



БЫСТРО ОСТАНОВИТ СУХОЙ КАШЕЛЬ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ БЕЗ СОНЛИВОСТИ!



ІНСТРУКЦІЯ

для медичного застосування лікарського засобу
РАПІТУС (RAPITUS)

Склад: діюча речовина: леводропропізин; 5 мл сиропу містять леводропропізину 30 мг; допоміжні речовини: сахарин натрію, натрію метилпарагідроксибензоат (Е 219), натрію пропілпарагідроксибензоат (Е 217), натрію карбоксиметилцелюлоза; сорбіту розчин, що не кристалізується (Е 420); кислота лимонна, моногідрат; понсо 4R (Е 124), апельсиновий ароматизатор, фруктовий суміш RSV, пропіленгліколь, вода очищена. **Фармакологічні властивості.** *Фармакодинаміка.* Леводропропізин — це протикашльовий засіб переважно периферичної дії, що сприяє зменшенню частоти та інтенсивності кашлю, має бронхолітичний ефект. Ефективність леводропропізину обумовлена пригніченням чутливості рецепторів бронхіального дерева. Леводропропізин діє на рівні нервових рецепторів шляхом інгібування проведення нервового імпульсу по С-волоконкам. Пригнічує вивільнення нейропептидів, таких як субстанція Р та інші, а також гістаміну, завдяки чому досягається суттєвий бронхолітичний ефект. *Фармакокінетика.* Леводропропізин швидко всмоктується у травному тракті, максимальна концентрація в плазмі досягається через 1,5–2 години після внутрішнього застосування, період напіввиведення становить 4–5 годин. **Показання.** Симптоматичне лікування сухого непродуктивного кашлю при фарингіті, ларингіті, трахеїті, трахеобронхіті, грипі, бронхіальній астмі, емфіземі легень, хронічному обструктивному бронхіті, при алергічних та інфекційно-запальних захворюваннях дихальних шляхів, а також при пухлинах легень. **Спосіб застосування та дози.** Препарат слід застосовувати за 1 годину до або через 2 години після їди. *Дорослим і дітям віком від 12 років* призначають по 10 мл (еквівалентно 60 мг леводропропізину) 3 рази на добу з проміжками не менше 6 годин. *Дітям від 2 до 12 років* застосовувати у дозі 1 мг/кг маси тіла 3 рази на добу, загальна добова доза — 3 мг/кг маси тіла. Для зручності можна застосовувати такі приблизні дози: дітям з масою тіла 10–20 кг застосовувати по 3 мл до 3 разів на добу; дітям з масою тіла 20–30 кг застосовувати по 5 мл до 3 разів на добу. Тривалість лікування визначається лікарем і не повинна перевищувати 7 днів. **Побічні реакції.** *З боку травного тракту:* нудота, блювання, диспепсія, печія, відчуття дискомфорту у шлунку, біль у животі, діарея. *З боку нервової системи:* втомлюваність, астенія, сонливість, запаморочення, головний біль, порушення свідомості, зомління, парестезії. *З боку серцево-судинної системи:* прискорене серцебиття, тахікардія, кардіопатія. *З боку шкіри та підшкірної клітковини:* шкірні висипання, свербіж. При індивідуальній непереносимості до будь-якого компонента препарату, у тому числі і до барвника понсо 4R, можливі алергічні реакції. Р. п. № UA/6153/01/01 від 08.06.2012.

Інформація призначена для розміщення в спеціалізованих виданнях та розповсюдження серед лікарів на семінарах, симпозиумах та конференціях, присвячених медичній тематиці. За додатковою інформацією звертайтеся у Представництво компанії.



