Динамика кашлевого синдрома при острых респираторных инфекциях у детей. Подходы к терапии малопродуктивного неэффективного кашля

К.м.н. Н.Д. Сорока

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.М. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Среди заболеваний органов дыхания в детском возрасте наиболее распространенными являются острые респираторные инфекции (ОРИ). Самым частым и устойчивым симптомом ОРИ у детей является кашель. Лечение кашля относится к патогенетическому варианту терапии. В педиатрии для лечения кашля используются препараты, созданные на основе растительного сырья, эффективность и безопасность которых доказаны в ходе клинических испытаний и на основе опыта длительного применения в медицине. Одним из таких препаратов является Эвкабал® — комбинированный препарат растительного происхождения, в состав которого входят экстракты подорожника и чабреца. Эвкабал® обладает мукоактивным, противокашлевым и противовоспалительным действием. При наличии у ребенка с ОРИ густой, вязкой, гнойной, трудноткашливаемой мокроты и опасности мукостаза особенно показаны препараты, действующим веществом которых является ацетилцистеин. В этой группе препаратов зарегистрирован новый препарат ЭСПА-НАЦ®. Лечение кашля — чрезвычайно важный компонент терапии любого заболевания, но оно ни в коей мере не должно подменять адекватную этиотропную терапию заболевания, симптомом которого кашель является. Лечение кашля должно носить персонализированный характер с учетом особенностей основного заболевания, периода его течения, преморбидного состояния пациента.

Ключевые слова: *кашель, острые респираторные инфекции, ОРИ, Эвкабал, Эспа-нац, экстракт, подорожник, чабрец, ацетилцистеин, муколитик.*

Для цитирования: *Сорока Н.Д. Динамика кашлевого синдрома при острых респираторных инфекциях у детей. Подходы к терапии малопродуктивного неэффективного кашля. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;8:25–29.*

ABSTRACT

Cough in acute respiratory infections in children. Treatment approaches to inefficient cough

N.D. Soroka

I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University
I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg

Acute respiratory infections are the most common respiratory disorders in children. Cough is the most common and stable symptom of acute respiratory infections. Treatment for cough is a pathogenic therapy. Medications derived from plants which efficacy and safety were demonstrated in clinical trials and by long-term clinical experience are used in pediatrics for cough. Eucabal® is a complex plant medication which contains the extract of plantain and thyme. Eucabal® provides mucoactive, anti-cough, and anti-inflammatory effects. Medicines containing the active ingredient acetylcysteine are recommended for acute respiratory infections with thick, viscous, purulent sputum that is difficult to expectorate and risk of mucostasis. ESPA-NAC® is a novel member of this pharmaceutical group. Treatment for cough is a very important component of the therapy for any disease. However, cough relief should not substitute adequate etiologic treatment for the disease manifested with cough. Cough treatment should be personalized and consider the hallmarks of underlying disease, its period, and premorbidity.

Keywords: *cough, acute respiratory infections, Eucabal®, ESPA-NAC®, extract, plantain, thyme, acetylcysteine, mucolytic.*

For citation: *Soroka N.D. Cough in acute respiratory infections in children. Treatment approaches to inefficient cough. RMJ. Medical Review. 2019;8:25–29.*

Введение

Среди заболеваний органов дыхания в детском возрасте наиболее распространенными являются острые респираторные инфекции (ОРИ). Данным термином обозначают группу заболеваний, имеющих сходную этиологию и клинические характеристики, включающую как болезни верхних дыхательных путей (риниты, синуситы, фарингиты, ларингиты и пр.), так и инфекции нижних дыхательных путей (трахеиты, бронхиты и др.). Медицинское и социально-экономическое значение этой группы болезней обусловлено не только чрезвычайно высоким уровнем заболеваемости, но и опасностью осложненного течения, вероятностью неблагоприятного исхода. По официальным статистическим данным, в РФ ежегодно регистрируется около 27 млн детей в возрасте до 17 лет, больных ОРИ. Так, в течение 2018 г. зарегистрировано 30,9 млн случаев ОРИ,

а показатель заболеваемости составил 21 034 случая заболеваний на 100 тыс. среднегодового населения [1]. Общеизвестно, что основным этиологическим фактором ОРИ является вирусная инфекция. Несмотря на то, что каждое вирусное заболевание в зависимости от вида вируса имеет свои особенности, клиническая диагностика конкретной ОРИ может быть весьма затруднительна, поскольку набор симптомов заболеваний не имеет строго специфического характера. Такие симптомы, как ринит, боль в горле, головная боль, ограничение физической активности, кашель, могут быть характерны для каждой клинической формы ОРИ.

