

Т.В. Спичак

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Кашель у детей: новое в решении старой проблемы

В СТАТЬЕ ОСВЕЩЕНЫ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ, ПРЕДСТАВЛЕНА КЛАССИФИКАЦИЯ ВИДОВ И УКАЗАНЫ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КАШЛЯ У ДЕТЕЙ. ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ УДЕЛЕНО ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО КАШЛЯ, ВОЗМОЖНОСТЯМ СОВРЕМЕННЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, А ТАКЖЕ ПРИНЦИПАМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТАМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ФЕНСПИРИД (ЭРЕСПАЛ). В СТАТЬЕ ИСПОЛЬЗОВАЛИСЬ ДАННЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, А ТАКЖЕ МАТЕРИАЛЫ АМЕРИКАНСКОГО ПРАКТИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ПО ЛЕЧЕНИЮ КАШЛЯ У ДЕТЕЙ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: КАШЕЛЬ, ДЕТИ, ФЕНСПИРИД.

Контактная информация:

Спичак Татьяна Владимировна,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры педиатрии
с курсом детской ревматологии
ММА им. И.М. Сеченова,
заведующая лабораторией
стандартизации и клинической
фармакологии Научного центра
здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва,
Ломоносовский проспект, д. 2/62,
тел. (495) 967-14-65
Статья поступила 02.09.2008 г.,
принята к печати 01.12.2008 г.

Кашель — одна из наиболее частых жалоб, с которой дети обращаются к врачу. Несмотря на постоянное внимание исследователей к данной проблеме, она не утратила своей актуальности. Более того, появляются новые данные, меняющие или дополняющие представления о физиологии кашля и его причинах, уточняются диагностические алгоритмы и терапевтические подходы. Все это диктует необходимость периодического обновления содержания существующих руководств. В частности, при подготовке американскими торакальными специалистами практического руководства по кашлю (2006), в основу которого легли принципы медицины, основанной на доказательствах, выяснилось, что некоторые устоявшиеся в практике положения не имеют убедительных аргументов [1, 2].

Цель данной публикации — обратить внимание педиатров на новые данные в изучении проблемы кашля у детей, отметить дискуссионные и нерешенные вопросы, выделяя при этом известные факты, чтобы не нарушать логическую последовательность освещения проблемы.

Кашель, как известно, выполняет важную защитную функцию, способствуя очищению дыхательных путей от чужеродных частиц и избыточного секрета. В реализации кашлевого рефлекса участвуют волокна тройничного (*n. trigeminus*), языкоглоточного (*n. glossopharyngeus*), верхнего гортанного (*n. phrenicus*) и блуждающего (*n. vagus*) нервов. Импульсы, возникающие при раздражении чувствительных нервных окончаний (находящихся в ротовой полости, придаточных пазухах носа, гортани, голосовых связках, глотке, наружном слуховом проходе, евстахиевой трубе, трахее и в зоне ее бифуркации, а также в месте деления бронхов, плевре, перикарде, диафрагме, дистальной части пищевода и желудка), передаются через афферентные волокна в «кашлевой» центр, расположенный в продолговатом мозге, и по эфферентным волокнам вышеперечисленных нервов — к мышцам грудной клетки, диафрагмы и брюшного пресса. Кашлевые рецепторы дыхательных путей представлены 2 типами нервных окончаний: ирритантными рецепторами и С-волокнами. Ирритантные рецепторы реагируют на внешние (механические, термические и химические) раздра-

T.V. Spichak

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy
of Medical Sciences, Moscow

Cough in children: new decision of old problem

THE MECHANISM OF DEVELOPMENT OF COUGH, CLASSIFICATION OF ITS TYPES AND MAIN REASONS OF IT ARE DESCRIBED IN THIS ARTICLE. SPECIAL ATTENTION WAS GIVEN TO THE PROBLEM OF DIAGNOSTICS OF CHRONIC COUGH, TO PECULIARITIES OF MODERN INSTRUMENTAL DIAGNOSTIC METHODS AND TO PRINCIPLES OF THERAPEUTIC TACTICS. THE RESULTS OF TREATMENT WITH ANTI-INFLAMMATORY MEDICATION FENSPIRIDE (EURESPAL) ARE PRESENTED. RUSSIAN AND FOREIGN LITERATURE DATA AND INFORMATION FROM AMERICAN GUIDELINE IN COUGH TREATMENT WAS USED IN THIS ARTICLE.

