

© Радциг Е.Ю., 2009

Е.Ю. Радциг

## КАШЕЛЬ – ЗАЩИТНЫЙ МЕХАНИЗМ И СИМПТОМ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета (зав. член-корр. РАМН, проф. М.Р. Богомильский)  
ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, Москва

В статье рассматриваются основные характеристики и причины кашля с акцентом на клинические ситуации, с которыми наиболее часто встречается детский оториноларинголог. Описан диагностический и лечебный алгоритм при хроническом кашле. Приведены результаты применения гомеопатического препарата Стодаль (Лаборатория Буарон, Франция) при остром (50 детей 1–15 лет) и хроническом (100 детей 3–15 лет) кашле по сравнению с традиционной противокашлевой терапией (50 и 100 детей соответственно). Показаны хорошая клиническая эффективность и переносимость препарата Стодаль.  
*Ключевые слова:* острый и хронический кашель, дети, подростки, гомеопатический препарат Стодаль.

---

Authors discuss main characteristics and origins of cough and emphasize most typical clinical situations in practice of pediatric otolaryngologist and describe diagnostic and therapeutic algorithms in cases of chronic cough. They present results of homeopathic medicine Stodal (Boiron laboratory, France) usage in cases of acute cough (50 children aged 1–15 years) and chronic cough (100 children aged 3–15 years) in comparison with routine anti-cough therapy (50 and 100 patients). The study proved good clinical efficacy and safety of Stodal.

*Key words:* children, cough, anti-cough drugs, homeopathic drugs.

Рассматривая процесс заселения живыми существами территории нашей планеты в историческом аспекте, приходится констатировать, что существующие ныне виды обладают самыми мощными защитными механизмами. Проблема защиты от меняющихся условий внешней среды актуальна и поныне. В последние годы все шире рассматривают образование биопленок патогенными микроорганизмами – это новая форма их ответа на применение современных антибактериальных препаратов. Человек использует для этого достижения технического прогресса, однако у этой медали есть об-

ратная сторона – все чаще и чаще раздаются призывы различных экологических организаций обновиться и подумать, какое влияние оказывает технический прогресс на окружающую среду. Поскольку лишь малая часть трудоспособного населения откликнется на призыв отказаться от использования аэрозолей, личного автотранспорта, оргтехники, основной процент будет продолжать жить и работать в условиях мегаполисов.

Согласно исследованиям последних лет, неблагоприятные условия окружающей среды являются предпосылками развития нервно-психичес-

### Контактная информация

Радциг Елена Юрьевна – д. м. н., проф. каф. оториноларингологии пед. фак. ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

Адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1

Тел.: (495) 959-87-58, E-mail: radena@rambler.ru

Статья поступила 03.06.09, принята к печати 30.06.09

ких заболеваний, роста детской заболеваемости. Экологический мониторинг показывает увеличение числа аллергенов, с которыми человек практически ежедневно сталкивается в быту; а из-за загрязнения атмосферы диоксидами число заболеваний органов дыхания (в том числе бронхиальной астмой) среди детей возросло в несколько раз.

Поэтому вопросы лечения и профилактики различных заболеваний не потеряют свою значимость.

Превентивная и профилактическая медицина – интереснейший раздел медицины, где рассматриваются в том числе и защитные механизмы человеческого организма и обсуждаются возможности их использования в практических целях. Не имея возможности обсудить эту проблему целиком, остановимся на вопросе защиты верхних дыхательных путей (ВДП) от проникновения патогенных организмов. Дыхание – одно из необходимых условий поддержания жизнедеятельности организма, поэтому эпителий дыхательных путей (ДП) первым встречается с различными чужеродными примесями вдыхаемого воздуха, в том числе и с патогенными микроорганизмами. Благодаря мукоцилиарному клиренсу, все посторонние частицы осаждаются слизью, вырабатываемой бокаловидными клетками, и транспортируются из полости носа и околоносовых пазух в глотку. Кроме того, удалению повышенного количества секрета из полости носа и/или чужеродных агентов способствуют рефлекторные акты – чихание и/или сморкание. Следует обращать внимание родителей на необходимость вырабатывать умение сморкаться у детей, начиная с раннего возраста.