Наиболее частым и устойчивым симптомом практически всех ОРИ детского возраста является кашель. Именно с кашля обычно начинается любое острое респираторное заболевание, кашель может сопровождать болезнь на всем ее протяжении, и нередко кашлевой симптом задерживается после выздоровления на довольно длительный период времени (так называемый постинфекционный кашель), являясь причиной беспокойства родителей и обращения за медицинской помощью. Длительный кашель входит в пятерку ведущих причин обращений пациентов за медицинской помощью, поскольку, будучи затяжным, изнуряющим, он существенно влияет на качество жизни, нередко требует специального обследования и соответствующего лечения [2].

Патофизиология кашля

С точки зрения современных представлений о роли кашля при ОРИ существует две позиции, которые должен учитывать врач при выборе тактики лечения. С одной стороны, кашель следует рассматривать как **рефлекторный защитный симптом**, направленный на удаление из дыхательных путей инородного материала и микроорганизмов, попадающих из атмосферы при дыхании, а также патологического секрета, образующегося в процессе воспаления. Физиологический механизм формирования кашля в период воспаления связан с:

- раздражением кашлевых рецепторов слизистой дыхательных путей возбудителем;
- проведением афферентным путем импульсов к кашлевому центру, расположенному в области ствола головного мозга;
- эфферентным возвратом импульсов (через возвратный, гортанный и спинномозговые нервы) на дыхательную мускулатуру;
- сокращением дыхательных мышц, с последующим увеличением внутригрудного давления, приводящего к созданию высокой скорости воздушного потока выдыхаемого воздуха, оптимального для удаления воспалительного материала.

Кашель принято относить к респираторным рефлексам, отвечающим за механическую защиту дыхательных путей от любого патологического воздействия [3]. С учетом этой позиции подавлять кашлевой рефлекс при ОРИ не всегда правильно и целесообразно.

Однако, с другой стороны, интенсивный, длительный, непродуктивный, мучительный, не приносящий облегчения, приступообразный кашель, нарушающий сон, мешающий бодрствованию, можно рассматривать как патологический симптом, требующий обязательной противокашлевой терапии, поскольку такой кашель может быть непосредственной причиной ряда осложнений:

- слабость, недомогание, обморочные состояния, боли в груди;
- отсутствие аппетита, тошнота, позывы к рвоте, истощение;
- непроизвольное мочеиспускание и/или дефекация;
- повышение внутричерепного давления, приводящее к головным болям, а в тяжелых случаях — к обморочным состояниям, гипоксическим судорогам и даже нарушению мозгового кровообращения;
- дыхательные расстройства, эмфизема, пневмоторакс, диафрагмальные грыжи;
- нарушение ритма сердца (брадиаритмия) и пр.

Доказано, что кашель может быть симптомом большой группы пульмонологических и непосредственно не связанных с патологией органов дыхания заболеваний (сердечно-сосудистых заболеваний, болезней ЖКТ, заболеваний ЦНС и пр.). Безусловно, его особенности и клинические характеристики (интенсивность, продуктивность, тембр, время возникновения, связь с каким-либо фактором и пр.) во многом зависят от основного заболевания [4]. Исходя из этого, непосредственное лечение кашля как симптома заболевания всегда требует дифференцированного подхода, а лечебная тактика должна быть персонализированно подобранной — с учетом основного заболевания, фазы болезни, преморбидного фона пациента.

Кашель у больных ОРИ

Сложность лечения кашля при ОРИ определяется и тем, что в большинстве случаев обращение к врачу по поводу кашля осуществляется не с первых дней болезни, а в процессе течения ОРИ. Кашель при этом, соответствуя клинической динамике заболевания, может менять свои характеристики, что требует изменений и в подходах к его лечению.

Если рассмотреть динамику кашля у пациентов с ОРИ, можно условно выделить 4 основных кашлевых периода заболевания.

