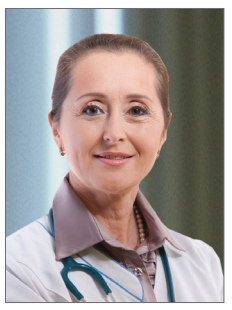
ZU_2013_pediatr_3.qxd 02.10.2013 11:37 Page 27

Кашель у детей – симптом, требующий внимания врача

В рамках XV Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии», проходившей 19-21 сентября в г. Харькове, немало выступлений были посвящены актуальной для педиатрии проблеме диагностики и лечения острой респираторной патологии у детей.

Заведующая кафедрой детских и подростковых заболеваний Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, Заслуженный врач Украины, главный подростковый терапевт МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор Галина Владимировна Бекетова в докладе «Комбинированные отхаркивающие средства в педиатрии» осветила современные направления в лечении кашля в педиатрической практике.



– Кашель – мультидисциплинарная проблема, частый симптом в практике педиатра, семейного врача, терапевта, пульмонолога, аллерголога, фтизиатра. Он встречается более чем при 100 заболеваниях различной этиологии.

У детей чаще всего кашель сопровождает болезни инфекционного или аллергического генеза. Однако необходимо учитывать и возможность других причин (инородные тела, аспирационные нарушения, патология центральной и периферической нервной системы, облитерирующий бронхиолит, врожденные пороки дыхательного тракта, муковисцидоз, бронхолегочная дисплазия, онкологические заболевания, сдавление бронхов извне, патология сердечно-сосудистой системы). В то же время кашель – это сложный, прежде всего физиологический рефлекс, возникающий в результате раздражения слизистой оболочки дыхательных путей и направленный на очищение и восстановление проходимости дыхательного тракта.

Говоря о кашле у детей, важно учитывать наличие у них ряда анатомо-физиологических особенностей респираторного тракта. К ним относятся преобладание более плотного гелевого слоя бронхиального секрета над золевым, его повышенная вязкость вследствие высокого содержания сиаловой кислоты, слабое развитие дыхательной мускулатуры, относительно большее, чем у взрослых, количество бокаловидных клеток на единицу площади слизистой оболочки и обильная васкуляризация, которые в совокупности обусловливают склонность к гиперкринии, отеку и сужению просвета бронхиальной трубки при воспалении. Чем младше ребенок, тем труднее ему откашлять мокроту, что предрасполагает к присоединению вторичной микрофлоры и развитию осложнений. Вот почему необходимым условием успешного лечения детей при наличии кашля является комплексное воздействие как на саму мокроту, так и на диаметр дыхательных путей.

Если говорить о детях в подростковом возрасте, то огромное значение имеет проблема курения. Среди европейских стран Украина занимает второе место после Греции по количеству курящих подростков.

Также прослеживается тенденция к увеличению количества курящих среди беременных и женщин детородного возраста. При этом заложниками в сложившейся ситуации становятся дети, в том числе и младшего возраста, поскольку пассивное курение играет немаловажную роль в формировании у них патофизиологических механизмов, в первую очередь со стороны респираторного тракта.

Доказано, что активное и пассивное курение приводит к гипертрофии бронхиальных желез, нарушению мукоцилиарного клиренса, снижению фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов, количества Т-лимфоцитов, синтеза иммуноглобулинов IgM, IgG, IgA, гиперпродукции IgE, повышению активности n. Vagus с формированием гиперкринии и бронхоспазма. Это особенно важно помнить, поскольку у детей младшей возрастной группы отмечается физиологическая ваготония, которая усиливается на фоне пассивного курения.

В настоящее время на украинском рынке представлены более 200 различных препаратов для симптоматической терапии при кашле. И зачастую выбор мукоактивного средства для конкретного пациента является для врача очень непростой задачей.

На международной конференции – Совете экспертов, состоявшемся в текущем году с участием ведущих специалистов в области пульмонологии, терапии, педиатрии, фармакологии, была принята резолюция, которая включает ряд основополагающих рекомендаций, разработанных с учетом анатомо-физиологических особенностей респираторного тракта у детей и патофизиологических механизмов кашля при острой респираторной патологии в практике семейного врача. В первую очередь экспертами акцентировано внимание на верификации диагноза, т.е. на необходимости поиска причины, вызвавшей кашель. Учитывая анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей младших возрастных групп, при кашле вследствие острых респираторных заболеваний обоснованным признано назначение комбинированных мукоактивных препаратов, обладающих дополнительными эффектами экспектoрации и бронходилатации.

Совет экспертов 2013 г. в резолюции рекомендует для этой категории пациентов комбинацию бромгексина, гвайфенезина и сальбутамола. Основываясь на собственном клиническом опыте, мы можем с уверенностью говорить об эффективности такой комбинации мукоактивных средств, входящих в состав препарата Аскорил. При этом важной составляющей амбулаторного лечения острого респираторного заболевания является правильный уход за ребенком, обеспечение доступа чистого, умеренно влажного воздуха, достаточное теплое питье, гипоаллергенная диета, дыхательная гимнастика и др. Если врач не может гарантировать безупречный домашний уход за больным ребенком, применение комбинированных мукоактивных средств может значительно улучшить выведение мокроты и повысить эффективность терапии в амбулаторных условиях. В резолюции Совета экспертов 2013 г. в данном случае даны рекомендации о применении комбинации бромгексина, гвайфенезина и сальбутамола.