Представництво в Україні: ТОВ "Маклеодс Фармасьютикалз Лімітед"
Україна, Київ, вул. Здобунівська, 7д, тел./факс: (044) 574-42-94, e-mail: macleods@nbi.com.ua

Кашель в клинической практике: разный характер — разный подход

Кашель является защитной реакцией организма, направленной на удаление из бронхов инородных агентов, таких как слизь, мокрота, пыль, или других раздражителей, которые могут сужать просвет бронхов и препятствовать свободному прохождению воздуха. Однако не всегда кашель выполняет защитную функцию. Существует достаточно много причин кашля, в том числе не связанных с простудными заболеваниями. Например, кашель может быть вызван возбуждением центральной нервной системы (невротический кашель), раздражением рецепторов органов дыхания, а также рецепторов других локализаций. Соответственно, подходы к лечению кашля могут существенно отличаться. Более подробно о механизмах кашля, диагностике и методах его терапии мы попросили рассказать кандидата медицинских наук Александра Васильевича Катилова (Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова).



А.В. Катилев

Какова патофизиология кашля и какую физиологическую роль он выполняет?

— Наиболее значимым механизмом защиты бронхиального дерева от чужеродных веществ является кашлевой рефлекс, механизм которого заключается в резком синхронном напряжении дыхательных мышц, что приводит к повышению давления в бронхиальном дереве с последующим (подобно взрыву) выталкиванием воздуха. За реализацию кашлевого рефлекса отвечает дыхательный центр продолговатого мозга. Пусковым механизмом кашля выступает раздражение кашлевых рецепторов, наиболее чувствительные из которых находятся в гортани, трахее и бронхах.

Кашлевой рефлекс реализуется в виде четырех последовательных фаз: быстрый и глубокий вдох; закрытие надгортанника и голосовых связок с целью задержать воздух в легких; сильное сокращение мышц живота и внутренних межреберных мышц, в результате чего происходит резкое повышение давления в легких; быстрое открытие голосовых связок, надгортанника и выход воздуха из легких под высоким давлением.

При каких заболеваниях встречается кашель?

— Кашель является одним из наиболее важных симптомов при заболеваниях как верхних, так и нижних дыхательных путей. Кашель может быть вызван возбуждением центральной нервной системы (невротический кашель), раздражением рецепторов органов дыхания, а также рецепторов других локализаций (например, нервных окончаний, расположенных в слуховом проходе, пищеводе). Все чаще в клинической практике встречаются такие заболевания, как коклюш, муковисцидоз, бронхиальная астма, фибрирующий альвеолит, гастроэзофагеальный рефлюкс, нарушения моторики пищевода, которые могут манифестировать в виде кашля или других респираторных симптомов.

Как классифицируют кашель и какое клиническое значение имеет такая классификация?

— По длительности кашель классифицируют на острый (до 3 нед), затяжной (3-8 нед) и хронический (более 8 нед), с практической точки зрения рационально разделить на острый (до 8 нед) и хронический (свыше 8 нед). Классификация кашля по длительности облегчает дифференциальную диагностику многих заболеваний дыхательных путей. Если острый кашель больше характерен для инфекционных заболеваний дыхательных путей, таких как бронхит, пневмония, то хронический — для аллергических (бронхиальная астма) и врожденных (пороки развития легких, муковисцидоз).

Различают два основных вида кашля: сухой и влажный. В свою очередь, влажный кашель делят на малопродуктивный (с выделением незначительного количества мокроты) и продуктивный (выделение значительного количества мокроты). Подобная характеристика влажного кашля достаточно условна, тем не менее она позволяет дифференцировать уровень поражения дыхательных путей, оценивать эффективность терапии и течение заболевания.

В зависимости от локализации поражения респираторного тракта кашель может быть поверхностным (фарингит, психогенный кашель)

и глубоким (трахеит, бронхит, пневмония, туберкулез). Редкий поверхностный кашель, наблюдаемый при раздражении ротоглотки, называют покашливанием. Ночной кашель характерен для бронхиальной астмы, коклюша и гастроэзофагеального рефлюкса. Отсутствие ночного кашля у пациента с высокой долей вероятности ставит под сомнение наличие указанных диагнозов. Однократная рвота на фоне кашля может наблюдаться у детей, особенно раннего возраста, при эпизодах кашля после еды.

