

СУХОЙ КАШЕЛЬ У РЕБЕНКА: ЧЕМ, КОГДА, КОГО ЛЕЧИТЬ

Рациональный подход к терапии кашля является одной из актуальных проблем современной педиатрии, т. к. симптом кашля отличается распространенностью, значительной вариабельностью как при заболеваниях органов дыхания, так и при многочисленных заболеваниях других систем и органов. О вопросах диагностики непродуктивного кашля у детей и адекватном лечении этого симптомокомплекса мы беседуем с к.м.н., врачом-оториноларингологом Денисом Андреевичем Тулуповым.

– Денис Андреевич, насколько актуальна проблема кашля среди ваших маленьких пациентов?

– У любого практикующего врача педиатрического профиля, особенно педиатра или отоларинголога, не вызывает сомнения тот факт, что кашель является одним из самых частых симптомов респираторной патологии у детей. В среднем, по данным клинических исследований, при ОРВИ кашель отмечается где-то в 20% случаев, это усредненные данные по ряду исследований. Из этих 20% 1/4 случаев приходится на непродуктивный, или сухой, кашель. При аллергической патологии, особенно бронхиальной астме, кашель отмечается значительно чаще, практически у всех наших пациентов. Поэтому встает вопрос актуальности терапии этого симптома. Обычно непродуктивный кашель значительно снижает качество жизни ребёнка, поэтому для врача крайне актуальным является вопрос о т. н. симптоматической терапии, которая направлена именно на улучшение качества жизни и самочувствия пациента. При этом как пациентам, так и врачам необходимо помнить, что кашель является защитным рефлексом организма. То есть что самоцелью лечения не является подавление кашля, это лишь вопрос о том, насколько данный симптом мешает пациенту. При отсутствии значимого влияния симптома на качество жизни пациента симптоматическая терапия обычно не проводится во избежание назначения лишних препаратов. Если же симптом значимо мешает пациенту, то, естественно, такой вопрос возникает.

– Как зависят терапевтические подходы от вида кашля у ребенка?

– Исходя из классификации кашля, в клинической практике в основном выделяют 2 вида кашля по характеру отделяемого, т. е. по характеру наличия патологического секрета. По этому признаку кашель делят на продуктивный, когда есть активное отхождение мокроты, и кашель непродуктивный. Данная классификация очень удобна, в т. ч. для решения вопроса о проведении патогенетически обоснованной симптоматической терапии, потому что одно дело, когда кашель у ребенка непродуктивный, тогда зачастую мы стараемся перевести его в продуктивный, с тем чтобы облегчить самочувствие пациента, чтобы появилось отхождение мокроты, с которой отходят антигенные структуры с поверхности слизистой оболочки респираторного тракта. При продуктивном кашле, в зависимости от характера мокроты, нередко решается вопрос о назначении мукоактивных препаратов, изменяющих вязкость и количество секрета. Практикующему врачу

также необходимо помнить, что продуктивный кашель, возникший как симптом острой бактериальной инфекции респираторного тракта (острый бактериальный риносинусит, внебольничная пневмония), помимо назначения мукоактивных препаратов, требует проведения системной антибактериальной терапии. Лечение непродуктивного кашля во многом определяется его причиной. Так, при непродуктивном кашле как симптоме начала острых воспалительных заболеваний нижнего отдела дыхательных путей терапия направлена на увеличение образования мокроты, с которой отходят антигенные структуры с поверхности слизистой оболочки респираторного тракта. Для уменьшения выраженности сухого кашля при бронхиальной астме, помимо разжижения имеющейся очень вязкой мокроты, требуется проведение ингаляционной терапии с применением стероидных и бронхолитических препаратов. Мучительный непродуктивный кашель при острой воспалительной патологии гортани требует назначения препаратов, подавляющих кашлевой рефлекс.

– Какие группы лекарственных средств, использующихся в терапии кашля, имеются в настоящий момент в арсенале врача-педиатра?

