

Кашель как симптом заболеваний дыхательной системы: как его оценивает врач общей практики

Кашель является защитным физиологическим актом в ответ на раздражение слизистой оболочки дыхательных путей и одним из основных симптомов инфекционных, воспалительных и структурно-дегенеративных заболеваний респираторной системы. При неспецифических острых инфекциях верхних дыхательных путей кашель зачастую становится основной жалобой больных наряду с лихорадкой и симптомами инфекционной интоксикации.

При хронической патологии легких, которая сопровождается бронхоспазмом, например при бронхиальной астме, кашель в структуре жалоб пациентов может отходить на второй план, уступая место одышке. Так или иначе, частый кашель снижает качество жизни и уровень социального функционирования больных, поэтому требует внимания клиницистов. В то же время большинство пациентов самостоятельно принимают безрецептурные противокашлевые средства при простудных заболеваниях, и этот факт необходимо выяснить до назначения терапии. Представляя себе лечение своего заболевания, пациенты ожидают в первую очередь купирования симптомов, в том числе кашля. Поэтому своевременное реагирование врача на эту жалобу может иметь значение для повышения приверженности больного к лечению и выполнения остальных врачебных назначений. Кроме того, нельзя игнорировать экономические потери от этого симптома. По данным некоторых авторов, с инфекциями верхних дыхательных путей, которые сопровождаются затяжным изнуряющим кашлем, связано большее число случаев нетрудоспособности, чем с любыми другими заболеваниями.

В курсе пропедевтики внутренних болезней, который является обязательным этапом на пути к получению диплома врача, подробно рассматриваются различные характеристики кашля как отдельного симптома. Кашель может иметь разную частоту, интенсивность, периодичность, быть болезненным, продуктивным или непродуктивным. Кроме того, оценивается его соотношение с различными феноменами во время аускультации легких и трахеобронхиального дерева. Считается, что характеристики кашля наряду с данными анамнеза и адекватной оценкой результатов других методов обследования помогают установить правильный диагноз. На практике же врач, который не является пульмонологом, при сборе анамнеза и объективном обследовании в те несколько минут, которые официально отводятся на прием одного больного, воспринимает в основном две характеристики кашля — время его начала (острый или хронический кашель) и продуктивность. Первая позволяет предположить острый или хронический характер патологического процесса, послужившего причиной кашля. Острым принято называть кашель, который сохраняется в течение менее 3 нед, подострым — в течение 3-8 нед, хроническим — более 8 нед.

! Острый кашель при респираторных вирусных инфекциях обычно не привлекает внимание врачей, в то же время он может быть проявлением серьезных заболеваний или их осложнений, таких как пневмония, эмболия легочной артерии, рак легких, пневмоторакс, отек легких.

Хронический кашель у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких также не редкость. Определенное значение имеет оценка этого симптома в динамике. Учащение приступов кашля или изменение его характера

могут сигнализировать о прогрессировании заболевания, однако в большинстве случаев эту динамику трудно отследить со слов пациента.

Степень продуктивности кашля может свидетельствовать о выраженности секреторного компонента при хронической патологии дыхательной системы или о вхождении инфекционно-воспалительного заболевания в стадию разрешения. При наличии отделяемого следует обращать внимание на его характер. Тревожные признаки — это гнойная мокрота или наличие в ней крови. Логичным продолжением диагностического алгоритма при продуктивном кашле является лабораторное исследование мокроты, которое в общетерапевтической практике назначается редко в силу трудностей забора материала и его своевременной доставки в лабораторию, а также в связи с невысокой клинической значимостью результатов данного метода. Микробиологическое исследование в ряде случаев помогает определить возбудителя инфекционного заболевания и скорректировать антимикробную терапию, но его востребованность обычно не высока, поскольку, например, лечение пневмонии начинают с эмпирической антибиотикотерапии. В большинстве случаев она является эффективной, поэтому в уточнении этиологии заболевания нет клинической необходимости. Специфические находки в мокроте, например спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена при бронхиальной астме, в настоящее время также утрачивают актуальность в связи с внедрением более информативных методов обследования в пульмонологию.

Таким образом, в большинстве случаев кашель является неспецифическим симптомом и не позволяет сделать какие-либо диагностические выводы без учета анамнеза и результатов объективного обследования. Пожалуй, единственным исключением являются характерные изнуряющие приступы сухого кашля (репризы) при коклюше, но и в этом случае требуется проведение дифференциальной диагностики.

! Следует помнить о том, что кашель может быть симптомом заболеваний не только дыхательных путей, но и других органов и систем. Затрудненное дыхание и приступообразный сухой кашель наблюдаются при сдавлении трахеи и бронхов опухолями средостения, увеличенной щитовидной железой, аневризмой аорты. Причиной кашля также может быть гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, прием некоторых препаратов, например антигипертензивных средств из класса ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.

Характеристики кашля не являются специфическими признаками конкретных заболеваний, но их оценка играет роль при назначении комплексной терапии.

