

# Обоснование выбора муколитической терапии в практике педиатра

**Кашель является одним из наиболее частых симптомов, с которыми приходится сталкиваться педиатру, семейному врачу. У 28% мальчиков и 30% девочек, переносящих инфекцию дыхательных путей, кашель может быть единственным симптомом. В то же время причины, приводящие к возникновению кашля, многообразны, поэтому поиск этиологически значимого фактора нередко занимает длительное время и сопряжен с определенными трудностями. В связи с этим диагностический алгоритм при наличии кашля и его патогенетическое лечение представляют собой актуальную проблему педиатрии.**



Т.А. Крючко

Высокая распространенность кашля в педиатрии сформировала ложное представление о том, что кашель — незначительная проблема и вылечить его могут родители, знакомые, провизоры аптек (К. Haver, 2009). Сегодня активно дискутируется вопрос о рациональности безрецептурного отпуска муколитических препаратов, ведь выбор и применение противокашлевой терапии в педиатрии предполагают знание первопричины кашля, механизма действия используемых муколитических средств, а также особенностей формирования кашлевого рефлекса в детском возрасте. С учетом перечисленных условий подбор оптимального средства для лечения кашля несомненно является прерогативой врача. При лечении кашля у детей преимущество необходимо отдавать препаратам с универсальным действием, доказанным высоким профилем эффективности и безопасности (G.K. Isbister, F. Prior, H.A. Kilham, 2010).

Кашель является физиологическим рефлексом, который выполняет в первую очередь защитную функцию и может наблюдаться у совершенно здоровых детей. Так, в течение суток ребенок может иметь в среднем 10 коротких кашлевых толчков, преимущественно днем. Их число возрастает во время острых респираторных вирусных инфекций, эпизоды которых могут возникать 5–8 раз в год с длительностью кашлевого периода до 2–3 нед, что не считается признаком патологии (J.C. De Jongste, M.D. Shields, 2003). Таким детям специфическая терапия кашлевого синдрома не проводится. Лечение кашля показано только в тех случаях, когда он нарушает самочувствие и состояние больного, при этом терапию всегда следует начинать с устранения причины данного патологического проявления. При патологическом кашле кашлевые толчки могут беспокоить ребенка до 140 раз в течение дня, препятствуя посещению занятий в школе и спортивных тренировок (De Blasio et al., 2012); около половины пациентов, страдающих хроническим кашлем, отмечают нарушение сна (K.K. Lee, S.S. Birring, 2010). Наряду с этим длительные приступы кашля могут приводить к ряду осложнений: провоцировать тошноту и рвоту, растяжение межреберных мышц, непроизвольное мочеиспускание, кровоизлияния в сосуды склер, повышение давления в венах, развитие эмфиземы легких и легочной гипертензии.

**В соответствии с действующими рекомендациями Европейского респираторного общества и Британского торакального общества различают:**

- острый кашель — длительность до 3 нед;
- подострый кашель — от 3 до 8 нед;
- хронический — продолжительностью более 8 нед.

Причинами острого кашля выступают респираторные инфекции (трахеит, бронхит, пневмония, плеврит, синусит), токсическое или механическое воздействие на слизистую дыхательных путей (ингаляции токсических веществ, инородные тела бронхиального дерева), тромбоэмболия легочной артерии. Наиболее частой причиной острого кашля являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). Важное значение в развитии инфекции и ее рецидивов имеет гиперреактивность бронхов. Так, у детей, впервые переболевших респираторной инфекцией, только в 28% случаев наблюдается рецидив инфекции, в то время как у часто болеющих детей этот показатель достигает 70%. При этом повторные эпизоды, как правило, не являются следствием инфицирования, а свидетельствуют о дисбалансе в работе бронхиальных рецепторов, то есть о наличии гиперреактивности бронхов. Поскольку ОРВИ характеризуются благоприятным течением и склонны к саморазрешению, при адекватном домашнем режиме и соответствующем лечении у большинства пациентов кашель бывает непродолжительным и проходит в течение 2–3 нед. При наличии вязкой трудноотделяемой мокроты назначение короткого курса муколитического препарата в большинстве случаев приносит облегчение ребенку.

К возникновению подострого кашля приводят синусит, аденоидит, бронхит, а также коклюш. В последние годы отмечается тенденция к увеличению заболеваемости коклюшем, что связано с несколькими факторами. Во-первых, уровень антител к возбудителю коклюша к 6 годам недостаточен — 73% детей не имеют антител к *Bordetella pertussis*. По данным А.М. Wendelboe и соавт. (2005), уровень серопротекции детей 5–7 лет в Австрии составляет 27%. При этом подростки и взрослые представляют собой резервуар инфекции для не завершивших вакцинацию детей, наиболее уязвимыми являются дети младенческого возраста. Синдром постназального затекания слизи (Postnasal Drip Syndrome — PNDS) рассматривается сегодня как одна из частых причин подострого кашля. В основе развития PNDS, сопровождающего воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, лежит стекание слизи по задней стенке глотки до гортаноглотки, вестибулярного отдела гортани, что приводит к стимуляции афферентной части дуги кашлевого рефлекса. В результате широкого применения антибиотиков при респираторных инфекциях верхних дыхательных путей до 20% синуситов протекают субклинически и проявляются только хроническим кашлем. Характерной особенностью PNDS является усиление кашля ночью (в горизонтальном положении ребенка).