KEY WORDS: COUGH, CHILDREN, FENSPIRIDE.

жители и расположены в проксимальных отделах дыхательных путей, а С-рецепторы находятся преимущественно в их дистальных отделах и возбуждаются под влиянием эндогенных раздражителей — таких, как провоспалительные медиаторы (простагландин, брадикинин, субстанция Р и др.). Существуют высокочувствительные рефлексогенные зоны. К ним относятся задняя поверхность надгортанника, передняя межчерпаловидная поверхность гортани, бифуркация трахеи и места ответвления долевых бронхов.

Механизмы возникновения кашля и его клинические проявления во многом сходны у детей и взрослых. Тем не менее существуют различия, обусловленные незрелостью дыхательных путей, дыхательной мускулатуры и структур грудной клетки, а также особенностями регуляции дыхания и несовершенством респираторных рефлексов у детей раннего возраста.

Известно, что кашлевая чувствительность у взрослых более выражена у женщин [2]. У детей она не имеет половых различий, а зависит лишь от калибра дыхательных путей и возраста ребенка: кашлевая чувствительность практически отсутствует в мелких дыхательных путях и понижена у детей первого года жизни [3].

Кашель принято классифицировать по длительности (острый, подострый, или затяжной, и хронический). Острый кашель длится от 1 до 3 нед, затяжной — более 3 нед. Мнения о сроках, когда кашель становится хроническим, расходятся: диапазон колебаний охватывает сроки от 3 до 12 нед. Американские коллеги считают хроническим «ежедневный кашель, продолжающийся более 4 нед у детей и более 8 нед у взрослых» [1, 2]. Кашель может быть продуктивным (влажным) или непродуктивным (сухим). Если кашель является неотъемлемым симптомом конкретной болезни, то его называют специфическим. Кашель как изолированный симптом считается неспецифическим. Именно в этом случае возникают наибольшие диагностические проблемы.

Причины кашля

Причины кашля весьма разнообразны. Традиционно он ассоциируется с патологией органов дыхания, но может быть и нелегочного происхождения.

В большинстве случаев острый кашель у детей связан с острыми респираторными вирусными инфекциями, которыми дети болеют значительно чаще, чем взрослые. Острый кашель также является симптомом острого бронхита, пневмонии, плеврита, а иногда и аспирации.

Аспирация инородного тела в дыхательные пути возможна в любом возрасте, однако чаще происходит у детей раннего возраста, особенно — у мальчиков. Попадание инородного тела в дыхательные пути сопровождается кашлем в 70% случаев. Другие респираторные симптомы наблюдаются значительно реже: ослабленное дыхание — у 53%, свистящее дыхание — у 45%, эпизод удушья — у 32–51% детей [4]. Нередко эпизод аспирации инородного тела остается не замеченным родителями и приводит к серьезным последствиям в виде тяжелых нагноительных процессов в легочной ткани.

Причинами затяжного кашля у детей являются перенесенные респираторные вирусные инфекции, коклюш, микоплазменная инфекция, патология верхних дыхательных путей. Постинфекционный кашель, как правило, связан с развитием гиперреактивности стенок бронхов, с повышенной секрецией мокроты и нарушением мукоцилиарного клиренса [3, 5].

Возможной причиной затяжного, а иногда и хронического кашля у детей, является коклюш. В случаях когда кашель имеет характерный конвульсивный (судорожный) харак-

тер с репризами, его причина очевидна. Однако под влиянием антибактериальной терапии или вакцинации кашель при коклюше может утратить характерные черты, и тогда решающую роль в установлении его этиологии приобретает серологическое исследование, направленное на выявление специфических антител [6].

Патология верхних дыхательных путей наряду с астмой и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью входит в триаду наиболее частых причин хронического кашля у взрослых, и хотя нет убедительных доказательств такой же высокой частоты данной причины кашля у детей, в практике врача-педиатра ее необходимо учитывать [2].