Механизм мукоцилиарного клиренса нарушается при любой вирусной инфекции, однако выраженность нарушения зависит от массивности и длительности воздействия патогенного фактора. Своевременно начатое адекватное лечение позволяет восстановиться высокодифференцированным реснитчатым клеткам. Реснитчатый эпителий выстилает не только полость носа и околоносовых пазух. Этот вид эпителия характерен для всей дыхательной трубки. Говоря о гортани, трахее и бронхах, заметим, что на этом уровне кашель является рефлекторным защитным механизмом, физиологическая роль которого состоит в очищении ДП не только от секрета, но и от посторонних веществ, попавших в организм извне. Приводим пример (рис. 1) инородного тела гортани, самостоятельно удаленного при кашле 8-месячным ребенком. Справедливости ради заметим, что, к сожалению, у детей отмечаются и длительно стоящие инородные тела гортани (рис. 2), а также нижележащих отделов ДП.

Описывая кашель [1], отмечают следующие его характеристики:

- длительность – в настоящее время присутствует некоторое разночтение, но большинство специалистов используют следующую градацию

кашля: острый (менее 3 недель), подострый (от 3 до 8 недель), хронический (более 8 недель);

- время появления – утренний, дневной, вечерний, ночной;
- характер – продуктивный («влажный») и непродуктивный («сухой»);
- ритм (покашливание, серия кашлевых толчков, приступообразный);
- тембр (короткий, лающий, сильный и беззвучный).

Кашель может являться и симптомом ряда заболеваний. Причины, вызывающие кашель, многообразны. Патология различных органов и систем проявляется кашлем. Многообразие характеристик помогает врачу в постановке правильного диагноза.

С точки зрения оториноларинголога, целая группа причин, вызывающих кашель (особенно хронический), объединена понятием PNDS (post nasal drip syndrome) – синдром постназального затекания [2–4]. Этот синдром объединяет воспалительные процессы в носоглотке, полости носа, околоносовых пазухах, при которых патологическое отделяемое, стекая из полости носа по задней стенке глотки, попадает в гортаноглотку, запуская афферентную часть дуги кашлевого рефлекса. Кашель обычно возникает ночью, так как днем в вертикальном положении тела слизь, стекая в гортаноглотку, рефлекторно проглатывается, не вызывая кашель (рис. 3). По сути дела, кашель при PNDS сухой, но больные, характеризующие его, описывают его как продуктивный.

Следующей по частоте причиной кашля называют гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, далее – воспалительная патология нижних ДП. Причины хронического кашля представлены в таблице.

Диагностический алгоритм у больных с хроническим кашлем, помимо традиционного сбора данных анамнеза, физикального осмотра, рентгенографии органов грудной клетки, наиболее общих лабораторных анализов, должен включать в себя и эндоскопическое обследование ЛОР-органов (особенно гортани). Кроме того, по показаниям проводятся исследование функции внешнего дыхания, консультации аллерголога, пульмонолога, инфекциониста, кардиолога.

Лечение должно быть комплексным и направлено на устранение причин болезни, а также ее симптомов и на повышение защитных сил организма. Для этих целей используют следующие группы лекарственных средств (ЛС):

- 1) нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Использование кетопрофена облегчает раздражение и болезненность в горле, также как и системные проявления простуды (лихорадка, недомогание, миалгии). Хотя некоторые недавние исследования выявили, что использование напроксена, индометацина и некоторых других НПВС может облегчить кашель у взрослых больных риновирусной инфекцией [5], большинство

Таблица

## Причины хронического кашля у детей

Наиболее общие причины	
Вирусная инфекция ВДП	Хронизация может быть обусловлена непрерывно-рецидивирующими эпизодами ОРВИ
Гиперреактивность ДП	Почти всегда является следствием вирусной инфекции
Общие причины	
Респираторный аллергоз	Обычно связана с гиперреактивностью ДП
Синдром постназального затекания	Стекание слизи по задней стенке глотки вызывает кашель
Ирритативный кашель	Обычно инициализируется вирусной инфекцией или вторичен (на фоне активного и пассивного курения)
Психогенный	Уменьшается во время сна
Инфекции (хламидийная инфекция, коклюш, туберкулез и др.)	Диагноз ставится на основании клинических данных и специфических лабораторных тестов
Редкие причины	
Инородные тела ДП	Наиболее часто у маленьких детей
Врожденные аномалии развития ДП и/или органов средостения	Трахеозофагеальная фистула или иные причины, вызывающие кашель посредством сдавления ДП или забросом содержимого желудочно-кишечного тракта в ДП

