

# Кашель как симптом ОРВИ: особенности проявления и подходы к лечению

**В структуре детской заболеваемости одно из первых мест занимает патология органов дыхания, о чем свидетельствуют результаты эпидемиологических исследований и данные статистики. Из трех обращений к участковым педиатрам два обусловлены именно острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ), которые в большинстве случаев имеют инфекционную природу. Хотя этиологические факторы ОРЗ разные, их клиническая картина похожа, причем одним из основных симптомов является кашель. Связано это с тем, что вирусы, вызывающие ОРЗ, поражают в основном эпителий дыхательных путей. В зависимости от уровня поражения кашель приобретает определенные характеристики, от которых, в свою очередь, зависит лечебная тактика.**

Существует несколько классификаций кашля. По продолжительности его разделяют на острый (до 3 недель), подострый (затяжной) и хронический (более 8 недель). По частоте возникновения эпизодов кашель бывает приступообразным, периодическим и постоянным, по интенсивности — слабым, умеренным, выраженным; он также может быть болезненным или безболезненным. Продуктивным называют кашель с отхождением мокроты, непродуктивным — без ее выделения. Также кашель отличается по тембру и звучности — громкий, тихий, лающий и т.д.

Для острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) характерно появление кашля в первые 48 часов от начала заболевания. Вначале он, как правило, непродуктивный, но через 3-4 дня может отходить мокрота. К наиболее распространенным ОРВИ, которые сопровождаются сухим кашлем, относятся грипп, парагрипп, респираторно-синцитиальную (РС), риновирусную и аденовирусную инфекции. Объединяет эту группу заболеваний не только наличие кашля, но и другие общие симптомы — боль в горле, насморк, слабость, головная боль, повышение температуры тела и др. Дифференцировать ОРВИ можно по тому, в какой комбинации присутствуют эти симптомы, какие из них являются ведущими, по степени их выраженности. По характеристикам кашля (время возникновения, длительность сохранения, наличие мокроты) также можно заподозрить ту или иную ОРВИ. В некоторых случаях ОРВИ кашель является ведущим симптомом.

При гриппе инфекционно-воспалительный процесс локализуется преимущественно в трахее и крупных бронхах, соответственно, кашель при этом сухой, надсадный, сопровождается болью за грудиной. Иногда он может появляться уже в первый день заболевания вместе с резким повышением температуры тела до 38,5-39,5°C, выраженным интоксикационным синдромом (головная боль, обильное потоотделение, слабость, светобоязнь, суставная и мышечная боль). Достаточно быстро присоединяются другие катаральные явления — заложенность носа, слезотечение, боль в горле, гиперемия зева и др. Кашель через 3-4 дня после появления становится продуктивным, с отхождением слизистой мокроты. При благоприятном течении заболевания симптомы гриппа сохраняются в течение 5 дней, выздоровление обычно наступает к 5-10-м суткам. Осложнением вирусных ОРЗ может быть синдром крупа (ложный круп), для которого характерны осиплость голоса, лающий кашель, стенотическое дыхание.

Причиной кашля у детей при парагриппе чаще всего является ларингит, хотя в процесс могут вовлекаться и другие отделы дыхательных путей. Кашель при этом сухой, упорный, мучительный. Его часто называют лающим. Он появляется с первых дней болезни и сопровождается осиплостью голоса, болью и першением в горле. Интоксикационный синдром выражен не так ярко, как при гриппе.

При отсутствии осложнений длительность болезни не превышает 5-7 дней, но кашель может сохраниться на 2 недели и более. Опасен парагрипп тем, что у детей может развиваться острый стенозирующий ларингит или ларинготрахеит (ложный круп). Особое внимание следует уделять детям, у которых появляется затрудненное свистящее дыхание, что является одним из признаков ложного крупа.

**РС-инфекция** встречается в основном у детей первого года жизни. У пациентов этой возрастной группы ведущей является патология нижних дыхательных путей и наиболее характерным — тяжелое поражение бронхиол. С первого дня отмечается повышение температуры тела до 38-38,5°C, затруднено носовое дыхание, кашель носит сухой характер. По мере развития заболевания дыхание становится шумным, на выдохе могут выслушиваться свистящие хрипы, слышные на расстоянии, грудная клетка увеличена в размере и выглядит раздутой, нарастает одышка. Кашель становится мучительным, приступообразным, продолжительным, отделяется густая вязкая мокрота в небольшом количестве. В результате этого ребенок становится беспокойным или вялым, апатичным, у него нарушается сон, снижается аппетит. У детей старше 4 лет и у взрослых клиническая картина РС-инфекции сходна с другими ОРВИ, хотя особенностью является более длительное течение — в среднем до 10 дней. При этом кашель сохраняется дольше других симптомов.

**Аденовирусная инфекция** может иметь множество разнообразных клинических форм. Типичную клиническую картину создает сочетание конъюнктивита с воспалением слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Сухой кашель может наблюдаться с первых дней болезни, поскольку бронхит является частым и ранним проявлением этого заболевания. Кашель доставляет значительный дискомфорт ребенку, особенно если он сухой и навязчивый. Через несколько дней кашель становится продуктивным, с отделением большого количества вязкой слизистой мокроты.

Для **риновирусной инфекции** кашель не характерен, ведущим симптомом этой ОРВИ является ринит с обильными серозными выделениями (ринорея). Однако у детей младшего возраста может наблюдаться сухой першащий кашель вследствие поражения гортани и бронхов. Кашель может становиться влажным при присоединении бактериальной инфекции. Также кашель при аденовирусной инфекции может быть следствием затекания слизи из полости носа в нижерасположенные отделы дыхательных путей (синдром постназального затекания), при этом его следует рассматривать как сухой, а не продуктивный.

