиту и пневмонии [2]. Главными задачами лечения кашля на фоне ОРВИ — его ликвидация и активное терапевтическое влияние на причины, вызвавшие кашель.

Кашель многолик, его интенсивность, характер и продолжительность разнообразны и зависят от стадии респираторного заболевания, а также от индивидуальных особенностей ребенка. При типичном течении ОРВИ кашель про-

ходит различные стадии, эволюция кашля подразделяется на несколько этапов.

В дебюте ОРВИ кашель сухой и носит навязчивый, изнуряющий характер. В этот период полноценного очищения дыхательных путей не происходит, что значительно утяжеляет течение заболевания. Приступы сухого кашля ухудшают общее состояние, приводят к нарушению сна и тяжело переносятся ребенком и родителями.

На 3–4-й день заболевания происходит увлажнение кашля — появляется мокрота. Сначала мокроты немного, ее эвакуация затруднена вследствие нарушения функционирования слизистой оболочки дыхательных путей — в этот период имеет место так называемый малопродуктивный кашель. Через 2–3 дня объем мокроты постепенно увели-

Блохин Борис Моисеевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической и неотложной педиатрии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1. E-mail: blokhinb@gmail.com
Лобушкова Ирина Павловна — к. м. н., доцент кафедры поликлинической и неотложной педиатрии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1. E-mail: blokhinb@gmail.com

чивается, она начинает выделяться из дыхательных путей. Выделение мокроты продолжается 3–4 дня, постепенно ее количество уменьшается и кашель проходит.

Однако часто бывает так, что кашель становится затяжным и его продолжительность от начала заболевания увеличивается до 3 недель и более. При затяжном кашле мокрота почти не выделяется, кашель вновь принимает малопродуктивный характер. Такой остаточный затяжной кашель иногда называют «кашлевым шлейфом».

На начальных этапах ключевой причиной развития кашля является воспаление [2]. Противокашлевая терапия при этом направлена в первую очередь на борьбу с воспалением, снижение выраженности кашля и облегчение состояния ребенка.

Важно понимать, какие препараты будут наиболее эффективными на каждом этапе развития кашля.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

На начальном этапе и в случае остаточных явлений можно подавлять кашель при помощи противокашлевых препаратов центрального действия. Такие препараты тормозят кашлевой рефлекс, угнетая кашлевой центр, который находится в головном мозге. Однако они не действуют на патогенез заболевания — это симптоматическое лечение. Наиболее безопасны препараты, действующим веществом которых является бутамирата цитрат (капли разрешены к применению с 2 месяцев, сиропы — с 3 лет).

Побочные эффекты при применении бутамирата возникают редко, но могут наблюдаться:

- головокружение;
- диарея;
- головная боль;
- тошнота;
- сонливость;
- аллергические реакции.

Если у ребенка имеется обильный вязкий секрет (мокрота), использование противокашлевых препаратов центрального действия может значительно ухудшать дренажную функцию бронхов, повышая вероятность вторичного инфицирования с развитием дыхательной недостаточности [3–5].

При наличии мокроты применяют муколитики — препараты, разжижающие мокроту. Типичным муколитиком является ацетилцистеин. Препараты на основе ацетилцистеина противопоказаны детям до 2 лет, поскольку они могут вызвать обильное выделение мокроты при кашле, а кашлевой рефлекс у маленьких детей развит недостаточно. Другие побочные эффекты ацетилцистеина: тошнота, рвота, диарея. Ацетилцистеин следует с осторожностью назначать пациентам с бронхообструктивным синдромом, так как при его применении часто происходит усиление бронхоспазма.

Существуют муколитики с отхаркивающим действием (помимо разжижения мокроты, они стимулируют выделение слизи в дыхательных путях, что способствует лучшему выведению мокроты). К таким муколитикам относятся препараты на основе амброксола, а также на основе бромгексина. Некоторые формы амброксола можно применять с рождения, однако у данного вещества нет противовоспалительного действия. Европейское медицинское агентство (англ. European Medicines Agency) повторно оценило терапевтический индекс (соотношение польза/риск) бромгексина и его метаболита амброксола в педиатрии и предупредило о возможном развитии при их применении реакции гиперчувствительности, которая может проявляться со стороны кожных

покровов (редко, но иногда в тяжелой форме). Бромгексин в форме сиропа противопоказан детям до 2 лет, в форме таблеток — до 3 лет.

