

Постинфекционный кашель: основные заблуждения и возможности современной терапии

⇨ А.Ю. Овчинников¹, М.А. Эдже¹, С.А. Коростелев², А.М. Митюк¹

¹ Кафедра оториноларингологии Факультета последипломного образования Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

² Кафедра организации и управления в сфере обращения лекарственных средств Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Постинфекционный кашель является следствием перенесенной острой респираторной вирусной инфекции. В настоящее время существуют различные препараты, которые позволяют воздействовать на постинфекционный кашель. Одним из них является комбинированный препарат Аскорил. Согласно результатам проведенного исследования, Аскорил не только эффективно купирует кашель, но и улучшает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: постинфекционный кашель, острая респираторная вирусная инфекция, Аскорил, качество жизни.

Введение

Кашель является одним из наиболее частых симптомов, встречающихся во врачебной практике. Среди заболеваний, сопровождающихся развитием кашля, на первом месте находится патология респираторной системы, когда кашель, являясь, по сути, защитным рефлексом, способствует санации дыхательных путей [1, 2].

Существует ряд устоявшихся заблуждений, индуцированных как врачами, так и пациентами, в отношении ряда аспектов природы кашля.

Заблуждение первое: кашель — это самостоятельное заболевание, которое нужно лечить средствами “от кашля”. Однако арсенал лекарственных средств помимо противокашлевых, угнетающих кашлевой рефлекс, содержит и отхаркивающие средства, которые, наоборот, поддерживают кашлевой рефлекс, способствуя очищению дыхательных путей. Существует также большое

количество препаратов, влияющих на состав и свойства секрета дыхательных путей, — так называемые мукоактивные средства [2, 3].

Заблуждение второе: при кашле следует обращаться либо к оториноларингологу, либо к терапевту. На самом деле необходимо вмешательство двух врачей. Представляя собой единую структурную и физиологическую систему, слизистая оболочка верхних и нижних дыхательных путей синхронно вовлекается в воспалительный процесс. Однако выраженность воспаления бывает неравномерной. Это положение было неоспоримо доказано еще в 1977 г. R.S. Irwin, который установил, что кашель возникает при раздражении кашлевых рецепторов, расположенных практически вдоль всего респираторного тракта и даже за его пределами [4]. Таким образом, выявить определенный локус респираторного тракта, ответственный за развитие того или иного варианта кашля, обращаясь только к одному специалисту, затруднительно.

Заблуждение третье: с первых дней острой респираторной вирусной инфек-

Контактная информация: Овчинников Андрей Юрьевич, lorent1@mail.ru

ции (ОРВИ), одним из симптомов которой является кашель, необходимо назначение препаратов, влияющих на мукоцилиарный транспорт. Это далеко не так. При сухом кашле действие прямых муколитиков не зависит от первоначального состояния секрета, что может привести к его излишнему разжижению. Следствием этого является нарушение мукоцилиарного транспорта (в избыточно жидкой среде он неэффективен), и возникает опасность бронхоэктаза, которая может привести к аспирации, особенно у детей раннего возраста. Таким образом, мукоактивные препараты показаны только при значительно повышенных показателях вязкости и эластичности мокроты, что в типичных случаях соответствует 3–4-м суткам ОРВИ [3, 4].

Заблуждение четвертое: продолжительность кашля более 1 мес после ОРВИ обязательно свидетельствует о серьезном осложнении со стороны нижних дыхательных путей (обычно о пневмонии). Это также далеко не всегда соответствует действительности, поскольку, согласно современной позиции, в большинстве случаев кашель после ОРВИ длительностью не более 8 нед считают постинфекционным кашлем. Последний может быть обусловлен рядом причин: гиперреактивностью кашлевых рецепторов, нарушением целостности эпителия слизистой оболочки в результате ОРВИ, гиперпродукцией слизи и др. Это ни в коем случае не означает, что данное состояние не требует лечения и обследования в отношении осложнений ОРВИ и других причин затяжного кашля.

