

*Ганиева Д. К.
доцент
кафедра семейной медицины №1, физического воспитания,
гражданской обороны*

*Шайхова М. И.
ассистент
кафедра семейной медицины №1, физического воспитания,
гражданской обороны*

*Каримова Д. И.
ассистент
кафедра семейной медицины №1, физического воспитания,
гражданской обороны*

Ташкентский педиатрический медицинский институт

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОКАШЛЕВЫХ СРЕДСТВ У ДЕТЕЙ

Аннотация. В данной статье рассматривается обзор данных современной литературы о причинах кашля, методах противокашлевой терапии. Изложены рекомендации по рациональному применению противокашлевых средств при острых и хронических заболеваниях органов дыхания у детей.

Ключевые слова: острые респираторные инфекции, дети, кашель, противокашлевые средства.

*Ganieva D.K.
docent
Department of Family Medicine No. 1, Physical Education, Civil Defense*

*Shaykhova M.I.
assistant*

Department of Family Medicine No. 1, Physical Education, Civil Defense

Karimova D. I.

assistant

Department of Family Medicine No. 1, Physical Education, Civil Defense

Tashkent Pediatric Medical Institute

RATIONAL USE OF ANTICOUGH DRUGS IN CHILDREN

Annotation. This article discusses a review of modern literature data on the causes of cough, methods of antitussive therapy. Recommendations on the rational use of antitussives in acute and chronic respiratory diseases in children are presented.

Key words: acute respiratory infections, children, cough, antitussives.

Кашель — это защитная реакция организма, способствующая выведению из дыхательных путей чужеродных частиц, микроорганизмов или патологического бронхиального секрета, что обеспечивает очищение бронхов. Кашель, как и чихание, имеет свой центр (кашлевой), расположенный в продолговатом мозгу. Появление кашлевого рефлекса связано с раздражением механорецепторов блуждающего нерва, локализованных в так называемых кашлевых рефлексогенных зонах (задняя стенка гортани, нижняя поверхность голосовых складок, бифуркация трахеи, места деления крупных бронхов) или хеморецепторы в периферических дыхательных путях. В мелких бронхах рецепторы кашлевого рефлекса отсутствуют («немая» зона), поэтому поражение дистальных бронхов протекает без кашля, проявляясь только одышкой.

Чаще всего кашель является симптомом острых инфекционных заболеваний дыхательных путей и развивается в течение первых 48 часов от начала болезни. При этом инфекционно-воспалительный процесс может локализоваться как в верхних, так и в нижних дыхательных путях. Второе место среди причин кашля у детей занимает обструкция вследствие

бронхоспазма (при бронхиальной астме, обструктивном бронхите). В частности, большинство острых и хронических бронхолегочных заболеваний почти всегда сопровождается кашлем, а пациенты с хроническим кашлем неясной этиологии составляют от 10 до 38% больных в практике пульмонолога. Кашель, особенно хронический, существенно снижает качество жизни пациентов, нарушая сон, физическую и интеллектуальную активность. Известно также множество внелегочных заболеваний, при которых кашель является порой ведущим симптомом. Основная роль кашля заключается в очищении и восстановлении проходимости дыхательных путей. По длительности кашель различают: острый – до 3 недель, подострый – от 3 до 8 недель, хронический – более 8 недель. Отметим, что редкие кашлевые толчки физиологичны, т. к. удаляют скопление слизи из гортани. Здоровые дети кашляют в среднем 10–15 раз в день, чаще в утренние часы. Первой по частоте встречаемости причиной хронического кашля является бронхиальная астма (БА). По данным разных авторов, БА выявлялась у 25–27% обследуемых детей с жалобами на хронический кашель. При этом варианте БА, особенно у детей раннего возраста, положительный эффект от эмпирического назначения ингаляционных глюкокортикостероидов будет определяюще важным для подтверждения диагноза. В ряду ведущих причин хронического кашля особое место занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Его частота варьирует в пределах 10%. В данном случае кашель возникает при раздражении парасимпатических рецепторов пищевода. К его особенностям относят: связь с приемом определенных продуктов, со сменой положения тела, отсутствие в ночное время, постпрандиальный кашель. Эффективность антирефлюксной терапии может являться доказательством причинноследственной связи между кашлем и ГЭР. Одной из причин затяжного хронического кашля в детском возрасте может явиться аспирация в дыхательные пути инородного тела,