По симптому стекания слизи по задней стенке глотки можно заподозрить воспалительные гиперсекреторные процессы в носоглотке (синусит, аденоидит, назофарингит). Используемый для описания этого состояния термин «синдром постназальной капли» в последнем американском руководстве по кашлю заменен на «синдром кашля верхних дыхательных путей» (upper airway cough syndrome), что точнее отражает возможные механизмы развития кашля: стекание секрета и попытку его удалить, раздражение или воспаление непосредственно в зоне кашлевых рецепторов, находящихся в верхних дыхательных путях [1]. Учитывая широкую распространенность синуситов, аденоидита и назофарингита у детей, важность этих заболеваний как причин появления кашля нельзя недооценивать, тем более что из-за отсутствия унифицированных диагностических подходов до сих пор отмечается гиподиагностика синуситов [7].

Наиболее важную проблему для всех клиницистов, включая педиатров, представляет хронический кашель. Далеко не во всех случаях этиология его очевидна. Установить причину кашля сложно еще и потому, что примерно у каждого 4-го больного при обследовании выявляют не 1, а как минимум 2 заболевания, каждое из которых может служить причиной хронического кашля [1].

Хронический продуктивный кашель с гнойной мокротой вызывает наибольшее беспокойство и требует углубленного обследования ребенка. Такой характер кашля характерен для пороков развития бронхолегочной системы, синдрома первичной цилиарной дискинезии, муковисцидоза, пропущенной аспирации инородного тела, иммунодефицитных состояний, бронхоэктатической болезни. Диагностический алгоритм для каждой из указанных болезней хорошо известен специалистам-пульмонологам, но требует хорошей профессиональной подготовки педиатров общего профиля.

Особого внимания заслуживает хронический сухой кашель. Сухой ночной кашель характерен для бронхиальной астмы, но после того, как в классификацию бронхиальной астмы был включен «кашлевой вариант астмы», педиатры начали связывать большинство случаев изолированного сухого кашля с астмой. Тем не менее это мнение до сих пор остается спорным, что обязывает врача при отсутствии убедительных признаков аллергии продолжить диагностический поиск [8–10].

У детей раннего возраста хронический кашель часто является следствием дисфагии и аспирации пищи, особенно в случае поражения ЦНС. Более редкой причиной попадания пищи в дыхательные пути служит трахеопищеводный свищ. Во всех этих ситуациях кашель у ребенка появляется в процессе еды или питья.

Сухой кашель во время сна грудного ребенка может быть связан с желудочно-пищеводным рефлюксом. В то же время у старших детей гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь редко бывает единственной причиной кашля [11]. Исследованиями последних лет установлено, что

лишь у половины больных гастрофагеальная рефлюксная болезнь проявляется типичными симптомами в виде изжоги и отрыжки. В остальных случаях она может оставаться «немой», а рефлюкс — быть бескислотным, и причина кашля долго остается нераспознанной [11]. Наиболее чувствительным и специфичным тестом для диагностики указанного заболевания является 24-часовая pH-метрия пищевода, которая выявляет кислотный рефлюкс. Однако отрицательный результат теста не позволяет исключить бескислотный рефлюкс. При бескислотном рефлюксе снижается диагностическое значение и эзофагоскопии, так как в этом случае патологические изменения в слизистой оболочке пищевода отсутствуют. Помочь в диагностике как кислотного, так и бескислотного рефлюкса способен метод подсчета макрофагов, содержащих повышенное количество липидных включений, в жидкости бронхоальвеолярного лаважа или индуцированной мокроте, хотя данный метод не входит в число рутинных исследований. Причиной хронического кашля у детей может быть также туберкулез. В настоящее время об этом особенно важно помнить, так как повсеместно регистрируется значительный рост заболеваемости туберкулезом. При туберкулезе кашель возникает в основном из-за сдавления трахеи и бронхов увеличенными лимфатическими узлами или в связи с появлением гранулем на слизистой оболочке бронхов.

У детей, как и у взрослых, кашель может быть функционального характера. Клинические проявления подобного кашля достаточно разнообразны: от легкого навязчивого покашливания до резкого грубого кашля. Такой кашель обычно называют «привычным», «невротическим» или «психогенным». Важно заметить, что диагноз функционального кашля правомерен лишь тогда, когда исключены все другие его причины, включая редкие. При этом большее значение для диагностики имеют признаки повышенной психоэмоциональной возбудимости ребенка, чем отсутствие кашля во сне или его прекращение во время занятий (этим признаком обычно руководствуются педиатры при диагностике функционального кашля) [2].