Есть различные виды отхаркивающих препаратов: только с отхаркивающим действием — гвайфенезин, а также бронхолитик сальбутамол (в качестве побочного эффекта может вызывать тахикардию); с отхаркивающим и противомикробным действием — миртол (содержит масла эвкалипта, мирта, сладкого апельсина и лимона; разрешен к применению с 6 лет); с отхаркивающим и бронхолитическим действием — препараты на основе плюща (сиропа разрешены с рождения, капли — с 1 года). Используется также карбоцистеин, оказывающий отхаркивающее и муколитическое действие, который разрешен к применению с 2 лет. У детей кашель и сила кашлевого толчка намного слабее, чем у взрослых, поэтому после приема отхаркивающих и муколитических средств дети зачастую не в состоянии откашлять увеличившееся количество мокроты. Она накапливается в нижних дыхательных путях, и это может приводить к развитию обструктивного бронхита и пневмонии.

Существует большое количество противокашлевых препаратов на основе компонентов растительного происхождения. Они выпускаются в форме сиропов, капель, таблеток, а также в виде сборов. Растительное происхождение компонентов еще не означает их полной безопасности, особенно для детей раннего возраста. Например, трава термопсиса усиливает рвотный и кашлевой рефлекс; анис, солодка и душица обладают довольно выраженным слабительным эффектом, поэтому их не следует назначать при наличии у ребенка диареи, неустойчивого стула, сопутствующей лактазной недостаточности и др.

Ароматические органические производные растительных противокашлевых препаратов (эфирные масла сосны, чабреца, эвкалипта, камфоры, ментола) могут вызывать кожные проявления, неврологические симптомы — судороги и др., ларингоспазм (ментол и эвкалипт). Типичным растительным препаратом для лечения кашля является Доктор МОМ, который производится в Индии. Он разрешен к применению у детей с 3 лет.

В последнее время выделяют особый класс препаратов — релиз-активные лекарственные средства. К ним относится Ренгалин, который обладает противокашлевым, противовоспалительным, противоотечным, спазмолитическим действием. Разрешен к применению с 3 лет.

Важно помнить о возможности возникновения различных, и нередко отсроченных, побочных действий весьма популярных препаратов для лечения кашля. В недавно проведенных неклинических исследованиях показано, что Эреспал (фенспирид), обладающий выраженным противовоспалительным действием и широко применяющийся в лечении кашля, может вызвать опасную для жизни аритмию — желудочковую тахикардию типа «пируэт». С учетом возможности его замены другими препаратами Национальное агентство по безопасности лекарственных средств и товаров медицинского назначения Франции (фр. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé) приняло решение отозвать регистрационное удостоверение Эреспала (сиропа 2 мг/мл и таблеток, покрытых пленочной оболочкой, 80 мг). В свете данного решения и в связи с неблагоприятным соотношением между пользой и риском компания-производитель прекратила производство Эреспала в феврале 2019 г. В тот же период Роскомнадзор отозвал его регистрационное удостоверение в РФ.

Альтернативой Эреспалу при лечении кашля может быть сироп Стодаль (Лаборатория Буарон, Франция). Стодаль — единственный препарат с комплексным противовоспалительным, противомикробным и противокашлевым действием без возрастных ограничений [6]. Воздействие на воспаление позволяет устранить ключевую причину возникновения кашля при ОРВИ на ранних этапах заболевания и в сочетании с противомикробным эффектом способствует более быстрому купированию кашля, а противокашлевое действие облегчает состояние больного.

У 30% детей кашель при ОРВИ длится 3 недели и более [2]. При назначении в первые дни заболевания Стодаль обеспечивает излечение кашля при ОРВИ в течение 1 недели [7].