Каким же образом можно фармацевтически воздействовать на постинфекционный кашель? Современный рынок лекарственных средств может похвастаться наличием комбинированных препаратов от кашля, компоненты которых оказывают разноплановое, но взаимодополняющее действие. Одним из них является Аскорил, в состав которого входят сальбутамол, бромгексина гидрохлорид и гвайфенезин, оказывающие

в комплексе бронхолитический и отхаркивающий эффекты [5].

Сальбутамол – селективный β_2 -агонист короткого действия с выраженным быстрым бронхолитическим эффектом, оказывающий также стимулирующее влияние на секрецию слизи и активность реснитчатого эпителия [6]. Бромгексина гидрохлорид с активным метаболитом амброксолом оказывает выраженное муколитическое и отхаркивающее действие посредством деполимеризации и разрушения мукопротеинов и мукополисахаридов, входящих в состав мокроты. Он также стимулирует деятельность секреторных клеток слизистых оболочек бронхов, продуцирующих сурфактант. Гвайфенезин стимулирует секрецию жидкой части бронхиальной слизи, уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты [7].

По данным исследований, проведенных в России и за рубежом, у пациентов с различными заболеваниями органов дыхания (ОРВИ, острый и хронический бронхит, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмония) была отмечена высокая эффективность препарата в отношении купирования острого кашля, достигающая 96% [8–10]. Однако остается неясным, является ли подобное многокомпонентное средство более эффективным в сравнении с традиционной мукоактивной терапией.

Учитывая представленные факты, на кафедре оториноларингологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова было проведено исследование, целью которого явилась оценка эффективности Аскорила в сравнении с мукоактивным препаратом лазолваном у взрослых пациентов с постинфекционным кашлем.

Материал и методы

Обследовано 120 взрослых пациентов с продуктивным кашлем после ОРВИ дли-

тельностью не более 8 нед, которых разделили на две группы:

- 1-я группа (30 мужчин, 30 женщин; средний возраст $34,76 \pm 12,19$ года) — пациенты, принимавшие препарат Аскорил в таблетированной форме (2 мг сальбутамола сульфата + 8 мг бромгексина гидрохлорида + 100 мг гвайфенезина в 1 таблетке) внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 5–10 дней;
- 2-я группа (30 мужчин, 30 женщин; средний возраст $32,03 \pm 7,43$ года) — пациенты, принимавшие препарат лазолван в таблетированной форме (30 мг амброксола гидрохлорида) внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 5–10 дней.

Критериями исключения из исследования являлись: наличие сопутствующих тяжелых соматических заболеваний, необходимость госпитализации по медицинским показаниям, прием противокашлевых препаратов, глюкокортикостероидов (системных, местных), цитостатиков, бронхолитиков, антигипертензивных средств, ингибиторов моноаминоксидазы.

Дизайн исследования предусматривал 5 визитов: визит 1 (день 0) — скрининг и рандомизация; визит 2 (день 3 ± 1) — контроль безопасности терапии; визит 3 (день 6 ± 1) — ранняя оценка эффективности терапии; визит 4 (день 11 ± 1) — оценка эффективности терапии; визит 5 (день 15–20) — последующее наблюдение.

В ходе визитов проводилось комплексное физикальное обследование, забор образцов крови для общеклинического и биохимического исследования, записывалась и интерпретировалась электрокардиограмма в 12 стандартных отведениях, регистрировались изменения в сопутствующей фармакотерапии и нежелательные явления, выполнялась оценка симптомов и патологических изменений органов дыхательной системы, оценка состояния пациента по шкале общего клинического впечатления об улучшении (7-балльная шкала субъективной оценки динамики кашля, где 1 бал-

лу соответствует выраженное улучшение, а 7 баллам — отсутствие динамики) [11].

Помимо этого оценивалось качество жизни, связанное с наличием кашля, путем заполнения пациентом вопросника SF-36 (Short Form-36). Вопросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья, и состоит из 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье.