Сухой кашель — как острый, так и хронический — может развиваться при вдыхании различных раздражающих веществ и поллютантов, в том числе печного дыма и бытового газа. Известны неблагоприятное воздействие табачного дыма и тесная связь между кашлем у детей и курением родителей [12–14].

К редким причинам хронического сухого кашля у детей относится отогенный кашель, который наблюдается у 2,3–4,2% детей, у которых имеется дополнительная ушная ветвь и регистрируется кашлевой рефлекс Арнольда [15]. Хронический сухой кашель может быть первой и единственной жалобой при интерстициальных болезнях легких, в большинстве случаев характеризующихся неблагоприятным течением и плохим прогнозом, а также при таких редких формах патологии, как папилломатоз гортани, опухоли средостения, аневризма аорты. Во всех этих случаях успешная диагностика невозможна без дополнительного обследования с участием специалистов [16].

Кашель может быть симптомом сердечной недостаточности вследствие развития перибронхиального и интерстициального отека легких.

К редким причинам сухого кашля у детей относится прием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (у взрослых больных эта причина входит в число основных). Развитие кашля на фоне приема лекарственных препаратов указанной группы связано с повышением содержания брадикинина и субстанции P, поскольку ингибиторы АПФ блокируют разрушающие их медиаторы [17].

У 2,0–16,7% детей кашель возникает как нежелательное явление после ингаляции порошковых противоастматических средств.

Диагностика причин кашля

Диагностика причин кашля начинается с тщательного собранного анамнеза. Большое значение имеет информация о времени возникновения кашля, его особенностях и сопутствующих симптомах. Очень важна характеристика кашля. Иногда кашель достаточно специфичен и вполне определенно можно предположить его этиологию. Известно, что громкий, отрывистый (лающий) кашель наблюдается при патологии гортани и трахеи; конвульсивный (судорожный) с быстро следующими друг за другом толчками, прерывающимися шумным выдохом, — при коклюше; битональный — при туморозном бронхоадените, трахеобронхомалии.

Приведенные характеристики кашля признаны большинством педиатров как классические (традиционные), хотя степень чувствительности и специфичности этих характеристик кашля, за исключением битонального кашля, до сих пор не определялась [18].

Внешний осмотр ребенка и данные физикального обследования могут дать полезную информацию и облегчить диагностику формы патологии (см. таблицу). Диагностический алгоритм и глубина последующего обследования часто определяются особенностями клинической картины заболевания, а также возрастом ребенка. В зависимости от данных анамнеза и клинических признаков инструментальное обследование следует начинать со спирографии (у детей старше 5 лет) либо с рентгенографии грудной клетки и (или) придаточных пазух носа. Далее диагностический поиск зависит от полученных результатов.

Исследование функции внешнего дыхания позволяет различить обструктивный и рестриктивный типы вентиляционных нарушений, хотя, заметим, что отсутствие их не исключает респираторную патологию.

Функциональные пробы с бронхолитиками помогают определить лабильность бронхиальных стенок и дифференцировать астму от других причин бронхиальной обструкции. При отрицательной пробе с бронходилататором можно провести тест на гиперреактивность бронхов (с метахолином или гистамином), хотя этот тест у детей используется главным образом при выполнении научных исследований.

Если у ребенка исключена бронхиальная астма, отправной точкой в обследовании больного с затяжным и тем более хроническим кашлем даже при отсутствии каких-либо физикальных изменений в легких становится рентгенологическое исследование грудной клетки.

При подозрении на бронхоэктазы, интерстициальную болезнь легких, объемные процессы в средостении хорошим дополнением к рентгенографии легких является компьютерная томография (КТ) высокого разрешения. При этом надо учитывать, что у детей (из-за большего риска побочных действий) показания к проведению КТ более ограничены, чем у взрослых. В связи с этим направлять ребенка на указанное исследование должен специалист (детский пульмонолог) [19].