Как показывает практика, в случае острых респираторных инфекций к врачу обращаются в случае кашля, резистентного к лечению так называемыми «домашними» средствами или безрецептурными препаратами, купленными без консультации врача. После неэффективного самолечения при остром бронхите назначение комбинации бромгексина, гвайфенезина, сальбутамола позволяет влиять сразу на несколько патогенетических звеньев формирования кашля и оказать муколитический, мукокинетический, противовоспалительный и бронходилатирующий эффекты, что способствует быстрому облегчению состояния пациента и улучшает его качество жизни. Следует учитывать, что при остром бронхите с малопродуктивным кашлем имеет место гиперреактивность бронхов, что является причиной развития синдрома длительного постинфекционного кашля. Это состояние требует соответствующей терапевтической тактики. В резолюции Совета экспертов рекомендуется в подобной ситуации использовать комбинацию бромгексина, гвайфенезина и сальбутамола. Обоснованием для объединения этих трех веществ является то, что их терапевтические эффекты дополняют друг друга. Так, бромгексин, действуя в качестве муколитика, уменьшает вязкость мокроты, стимулирует продукцию сурфактанта. Гвайфенезин увеличивает секрецию жидкой части слизи (мукогидрант), повышает активность цилиарного эпителия дыхательных путей (мукокинетик), уменьшает поверхностное натяжение и адгезию мокроты. Благодаря этому компоненту обеспечивается эффект выведения мокроты, или экспектoрация.

Сальбутамол, в свою очередь, оказывает комплексное разноплановое действие. Так, согласно данным российских ученых (Малахов А.Б. и соавт., 2012) при респираторной патологии (ринит, фарингит, ларингит, бронхит и др.) возникает скрытый бронхоспазм, в основе которого лежит дисбаланс симпатического и парасимпатического звеньев вегетативной нервной системы с преобладанием ваготонии. В такой ситуации показано использование высокоселективных β_2-агонистов короткого действия (например, сальбутамола) в минимальных терапевтически значимых дозах, которые могут подавлять гиперреактивность бронхов, оптимизируя их моторику (снижать сопротивление дыхательных путей), устранять антигензависимое угнетение мукоцилиарного клиренса и тормозить выброс медиаторов из тучных клеток и базофилов (Van Veen et al., 2000; Baker J., 2010).

Таким образом, наличие сальбутамола в составе препарата уже в первые часы после приема обеспечивает снижение проявлений ваготонии у детей, уменьшает гиперреактивность бронхов и облегчает полноценный дренаж мокроты при острой респираторной инфекции. Поэтому с первых дней заболевания обосновано назначение ребенку не только муколитиков, но и минимальной терапевтически значимой дозы сальбутамола с целью обеспечения адекватного выведения мокроты. В наших собственных клинических наблюдениях была продемонстрирована высокая эффективность комбинации бромгексина, гвайфенезина и сальбутамола, входящих в состав препарата Аскорил, в сравнении с монокомпонентным средством, содержащим амброксол.

При изучении безопасности комбинированного препарата при холтер-мониторировании ЭКГ с учетом фармакокинетики сальбутамола через 30 мин и несколько часов после приема Аскорила было документировано, что продолжительность интервала PQ не изменялась. Это подтверждает безопасность использования минимальной терапевтически значимой дозы сальбутамола в препарате Аскорил и отсутствие негативных влияний на сердечную деятельность.

Таким образом, и собственные наблюдения, и результаты исследований зарубежных коллег свидетельствуют о том, что компоненты препарата Аскорил ускоряют устранение гиперреактивности бронхов (Lusardi M. et al., 1992), нормализуют pH бронхиального секрета, разрушая кислые мукополисахариды и стимулируя секрецию нейтральных полисахаридов (Baker J., 2010), восстанавливают изотоническую осмолярность бронхиального секрета и физиологическое соотношение золя и геля (Van Veen et al., 2000; Baker J., 2010) за счет увеличения продукции нейтральных полисахаридов. В клинической практике при использовании препарата Аскорил с первых дней появления кашля отмечается быстрое (в течение первых суток) его облегчение, снижение в 2,5 раза потребности в антибиотиках (Геппе Н.А. и соавт., 2011). Препарат обладает хорошим профилем безопасности и обеспечивает условия для естественного выздоровления.

Для справки

Производитель препарата Аскорил – компания «Гленмарк» – основана в 1977 г. и сегодня является международной интегрированной фармацевтической компанией, в основе деятельности которой лежат научные исследования и разработка инновационных лекарственных препаратов. Войдя в рейтинг SCRIP TOP-100 ведущих фармацевтических и биотехнологических компаний, «Гленмарк» занимает ведущее место в области создания инновационных молекул – как новых химических, так и новых биологических соединений. В компании работают более 10 400 сотрудников в 80 странах мира. В активах компании 14 производственных площадок, расположенных в Индии, Бразилии, Чехии и Аргентине, а также 6 научно-исследовательских центров, расположенных в Индии, Швейцарии и Великобритании. В Российской Федерации препарат Аскорил вошел в тройку ведущих брендов группы экспекторантов (согласно информации аналитической базы данных IMS Health за 2012 г.). Компания является одной из самых быстро развивающихся на фармацевтическом рынке Украины.

Подготовил ***Владимир Савченко***