НПВС не одобрены для использования у детей или имеют возрастные ограничения, т.к. имеют узкие безопасные дозы и высокий риск развития кровотечений из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и реакций гиперчувствительности;

2) мукоактивные препараты могут быть прямого (производные N-ацетилцистеина) и непрямого действия (производные карбоцистеина, препараты растительного происхождения и др.). Применяемые в виде ингаляций (N-ацетилцистеин) или системно (N-ацетилцистеин, карбоцистеин, препараты природного происхождения), они воздействуют на все виды кашля;

3) противокашлевые препараты центрального действия (угнетают кашлевой центр продолговатого мозга) могут использоваться в качестве монопрепаратов или входить в состав комплексных противопростудных препаратов. Использование противокашлевых ЛС, преимущественно неопиоидных, может быть рекомендовано детям с сухим, раздражающим кашлем (как острым, как и хроническим), который не облегчается использованием вышеупомянутых ЛС. Следует учитывать, что

маленькие дети очень чувствительны к использованию этих ЛС, и у них могут быть такие побочные эффекты, как сонливость, иногда заторможенность, даже при использовании возрастных дозировок. Кашель у детей-астматиков часто связан с бронхиальной гиперреактивностью. В такой ситуации облегчить симптомы должны бронходилататоры, лучше в виде ингаляций;

4) комплексные гомеопатические препараты практически лишены недостатков, присущих средствам официальной медицины.

Одним из таких препаратов является препарат Стодаль (Лаборатория Буарон, Франция). Выпускаемый в виде сиропа, препарат содержит такие активные компоненты, как *Anemone pulsatilla*, *Rumex crispus*, *Bryonia dioica*, *Ipecacuanha*, *Spongia tosta*, *Sticta pulmonaria*, *Antimonium tartaricum*, *Myocarde*, *Coccus cacti*, *Drosera*, Толуанский сироп, сироп Полигала.

Показания к применению Стодала – комплексная терапия заболеваний, сопровождающихся кашлем.

Воздействие препарата Стодаль на различные виды кашля подтверждено многочисленными клиническими исследованиями за рубежом и в России.

Ряд из них был проведен в клинике ЛОР-большней педиатрического факультета РГМУ с целью оценки эффективности препарата Стодаль по сравнению с традиционной противокашлевой терапией при остром и хроническом кашле.

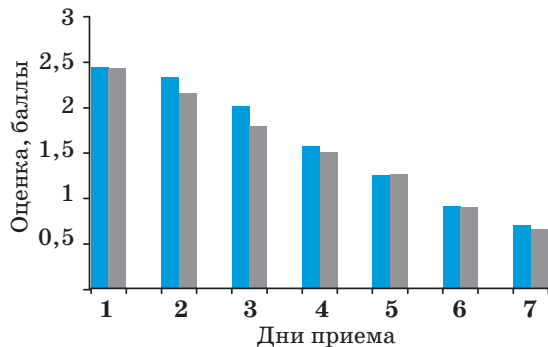
Всем больным проводили общую оценку состояния больного, ЛОР-осмотр, включая ринофарингоскопию, балльную оценку симптомов по 3-балльной шкале (0 – симптом отсутствует, 3 – выражен максимально).

Первое исследование включало оценку эффективности препарата Стодаль у детей с острым кашлем на фоне ОРВИ. Обследовано 100 детей в возрасте от 1 года до 15 лет. Дети основной группы (50 человек) получали Стодаль в соответствии с инструкцией – по 1 ч. л. 3–5 раз в день в качестве монотерапии. Детям контрольной группы (50 человек) назначали различные противокашлевые и мукоактивные препараты (производные ацетил- и карбоцистеинов).

Динамика балльной оценки интенсивности и выраженности кашля у детей основной и контрольной групп представлена на рис. 3.

На основании полученных данных эффективность монотерапии препаратом Стодаль при остром кашле у детей сопоставима с традиционно используемыми противокашлевыми препаратами.