Эффективность исследуемого режима терапии оценивалась в соответствии со следующими критериями:

- “эффективность” — разрешение или уменьшение интенсивности кашля до степени, при которой пациент не нуждается в продолжении проводимой терапии и/или назначении альтернативных препаратов;
- “неэффективность” — отсутствие положительной динамики или прогрессирование кашля;
- “невозможно оценить” — невозможность интерпретации результатов лечения, например, в случае досрочного выхода пациента из исследования по причине, не связанной с клинической неэффективностью исследуемого режима терапии.

Результаты исследования

Сравнительная оценка динамики кашля

До начала терапии суммарный средний балл достоверно не различался между группами. На фоне проводимого лечения положительная динамика отмечалась в обеих группах, однако в 1-й группе она была более выраженной в отношении дневного кашля уже к визиту 2 ($p < 0,05$) и сохранялась при последующих визитах (рис. 1). Достоверные различия в отношении ночного кашля между группами

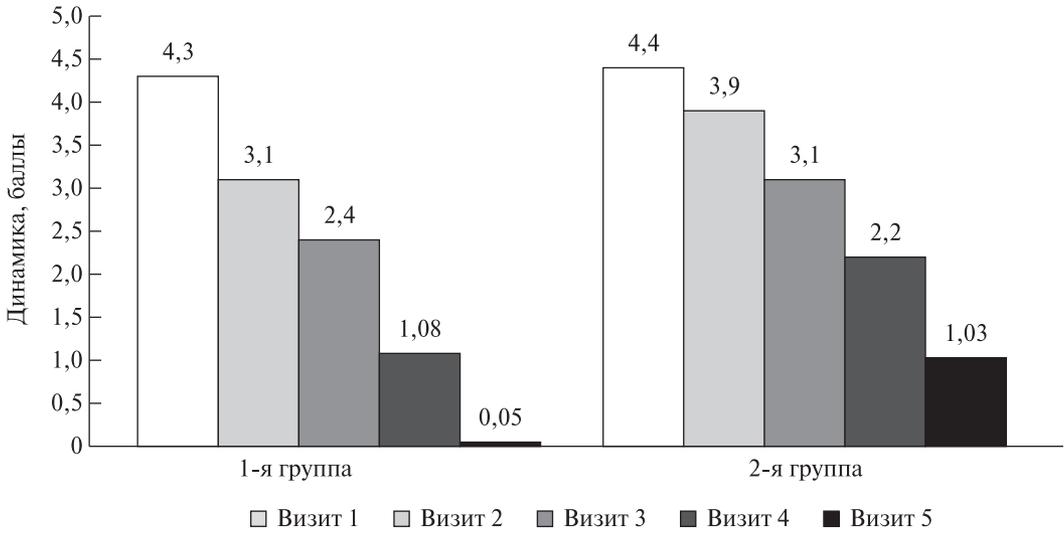


Рис. 1. Сравнительная оценка динамики выраженности дневного кашля.

