

**Н.А. МИРОШНИЧЕНКО**, д.м.н., профессор, **А.М. МИТЮК**, к.м.н., **В.А. РЯБИНИН**  
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

# ФИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УПОРНОГО КАШЛЯ

В настоящее время кашель является одной из наиболее частых причин обращения населения за медицинской помощью. Острый кашель сопровождает течение острых респираторных вирусных инфекций, а только в России ежегодно их регистрируется от 27,3 до 41,2 млн случаев системы [3].

Количество пациентов с хронической патологией бронхолегочной системы (хроническая обструктивная болезнь легких, хронический бронхит, бронхиальная астма) не только велико, но и имеет тенденцию к росту, а кашель является одним из ведущих симптомов при этих патологиях.

## Ключевые слова:

кашель  
синдром постназального затекания  
фитотерапия

**К**ашель представляет собой сложный рефлекtorный акт, направленный на самоочищение и защиту органов дыхания от аспирации желудочного содержимого, инородных тел и различных эндогенных элементов (слизь, кровь, гной, продукты тканевого распада). Кашлевой рефлекс обеспечивает восстановление нормальной проходимости дыхательных путей, что является непременным условием для нормального дыхания человека, нарушение которого влечет за собой развитие серьезных заболеваний бронхолегочной системы [3].

Кашель следует рассматривать преимущественно не как патологический симптом, а как защитную реакцию организма, создающую человеку оптимальные условия для существования. Тем не менее достаточно часто кашель теряет свое физиологическое предназначение, становится хроническим и превращается в фактор, значительно снижающий качество жизни пациента.

## Кашель при ОРВИ стимулируется стеканием отделяемого из носоглотки и раздражением слизистой оболочки горлани

Для постановки правильного диагноза и подбора адекватной терапии необходимо определить причину возникновения кашля. Для этого нужно оценивать все характеристики кашля. Каждая из них имеет определенное диагностическое значение. Ответ на первый вопрос, который врач задает пациенту: «Как давно кашель появился?», позволяет предположить причину его возникновения.

**Острый кашель.** Наиболее частыми причинами острого кашля являются такие инфекции верхних дыхательных

путей, как ОРВИ, острый бактериальный синусит, коклюш, обострение хронических обструктивных заболеваний легких, аллергический ринит. Вирусные инфекции верхних дыхательных путей – самая частая причина острого кашля. У больных с ОРВИ при отсутствии лечения частота этого симптома в первые 48 ч заболевания достигает 83%, а к 14-му дню снижается до 26% [2].

**Кашель следует рассматривать преимущественно не как патологический симптом, а как защитную реакцию организма, создающую человеку оптимальные условия для существования**

Основным симптомом острого ларингита является нарушение голоса различной степени выраженности: от легкой осиплости до полной потери звучности голоса – афонии. Но достаточно часто больные предъявляют жалобы на кашель. Воспалительные изменения в горле выражаются в наличии отека и гиперемии слизистой оболочки голосовых складок. В начале заболевания воспалительный процесс в горле вызывает у больного изнуряющий, сухой кашель. Возможно присутствие на поверхности слизистой оболочки горла густого слизистого или гноиного секрета. Самостоятельно откашлять этот секрет часто не представляется возможным. Поэтому помимо стандартного лечения, включающего физиотерапевтические процедуры, ингаляционную терапию, используется и противокашлевая терапия.

Кашель при ОРВИ стимулируется стеканием отделяемого из носоглотки и раздражением слизистой оболочки горла. При адекватной терапии ОРВИ кашель бесследно проходит. Однако возникают ситуации, когда кашель приобретает затяжное течение.

Затяжной кашель. Обычно начинается с инфекции верхних дыхательных путей и продолжается от 3 до 8 нед. Чаще всего он является т. н. постинфекционным либо служит проявлением бактериального риносинусита или астмы [3].

Хронический кашель. Одной из наиболее частых причин хронического кашля является курение, которое оказывает прямое раздражающее воздействие на кашлевые рецепторы дыхательных путей, а также вызывает раздражение и воспалительную реакцию в слизистой оболочке трахеобронхиального дерева. Однако существует ряд других причин, которые также могут привести к развитию хронического кашля.