Целью следующего исследования была оценка эффективности препарата Стодаль у детей с хроническим кашлем в возрасте от 3 лет 2 мес до 15 лет, уже получавших симптоматическое аллопатическое лечение. Под наблюдением было 200 детей (по 100 детей в основной и контрольной группах). Все дети были направлены педиатрами к оториноларинголо-

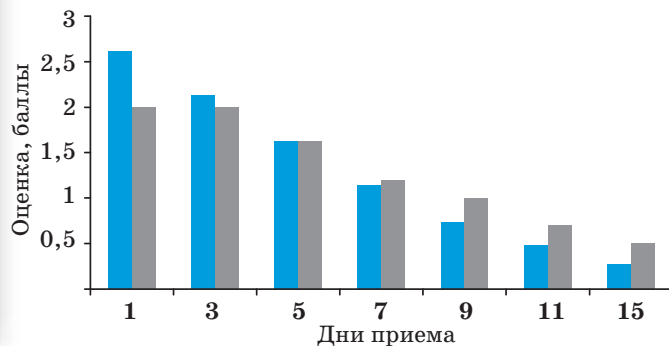


**Рис. 3.** Динамика балльной оценки выраженности кашлевого симптома у детей основной и контрольной групп. Здесь и на рис. 4: 1-й столбик – основная группа, 2-й столбик – контрольная группа.

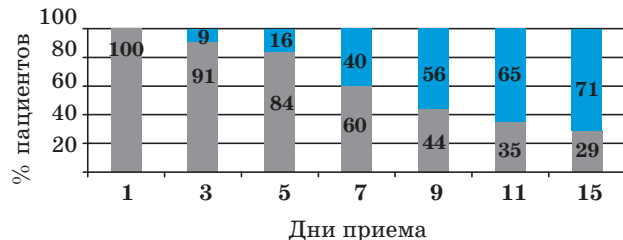
гу для проведения эндоскопического обследования, так как физикальное (аускультация), в некоторых случаях и инструментальное (рентгенография) обследование не выявило причины хронизации кашля.

Изменение интенсивности кашля по дням на фоне терапии препаратом Стодаль в сравнении с традиционной терапией представлено на рис. 4.

У 9 (9%) больных кашель прекратился полностью (0 баллов) на 3-й день, у 16 (16%) – на 5-й день, у 40 (40%) – на 7-й день, у 56 (56%) – на 9-й



**Рис. 4.** Изменение средней интенсивности кашля у детей основной и контрольной групп.



**Рис. 5.** Наличие кашля у больных на фоне терапии препаратом Стодаль.

■ – нет, ■ – есть.

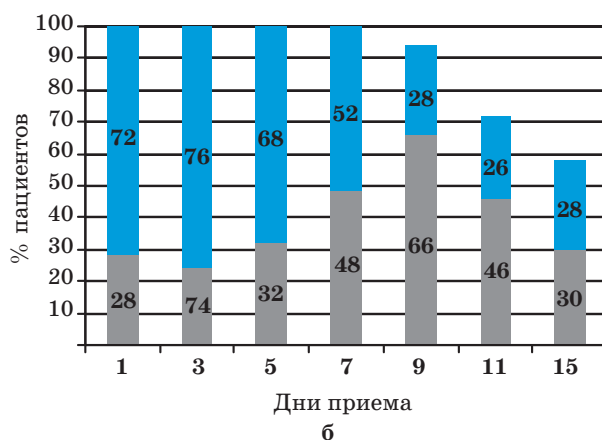
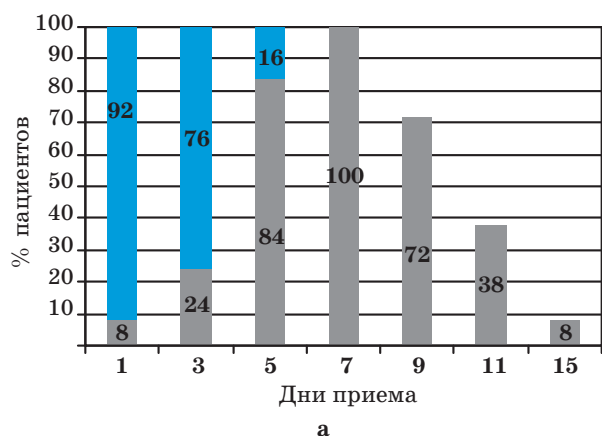


Рис. 6. Оценка характера кашля у детей основной (а) и контрольной (б) групп.

■ – непродуктивный, ■ – продуктивный.

день, у 65 (65%) – на 11-й день, у 71 (71%) – на 15-й день (рис. 5).

Полученные данные выявили, что целесообразно пролонгировать прием препарата у детей с хроническим кашлем до 7–9-го дня. Существенного изменения средней интенсивности балльной оценки симптомов кашля при пролонгировании приема препарата до 15-го дня не выявлено.