Клиническая эффективность и безопасность препарата Стодаль в комплексной терапии кашля доказаны зарубежными и российскими клиническими исследованиями. Стодаль сочетается с другими препаратами и характеризуется высоким профилем безопасности [6–9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необоснованно назначенное лечение кашля часто становится причиной замедления естественных процессов выздоровления при ОРВИ, а также развития побочных эффектов лекарственных препаратов. Лечение кашля при ОРВИ у детей является актуальной, но непростой задачей, которая требует рационального использования фармакологических средств.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь — декабрь 2016. Роспотребнадзор. <http://www.rosпотребнадзор.ru> [Svedeniya ob infektsionnykh i parazitarnykh zabolevaniyakh za yanvar' — dekabr' 2016. Rosпотребнадzor. (in Russian)]
2. Мелехина Е.В., Горелов А.В., Чугунова О.Л., Каражас Н.В., Усенко Д.В., Музыка А.Д. Тактика ведения детей с затяжным кашлевым синдромом после острой инфекции: методическое пособие для врачей. М., 2015. 40 с. [Melekhina E.V., Gorelov A.V., Chugunova O.L., Karazhas N.V., Usenko D.V., Muzyka A.D. Taktika vedeniya detei s zatyazhnym kashlevym sindromom posle ostroi infektsii: metodicheskoe posobie dlya vrachei. M., 2015. 40 s. (in Russian)]
3. Morice A.H., McGarvey L., Pavord I.; British Thoracic Society Cough Guideline Group. Recommendations for the management of cough in adults. *Thorax*. 2006; 61(Suppl. 1): i1–24. DOI: 10.1136/thx.2006.065144
4. Jones B.F., Stewart M.A. Duration of cough in acute upper respiratory tract infections. *Aust. Fam. Physician*. 2002; 31(10): 971–3.
5. Niimi A., Matsumoto H., Ueda T., Takemura M., Suzuki K., Tanaka E. et al. Impaired cough reflex in patients with recurrent pneumonia. *Thorax*. 2003; 58(2): 152–3.
6. Zanasì A., Mazzolini M., Tursi F., Morselli-Labate A.M., Paccapelo A., Lecchi M. Homeopathic medicine for acute cough in upper respiratory tract infections and acute bronchitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pulm. Pharmacol. Ther.* 2014; 27(1): 102–8. DOI: 10.1016/j.pupt.2013.05.007
7. Селькова Е.П., Лапицкая А.С., Гудова Н.В., Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В. Тактика лечения непродуктивного кашля у детей при заболеваниях респираторного тракта вирусной этиологии. *Лечащий врач*. 2013; 8: 99–103. [Sel'kova E.P., Lapitskaya A.S., Gudova N.V., Radtsig E.Yu., Ermilova N.V. Taktika lecheniya neproduktivnogo kashlya u detei pri zabolevaniyakh respiratornogo trakta virusnoi etiologii. *Lechashchii vrach*. 2013; 8: 99–103. (in Russian)]
8. Генне Н.А., Фарбер И.М., Великорецкая М.Д., Кондюрина Е.Г., Кожевникова Т.Н., Сорока Н.Д. и др. Новое в терапии кашля при острых респираторных заболеваниях в педиатрической практике. *Лечащий врач*. 2017; 9: 86–90. [Genne N.A., Farber I.M., Velikoretskaya M.D., Kondyurina E.G., Kozhevnikova T.N., Soroka N.D. i dr. Novoe v terapii kashlya pri ostrykh respiratornykh zabolevaniyakh v pediatricheskoj praktike. *Lechashchii vrach*. 2017; 9: 86–90. (in Russian)]
9. Короид Н.В., Заплатников А.Л., Мингалимова Г.А., Глухарева Н.С. Внебольничные пневмонии у детей: диагностика и лечение. *Рус. мед. журн*. 2011; 22: 1365–70. [Koroid N.V., Zaplatnikov A.L., Mingalimova G.A., Glukhareva N.S. Vnebol'nichnye pnevmonii u detei: diagnostika i lechenie. *Rus. med. zhurn*. 2011; 22: 1365–70. (in Russian)] ■