**Ведущими этиологическими факторами для развития синдрома постназального затекания являются различные формы хронических ринитов (аллергический, вазомоторный, гипертрофический), хронический риносинусит, деформация носовой перегородки, аденоиды, кисты носоглотки, опухоли**

Синдром постназального затекания (ПНС) слизи в глотку вследствие ринита или синусита. Термином *синдром постназального затекания* (postnasal drip syndrom) обозначаются клинические ситуации, характеризующиеся воспалительным процессом верхних дыхательных путей (носоглотка, нос, околоносовые пазухи), при которых отделяемое из носа стекает по задней стенке глотки в трахеобронхиальное дерево. Секрет вызывает стимуляцию кашлевых рецепторов, а развивающееся при этом воспаление слизистой оболочки задней стенки глотки и гортани еще более усиливает чувствительность рецепторов к раздражителям.

Различают первичный, или идиопатический, ПНС, когда причина синдрома не установлена, и вторичный, вызванный наличием у пациента какой-либо патологии полости носа, ОНП и носоглотки. Ведущими этиологическими факторами для развития ПНС являются различные формы хронических ринитов (аллергический, вазомоторный, гипертрофический), хронический риносинусит, деформация носовой перегородки, аденоиды, кисты носоглотки, опухоли. Также разделяют ПНС на эндоскопически позитивный, когда имеется объективное эндоскопическое подтверждение факта скопления слизи в задних отделах полости носа и/или ее стекания по задней стенке глотки, и негативный ПНС, который не подтвержден при эндоскопии полости носа и носоглотки. Эндоскопически позитивный первичный ПНС встречается в 28% случаев, вторичный – в 49%. На долю эндоскопически негативного идиопатического и вторичного ПНС приходится 5 и 18% соответственно [5].

Лечение пациентов с ПНС часто представляет собой сложную задачу, особенно в случаях эндоскопически негативной и идиопатической формы синдрома. Стандартная схема включает три основных момента: терапию воспалительных заболеваний полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, хирургическое устранение анатомических предпосылок синдрома и исключение возможных этиологических факторов, способствующих длительному течению ПНС, или их компенсацию. К таким факторам относятся курение, злоупотребление алкоголем, стрессовые ситуации, профессиональные вредности, болезни желудочно-кишечного тракта (прежде всего ГЭР), заболевания нижних дыхательных путей, эндокринные и метаболические нарушения.

Осведомленность врачей в отношении данного синдрома важна, поскольку кашель при этом состоянии трактуется не всегда правильно и ошибочно приписывается хроническому бронхиту. Этот синдром имеет место у 20–34% больных с хроническим кашлем.

Особый вариант бронхиальной астмы, который проявляется кашлем без удышья, чаще в ночное время. Так называемая «кашлевая бронхиальная астма» составляет 20–28% всех случаев хронического кашля.

Гастроэзофагеальный рефлюкс в результате гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Считается, что более чем у 20% больных с хроническим кашлем причиной последнего является гастроэзофагеальный рефлюкс.

Кашель может быть побочным эффектом при длительном приеме ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов (АПФ) при лечении у больных с артериальной гипертонией и недостаточностью кровообращения. Это связано с накоплением брадикинина, неблагоприятно влияющего на бронхи. Отмечено, что не все ингибиторы АПФ в равной степени обладают этим побочным действием. Значительно реже кашель возникает при применении пириндоприла (Престариум) и моноприла [1].

**Важным патогенетическим механизмом нарушения бронхиальной проходимости является образование вязкой трудноотделяемой мокроты. Разжижение и удаление этого секрета занимает существенное место в лечении кашля**

В большинстве случаев возникновение кашля связано с патологией дыхательной системы. Однако существуют такие его виды, при которых патология в дыхательных путях отсутствует. Это рефлекторный и нейрогенный кашель.

Для эффективного лечения кашля необходимо учитывать его этиологию, течение и характер.

Наиболее эффективной оказывается этиотропная терапия, которая предполагает либо устранение причины кашля (отмена лекарств, вызывающих кашель, отказ от курения, удаление серной пробки из наружного слухового прохода, устранение контакта с аллергеном и др.), либо ликвидацию патологического процесса, приведшего к кашлю (антибактериальная терапия пневмонии и других респираторных инфекций, лечение гастроэзофагеального рефлюкса и др.). В тех случаях, когда этиологическая и патогенетическая терапия по тем или иным причинам невозможна или недостаточно эффективна, проводят симптоматическую терапию кашля. Выбор лекарственных препаратов при этом зависит

прежде всего от характера кашля, его интенсивности и других особенностей.