Целесообразность проведения фибробронхоскопии у больного с кашлем зависит от данных анамнеза и результатов других исследований. Показанием для фибробронхоскопии являются: подозрение на аспирацию инородного тела, исследование при аспирационной легочной болезни, подозрение на аномалии развития дыхательных путей, локальные рентгенологические изменения в легких. Использование фибробронхоскопии с целью получе-

Таблица. Дифференциальная диагностика причин кашля в зависимости от клинических признаков

Клинические признаки	Возможные причины	Методы исследования
Поражение нервной системы	Аспирационная легочная болезнь	Рентгенография легких Трахеобронхоскопия Исследование ЖБАЛ
Деформация грудной клетки	Болезни легких или сердца	Рентгенография органов грудной клетки Эхокардиография Исследование ФВД
Утолщение концевых фаланг пальцев	Хронические болезни легких, сопровождающиеся гипоксемией	Рентгенография легких Исследование ФВД Трахеобронхоскопия Определение хлоридов пота Исследование уровня иммуноглобулинов
Дефицит массы тела, роста	Любые серьезные системные болезни, включая легочные (муковисцидоз)	Рентгенография легких Исследование ФВД Трахеобронхоскопия Определение хлоридов пота Исследование уровня иммуноглобулинов, ЦИК и ревмофакторов (по показаниям)
Акроцианоз	Болезни легких или сердца	Рентгенография органов грудной клетки Эхокардиография Исследование ФВД и газового состава крови
Одышка в покое	Болезни легких	Рентгенография органов грудной клетки (КТ легких — по показаниям) Исследование ФВД и газового состава крови
Одышка при физической нагрузке	Болезни легких	Исследование ФВД Проба с физической нагрузкой и бронходилататорами Аллергообследование
Постоянный продуктивный кашель	Хронические бронхолегочные болезни, хронический синусит	Рентгенография легких (КТ легких — по показаниям) Исследование ФВД Трахеобронхоскопия Определение хлоридов пота Исследование уровня иммуноглобулинов
Кровохарканье	Гнойные деструктивные болезни легких, гемосидероз, сосудистая патология	Рентгенография легких (КТ легких в сосудистом режиме или скантиневмография — по показаниям) Туберкулинодиагностика Исследование ФВД Трахеобронхоскопия с определением гемосидерофагов в ЖБАЛ Исследование уровня иммуноглобулинов
Хрипы в легких	Патология дыхательных путей или легочной паренхимы	Рентгенография легких (КТ — по показаниям) Исследование ФВД Трахеобронхоскопия Определение хлоридов пота Исследование уровня иммуноглобулинов
Шумы в сердце	Патология сердечной или легочно-сердечной систем	Эхокардиография ЭКГ Рентгенография органов грудной клетки

Примечание.

ЖБАЛ — жидкость бронхоальвеолярного лаважа; ФВД — функция внешнего дыхания (у детей старше 5 лет);

ЦИК — циркулирующие иммунные комплексы; КТ — компьютерная томография.

ния материала для микробиологического исследования или для исследования жидкости бронхоальвеолярного лаважа у детей, в отличие от взрослых, проводится редко.

Лечение кашля

Лечение как сухого, так и влажного кашля после установления его причины должно быть этиотропным и патогенетическим. Отхаркивающие, муколитические и противокашлевые препараты являются симптоматическими средствами.

Основной задачей при лечении сухого кашля, наиболее часто связанного с острым респираторным заболеванием (ОРЗ) — ларингитом, фарингитом, трахеитом, бронхитом, является его трансформация во влажный. Достичь этой цели можно разными средствами: обильным теплым питьем, теплыми щелочными ингаляциями и т.п. Необходимость в подавлении сухого кашля возникает при коклюше и сухом плеврите. При этом у детей используют неопиоидные противокашлевые препараты: глауцина гидрхлорид, преноксдиазин, бутамират.

Лечение влажного кашля направлено прежде всего на повышение его эффективности. Это подразумевает уменьшение количества и вязкости секрета, а также обеспечение его наилучшей эвакуации. В настоящее время в амбулаторной практике часто используются отхаркивающими средствами природного (растительного) происхождения. Препараты данной группы обеспечивают лишь улучшение продвижения секрета по дыхательным путям. Однако их эффективность ставится под сомнение в связи с тем, что они увеличивают количество секрета и тем самым повышают риск развития эффекта «заболачивания» легочной ткани у детей раннего возраста. Помимо этого, возможно развитие аллергических реакций, слабительного эффекта (препараты на основе аниса, солодки, душицы), а также повышение рвотного рефлекса (препараты ипекакуаны, термопсиса).

