

*Ю.В. Марушко, Т.В. Гищак,
О.В. Лисовець, М.Ю. Мика,
Є.Ю. Марушко*

*Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця
Дитяча клінічна лікарня №5,
м. Київ*

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ПЕКТОЛВАН® СТОП У ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ НЕПРОДУКТИВНИМ КАШЛЕМ

Резюме

У статті наведено результати спостережень 28 дітей, які хворили на ГРВІ, зі скаргами на сухий нав'язливий болісний кашель, який порушував загальний стан пацієнтів. У нашому випадку кашель – окрема проблема для пацієнтів, яка потребує патогенетичної та симптоматичної терапії. Ступінчаста мукоактивна терапія із застосуванням препарату Пектолван® Стоп із подальшим переходом на препарат Пектолван® Плюс є адекватною схемою, що враховує різні етапи реакції слизової оболонки дихальної системи на інфекційне ураження.

Ключові слова

Кашель, мукоактивна терапія, діти.

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) займають провідне місце за частотою серед інфекційних хвороб як у дитячій, так і дорослій популяції всього світу. Поміж дитячого населення їх частота на одну дитину, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, становить у середньому 6-10 випадків на рік та є причиною 70% звернень батьків дитини до педіатра чи лікаря загальної практики – сімейної медицини [1]. При цьому, за даними Goldsobel et al. (2010), саме наявність кашлю є провідною скаргою батьків дітей під час візиту до лікаря [5]. Кашель може бути причиною значного тимчасового порушення якості життя пацієнта з ГРЗ, оскільки в частині випадків має високу частоту, нав'язливий, виснажливий характер та приносить хворій дитині болісні відчуття. Крім того, даний симптом може бути тривалішим за інші прояви захворювання: так, за результатами дослідження Nay et al. (2003), на 10-й день від початку гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ) кашель персистує в 40% дітей, а на 25-й день – у 10% [6].

Кашель є наслідком активації кашльового рефлексу. Останній виникає при впливі механічних (чужорідні тіла, слиз) чи хімічних подраз-

ників на іритативні рецептори мієлінізованих нервових волокон зі «швидким» проведенням, крім того – під впливом медіаторів запалення на С-рецептори немієлінізованих нервових волокон із «повільним» проведенням [4]. Рефлексогенні кашлеві зони розташовані по всій довжині дихальних шляхів від носоглотки до бронхіол. У випадку продуктивного кашлю – за наявності мокротиння – кашльовий рефлекс доповнює роботу мукоциліарного кліренсу по очищенню дихальних шляхів та є важливим неспецифічним механізмом захисту слизової оболонки респіраторного тракту від інфекційних агентів.

Секреція слизу в респіраторному тракті відбувається постійно, тому діти, які не мають будь-якої респіраторної патології, можуть покашлювати від 10 до 15 разів за день, більше вранці, що не є ознакою патології [4]. Проте, при певних умовах інтенсивність кашлю може неадекватно підвищуватися та виходити за межі своєї захисної функції, перетворюючись на окрему проблему для хворого, яка потребує симптоматичної та патогенетичної терапії. Так на початку ГРВІ, що протікає у вигляді гострого ларингіту, трахеїту чи трахеобронхіту, кашель може бути непродуктивним, нав'язливим та виснажливим внаслідок подразнення С-рецепторів немієлінізованих нервових

волокон медіаторами запалення, які синтезуються у відповідь на альтерацію слизової оболонки респіраторного тракту інфекційним агентом. При цьому, продукція слизу, який є точкою прикладання дії кашльового поштовху, може починатися тільки через кілька днів від початку захворювання. У такому випадку користь від даного захисного механізму на початку патологічного процесу є сумнівною, оскільки через відстрочений початок продукції слизу відсутня точка прикладання кашльового поштовху, і такі поштовхи не допомагають, а тільки виснажують. Описана ситуація ілюструє приклад, коли непродуктивний нав'язливий кашель приносить більше страждань хворому, аніж користі. Так, кожен із нас, хворіючи на трахеїт, відчував полегшення, коли болісний непродуктивний кашель переходив у вологий. Отже, стимуляція продукції нормального, розрідженого секрету та зменшення інтенсивності непродуктивного кашлю, у випадках, коли він є неадекватно інтенсивним на початку захворювання, є раціональним із точки зору патогенетичної та симптоматичної терапії при ГРЗ.