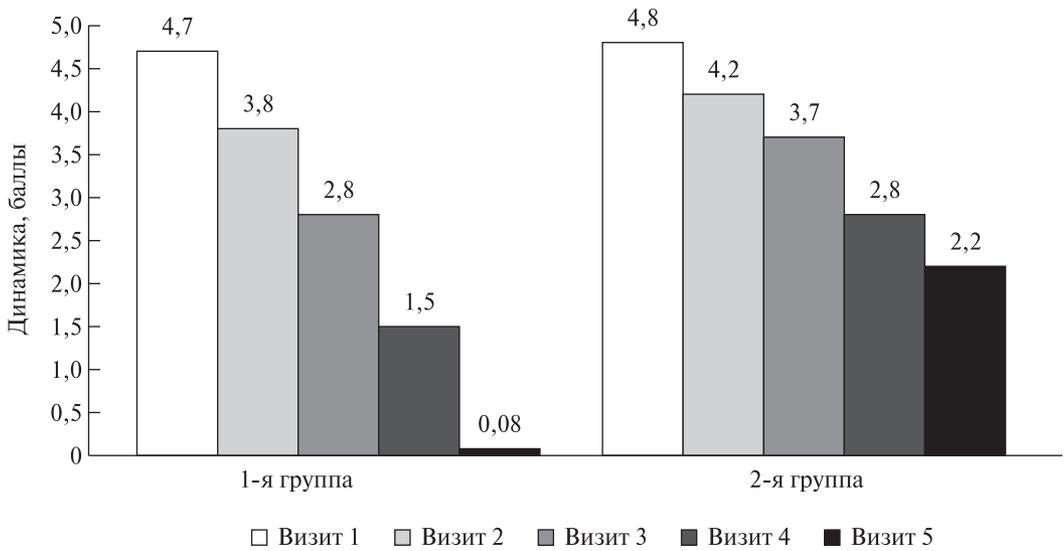


Рис. 2. Сравнительная оценка динамики выраженности ночного кашля.

($p < 0,05$) были зарегистрированы к визиту 3 и сохранились при последующих визитах (рис. 2).

Сравнительная оценка эффективности лечения

На основании анализа динамики кашля были определены следующие показатели эффективности лечения: ранняя оценка эффективности, оценка эффективности и

оценка клинической эффективности, которые различались по времени проведения анализа (визиты 3, 4 и 5 соответственно) (рис. 3).

При анализе полученных данных были выявлены достоверно лучшие показатели в 1-й группе в сравнении со 2-й группой ($p < 0,05$) по всем трем исследуемым параметрам. В 1-й группе положительный эффект от лечения, такой как уменьше-

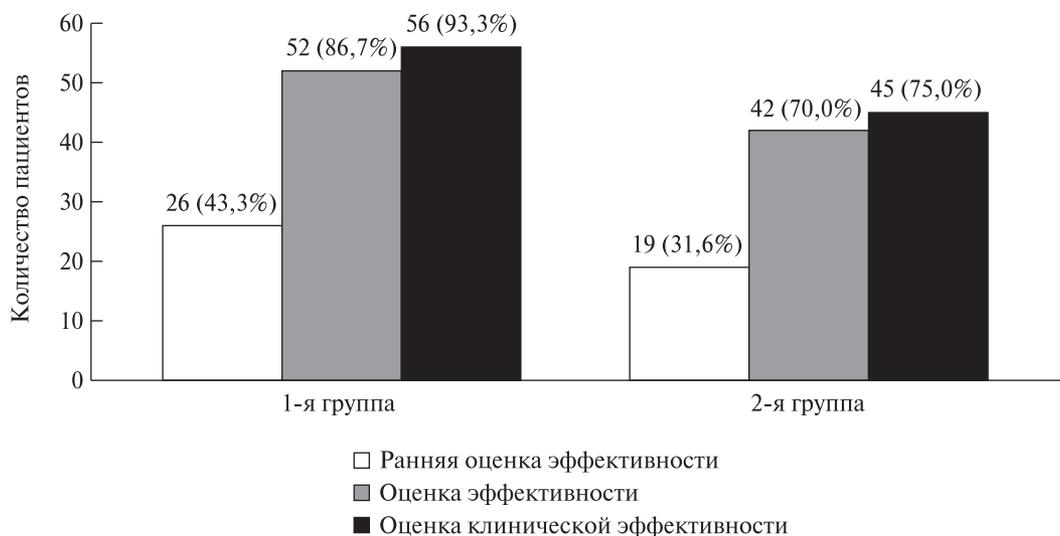


Рис. 3. Сравнительная оценка эффективности лечения.