Современные муколитические препараты, оставаясь средствами симптоматической терапии, обладают свойствами, позволяющими при добавлении их к базовой этиотропной и патогенетической терапии, улучшить «качество» влажного кашля. Эти препараты снижают вязкость секрета, не увеличивая его объем, улучшают мукоцилиарный клиренс и нормализуют мукозальный иммунитет. Эффективность лечения влажного кашля муколитическими препаратами значительно повышается при сочетании с выполнением постурального дренажа у детей с бронхолегочной патологией.

Антибактериальную терапию при кашле следует назначать лишь при доказанной бактериальной инфекции (при отите, синусите, стрептококковом тонзиллите, пневмонии, бронхитах атипичной этиологии, обострении хронических бронхолегочных процессов). Однако при ОРЗ, которые являются самой распространенной причиной кашля у детей, использование антибактериальных препаратов не только нецелесообразно, но чревато увеличением резистентности возбудителей.

Необходимо отметить, что независимо от причины инфекции (вирусная или бактериальная) ключевым фактором патогенеза кашля является воспалительная реакция.

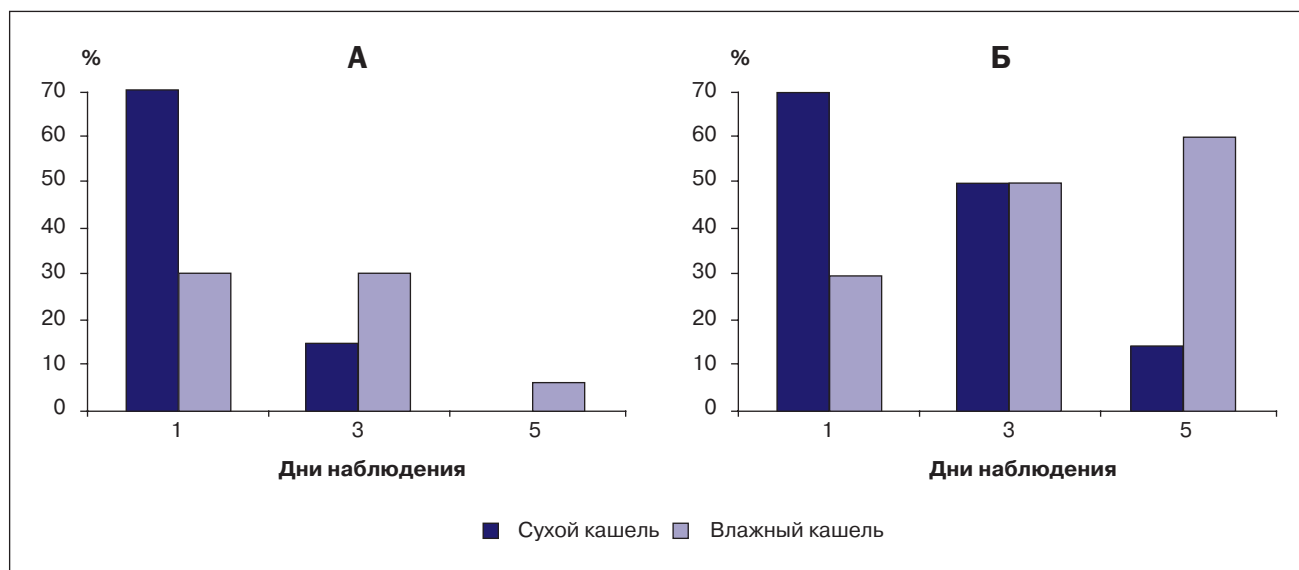
Именно воспаление приводит к отеку слизистой оболочки дыхательных путей, гиперсекреции мокроты, нарушению мукоцилиарного клиренса. Симптомом перечисленных процессов является кашель — сухой или влажный. Поэтому особенно важно и клинически оправдано использовать системную противовоспалительную терапию.

Для подавления возникающего при ОРЗ воспаления используется фенспирид (Эреспал, Сервье, Франция). Являясь противовоспалительным препаратом с выраженной тропностью к слизистой оболочке респираторного тракта, он оказывает действие практически на все звенья патогенеза как сухого, так и влажного кашля, инициированного вирусами.