Противокашлевые препараты по механизму действия подразделяются на: а) центрального наркотического и ненаркотического действия, вызывающие торможение кашлевого центра, и б) периферического действия, снижающие чувствительность кашлевых рецепторов (местные анестетики, препараты комбинированного действия и лекарственные средства, подавляющие высвобождение нейролептиков) [2].

Важным патогенетическим механизмом нарушения бронхиальной проходимости является образование вязкой трудноотделяемой мокроты. Разжижение и удаление этого секрета занимает существенное место в лечении кашля. Препараты, влияющие на образование мокроты, можно разделить на 4 группы.

1. Препараты рефлекторного действия, реализующие свой эффект со слизистой оболочки желудка (термопсис) и через хеморецепторную триггерную зону (апоморфин). Они раздражают афферентные волокна парасимпатического нерва и слизистой оболочки желудка, что рефлекторно возбуждает дыхательный центр. В результате происходит стимуляция бронхиальных желез, что, в свою очередь, способствует эвакуации мокроты.
2. Лекарственные средства с прямым действием на слизистую оболочку дыхательных путей (солевые, щелочи, эфирные масла). Среди них наибольшее распространение получили иодиды. Выделяясь из крови, соли йода вызывают гиперемию слизистой бронхов, стимулируют бронхиальные железы, в связи с чем золь-слой становится более жидким.
3. Протеолитические ферменты.
4. Стимуляторы продуктов сурфактанта (амброксол и его производные).

В случае несостоительного кашля у ослабленных больных используются средства, усиливающие кашель и выведение мокроты.

Большинство современных противокашлевых средств обладают комбинированным действием [4, 5].

**Особый вариант бронхиальной астмы, который проявляется кашлем без удушья, чаще в ночное время. Так называемая «кашлевая бронхиальная астма» составляет 20–28% всех случаев хронического кашля**

Несмотря на многообразие противокашлевых средств, поиск новых, эффективных и безопасных препаратов остается весьма актуальным. Особой проблемой нам представляется поиск эффективных средств лечения кашля, вызванного «синдромом постназального затекания».

Среди пациентов и врачей большой популярностью пользуются препараты растительного происхождения. Так, с эффектом в лечении кашля применяются экстракты подорожника и чабреца, эвкалиптовое и хвойное масла.

За счет фитонцидов и фенолов экстракт чабреца активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, в т. ч. антибиотикорезистентных форм, а также грибов. Флавоноиды чабреца способны изменять коллоидное состояние мокроты, разжигать вязкий секрет, снимать спазмы мускулатуры дыхательных путей, облегчать дыхание, а растительные муцины подорожника – уменьшать раздражение слизистой оболочки. Эвкалиптовое и хвойное масла оказывают комплексный неспецифический, противовирусный, антибактериальный и противогрибковый эффект, нормализуют микроциркуляцию, уменьшают бронхоспазм, разжижают секрет, стимулируют мукоцилиарный транспорт.

**Среди пациентов и врачей большой популярностью пользуются препараты растительного происхождения. Так, с эффектом в лечении кашля применяются экстракты подорожника и чабреца, эвкалиптовое и хвойное масла**

Фитопрепараты используются не только при остром и хроническом ларингите. Показаниями для их назначения являются любые воспалительные заболевания дыхательных путей, протекающие с кашлем, кроме бронхиальной астмы, коклюша и ложного крупса. В частности, растительные средства используют при синуситах, фарингитах, трахеитах, бронхитах, бронхиолите.

Стоит отметить, что фитопрепараты обладают достаточно высокой лечебной эффективностью в отношении купирования кашля, вызванного «синдромом постназального затекания».



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Зубков М.Н. Алгоритм терапии острых и хронических инфекций верхних и нижних дыхательных путей. РМЖ, 2009, 17(2): 123-131.
2. 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.
3. Синопальников А.И., Клячкина И.Л. Кашель. М.: МИА, 2013. 168 с.
4. Kehrl W, Sonnemann U, Dethlefsen U. Therapy for acute nonpurulent rhinosinusitis with cineole: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Laryngoscope, 2004: 114.
5. Ashour HM. Antibacterial, antifungal, and anticancer activities of volatile oils and extracts from stems, leaves, and flowers of eucalyptus sideroxylon and eucalyptus torquata. Cancer Biol Ther, 2008: 7.