Існує багато препаратів, здатних прямо чи опосередковано впливати на кашель. Їх можна поділити на 3 великі групи: протикашльові (пригнічують центральну або периферичну ланку кашльового рефлексу), мукоактивні (впливають на кашель шляхом зміни властивостей секрету слизової дихальних шляхів і/або мукоциліарного кліренсу) та комбіновані (поєднання препаратів із двох зазначених груп) [3]. З першої групи засобів найбільш ефективними є протикашльові з центральною дією, з яких у педіатрії дозволено до використання тільки ненаркотичні препарати (які не пригнічують дихальний центр). У педіатрії існує значний досвід використання бутамірату цитрату в якості протикашльового препарату в дітей із сухим, подразливим, нападоподібним кашлем різного походження, у тому числі й при кашлюку. А серед мукоактивних препаратів гвайфенезин користується особливою увагою, оскільки окрім властивостей стимулювати продукцію та зменшувати в'язкість бронхіального секрету (за рахунок збільшення його водної складової), володіє мукокінетичним ефектом (посилює роботу в'язчастого епітелію респіраторного тракту) [2].

Оскільки з викладеного вище можна зробити висновок, що у випадку ГРЗ, яке на початку перебігає з інтенсивним непродуктивним нав'язливим кашлем, який порушує загальний стан дитини, патогенетично обґрунтованим є призначення протикашльової терапії зі стимуляцією продукції секрету слизової оболонки дихальних шляхів для пришвидшення переходу непродуктивного кашлю в продуктивний, і в такому випадку цікавим є препарат Пектолван® Стоп. Цей засіб – комбінований і містить бутамірату

цитрат разом із гвайфенезином, за рахунок яких чинить одночасно протикашльову, відхаркувальну та мукокінетичну дію. Пектолван® Стоп випускається у вигляді крапель для перорального застосування по 25 мл у флаконах (1 мл препарату містить 4 мг бутамірату цитрату та 100 мг гвайфенезину). Показанням до призначення є наявність сухого, подразливого, нападоподібного кашлю різного походження в дітей старше 6 місяців.

Слід зазначити, що сам по собі продуктивний кашель є протипоказом до призначення протикашльових препаратів, оскільки пригнічення кашльового рефлексу зменшує виведення секрету з дихальних шляхів, що може призвести до синдрому «заблочування» бронхів. Таким чином, на нашу думку, найбільш адекватним підходом до лікування нав'язливого непродуктивного кашлю в дітей є «ступінчаста мукоактивна терапія»: на початку пацієнту призначається комбінований протикашльовий та відхаркувальний засіб, а вже при переході непродуктивного кашлю в продуктивний – дитину переводять на відхаркувальний чи муколітичний препарат.

Зважаючи на все вищезначене, **метою** нашої роботи стало вивчення ефективності застосування препарату Пектолван® Стоп у комплексній терапії дітей, хворих на ГРЗ, що супроводжується непродуктивним кашлем.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням знаходилися 28 дітей, хворих на ГРВІ, зі скаргами на сухий нав'язливий болісний кашель, який порушував загальний стан пацієнтів. Вік хворих складав від 6 до 11 років (у середньому – 8,4 років). Серед наведених дітей хлопчиків було – 13 (46,4%), дівчаток – 15 (53,6%). Термін від початку захворювання поступлення під наше спостереження коливався від

Таблиця 1. Скарги, дані анамнезу хвороби та результати фізикального обстеження хворих на момент поступлення до стаціонару

Скарги, дані анамнезу та результати фізикального обстеження	Хворі діти (n=28)	
	n	%
Гострий початок захворювання	28	100
Фебрильна лихоманка	10	35,7
Субфебрильна лихоманка	18	64,3
Ознаки інтоксикаційного синдрому (головний біль, слабкість, біль у м'язах)	16	57,1
Осиплість голосу	12	42,9
Болючість за грудиною при кашлі	18	64,3
Непродуктивний, болючий, нав'язливий кашель	28	100
Аускультативно жорстке дихання в легенях	17	60,7
Наявність сухих басових хрипів у легенях при аускультатії	17	60,7
Закладеність носу та/чи ринорея	28	100
Біль у горлі, гіперемія слизової оболонки ротоглотки	28	100
Почервоніння кон'юнктиви, слъзотеча, відчуття «піску в очах»	8	28,6

1 до 3 днів. Скарги на момент поступлення, дані анамнезу хвороби та результати фізикального обстеження пацієнтів представлені в табл. 1.