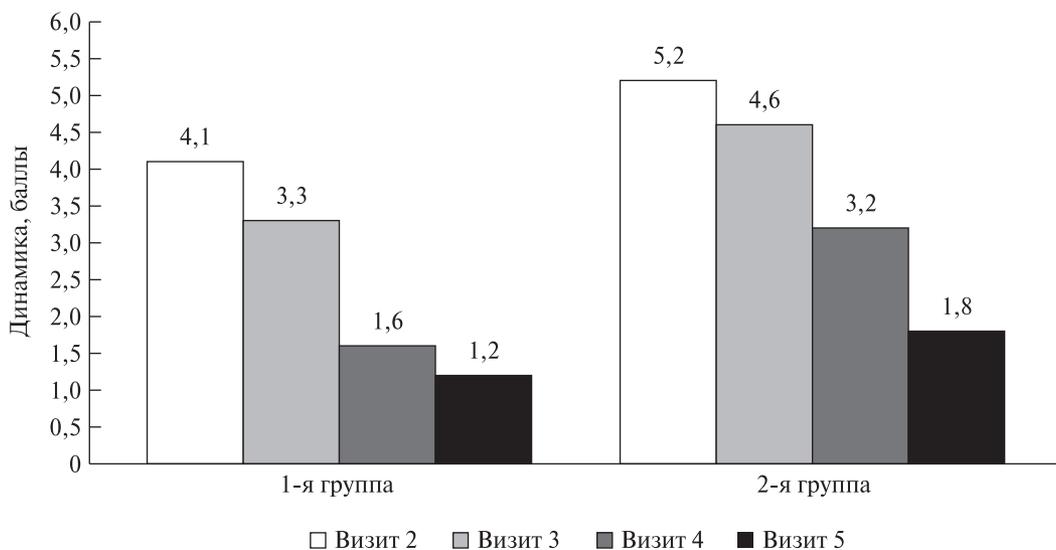


Рис. 4. Сравнительная оценка динамики показателей шкалы общего клинического впечатления об улучшении кашля.

ние кашля или его исчезновение, наступал быстрее и отмечался у большего числа пациентов, чем во 2-й группе. С визита 4 по визит 5, когда лечение не проводилось, у ряда пациентов выраженность кашля продолжала уменьшаться, однако были зафиксированы случаи его рецидива: в 1-й группе – у 2 человек, в то время как во 2-й группе – у 6 ($p > 0,05$).

Субъективная оценка клинической эффективности проводимой терапии осуществлялась на основании анализа данных, полученных при помощи шкалы общего клинического впечатления об улучшении кашля (рис. 4).

Результаты этого анализа свидетельствуют о лучшей субъективной оценке динамики кашля в 1-й группе в сравнении со

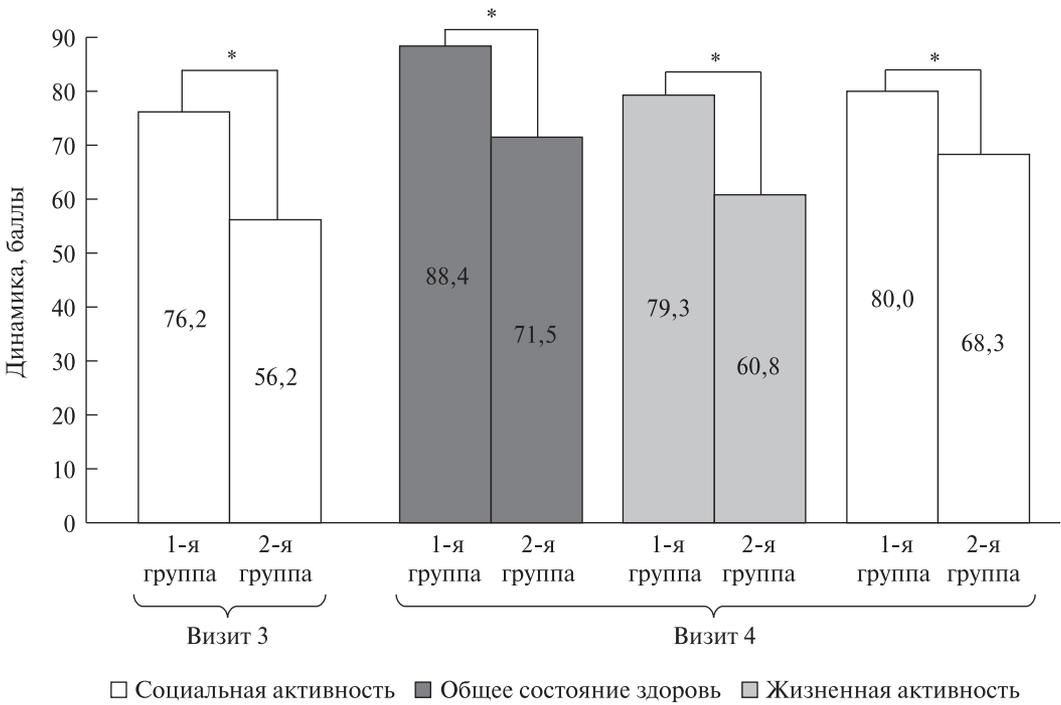


Рис. 5. Сравнительная оценка динамики показателей качества жизни. * $p < 0,05$.

