

ТЕРАПИЯ КАШЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

В статье приведены данные о причинах сухого кашля у детей при различных нозологических формах заболеваний и целесообразности назначения ненаркотических противокашлевых лекарственных средств центрального действия.

Ключевые слова: кашель, сухой кашель, противокашлевая терапия.

V.K. KOTLUKOV, PhD in medicine, T.V. KAZYKOVA, MD, Prof., N.V. ANTIPOVA, Pirogov Russian National Medical University, Moscow
THERAPY OF COUGHING SYNDROME IN RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN

The article provides the data on reasons of the dry coughing in children in various nosologic forms of diseases and practicability of prescription of non-narcotic drugs of central action.

Keywords: coughing, dry coughing, anti-coughing therapy

По данным ВОЗ, ежегодно острыми респираторными вирусными инфекциями болеет каждый третий житель планеты. В России регистрируется от 27,3 до 41,2 млн случаев ОРВИ. Одним из ведущих симптомов респираторной инфекции у детей является кашель.

Ненаркотические противокашлевые лекарственные средства не уступают по эффективности кодеин-содержащим препаратам и при этом не оказывают угнетающего влияния на дыхательный центр, не вызывают привыкания

Согласно некоторым данным [1], именно кашель является ведущим симптомом ОРЗ, требующим похода в аптеку за препаратами «от кашля». Кашель, наряду с лихорадкой и насморком, – состояние, наиболее часто требующее назначения симптоматической терапии врачом-педиатром амбулаторного звена [2, 3]. В начальных стадиях респираторного заболевания в большинстве случаев наблюдается сухой кашель. Однако сухой кашель может отмечаться при пороках развития бронхолегочной системы, опухолевидных образованиях органов средостения, тимомегалии или кисте тимуса, увеличении щитовидной железы. Сухой мучительный кашель – ведущая жалоба при бронхите, трахеите, фарингите. Сухой кашель может быть вызван также гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Причиной развития сухого кашля может стать высокая концентрация вредных веществ в воздухе (загазованность, наличие табачного дыма), а также слишком сухой и перегретый воздух в комнате. Частой причиной кашля у детей является воспаление ЛОР-органов (риниты/ринофарингиты, синуситы, аденоидиты, ларингиты). Врожденные аномалии аорты и легочной артерии вызывают сдавление ДП снаружи и кашель, связанный или нет со стридором или свистящим дыханием. Несмотря на видимое многообразие причин кашля (особенно хронического), приводятся данные [4], что его точную причину можно установить у 88–100% пациентов, при этом успеш-

ное лечение может быть проведено у 84–98% из них. Ключ к успеху в данном случае – установление точного диагноза и устранение причины кашля.

При повышенной чувствительности дыхательных путей кашель теряет свою защитную функцию и не только не способствует выздоровлению, но и приводит к развитию осложнений. При сухом, интенсивном, мучительном кашле, нарушающем качество жизни пациента, показано симптоматическое лечение, то есть назначение противокашлевых средств. Если поводом для назначения препарата является собственно кашель, всегда лучше использовать один препарат и в полной дозе, но препарат, действующий на специфическую для данного случая причину кашля. Выбор такого средства должен проводиться индивидуально с учетом механизма действия, противокашлевой активности препарата, риска возникновения побочных эффектов, наличия сопутствующей патологии и возможных противопоказаний.

Противокашлевые препараты отличаются по локализации своего действия – периферической или центральной. Чтобы снять приступ сухого раздражающего кашля, возникает необходимость воздействовать на кашлевый центр, который находится в продолговатом мозге. Наркотические противокашлевые препараты обладают выраженным терапевтическим противокашлевым эффектом, но имеют низкий профиль безопасности, так как характеризуются серьезными побочными явлениями: вызывают привыкание, угнетают дыхательный центр и могут уменьшать дыхательный объем. Негативными эффектами опиатов являются также возможность замедления моторики кишечника и возникновение запоров, сонливость, нарушение когнитивных функций. С учетом перечисленных эффектов наркотические препараты центрального действия крайне редко применяются у детей и только в стационарных условиях под пристальным врачебным наблюдением. Ненаркотические противокашлевые препараты центрального действия лишены указанных выше побочных эффектов, при этом эффективность современных средств из этой группы не уступает наркотическим препаратам.

К противокашлевым лекарственным средствам центрального действия относят наркотические (коделак, кодтерпин и др.) и ненаркотические препараты (бутамирата цитрат (Синекод), окселадин, глауцин декстрометорфан и др.). Ненаркотические противокашлевые лекарственные средства не уступают по эффективности кодеинсодержащим препаратам и при этом не оказывают угнетающего влияния на дыхательный центр, не вызывают привыкания. Среди ненаркотических противокашлевых препаратов следует выделить бутамират цитрат (Синекод).