Первый (начальный) период продолжается несколько дней (обычно 2–3 дня заболевания). В этот период кашель, как правило, сухой, довольно частый, иногда изнурительный, болезненный. Причина такого кашля связана с повреждением эпителия дыхательных путей вирусной инфекцией, формированием воспалительного отека с последующим раздражением кашлевых рецепторов. Подавлять кашлевой симптом в эту фазу заболевания нецелесообразно, поскольку кашель способствует санации дыхательных путей, выполняя свою основную физиологическую функцию. Однако негативные моменты такого раздражающего кашля (болевой синдром, чувство заложенности в груди, позывы к тошноте и пр.) требуют проведения мероприятий, ослабляющих их влияние.

В этот период заболевания для смягчения кашлевой симптоматики показаны достаточный питьевой режим и лечебные мероприятия, направленные на уменьшение ирритативного воздействия на слизистую дыхательных путей. Достаточно эффективны голосовой покой, теплые влажные ингаляции 0,9% раствора хлорида натрия (физиологического раствора), назначение препаратов, препятствующих раздражению периферических кашлевых рецепторов дыхательных путей. В частности, могут быть показаны препараты, содержащие растительные муцины, которые за счет стимуляции слизеобразования уменьшают раздражение слизистой дыхательных

путей, снижают интенсивность сухого непродуктивного кашля, что особенно важно при судорожном сухом кашле.

Второй кашлевой период ОРИ обычно продолжается от 3–4-го до 7–10-го дня болезни.

Он связан с активацией мукоцилиарной системы, являющейся основой нормального функционирования дыхательных путей с неспецифическим механизмом местной защиты слизистой. Клинически этот кашлевой период характеризуется «смягчением кашля» за счет уменьшения его интенсивности и увлажнения в результате увеличения секреции. Из лекарственных препаратов в этот кашлевой период целесообразно назначение мукокинетиков (экспекторантов), т. е. препаратов, стимулирующих цилиарную активность поврежденного вирусной инфекцией эпителия дыхательных путей, облегчающих откашливание секрета. Несмотря на то, что медикаментозная палитра препаратов-экспекторантов представлена большим числом лекарственных средств, приоритет имеют препараты растительного происхождения (как монопрепараты, так и комбинированные лекарственные средства).

Третий кашлевой период ОРИ может продолжаться до 10–12-го дня заболевания. Он характеризуется появлением мокроты и ее интенсивным откашливанием. В этот кашлевой период создается высокая опасность формирования мукостаза — избыточного скопления воспалительного секрета в дыхательных путях, эвакуация которого может быть нарушена или за счет воспалительного повреждения эпителия, и/или в связи с неблагоприятными физико-химическими свойствами бронхиального секрета (его вязкостью, адгезивностью). Клиническим признаком мукостаза может служить так называемый неэффективный кашель, который наиболее характерен для детей младшего возраста (у ребенка влажный кашель, но экспекторация мокроты отсутствует, при этом в легких выслушиваются сухие и среднепузырчатые влажные хрипы).

В этот кашлевой период ОРИ рационально добавление к экспекторантам препаратов из группы муколитиков, непосредственно влияющих на реологические свойства бронхиального секрета. Под действием муколитиков бронхиальный секрет становится более жидким (за счет разрыва полимеров слизи). При наличии густой, вязкой, трудноотделяемой мокроты особенно показаны препараты, действующим веществом которых является ацетилцистеин. Наоборот, при экспекторации обильной чрезмерно жидкой мокроты (например, на фоне заболеваний ЦНС, цилиарной дискинезии, некоторых генетически обусловленных заболеваний легких и пр.) наиболее целесообразно назначение мукорегуляторов — производных карбоцистеина [7].

Четвертый кашлевой период ОРИ (постинфекционный кашель) — это сухой кашель, который продолжается после завершения ОРИ, на фоне полной нормализации клинической картины. Он связан с постепенным восстановлением эпителия дыхательных путей, поврежденного в ходе воспаления. Обычная продолжительность постинфекционного кашля составляет 10–15 дней после завершения заболевания, но нередко он сохраняется до 8 нед. и более [6].