К основополагающим, глобальным группам медикаментозных препаратов относят т. н. мукоактивные препараты. Это большая группа лекарственных средств, в которых выделяют такие препараты, как муколитики, представленные ферментными и неферментными препаратами. Ферментные муколитики сейчас практически не используются, особенно в амбулаторной практике. Применение препаратов протеолитических ферментов сегодня ограничено возможностью развития серьезных нежелательных явлений: кровохарканья, легочного кровотечения, деструкции межальвеолярных перегородок, а также аллергических реакций. Это группа средств для терапии в условиях стационара для пациентов с муковисцидозом. Неферментные муколитики активно используются и в повседневной амбулаторной практике, в первую очередь препараты N-ацетилцистеина. Среди мукоактивных средств для лечения кашля выделяют т. н. мукокинетики, которые увеличивают объем выработки мокроты, ускоряют движение ресничек мерцательного эпителия для более быстрого выведения мокроты из дыхательных путей наружу. К ним относят синтетические препараты, в основном группу амброксола либо его неактивную форму бромгексин. И есть еще целый спектр фитопрепаратов, которые также относят к препаратам мукокинетического или секретолитического

ческого свойства. В педиатрической практике в ряде случаев также используют представителей небольшой группы препаратов, т. н. мукорегуляторов. Особый интерес на сегодняшний день вызывают мукорегуляторы, действие которых осуществляется посредством влияния на функционирование бокаловидных клеток и нормализации количества и консистенции вырабатываемого секрета слизистой оболочкой респираторного тракта. Но мукоактивные препараты далеко не всегда позволяют именно улучшить качество жизни пациента, поскольку они по большей части лишь изменяют количество отхождения мокроты, т. е. в лучшем случае переводят непродуктивный кашель в продуктивный, и если эта мокрота очень вязкая, липкая – облегчают ее отхождение.

– В структуре лор-патологий насколько частое явление именно сухой непродуктивный кашель?

– Основная ситуация, которая приводит к появлению сухого кашля у детей, – острые ларингиты. Это состояние провоцируется исключительно респираторными вирусами. Основным симптомом развития острого ларингита, или ларинготрахеита, помимо изменения голоса, появления осиплости, является как раз кашель. Этот кашель, ввиду особенности течения данного заболевания, нередко является весьма затяжным. Он представляет значительное влияние на качество жизни пациента и требует проведения симптоматической терапии. К сожалению, разработанной этиотропной терапии данных состояний как таковой нет. Есть большой опыт применения противовирусных препаратов, но насколько это эффективно – нет таких клинических исследований, которые бы это доказали. И разные клинические случаи показывают различный эффект от назначения противовирусных препаратов. Использование ингаляционных стероидов далеко не всегда возможно, во-первых, из-за наличия стериоидофобии у родителей наших пациентов, а во-вторых, по причине отсутствия технической возможности проведения ингаляции (не во всех семьях есть компрессорные ингаляторы, которые они могли бы применять в данной ситуации). Поэтому нередко симптоматическая терапия плюс динамическое наблюдение врача являются единственным решением, которое предлагается пациентам. Вторая ситуация, которая встречается в практике отоларинголога стационара несколько реже, – это остаточный мучительный кашель после проведения интубационного наркоза при хирургических оториноларингологических вмешательствах, каких-либо воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей. Это может быть риносинусит, аденоидит, симптомами которых является постназальный синдром (стекание слизи по задней стенке глотки). Он дает преимущественно продуктивный кашель, но в финальной части заболевания, когда количество стекающего по задней стенке глотки секрета существенно уменьшается, а кашлевой рефлекс может выражено усиливаться, такие пациенты продолжают жаловаться на приступообразный непродуктивный кашель.

– Дети в каком возрастном периоде наиболее подвержены заболеваниям, сопровождающимся сухим кашлем?

– Это весьма разнообразная по возрасту группа пациентов. Конечно, у детей первого года, даже первых 2 лет жизни, ввиду ограничения их контактов и общения, а следовательно, и меньшего риска развития каких-то инфекционных заболеваний не столь часто отмечаются подобные проблемы. Но где-то с 2 лет, когда дети начинают посещать организованные детские коллективы, болеть ОРВИ, здесь резко возрастает число пациентов с сухим кашлем.