Множественная повторяемость рвоты при кашле наиболее характерна для коклюша. Боль при кашле в определенных участках грудной клетки отмечается при фибринозном (сухом) плеврите. Плевральная боль имеет определенные характеристики: одностороннюю локализацию, чаще в нижних боковых отделах грудной клетки; усиление боли на глубине вдоха и при наклоне в здоровую сторону. Двусторонние боли в боковых отделах при дыхании и кашле не типичны для плеврита и наблюдаются при поражении мышц грудной клетки (вирусный миозит). Более редкими причинами боли в грудной клетке у детей являются пневмоторакс, миокардиты и межреберная невралгия. Увеличение интенсивности кашля при физических нагрузках имеет место практически при всех заболеваниях респираторных путей за счет дополнительного раздражения кашлевых рецепторов. Например, для бронхиальной астмы усиление кашля на фоне физической нагрузки является обязательным и учитывается при дифференциальной диагностике.

Значимое место в характеристике кашля занимает его частота. При оценке данного параметра необходимо помнить, что кашель является физиологическим защитным механизмом и отмечается у здоровых лиц. Часто физиологический кашель наблюдается у детей 2-5 лет жизни вследствие начала активной работы слюнных желез. Проведенные исследования подтверждают наличие физиологического кашля с частотой 6-11 раз в сутки у практически здоровых взрослых. У детей подобные исследования не проводились. К основным характеристикам физиологического кашля необходимо отнести отсутствие признаков заболеваний респираторного тракта, особенно бронхиальной обструкции, и мокроты, а также высокую частоту. Следует отметить, что при сборе жалоб нерационально добиваться точного числа повторяемости данного симптома. Кашель следует расценивать как частый при его повторяемости каждые 30 мин. Изнуряющий кашель приводит к нарушению речи, сна и наблюдается при инородном теле трахеи или бронхов, опухолях легких и головного мозга.

Каковы принципы лечения кашля?

— Прежде чем приступить к терапии кашля, необходимо определить, влажный он или сухой. Влажный кашель выполняет защитную функцию, направленную на выведение мокроты из дыхательных путей. В таком случае подавления кашля, как правило, не требуется, а для улучшения отхождения мокроты рекомендовано назначение муколитиков.

При сухом кашле защитная функция отсутствует, а сам кашель нередко доставляет пациенту много проблем. В частности, длительный кашель вызывает утомление, нарушение сна, ощущение снижения качества жизни больного. В целом длительный непродуктивный кашель замедляет процесс выздоровления, усугубляет течение заболевания и отягощает

общее состояние больного. Сухой кашель, который не сопровождается продукцией мокроты, требует обязательного лечения.

Каковы особенности лечения сухого кашля и критерии выбора противокашлевого препарата?

— Общий подход к терапии кашля предполагает поиск причины возникновения последнего с целью ее устранения. К сожалению, выявление этиологического фактора при данном симптоме не всегда является легкой задачей, поэтому на первый план выступают мероприятия, направленные на подавление кашлевого рефлекса.

С целью купирования сухого кашля назначают противокашлевые препараты, действие которых нацелено на подавление кашлевого рефлекса. В арсенале врача имеется два типа противокашлевых препаратов, которые влияют на разные звенья рефлекторной дуги кашлевого рефлекса. Противокашлевые препараты с центральным действием (неопиоидные и опиоидные) блокируют кашлевой рефлекс, воздействуя на его центр в продолговатом мозге. Противокашлевые препараты периферического действия влияют на восприимчивость рецепторов слизистой оболочки воздухоносных путей, не оказывая влияния на центр кашлевого рефлекса.