что характеризуется внезапным появлением приступообразного, коклюшеподобного непродуктивного кашля, сохраняющегося длительное время и резистентного к терапии. К редким заболеваниям, сопровождающимся хроническим кашлем, относятся: первичные иммунодефициты, заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе врожденные аномалии развития аорты и легочной артерии; дисфагия на фоне поражения ЦНС; отогенный кашель; синдром прорезывания зубов вследствие раздражающего действия слюны при гиперсаливации; гельминтозы; онкогематологические заболевания. Наиболее частой причиной острого кашля являются ОРИ верхних (острый ринит, синусит, аденоидит, фарингит, тонзиллит, ларингит) и нижних дыхательных путей (острый трахеит, бронхиолит, простой бронхит, обструктивный бронхит, а также пневмония). В начале ОРИ кашель, как правило, сухой, но вскоре он спонтанно или под влиянием терапии, стимулирующей секрецию, сменяется влажным, что уже само по себе приносит облегчение ребенку.

Лекарственные препараты, которые назначаются больным с кашлем, могут подразделяться на противокашлевые («от кашля») и прокашлевые («для кашля»). В ситуациях, когда непродуктивный сухой кашель значительно выражен, носит упорный, мучительный, навязчивый характер, приводит к возникновению рвоты, боли в груди, одышке, тяжело переносится детьми, нарушает их ночной сон, что существенно ухудшает качество жизни пациента, применение противокашлевых препаратов оправданно и целесообразно. Продуктивный (влажный) кашель подавлять не следует за исключением крайне редких ситуаций, когда он носит навязчивый мучительный характер и мешает ребенку спать. При назначении противокашлевых средств в комплексе терапии основного заболевания необходим достаточный питьевой режим (теплое питье); увлажнение дыхательных путей; комфортная окружающая среда в

помещении (регулярное проветривание; исключение пассивного табакокурения, использования аэрозольных бытовых или косметических средств); диета должна быть механически и термически щадящей, необходимо исключить пряности, специи. При разных патологических состояниях респираторного тракта различным образом нарушается мукоцилиарный клиренс, реологические свойства бронхиального секрета (вязкость, эластичность, адгезивность и др.), причем вследствие чрезмерного скопления слизи в просвете бронхов может развиваться бронхиальная обструкция, вентиляционные нарушения, снижение иммунологической защиты. Поэтому применение муколитических и отхаркивающих препаратов, наряду с антибактериальными, противовирусными, бронхорасширяющими и противовоспалительными лекарственными средствами, является патогенетически обоснованным. С целью улучшения дренажной функции легких сообразно состоянию больного используется целый комплекс как медикаментозных, так и немедикаментозных методов лечения, включающих адекватную гидратацию, кинезитерапию и применение лекарственных средств, способствующих снижению вязкости бронхиального секрета.

Таким образом, разнообразие этиологических факторов и патогенетических механизмов кашля у детей требует информативных с позиции доказательной медицины методов диагностики и дифференцированных подходов в лечении кашля.

Использованные источники:

1. Геппе Н.А., Малахов А.Б. Муколитические и бронхолитические средства в терапии бронхиальной обструкции при ОРВИ у детей. Педиатрия, 2012, Прил.: 38-43.

2. Малахов А.Б. Противокашлевые средства в детской пульмонологии. Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии. М.: Медпрактика-М, 2002: 141-145.
3. Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М. Муколитическая и отхаркивающая фармакотерапия при заболеваниях легких у детей. М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М», 2013, 120с.
4. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016, 160 с.