Як видно з даних, наведених у табл. 1, у дітей мали місце клінічні ознаки вірусної етіології хвороби: гострий початок захворювання, ринофарингіт, у частини дітей – кон'юнктивіт. При проведенні загального аналізу крові лейкопенія мала місце у 12 (42,9%) пацієнтів, відносний лімфоцитоз – у 8 (28,6%) пацієнтів. Лейкоцитозу та зсуву формули крові вліво не спостерігалось в жодного пацієнта. Швидкість осідання еритроцитів була підвищеною лише в 5 (17,9%) дітей та не перевищувала 20 мм/год. При проведенні загального аналізу сечі відхилень від норми не спостерігалось в жодного пацієнта. У пацієнтів із наявністю хрипів у легенях за необхідністю для виключення осередкового вогнищового процесу була проведена рентгенографія органів грудної клітки, на якій мали місце посилення та деформація легеневого малюнку без вогнищово-інфільтративних тіней.

На основі даних клініко-лабораторного та променевого обстеження у всіх дітей було встановлено діагноз ГРВІ, окремі клінічні складові захворювання залежно від залучення різних відділів респіраторного тракту представлені в табл. 2.

У всіх представлених пацієнтів мав місце непродуктивний частий нав'язливий болісний кашель. У 12 дітей з ураженням гортані кашель мав «гавкаючий» характер. Залучення трахеї у хворих характеризувалося наявністю відчуття «печіння» або болю за грудиною під час кашльових поштовхів. У 5 (29,4%) з 17 дітей із залучення в патологічний процес бронхів мав місце біль при кашлі в ділянці грудної клітки. Порухення інтенсивним кашлем загального стану хворих проявлялося в слабкості, фізичному виснаженні, порушенні вживання їжі (в окремих випадках – блювотою під час харчування на висоті кашлю), порушенні сну.

Для симптоматичної та патогенетичної терапії кашлю дітям призначався Пектолван® Стоп згідно інструкції з використання: при масі тіла 20-30 кг – по 14 крапель 3-4 рази на добу, 30-40 кг – по 16 крапель 3-4 рази на добу [6]. Лікування тривало до появи виразно продуктивного кашлю, після чого даний препарат замінювали на сироп Пектолван® Плющ: до 6 років – по 2,5 мл 3 рази на добу; від 6 до 10 років – по 5 мл 3 рази на добу. Сумарно курс мукоактивної терапії тривав до 10 днів.

Із метою противірусного лікування 10 (35,7%) дітям із середньої важкості перебігом захворювання призначили противірусну терапію – препарати інтерферону. За необхідності дітям проводилася антипіретична терапія парацетамолом. Надавалися рекомендації по харчуванню та питому режиму дітей.

Спостереження за хворими проводилося протягом 10 днів. Було проаналізовано частоту кашлю в пацієнтів (вимірювалася кількість серій кашльових поштовхів за 20 хвилин), час переходу непродуктивного кашлю в продуктивний (у днях), інтенсивність болісних відчуттів, що супроводжували кашльові поштовхи за візуальною аналоговою шкалою (0-10 балів). Для обробки статистичних величин використовували Excel 2010.

Результати та їх обговорення

Усі діти закінчили дослідження. На фоні комплексної терапії лихоманка була відсутня до кінця 3-го дня у всіх дітей. Інтоксикаційний синдром не спостерігався вже на 2-й день терапії.

Результати аналізу зміни частоти серій кашльових поштовхів у хворих на ГРВІ під впливом комплексного лікування із включенням препарату Пектолван® Стоп представлені на рис. 1. Аналіз даних показав, що на фоні терапії середній показник частоти кашлю вже через добу достовірно знизився. На 3-ю добу від початку комбінованого лікування відмічено незначне збільшення частоти кашльових серій, що можна пов'язати збільшенням продукції секрету під впливом гвайфенезину. Проте важливо, що при збільшенні продуктивності кашель вже не був болісним та нав'язливим, а отже дане збільшення частоти кашлю на фоні продукції бронхіального слизу можна вважати нормальним, коли кашльові поштовхи почали приносили полегшення пацієнтам.

У табл. 3 представлена кількість дітей, у яких на 3, 4 та 5-й дні від початку захворювання відбулася конверсія непродуктивного кашлю в продуктивний.

Як видно з даних табл. 3, у всіх пацієнтів на 5-й день комплексного лікування відбулася конверсія непродуктивного кашлю в продуктивний.