При приеме Синекода происходит быстрое наступление максимального эффекта препарата: по данным нескольких клинических исследований, уже через 2 ч после однократного применения Синекода наступает максимальный противокашлевый эффект и полностью подавляется сухой кашель у 75–86% пациентов

Известно, что гидролиз бутамирата начинается уже в плазме крови, и его метаболиты также обладают противокашлевым действием, интенсивно (95%) связываясь с плазмой крови; действие центральное, противокашлевое, эффективность сходна с таковой кодеина и, по некоторым данным, даже превышает ее. Бутамирата цитрат – основное действующее вещество препарата Синекод. Бутамирата цитрат не является ни химически, ни фармакологически родственным с алкалоидами опиума и обладает прямым влиянием на кашлевой центр. Бутамирата цитрат быстро гидролизуется в плазме в 2-фенилмасляную кислоту и диэтиламиноэтоксизанол. Оба эти метаболита, обладающие также противокашлевым действием, в значительной степени связываются с белками плазмы, что объясняет их длительное нахождение в плазме. В дальнейшем главный метаболит 2-фенилмасляная кислота окисляется до 14С-р-гидрокси-2-фенилмасляной кислоты. Все три метаболита выводятся почками, причем кислые метаболиты в основном связаны с глюкуроновой кислотой. Установлено, что Синекод обладает отхаркивающим, умеренным бронхоспазмолитическим и противовоспалительным действием, улучшает показатели спирометрии и насыщение крови кислородом.

После приема внутрь бутамирата цитрат быстро и полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта. Максимальная концентрация в плазме достигается примерно через 1,5 ч. При повторном назначении препарата концентрация в крови остается линейной, то есть

не происходит накопления активного вещества. При приеме Синекода происходит быстрое наступление максимального эффекта препарата: по данным нескольких клинических исследований, уже через 2 ч после однократного применения Синекода наступает максимальный противокашлевый эффект и полностью подавляется сухой кашель у 75–86% пациентов [5]. Необходимо отметить, что при длительном приеме препарата не происходит отрицательного влияния на функцию внешнего дыхания у детей, а при хронических воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей может значительно улучшать показатели спирометрии [6].

Наряду с высокой клинической эффективностью препарата Синекод, важно отметить безопасность его применения, которая убедительно была доказана при использовании у детей начиная с 2-месячного возраста.

Однако необходимо отметить ряд редких побочных эффектов, не превышающих 1%. Со стороны центральной нервной системы – головокружение, проходящее после снижения дозы препарата; со стороны желудочно-кишечного тракта – тошнота и диарея; аллергические реакции: кожная сыпь и зуд.

Показаниями для применения препарата Синекод являются: сухой кашель при респираторных инфекциях, коклюш, подавление кашля при хирургических вмешательствах, проведение бронхоскопического исследования, подавление кашля в пред- и послеоперационном периодах.

Препарат Синекод представлен следующими фармакологическими формами: детские капли и сироп для детей и взрослых. В детской практике важное значение имеет удобная форма выпуска препарата. Синекод в виде раствора-капель назначают детям от 2 мес. до 1 года – по 10 кап. 4 р/сут; детям от 1 года до 3 лет – по 15 кап. 4 р/сут; детям 3 лет и старше – по 25 кап. 4 р/сут. При использовании Синекода в виде сиропа рекомендованы дозы: детям 3–6 лет – по 5 мл 3 р/сут; детям 6–12 лет – по 10 мл 3 р/сут; детям 12 лет и старше – по 15 мл 3 р/сут. Препарат назначают перед едой.

Таким образом, учитывая вышеизложенное, препарат Синекод можно рекомендовать в качестве симптоматической терапии сухого кашля у детей с ОРЗ и при других состояниях, сопровождающихся проявлениями сухого кашля, как в качестве монотерапии, так и в сочетании с другими ЛС. В педиатрической практике, при соблюдении рекомендуемых режимов дозирования, Синекод характеризуется хорошей переносимостью и высоким профилем безопасности.



ЛИТЕРАТУРА

1. Исследование мнения провизоров и фармацевтов России. *Pharma-Q*, 2009.
2. Самсыгина Г.А. Противокашлевые препараты в педиатрии. *Consilium Medicum. Педиатрия, Приложение*, 2002: 13–16.
3. Ключников С.О. Препараты от кашля в амбулаторной практике педиатра. *РМЖ*, 2011, 3: 134–138.
4. Sih T, Clement PAR. Pediatric Nasal and Sinus Disorders. In: *Lung Biology in Health and Disease*. Taylor and Francis Group, USA, 2005, 199: 451.
5. Materazzi F, Capano P, D'Urso B, Visco A. Note terapeutiche sul butamirato citrato. *Gazz. med. ital.*, 1984, 143(4): 229–232.
6. Santos A. and Nacpil N. Comparative clinical evaluation of the antitussive activity of butamirato citrate versus dextromethorphan. Manila (Philippines): Lung Center of the Philippines. 1994.