– Денис Андреевич, а каким образом мы можем помочь ребенку с сухим, изнуряющим кашлем, который подчас значительно ухудшает качество жизни маленького пациента?

– Действительно, зачастую требуется быстрая помощь детям, у которых имеется непродуктивный кашель. Особенно если он крайне мучителен для ребенка, нарушает в первую очередь процесс засыпания ребенка, сам сон может быть прерван приступами кашля. Это переносится тяжело, особенно в первые дни заболевания, детьми младшей возрастной группы. Достойно изнурителен для ребенка уже остаточный сухой кашель, когда, по сути, нет уже какого-то патологического отделяемого, а имеет место перевозбуждение кашлевого центра, идет неспецифическая гиперэргическая реакция на любые, даже очень незначительные раздражители, например сухой или немного запыленный воздух. Это провоцирует достаточно мучительные приступы кашля, и в таком случае для детей требуются препараты, которые изменяют активность т. н. кашлевого центра. Их называют ингибиторы кашлевого рефлекса. Группа препаратов очень неоднородная. Изначально для подавления кашля применяли препарат на основе кодеина. Эти препараты содержат наркотическое вещество, их применение в настоящее время весьма ограничено ввиду их рецептурного отпуска. К тому же было доказано свойство данных препаратов формировать у пациентов тахифилаксию, привыкание и даже формирование зависимости от подобных лекарств. Поэтому в повседневной практике с определенной опаской относятся к использованию препаратов, подавляющих кашлевой рефлекс.

– Каким же образом на сегодняшний день мы можем помочь ребенку с сухим непродуктивным кашлем?

– Отчасти выходом из данной ситуации было появление т. н. противокашлевых препаратов ненаркотического действия, не содержащих кодеин. К ним в настоящее время относят несколько лекарственных форм. В нашей стране на рынке представлены только ненаркотические противокашлевые препараты центрального действия. Разработаны также, но еще не зарегистрированы в РФ ненаркотические противокашлевые препараты периферического действия. Существуют также ненаркотические противокашлевые препараты периферического действия, которые на 2014-й год не представлены на фармацевтическом рынке России. Между собой по клиническому эффекту они не имеют особого различия. Нет также принципиальных различий по схеме их применения и совместимости с другими лекарственными препаратами. Это просто выбор для пациента. В России зарегистрированы препараты центрального действия.

– На какой из противокашлевых препаратов следует обратить внимание? На чем остановить свой выбор?

– Из наиболее изученных и с клинической точки зрения, и с точки зрения опыта применения – это бутамирата цитрат, оригинальным препаратом которого является Синекод. Препарат уже давно зарекомендовал себя в практике врачей как качественное и надежное лекарственное средство. Он выпускается в разных формах для детей различных возрастных групп. Есть форма сиропа, капель для детей разного раннего возраста. Препарат официально разрешен к применению с 2-месячного возраста (в форме капель), что облегчает терапию выраженного кашля у этой группы пациентов. С 3-летнего возраста уже можно использовать форму сиропа в зависимости от предпочтений ребенка. Препарат имеет очень хороший профиль безопасности, что было подтверждено данными клинических исследований, в частности большим европейским исследованием, которое было проведено порядка 10 лет назад – в 2005 г. Побочные эффекты на фоне длительного приема препарата развивались лишь в 1% случаев. По большей части это были тошнота, рвота либо аллергические реакции на различные консерванты и вкусовые добавки лекарственных форм препарата. Они не являлись угрожающими жизни. Считается, что в отличие от до сих пор бытующего у населения мнения, оставшегося после истории применения кодеинсодержащих препаратов, даже длительное применение Синекода не приводит к развитию тахифилаксии.

– О чем должен помнить врач при назначении ингибиторов кашлевого рефлекса?