Механизм действия фенспирида заключается в подавлении синтеза лейкотриенов, простагландинов, фактора некроза опухоли α и других провоспалительных цитокинов. Фенспирид взаимодействует с H_1 -гистаминовыми рецепторами, препятствуя высвобождению гистамина из тучных клеток. Кроме того, он воздействует и на α_1 -адренорецепторы. С этим связывают спазмолитическое и противокашлевое действие препарата. Воздействие фенспирида на основные звенья патогенеза воспаления в дыхательных путях приводит к уменьшению лейкоцитарной инфильтрации их стенок, образованию в их ткани тромбосанов, снижению проницаемости стенок микрососудов бронхов и бронхиол и, как следствие, торможению экссудации и отека.

За последнее десятилетие в нашей стране приобретен большой клинический опыт по применению фенспирида, получены объективные данные о его эффективности [20–23]. Использование фенспирида у детей с обструктивным бронхитом, связанным с острой респираторной вирусной инфекцией, способствует прекращению сухого кашля в большинстве случаев на 2–3-й день, а влажного — к 5-му дню лечения (рис. 1) [20]. На фоне приема другого муколитического препарата кашель сохранялся дольше, а смена сухого кашля на влажный происходила лишь к 5-му дню лечения. Эффективность фенспирида при ОРЗ у детей доказана в ходе широкомасштабного открытого контролируемого исследования ЭЛЬФ, в котором приняли участие 1230 вра-

Рис. 1. Динамика кашля у детей с ОРЗ в результате лечения [20]

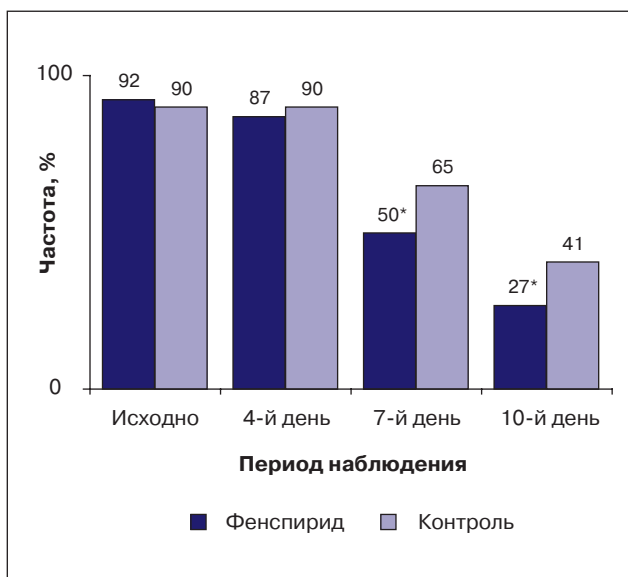


Примечание.

А — монотерапия препаратом фенспирид; Б — другое лечение.

чей из 35 городов России и более 5 тысяч детей с ОРЗ легкой и средней тяжести [22]. Анализ результатов показал, что при использовании для лечения ОРЗ фенспирида происходит более быстрое разрешение основных симптомов болезни, в том числе кашля, чем в контрольной группе (симптоматическая терапия). К 7-му дню лечения фенспиридом кашель исчезал у 51% больных, в то время как в контрольной группе на 3 дня позднее (рис. 2). Полученные данные позволяют сделать заключение о том, что, располагая возможностью выбора препаратов из числа современных средств для лечения кашля у детей, важно стремиться к уменьшению полипрагмазии и повышению эффективности лечения при разумном снижении экономических затрат. Эту задачу у детей с ОРЗ можно эффективно решить с помощью препарата фенспирид (Эреспал). В заключение следует отметить, что успешная диагностика причин затяжного и хронического кашля у детей на современном этапе невозможна без оснащения всех детских поликлиник современными приборами для исследования функции внешнего дыхания. Большую пользу в решении проблемы кашля могли бы принести расширение детской пульмонологической службы и введение в номенклатуру врачебных специальностей детского пульмонолога. По всей вероятности, пришло время заменить многочисленные методические рекомендации по кашлю у детей современным национальным практическим руководством.

Рис. 2. Эффективность препарата фенспирид в лечении детей с ОРЗ (динамика кашля) [22]



Примечание.