Причины длительного кашля у каждого пациента индивидуальны. Длительно кашляющие дети — это дети с особенностями строения дыхательных путей и/или дисфункцией некоторых органов и систем организма, причем не только дыхательной, но и иммунной, нервной, эндокринной и пр. Большое значение при длительном кашле имеет преморбидный фон пациента (аллергическая настроенность, гиперреактивность дыхательных путей, перинатальные особенности ЦНС и пр.). Длительный кашель всегда требует углубленного обследования с целью диагностики заболевания или патологического состояния, проявлением которого он является, и причинно-значимого лечения, соответствующего выявленному заболеванию. В лечении длительного непродуктивного кашля рационально использовать препараты, направленные на репарацию эпителия дыхательных путей, а также противокашлевые препараты прямого периферического или центрального действия, снижающие чувствительность кашлевых рецепторов бронхов или непосредственно кашлевого центра.

Лечение кашля у пациентов с ОРИ

Возможности применения препаратов растительного происхождения

Лечение кашля относится к патогенетическому варианту терапии и предполагает широкое использование препаратов различных фармакотерапевтических групп. В педиатрии достаточно часто для лечения кашля используются препараты, созданные на основе растительного сырья, эффективность и безопасность которых доказаны в ходе клинических испытаний и на основе опыта длительного применения в медицине.

Важными аргументами в пользу назначения для лечения кашля препаратов растительного происхождения являются:

- длительный (исторический) опыт успешного применения этой группы препаратов для лечения заболеваний органов дыхания;
- высокое содержание в них биологически активных веществ (сапонинов, альдегидов, эфирных соединений и пр.), которые более быстро и естественно, по сравнению с синтетическими препаратами, включаются в обменные процессы;
- эффективность, физиологичность, относительная безопасность (побочные эффекты достаточно редки).

Одним из широко применяемых препаратов для лечения кашля у детей является **Эвкабал®** — комбинированный препарат растительного происхождения, в состав которого входят экстракты подорожника и чабреца. Основные фармакологические эффекты препарата — мукоактивный, противокашлевой и противовоспалительный [8].

Экстракт подорожника, входящий в состав препарата, содержит растительные муцины, которые стимулируют слизеобразование в дыхательных путях и тем самым защищают слизистую трахеи и бронхов от ирритативного воспалительного раздражения, препятствуя активации периферических кашлевых рецепторов дыхательных путей. Наличие муцинов позволяет эффективно применять Эвкабал® при сухом кашле как в дебюте ОРИ, так и в постинфекционный период, т. е. на протяжении всего кашлевого периода заболевания. Доказан противокашлевой эффект препарата даже при судорожном и сухом непродуктивном кашле, вызванном атрофическими изменениями эпителия слизистой [8]. *Фармакологические эффекты* тимьяна (чабреца) обусловлены комплексом составляющих его активных растительных соединений: фитонцидов, фенолов, флавоноидов, эфирных масел.

- Фитонциды и фенолы обладают бактерицидным эффектом в отношении грамположительной кокковой микрофлоры и бактериостатическим — в отношении грамотрицательных бактерий.

- Фенолы — активны в отношении грибов и резистентной к антибиотикам микробной флоры, в т. ч. L-форм бактерий.
- Флавоноиды и эфирные масла обладают мукокинетическим и секретолитическим эффектом, ферментируют густой, вязкий секрет, повышают двигательную активность ресничек цилиарного эпителия слизистой дыхательных путей, способствуя эвакуации патологического секрета, а также обладают спазмолитическим эффектом, обеспечивая умеренную бронходилатацию, улучшая бронхиальную проходимость.
- Эфирные масла за счет своих поверхностно-активных свойств способны изменять коллоидное состояние мокроты.

Эти эффекты тимьяна обеспечивают эффективность препарата Эвкабал® как мукоактивного лекарственного средства (в период влажного кашля), обладающего также противовоспалительными свойствами.

Комбинация взаимно потенцирующих друг друга компонентов препарата (противокашлевого и мукоактивного), не имеющих негативных лекарственных взаимодействий, позволяет применять данный препарат на всем протяжении кашлевого периода ОРИ как мономукоактивное средство, что существенно сокращает медикаментозную нагрузку на пациента, а следовательно, предотвращает возможные побочные эффекты и полипрагмазию.

Эвкабал® применяется в составе комплексной терапии воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, сопровождающихся кашлем с трудноотделяемой мокротой (трахеит, бронхотрахеит), а также спастическим кашлем [8].