1. Волкова О.В. Лечение кашля у детей. Педиатрия. 2004; 3: 16–20.

2. Kameri RK. Chronic cough in children. *Pediatr. Clin. North. Am.* 1991; 38 (3): 593–605.

3. Hollinger LD, Sanders AD. Chronic cough in infants and children: an update. *Laryngoscope.* 1991; 101: 596–605.

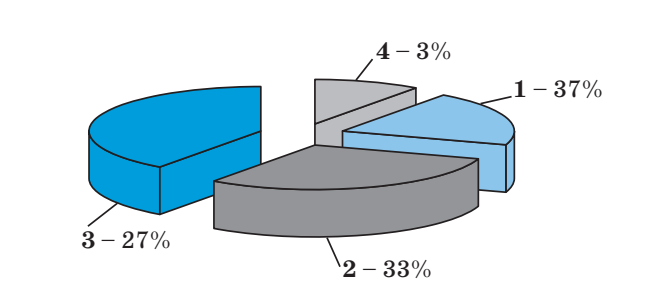


Рис. 7. Оценка эффективности препарата Стодаль при терапии хронического кашля у детей.

1 – отличная, 2 – хорошая, 3 – удовлетворительная, 4 – без эффекта.

Оценка характера кашля у больных основной и контрольной групп на фоне проводимой терапии представлена на рис. 6.

Эффективность лечения была оценена как «отличная» у 37 (37%) больных, как «хорошая» – у 33 (33%), как «удовлетворительная» – у 27 (27%) и «без эффекта» – у 3 (3%) больных (рис. 7).

Побочных и нежелательных явлений, требующих отмены препарата, ни у одного из наблюдаемых больных отмечено не было.

Таким образом, препарат Стодаль может использоваться как средство монотерапии симптома кашля у детей, как в острых, так и в хронических случаях. Традиционный 5-дневный курс приема препарата при хроническом кашле должен пролонгироваться до 7–9-го дня. Пролонгирование приема препарата до 15-го дня не оказывает существенного влияния на улучшение клинической симптоматики. На фоне приема препарата не отмечено никаких побочных реакций. Родители отмечали, что детям очень нравится вкус сиропа и они с удовольствием его принимают.

Таким образом, клинические наблюдения подтвердили клиническую эффективность и хорошую переносимость препарата Стодаль, который может быть рекомендован как средство для монотерапии кашля различных типов и длительности.

#### ЛИТЕРАТУРА

4. Braman SS. Common causes of chronic unexplained cough. *Pulm. Perspect.* 1995; 95: 4–6.

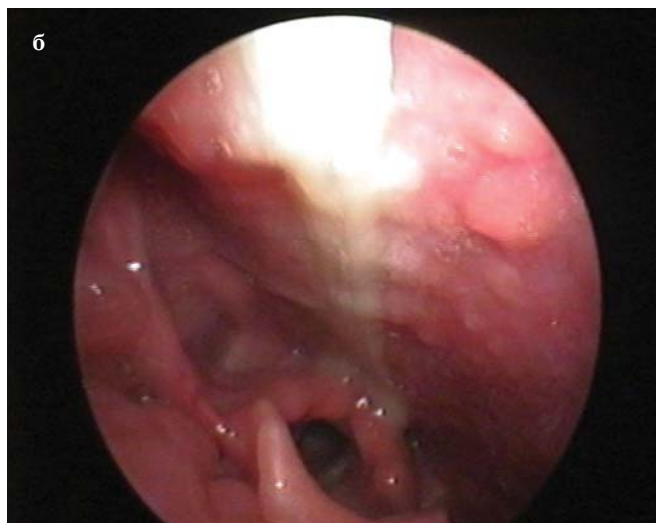
5. Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM et al. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom: a consensus panel report of the American College of Chest Physicians. *Chest.* 1998; (Suppl. 114): 133–181.



**Рис. 1.** Инородное тело гортани больного М., 8 мес., самопроизвольно удаленное при кашле.



**Рис. 2.** Инородное тело гортани больного Р., 11 мес, длительно стоящее (3 недели).



**Рис. 3.** Стеkanie слизи по задней стенке глотки (а) и скопление в задних отделах надскладкового пространства (б) как проявление синдрома постназального затекания (post-nasal drip syndrome). Жесткая 70° оптика, диаметр 4 мм.