2-й группой начиная с визита 2, что сохранялось к визитам 3 и 4 ($p > 0,05$). На визите 5 различия между группами были уже несущественными.

Анализ влияния исследуемых режимов терапии на качество жизни пациентов

На первом этапе оценки анализировалась динамика показателей качества жизни внутри каждой группы с визита 1 по визит 4.

В результате анализа установлено, что кашель оказывал существенное влияние на качество жизни пациентов по всем исследуемым параметрам, это проявлялось нарушением как физических, так и психоэмоциональных возможностей.

В большей степени от кашля зависели показатели субъективной оценки общего состояния здоровья, жизненной (энергичность, настроение) и социальной (достаточная эмоциональная и физическая способность к общению с другими людьми) активности.

При сравнительном анализе динамики показателей качества жизни у пациентов 1-й и 2-й групп были выявлены достоверные различия по ряду показателей между группами. Начиная с визита 3 таким показателем была социальная активность. Аналогичные различия по этому параметру были зарегистрированы при визите 4. Еще по двум показателям – общее состояние здоровья и жизненная активность – достоверные различия между группами были отмечены к визиту 4 (рис. 5).

Анализ приверженности лечению и безопасности терапии

В 1-й группе на 3-й день исследования у 7 пациентов была отмечена неэффективность проводимой терапии, что потребовало ее коррекции, но не отмены. Трем пациентам были назначены местные антибактериальные препараты, 4 пациентам – системные антибактериальные препараты. Обоснованность назначений антибактери-

альных средств базировалась на клинических и лабораторных данных.

Во 2-й группе аналогичная ситуация наблюдалась у 8 пациентов. Двум пациентам были назначены местные антибактериальные препараты, 6 пациентам – системные антибактериальные препараты. Ни один пациент в обеих группах не выбыл из исследования. Нежелательных явлений во время исследования в обеих группах не зарегистрировано.

Заключение

Таким образом, препарат Аскорил целесообразно использовать в качестве средства терапии постинфекционного кашля. К основным преимуществам препарата следует отнести высокую эффективность, превышающую таковую лазолвана по ранней оценке эффективности (визит 3) в 1,4 раза, по оценке эффективности (визит 4) и клинической оценке эффективности (визит 5) – в 1,2 раза, а по субъективной оценке эффективности лечения – в 2 раза ($p < 0,05$).

Postinfectious Cough: Myths and Real Practice

A.Yu. Ovchinnikov, M.A. Edzhe, S.A. Korostelev, and A.M. Mityuk

Postinfectious cough is a consequence of acute upper respiratory infections. At the present time postinfectious cough is successfully treated with different drugs. Combination drug Ascoril is one of them. The study showed that Ascoril not only effectively reduced cough, but also improved patients' quality of life.

Key words: postinfectious cough, acute upper respiratory infection, Ascoril, quality of life.

Наиболее выраженный эффект при приеме Аскорила отмечен в отношении кашля, который значительно уменьшался уже к визиту 2 (дневной кашель) и визиту 3 (ночной кашель) ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой.

Помимо клинической эффективности выбор в пользу терапии постинфекционного кашля препаратом Аскорил сопровождался улучшением всех показателей качества жизни по вопроснику SF-36; при этом в сравнении с терапией лазолваном отмечалась достоверно лучшая динамика социальной активности, жизненной активности и общего состояния здоровья.

Безопасность лечения подтверждена отсутствием нежелательных явлений, значимых изменений показателей крови и данных электрокардиографии на протяжении всего периода лечения.

*Со списком литературы вы можете ознакомиться на нашем сайте
www.atmosphere-ph.ru*