Противокашлевые препараты, блокирующие кашлевой центр, во многих случаях позволяют добиться супрессии кашля. Однако их применение сопряжено с высоким риском неприятных и неприятных побочных эффектов центрального генеза: сонливости, бессонницы, затрудненного дыхания, потери сознания, а также развития зависимости (Dicpinigaitis P.V., 2014). К тому же эффективность препаратов с тормозным влиянием на кашлевой центр при ряде заболеваний, особенно инфекций верхних отделов дыхательных путей, была поставлена под сомнение многими авторитетными специалистами. Противокашлевые препараты с периферическим действием купируют кашлевой рефлекс еще на этапе формирования нервных импульсов, снижая восприимчивость кашлевых рецепторов к внешним и внутренним раздражителям. Благодаря тому, что периферические противокашлевые препараты не оказывают влияния на кашлевой центр, их применение является более безопасным и не сопровождается развитием побочных эффектов со стороны центральной нервной системы, присущих средствам центрального действия. Для купирования кашля многие авторитетные международные организации рекомендуют применять леводропропилин — периферический противокашлевый препарат, наиболее полно отвечающий требованиям к лекарственным средствам данной группы. Так, Американская коллегия пульмонологов-фтизиатров (АССР) рекомендует леводропропилин пациентам с острым и хроническим бронхитом (категория рекомендации А). Практические специалисты отмечают более высокую результативность применения леводропропилина по сравнению с таковой препаратов, блокирующих кашлевой центр.

Какова доказательная база леводропропилина?

— О высокой эффективности и безопасности леводропропилина свидетельствуют данные многочисленных клинических исследований. Так, L. Allegra и R. Bossi (1988) наблюдали

положительную динамику купирования кашля у 80% пациентов с различными формами бронхита, получавших леводропропилин. При этом частота кашля снизилась на 30-50%.

D. S. Kim и соавт. (2002) отмечали лучшие клинические результаты (оценивались частота и тяжесть кашля) у детей с бронхитом на фоне приема леводропропилина в сравнении с соответствующим показателем у детей с таким же диагнозом, принимавших противокашлевый препарат центрального действия декстрометорфан.

В исследовании E. Satela и соавт. (1997) терапевтическую эффективность и переносимость леводропропилина оценивали по сравнению с таковыми декстрометорфана в течение 5 дней у взрослых пациентов с умеренным непродуктивным кашлем. Независимо от основной патологии и степени исходной тяжести кашля количество приступов кашля и его интенсивность достоверно ($p < 0,05$) уменьшились в обеих группах уже на 2-й день терапии. Однако в группе леводропропилина было отмечено более выраженное снижение частоты ночных пробуждений на фоне достоверно меньшего количества случаев побочных эффектов по сравнению с соответствующими показателями у лиц, получавших декстрометорфан (3,6 и 12,1% соответственно; в частности, случаев сонливости 4,6 и 10,4% соответственно).

A. Fioschi и соавт. (1991) показали эффективность леводропропилина в купировании кашлевого синдрома у детей с бронхиальной астмой. G. Luporini и соавт. (1998) отметили высокую противокашлевую эффективность леводропропилина у пациентов с метастатическим раком легких.

О высокой эффективности и безопасности леводропропилина в лечении кашля свидетельствуют результаты двух метаанализов, проведенных в детской и взрослой популяциях F. De Blasio (2014).

Приведенные исследования дают возможность сделать вывод о том, что прием леводропропилина ассоциируется:

- со снижением частоты побочных эффектов, имеющих место при приеме препаратов центрального действия (содержащих кодеин или декстрометорфан);
- с отсутствием дневной сонливости, а следовательно, и потери внимания как у детей, так и у взрослых;
- с отсутствием негативного влияния на психомоторные функции (нет седации и возбуждения, нарушения координации и настроения) и вентиляцию легких.

В Украине леводропропилин известен под торговой маркой Рапитус (компания «Маклеодс»). Препарат эффективен в лечении сухого кашля и купировании кашлевого рефлекса различного генеза. Препарат показан при сухом непродуктивном кашле в случае фарингита, ларингита, острого трахеита, трахеобронхита, гриппа, коклюша, а также при опухолях легких. Рапитус — готовый к употреблению сироп, не требующий хранения в холодильнике. Препарат может применяться у взрослых и детей от 12 лет — по 10 мл 3 р/сут, а у детей от 2 лет — из расчета по 1 мг/кг. Рапитус следует принимать за 1 час до еды или через 2 часа после еды, временной перерыв между приемами должен составлять не менее 6 часов. Рапитус является уникальным лекарственным средством не имеющим аналогов в Украине, с хорошей доказательной базой, высоким уровнем рекомендации мировых экспертов и, что немаловажно, по своей стоимости доступен украинским пациентам.

Подготовил Вячеслав Килимчук