Медикаментозный арсенал противокашлевой терапии включает средства с различными механизмами действия, и необходимо научиться правильно их использовать с учетом причины кашля,

условий и механизмов его развития, чтобы, с одной стороны, минимизировать интенсивность и длительность кашля, а с другой — не снизить его saniрующей эффект, если таковой присутствует. Например, влажный кашель в фазе разрешения острого бронхита способствует выведению слизи и очищению дыхательных путей. В этом случае дополнительное вмешательство нецелесообразно. При продуктивном кашле с вязкой и трудно отделяемой мокротой saniрующей эффект кашля снижается, и для коррекции необходимо назначить муколитик, который улучшает отделение мокроты за счет изменения реологических свойств бронхиального секрета.

В случае выделения скудной мокроты показано применение отхаркивающих средств, действие которых заключается в стимуляции работы слизистых желез бронхов и увеличении объема мокроты.

Непродуктивный кашель теряет физиологическое значение. Частый сухой кашель характеризуют меткими эпитетами «навязчивый» и «изнуряющий». Он нарушает сон, аппетит и работоспособность, а при высокой его частоте может приводить к дополнительным проблемам для пациента и опасным осложнениям, таким как головная боль, рвота, носовые кровотечения, формирование паховых и диафрагмальных грыж, нарушение мозгового кровотока и обморочные состояния, нарушение сердечного ритма, недержание мочи, разрыв эмфизематозных участков легких с развитием спонтанного пневмоторакса, поэтому требует обязательного симптоматического лечения. Для этого применяются противокашлевые средства, которые обладают способностью угнетать кашлевой рефлекс на уровне продолговатого мозга (препараты центрального действия) посредством снижения чувствительности рецепторов эфферентных окончаний блуждающего нерва или опосредованно за счет бронхорасширяющего и/или противоотечного действия.

На практике чаще применяются комбинированные препараты, содержащие активные компоненты как центрального, так и периферического действия. Среди них следует выделить хорошо известный как врачам, так и потребителям продукт компании «Софарма» — сироп от кашля Бронхолитин.

На украинский рынок Бронхолитин вышел в 1982 г., быстро завоевал популярность среди врачей, фармацевтов и пациентов и до сих пор остается одним из самых применяемых лекарственных средств при кашле, вызванном респираторными заболеваниями. Лекарственная форма Бронхолитина — сироп — особенно актуальна при частом кашле, когда проглатывание таблеток затруднено, а также в педиатрической практике. Препарат производится во флаконах по 125 мл и содержит в 5 мл 5,75 мг глауцина гидробромида и 4,6 мг эфедрина гидрхлорида. Глауцина гидробромид является алкалоидом растения *Glaucium flavum* (мачок желтый). Этот компонент оказывает выраженное ингибирующее действие на кашлевой центр, расположенный в продолговатом мозге, не угнетая при этом дыхательный центр, что обеспечивает селективный противокашлевой

эффект независимо от этиологии кашля. Эфедрин по происхождению также растительный алкалоид, он является адrenomimetиком непрямого действия и за счет стимуляции β_2 -адренорецепторов гладкой мускулатуры слизистой оболочки бронхов оказывает выраженное бронходилатирующее действие, а посредством взаимодействия с α_1 -адренорецепторами сосудов слизистой оболочки бронхов уменьшает их отек. Среди вспомогательных веществ сиропа следует отметить еще один растительный компонент — масло базилика, которое также можно считать действующим началом, поскольку оно обладает собственным противовоспалительным, анестезирующим и антисептическим действием.

Таким образом, эта рациональная комбинация обеспечивает противокашлевой, бронхорасширяющий, противовоспалительный (деконгестивный), противовоспалительный антисептический эффект, которые находят точки приложения в патогенезе разнообразных по происхождению респираторных заболеваний.

! Бронхолитин показан к применению в комплексной терапии заболеваний дыхательной системы, которые сопровождаются сухим непродуктивным кашлем: острым и хроническим бронхитом, трахеобронхитом, бронхиальной астмой, пневмонией, бронхоэктазом.

Немаловажным преимуществом препарата является возможность применения у детей с 3 лет. Противопоказания, помимо известной чувствительности к действующим веществам и вспомогательным компонентам препарата, включают ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, тяжелые органические заболевания сердца с проявлениями декомпенсации, тиреотоксикоз, феохромоцитому, глаукому, гипертрофию предстательной железы, бессонницу. Бронхолитин также нельзя применять у детей в возрасте до 3 лет, в первом триместре беременности и в период кормления грудью.

Действующие вещества Бронхолитина могут вступать в нежелательные взаимодействия с препаратами других классов: психостимуляторами, пероральными сахароснижающими и кардиологическими средствами. Эти взаимодействия хорошо описаны в инструкции к препарату, и при соблюдении особых указаний и мер предосторожности побочных эффектов легко избежать. В то же время Бронхолитин совместим с препаратами, которые применяются для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний: антибактериальными, противоаллергическими, жаропонижающими средствами, витаминами и иммуномодуляторами.

Отдельные компоненты препарата Бронхолитин и их комбинация в 1980-1990-х годах изучались в ряде клинических исследований как противокашлевые средства для терапии острого и хронического бронхита, бронхиальной астмы и коклюша. Исследования подтвердили высокую эффективность и безопасность Бронхолитина в комплексном лечении воспалительных заболеваний дыхательных путей у пациентов разного возраста, в том числе у детей и пожилых. В повседневной клинической практике Бронхолитин остается одним из самых назначаемых противокашлевых средств.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**