* — статистически значимое ($p < 0,05$) отличие по сравнению с показателем в контрольной группе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Irwin R., Baumann M., Bolser D. et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines // *Chest*. — 2006. — № 129. — P. 1–23.
2. Chang A., Glomb W. Guidelines for evaluating cough in pediatrics: ACCP evidence-based clinical practice guidelines // *Chest*. — 2006. — № 129. — P. 260–283.
3. Chang A., Phelan P., Sawyer S. et al. Cough sensitivity in children with asthma, recurrent cough and cystic fibrosis // *Arch. Dis. Child*. — 1997. — № 77. — P. 331–334.
4. Oguz F., Citak A., Unuvar E. et al. Airway foreign bodies in children // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* — 2000. — № 52. — P. 11–16.
5. Chang A., Phelan P., Sawyer S. et al. Airway hyperresponsiveness and cough-receptor sensitivity in children with recurrent cough // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 1997. — № 155. — P. 1935–1939.
6. Tozzi A., Rava L., Ciofi degli Atti M.L. et al. Clinical presentation of pertussis in unvaccinated and vaccinated children in the first six years of life // *Pediatrics*. — 2003. — № 112. — P. 1069–1075.
7. Ioannidis J., Lau G. Technical report: evidence for the diagnosis and treatment of acute uncomplicated sinusitis in children: a systematic overview // *Pediatrics*. — 2001. — № 108. — P. 57.
8. Callahan C. Cough with asthma: variant or norm // *J. Pediatr. Child. Health*. — 1996. — № 128. — P. 440.
9. Seear M., Wensley D. Chronic cough and wheeze in children: do they all have asthma? // *Eur. Respir. J.* — 1997. — № 10. — P. 342–345.
10. Thomson F., Masters I., Chang A. Persistent cough in children: overuse of medications // *J. Pediatr. Child. Health*. — 2002. — № 38. — P. 578–581.
11. Yellon R., Coticchia J., Dixit S. Esophageal biopsy for the diagnosis of gastroesophageal reflux associated otolaryngologic problems in children // *Am. J. Med.* — 2000. — № 108 (Suppl.). — P. 131–138.
12. Gibson P., Simpson J., Chalmers A. et al. Airway eosinophilia is associated with wheeze but is uncommon in children with persistent cough and frequent chest colds // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2001. — № 164. — P. 977–981.
13. Chang A., Harray V., Simpson J. et al. Cough, airway inflammation and mild asthma exacerbation // *Arch. Dis. Child*. — 2002. — № 86. — P. 270–275.
14. Courial J. Passive smoking and the health of children // *Thorax*. — 1994. — № 49. — P. 731–734.
15. Tekdemir I., Aslan A., Elhan A. A clinico-anatomic study of the auricular branch of the vagus nerve and Arnold's ear-cough reflex // *Surg. Radiol. Anat.* — 1998. — № 20. — P. 253–257.
16. Спичак Т.В. Альвеолиты. Рациональная фармакотерапия в педиатрии / Под ред. А.А. Баранова, В.В. Володина, Г.А. Самсыгиной. — М.: Литтерра. — 2007. — С. 514–527.
17. Rokicki W., Borowicka E. Use of converting angiotensin inhibitors in children: II, Personal experience with enalapril // *Wiad. Lek.* — 1997. — № 50. — P. 85–93.
18. Chang A., Eastburn M., Gaffney J. et al. Cough quality in children: a comparison of subjective vs. bronchoscopic findings // *Respir. Res.* — 2005. — № 6, 3 [CrossRef].
19. Brenner D. Estimating cancer risks from pediatric CT: going from the qualitative to quantitative // *Pediatr. Radiol.* — 2002. — № 32. — P. 228–233.
20. Коровина Н.А., Овсянникова Е.М., Далилова И.Е. Комплексная терапия обструктивного бронхита с применением фенспирида (Эреспала) у детей раннего возраста // *Клиническая фармакология и терапия*. — 2001. — № 5. — P. 1–4.
21. Середа Е.В. Современные принципы противовоспалительной терапии при хронических воспалительных заболеваниях у детей // *Вопросы современной педиатрии*. — 2002. — Т. 1, № 2. — С. 35–39.
22. Геппе Р.А. Применение Эреспала (фенспирида) при острых респираторных заболеваниях у детей: эффективность и безопасность (результаты исследования по программе «ЭЛЬФ») // *Вопросы современной педиатрии*. — 2005. — Т. 4, № 2. — С. 53–58.
23. Самсыгина Г.А. Фенспирид при лечении острой респираторной инфекции у детей раннего возраста // *Вопросы современной педиатрии*. — 2007. — Т. 6, № 5. — С. 49–53.