Таблиця 2. Клінічні синдроми у хворих на ГРВІ

Клінічні синдроми	Хворі діти (n=28)	
	n	%
Гострий ларингіт	3	10,6
Гострий трахеїт	4	14,3
Гострий ларинготрахеїт	4	14,3
Гострий простий бронхіт	7	25,0
Гострий трахеобронхіт	5	17,9
Гострий ларинготрахеобронхіт	5	17,9
Гострий риніт	28	100
Гострий фарингіт	28	100
Гострий кон'юнктивіт	8	28,6

Таблиця 3. Кількість дітей із появою продуктивного кашлю 3, 4 та 5-й дні від початку лікування

Дні від початку терапії		3-й	4-й	5-й
Хворі діти (n=28)	n	18	23	28
	%	64,3	82,1	100

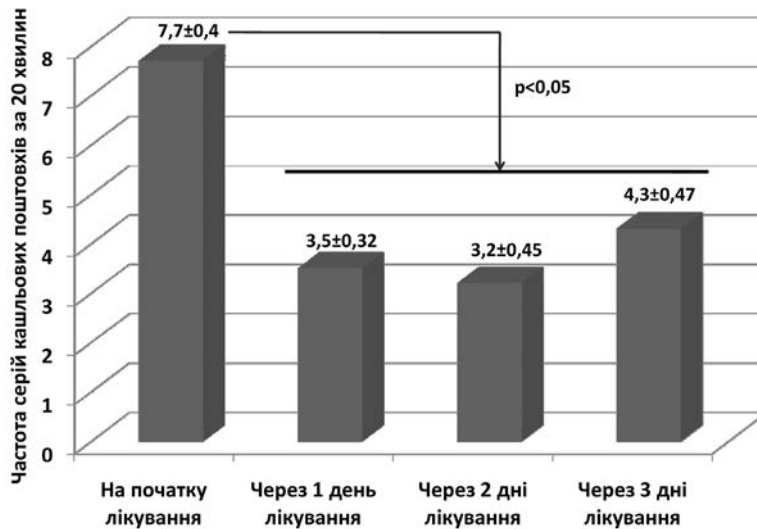


Рис. 1. Зміна частоти серій кашльових поштовхів у хворих під впливом комплексного лікування із включенням препарату Пектолван® Стоп

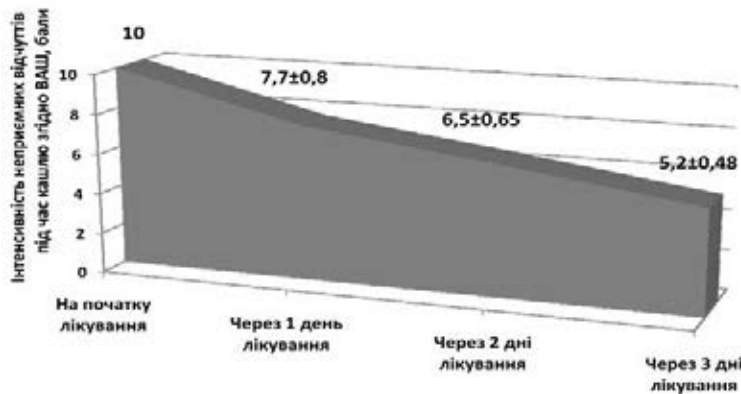


Рис. 2. Середні величини інтенсивності неприємних відчуттів, що супроводжували кашель, перед призначенням терапії, через 1, 2 та 3 дні від початку лікування

Крім того, майже у 2/3 хворих вже на 3-й день терапії кашель став вологим. Слід зазначити, що аускультативно у всіх дітей із залученням в інфекційний процес бронхів до 5-го дня сухі басові хрипи перейшли у вологі крупно- та середньопухирчасті, що відображало розвиток продукції бронхіального секрету.

Зміна інтенсивності болісних відчуттів, що супроводжували кашльові поштовхи в перші дні спостереження, відображена на рис. 2. Використовували візуальну аналогову шкалу. Хворий ставив відмітку на шкалі, що відповідала його суб'єктивним відчуттям. За 10 балів приймалися інтенсивність негативних відчуттів при кашлі на початку хвороби, за 0 балів – відсутність будь-яких негативних відчуттів при кашлі. У динаміці через 1, 2 та 3 дні від початку лікування відмічалися показники інтенсивності неприємних відчуттів, що супроводжували кашель. Середні величини наведених показників представлені на рис. 2.

Як видно з даних, наведених на рис. 2, ін-

тенсивність неприємних відчуттів при кашлі (що включали болючість, відчуття «печіння» за грудиною, біль у грудній клітці) вже через добу лікування зменшилася майже на чверть, а на третій день комплексного лікування – на половину.

До 5-го дня лікування всі хворі були переведені на препарат Пектолван® Плющ. Подальше спостереження показало, що до кінця 10 дня ступінчастої мукоактивної терапії тільки у 2 (7,1%) дітей із залученням у патологічний процес бронхів мали місце залишкові явища продуктивного кашлю. У цих же дітей були виявлені поодинокі вологі середньокаліберні хрипи в легенях. Для наведених 2 пацієнтів термін спостереження був подовжений до 2 тижнів. На повторному візиті (15-й день після госпіталізації) у хворих не спостерігалось кашлю, а аускультативна картина повністю нормалізувалась.