**Среди причин хронического кашля различают бронхолегочные, такие как хронический бронхит, бронхиальная астма, опухолевые заболевания бронхов, туберкулез, муковисцидоз, врожденные и наследственные заболевания легких.**

**К внелегочным причинам относят хронические риниты и синуситы, гастроэзофагеальную болезнь, аневризму аорты, опухоли средостения, хроническую сердечную недостаточность.**

Лидирующие позиции в структуре причин хронического кашля занимают бронхиальная астма (39%), затяжной бактериальный бронхит (23,4%) и PNDS (23%). Другими причинами могут быть курение (22%) и гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР; 15%). Затяжной, или персистирующий, бактериальный бронхит особенно часто приводит к возникновению хронического кашля у детей в возрасте до 5 лет. Данный диагноз может быть установлен у детей с влажным кашлем при наличии рассеянных, преимущественно влажных хрипов, разрешившихся после антибиотикотерапии, при условии исключения других возможных причин. Особое внимание должно быть уделено исключению бронхиальной астмы (эти два заболевания могут сочетаться), а также инородного тела бронхиального дерева (A.B. Chang, G.J. Redding, M.L. Everard, 2008). Большую проблему сегодня составляет курение среди подростков. За приобщение детей к пагубной привычке ответственны прежде всего курящие родители. Если в семье курят, вероятность появления кашля у ребенка в 3 раза выше, чем у детей из некурящих семей. Среди подростков к 13 годам курят 48%, к 16 годам эта вредная привычка формируется у 66% молодых людей, к 18 — уже у 75,5%.

Кашель при ГЭР может быть единственным симптомом у 50–75% пациентов. В диагностике ГЭР-опосредованного кашля большое значение имеют суточная пищеводная рН-метрия и связь эпизодов рефлюкса с кашлем. Необходимо подчеркнуть, что у детей рефлюкс имеет меньшее значение, чем у взрослых, поскольку кашлевые толчки сами по себе могут провоцировать появление ГЭР. В этом случае проследить истинную причинно-следственную связь практически не представляется возможным. В связи с этим ГЭР в настоящее время не рассматривается как одна из ведущих причин хронического кашля, однако необходимо учитывать вероятную патогенетическую связь между ГЭР и кашлем в отсутствие других диагностических гипотез (M.D. Shields, A. Bush, M.L. Everard et al., 2008).

**Диагностический поиск при обследовании ребенка с хроническим кашлем должен включать следующие мероприятия:**

- оценку общего состояния ребенка;
- рентгенографию легких и придаточных пазух носа;
- спирометрию с тестами на обратимость обструкции, мониторинг пиковой скорости выдоха;
- дневник динамики кашля;
- диагностическую бронхоскопию (при подозрении на инородное тело бронхов);
- исследование мокроты;
- аллергологическое обследование;
- пробу Манту;
- серологическое обследование на коклюш, наличие хламидийной инфекции;
- фиброэзофагогастроскопию, суточный мониторинг рН;
- исключение специфического процесса;
- консультацию оториноларинголога, кардиолога, невролога.

При назначении препарата для лечения кашля задачей врача является выбор средства с высоким уровнем безопасности и эффективности. Следует отдавать предпочтение препаратам, которые имеют положительные результаты метаанализа международных исследований. Таким препаратом на отечественном рынке является Бронхипрет (Bioonica, Германия). В состав Бронхипрета входят экстракты листьев плюща, травы чабреца, корня первоцвета. Для исключения возможности попадания токсичных поллютантов в производимые лекарственные средства подразделения компании Bioonica по выращиванию лекарственного сырья размещены на о. Майорка (Испания) и в экологически чистых областях Венгрии. Комбинация экстрактов чабреца и плюща имеет ряд преимуществ в педиатрии перед другими мукоактивными соединениями, а именно: возможность применения у детей в возрасте от 1 года; эффективность как при сухом, так и при влажном кашле; эффект ингаляции изнутри за счет высокого содержания тимола.

Сегодня накоплен значительный клинический опыт использования препарата Бронхипрет. Так, по эффективности при бронхите у взрослых и детей Бронхипрет не уступает синтетическим секретолитикам, превосходя их по безопасности (Х. Измаил, Г. Виллер, Х. Штайндль, 2004). В случае продуктивного кашля при остром бронхите монотерапия Бронхипретом продемонстрировала достоверное превосходство препарата перед плацебо по эффективности (B. Kemmerich, E. Eberhardt et al., 2006). В схожем по дизайну исследовании с участием детей и подростков с острым бронхитом и продуктивным кашлем 10-дневная терапия препаратом Бронхипрет приводила к излечению кашля или его значительному уменьшению на фоне хорошей переносимости. Так, через 4 дня лечения сиропом Бронхипрет 86% пациентов отмечали улучшение или выздоровление (O. Magzian, 2007). Е.С. Кешиян и Г.Ю. Семина (2006) сообщают о высокой эффективности и безопасности сиропа Бронхипрет при лечении вирусных и бактериальных заболеваний органов дыхания у детей раннего возраста.

Недостатками традиционных фитопрепаратов являются невозможность точного дозирования действующих веществ растительных экстрактов и мало прогнозируемый эффект. В компании Bioonica прогнозируемый эффект растительных компонентов достигается с помощью принципов фитониринга — концепции стандартизированного подхода к выращиванию и обработке лекарственных растений. Внедрение принципов фитониринга позволило получать современные фитопрепараты с тщательно выверенной и строго регламентированной активностью действующих веществ, каким и является препарат Бронхипрет.