– Практикующие врачи должны помнить, что препараты-ингибиторы кашлевого рефлекса, даже ненаркотические, в первую очередь должны строго приниматься только по показаниям. Ни в коем случае эти препараты не должны назначаться при наличии выраженного продуктивного компонента кашля. Еще раз повторю: кашель – это защитный симптом, и, если у пациента есть активное отхождение мокроты, блокировать данное проявление нельзя. Если по ряду причин препарат все-таки применялся у ребенка с выраженным продуктивным кашлем, мы все равно не сможем достичь угрожающих жизни осложнений, потому что полностью подавить кашлевой рефлекс невозможно. В отдельных исключительных ситуациях, и это проводится на усмотрение врача, ингибиторы кашлевого рефлекса могут применяться у пациента даже при наличии не очень выраженного продуктивного компонента кашля, когда мокрота есть, но ее количество незначительно. А кашель при этом приступообразный, мучительный, очень мешает ребенку, грубо нарушает процесс засыпания и сна. И с целью уменьшения выраженности кашля родители могут дать разово одну, максимум две дозы Синекода через допустимый промежуток времени. При этом выраженный клинический эффект наступает уже через 30 мин после первого применения. Но это проводится только на усмотрение врача и только при выраженном влиянии симптомов на качество жизни пациента, если не помогает параллельно проводимая этиотропная терапия – применение антибиотиков, если на то есть показания, и использование ингаляционных форм стероидных препаратов.

– Каковы ограничения по длительности приема ненаркотических противокашлевых препаратов?

– Таких ограничений формально нет. Потому что те клинические исследования, где изучалось применение ингибиторов кашлевого рефлекса в терапии коклюша, в ситуации, когда требуется длительная терапия, – это и есть основная ниша применения таких препаратов. В отличие от них применение кодеинсодержащих препаратов ограничено недельным сроком. Более 7 дней их принимать нежелательно. При ненаркотических препаратах, таких как Синекод, их прием может совершенно спокойно продолжаться до месяца, и каких-либо признаков привыкания к препаратам или нивелирования действия препаратов здесь не происходит. Но эти лекарственные средства используются только пока имеет место симптом сухого кашля. Симптом стихает – препараты дальше не применяются. Потому что никакого выраженного лечебного эффекта, например противовоспалительного, у них нет. Хотя в отдельных клинических исследованиях было доказано некое улучшение функции дыхания у пациентов за счет умеренно выраженного бронходилатирующего эффекта. Но это вторичный эффект препаратов, он ни в коем случае не является самоцелью. Цель терапии данной группы препаратов – только уменьшение выраженности кашля как симптома заболевания.

– Возможен ли прием ингибиторов кашлевого рефлекса в составе комбинированной терапии?

– Вопрос комбинированного использования ингибиторов кашлевого рефлекса с другими препаратами не оспаривается. При наличии показаний могут использоваться вместе с представителями различных лекарственных средств, в т. ч. антибактериальными препаратами. Вопрос в том, что это не всегда нужно, ибо большинство состояний, которые провоцируют наличие у ребенка выраженного мучительного непродуктивного кашля, относятся к ситуации, когда имеет место уже остаточный кашель, но длительно текущий и досаждающий пациенту. Чаще они не связаны с бактериально-ассоциированной инфекцией, значит, не требуют назначения антибиотиков. При этом, исходя из возможных причин, вызывающих сухой кашель, возможно назначение противовирусных препаратов. При необходимости возможна комбинация с противовоспалительными средствами, со стероидными препаратами. Но необходимо помнить, что ингибиторы кашлевого рефлекса патогенетически необоснованно сочетать с мукоактивными препаратами, в первую очередь, с мукокинетиками. Хотя такие комбинации присутствуют. Есть зарегистрированные комбинированные препараты, которые содержат как ненаркотический ингибитор кашлевого рефлекса центрального действия, так и какие-либо мукоактивные составляющие. Но актуальность таких лекарственных форм на сегодняшний день вызывает дискуссии среди практикующих врачей и в научных кругах. Но раз такие препараты были официально зарегистрированы, значит, их применение не сопровождалось высоким риском развития серьезных нежелательных побочных эффектов.



Беседовала Екатерина Грищенко