Таким чином, підсумовуючи досвід наших спостережень, можна стверджувати, що хоча кашель є неспецифічним захисним механізмом, що доповнює функцію мукоциліарного кліренсу, в окремих випадках він може бути малоефективним, неадекватно інтенсивним та призводити до погіршення загального стану пацієнта з ГРЗ. Наведена ситуація трапляється тоді, коли початок продукції секрету слизової респіраторного тракту є відстроченим, а постійна стимуляція рефлексогенних зон дихальних шляхів внаслідок альтерації тканин інфек-

ційним агентом призводить до нав'язливого інтенсивного та непродуктивного кашлю. Такого роду кашель може виснажувати пацієнта та приносити йому додаткові страждання. Саме в таких випадках симптоматична та патогенетична терапія нав'язливого кашлю, як окремої скарги пацієнта, є доцільною. На початку терапії дітей із ГРВІ, що супроводжується непродуктивним нав'язливим кашлем, який погіршує загальний стан дитини, вискоєфективним для зменшення неадекватної інтенсивності кашлю та стимуляції початку гіперсекреції слизу слизовою оболонкою дихальних шляхів є призначення комбінованого препарату Пектолван® Стоп із протикашльовою, відхаркувальною та мукокінетичною дією. У подальшому, при переході від непродуктивного до продуктивного кашлю, доцільною та ефективною є заміна засобу з протикашльовою активністю на відхаркувальний препарат Пектолван® Плющ. Загальний ре-

комендований сумарний термін «ступінчастої» мукоактивної терапії складає 10 днів.

Висновки

1. Респіраторна патологія становить актуальну проблему педіатрії. Кашель є неспецифічним захисним механізмом при ГРЗ, який за певних умов може ставати неадекватно інтенсивним, нав'язливим та погіршувати загальний стан хворого.
2. Для дітей, хворих на ГРВІ, зі скаргами на сухий нав'язливий болісний кашель, який порушує загальний стан та сон, для зменшення інтенсивності непродуктивного кашлю, переходу кашлю

з непродуктивного в продуктивний та полегшення самопочуття, призначення препарату Пектолван® Стоп є ефективним та доцільним.

3. При ГРВІ в дітей, що перебігає у вигляді ларингіту, трахеїту чи бронхіту та супроводжується непродуктивним нав'язливим кашлем, симптоматичну терапію рекомендовано починати з комбінованого препарату Пектолван® Стоп із метою досягнення протикашльового та відхаркувального ефекту, а при зміні характеру кашлю з непродуктивного на продуктивний – призначати відхаркувальний засіб Пектолван® Плющ сумарним терміном на 10 днів.

Список використаної літератури

1. Баранов А.А. Педиатрия: национальное руководство: в 2-х томах / Баранов А.А. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. Інструкція застосування препарату Пектолван® Стоп (Наказ МОК України №386 від 06.05.2010).
3. Ревякина В.А. Кашель у детей: причины и подходы к терапии / В.А. Ревякина // Педиатрия. – 2006. – № 2. – С. 12-14.
4. Таточенко В.К. Дифференциальная диагностика кашля у детей и его лечение / В.К. Таточенко // Лечащий врач. – 2008. – №3. – С. 13-15.
5. Goldsobel A.B. Cough in the Pediatric Population / A.B. Goldsobel, B.E. Chipps // The Journal of Pediatrics. – 2010. – Vol. 156, No. 3. – P. 352-358.
6. Hay A.D. The duration of acute cough in preschool children presenting to primary care: a prospective cohort study / A.D. Hay, A. Wilson, T. Fahey, T.J. Peters // Family Practice. – 2003. – Vol. 20. – P. 696-705.

Надійшла до редакції 03.03.2015

EXPERIENCE OF PECTOLVAN® STOP IN CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS, ACCOMPANIED BY DRY COUGH Yu.V. Marushko, T.V. Hutschak, O.V. Lusovetz, M.Yu. Muka, E.Yu. Marushko

Summary

Cough is a nonspecific defense mechanism during ARI, which under certain conditions may become of inadequate intensiveness, intrusive and impair the general condition of the patient. In the above case, the cough becomes a separate problem for the patient, and needs pathogenetic and symptomatic therapy. Expectorant stepwise therapy with Pectolvan® Stop with further transition to drug Pectolvan® Hedera is adequate scheme that takes into account the different stages of the respiratory system mucous membrane reaction on infectious lesions.

Keywords: cough, expectorant therapy, children.