При выборе препарата для лечения кашля при ОРВИ обязательно необходимо учитывать его характер, выраженность, влияние на общее состояние ребенка. Все препараты для лечения кашля можно разделить на две основные группы — средства, направленные на разжижение мокроты и усиление ее эвакуации

(отхаркивающие), и средства, подавляющие кашлевой рефлекс (противокашлевые).

Отхаркивающие средства (экспекторанты) — это препараты, способствующие уменьшению вязкости мокроты и ее выведению из дыхательных путей. В зависимости от принципа действия они разделяются на средства с рефлекторным и прямым действием. Механизм действия первых заключается в раздражении слизистой оболочки желудка, что вызывает рефлекторное усиление работы бронхиальных желез с увеличением количества мокроты, которая становится более жидкой и текучей. К ним относятся корень алтея, корень солодки, трава термопсиса. Отхаркивающие средства с прямым действием делятся на две подгруппы: препараты, действующие на железы бронхов, и препараты, разжижающие мокроту (муколитики). К первой подгруппе относятся препараты, которые стимулируют выработку жидкой мокроты (соли йода, эфирные масла, гидрохлорид натрия и др.). Муколитические средства (ацетицистеин, бромгексин, амброксол) стимулируют работу желез и активность ворсинок дыхательных путей. Эти эффекты приводят к облегчению отхождения слизи и ее выведению.

Отхаркивающие средства показаны при всех патологических состояниях и заболеваниях, сопровождающихся влажным кашлем с выделением вязкой густой мокроты.

Их нельзя комбинировать с противокашлевыми средствами. Параллельное использование лекарств из обеих групп может привести к скоплению в дыхательных путях большого количества мокроты с развитием бронхообструктивного синдрома.

Противокашлевые препараты способны блокировать кашлевой рефлекс либо на уровне кашлевых рецепторов, либо на уровне кашлевого центра, расположенного в стволе головного мозга. Они разделяются на три группы:

1. Центрального действия.
2. Периферического действия.
3. Препараты, обладающие как центральным, так и периферическим механизмом противокашлевого действия.

Препараты второй группы действуют на уровне кашлевых рецепторов, то есть снижают чувствительность нервных окончаний слизистой оболочки дыхательных путей, блокируя периферическое (афферентное) звено кашлевого рефлекса. Но следует отметить, что по эффективности эта группа препаратов серьезно уступает противокашлевым средствам центрального действия.

Препараты центрального действия (кодеин, кодеина фосфат, этилморфина гидрохлорид) блокируют кашлевой непосредственно на уровне кашлевого центра продолговатого мозга. По химическому строению и фармакологическим свойствам они близки к морфину и наряду с кашлевым центром угнетают также дыхательный. Кроме того, противокашлевые препараты центрального действия могут вызывать привыкание при длительном применении. В связи с наличием

таких недостатков их применение в педиатрической практике ограничено.

Альтернативой им являются ненаркотические средства центрального действия, например на основе глауцина, поскольку они не вызывают лекарственной зависимости и действуют угнетающе только на кашлевой центр. В педиатрической практике давно известным и широко применяемым препаратом этой группы является Бронхолитин. Этот комбинированный препарат, содержащий глауцина гидробромид, эфедрина гидрохлорид, обладает противокашлевым, бронходилатирующим и бронхоантисептическим действием.

Глауцин представляет собой алкалоид, выделенный из растения мачек желтый (*Glaucium flavum*). Его действие направлено на блокирование кашлевого рефлекса на уровне центральной нервной системы. В отличие от кодеина глауцин не угнетает дыхательный центр, не подавляет двигательную активность кишечника, при длительном применении не вызывает лекарственной зависимости и привыкания. Кроме того, глауцина гидробромид имеет слабо выраженное анальгезирующее, бронхоспазмолитическое и противовоспалительное действие.

В свою очередь эфедрин, который является симпатомиметиком, возбуждает  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренергические рецепторы, участвует в высвобождении норадреналина из депо, уменьшает отек слизистой оболочки бронхов, вызывает сужение артерий и умеренно стимулирует дыхательный центр. Бронходилатирующий эффект эфедрина способствует расширению просвета бронхов и облегчает выделение мокроты.

Вспомогательный компонент Бронхолитина — масло базилика — оказывает противовоспалительное, анестезирующее и слабое антисептическое действие, а также успокаивающее действие на нервную систему.

Состав Бронхолитина позволяет эффективно применять препарат в комплексной терапии заболеваний дыхательной системы, которые сопровождаются сухим непродуктивным кашлем, в том числе при ОРВИ.

Бронхолитин выпускается в форме сиропа с приятным вкусом, его можно применять у детей, начиная с 3-летнего возраста: от 3 до 5 лет — по 1 мерной ложке сиропа (5 мл), разведенного непосредственно перед применением в 10 мл охлажденной кипяченой воды, 3 раза в день; от 5 до 10 лет — по 1 мерной ложке (5 мл) 3 раза в день; старше 10 лет — по 2 мерные ложки (10 мл) 3-4 раза в день. Длительность курса лечения составляет 5-7 дней.

Благодаря тому что Бронхолитин хорошо переносится пациентами и совместим с противовирусными, антибактериальными, жаропонижающими средствами и витаминами, применение его в комплексной терапии ОРВИ способствует более эффективному лечению.

Таким образом, Бронхолитин является препаратом выбора в лечении пациентов, которым кашель доставляет значительный дискомфорт и усугубляет течение основного заболевания, в том числе при ОРВИ. Эффективно устраняя кашель, он не влияет на работу дыхательного центра и способствует быстрому восстановлению функции органов дыхания.

Подготовила Елена Миценко