Эвкабал® выпускается в виде сиропа во флаконах по 100 мл. Препарат содержит этиловый спирт 8,1% (объем в процентах). Применяют препарат в неразбавленном виде после еды. Доза зависит от возраста ребенка (табл. 1) [8].

Таблица 1. Рекомендуемые дозы препарата Эвкабал® в зависимости от возраста

Возраст	Рекомендуемые дозы
Детям от 1 года до 5 лет	По 1 чайной ложке 2 р./сут
Детям от 5 до 12 лет	По 1 столовой ложке 2 р./сут
Взрослым и детям старше 12 лет	1–2 столовые ложки 3–5 р./сут

Длительность приема определяется индивидуально и зависит от тяжести течения болезни, выраженности клинической симптоматики. При легких формах заболевания продолжительность приема обычно составляет 2 нед., при более длительных, затяжных бронхолегочных процессах прием можно продлить до 3 нед. Считается целесообразным прием препарата в течение всего периода клинических проявлений заболевания и еще 2–3 дней после исчезновения симптомов болезни.

Побочные эффекты, непосредственно связанные с приемом препарата, встречаются очень редко, однако возможны. К ним относятся аллергические реакции, реакция гиперчувствительности, включая ангионевротический отек, кожные высыпания, крапивница, а также боли в животе, тошнота, рвота, диарея.

Противопоказаниями и ограничениями к применению препарата Эвкабал® могут быть следующие состояния:

- индивидуальная непереносимость компонентов препарата (наличие повышенной чувствительности к подорожнику, тимьяну или другим растениям семейства губоцветных и компонентам метилпарагидроксибензоату и пропилпарагидроксибензоату);
- дефицит сахаразы/изомальтазы, непереносимость фруктозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция;
- из-за возможного негативного влияния этанола применение препарата противопоказано детям до 1 года, при беременности и в период грудного вскармливания, а также при заболеваниях печени, эпилепсии и черепно-мозговой травме.

При назначении препарата Эвкабал® детям, страдающим сахарным диабетом и находящимся на диете с пониженным содержанием углеводов, следует помнить, что препарат содержит раствор инвертного сахара: в 1 чайной ложке препарата содержится 3,8 г смеси фруктозы и глюкозы, что соответствует 0,316 ХЕ, в 1 столовой ложке — 7,6 г смеси, что соответствует 0,632 ХЕ [8].

Эвкабал® является официнальным препаратом. Клинические исследования, токсикологические испытания и ретроспективный анализ применения препарата показали высокую эффективность, минимальное число (сравнимое с плацебо) нежелательных эффектов, хорошую переносимость препарата в рамках рациональной фитотерапии.

В наших клинических наблюдениях лечения ОРИ в амбулаторных условиях у детей не отмечено побочных или негативных явлений, связанных непосредственно с приемом препарата Эвкабал®. Не выявлено также отрицательного лекарственного взаимодействия между сиропом Эвкабал® и лекарственными препаратами для комплексного лечения бронхолегочных заболеваний. Отмечено хорошее сочетание с антибиотиками, ингаляционными кортикостероидами, антигистаминными, иммунотропными, противовоспалительными и прочими лекарственными средствами.

Следует отметить хорошую переносимость препарата (несмотря на его растительное происхождение) пациентами с легкими проявлениями атопического дерматита, аллергического ринита. При опросе родителей относительно эффективности препарата Эвкабал® его лечебный эффект был оценен как отличный у 56% пациентов, как хороший — у 38%, как удовлетворительный — только у 6% часто и длительно болеющих детей и аллергиков. Анкетирование пациентов и их родителей выявило удовлетворенность органолептическими свойствами (цветом, вкусом, запахом) сиропа Эвкабал®, удобством его дозирования и применения.

Роль производных цистеина в терапии кашля у больных ОРИ

При наличии у ребенка с ОРИ густой, вязкой, гнойной, трудноокашливаемой мокроты и опасности мукостаза особенно показаны препараты, действующим веществом которых является ацетилцистеин. В этой группе препаратов зарегистрирован новый препарат **ЭСПА-НАЦ®**.

ЭСПА-НАЦ® является производным аминокислоты цистеин и оказывает непосредственное влияние на реологические свойства бронхиального секрета за счет способности разрывать внутри- и межмолекулярные дисульфидные связи кислых мукополисахаридов мокроты, что приводит к деполяризации мукопротеидов и уменьшению вязкости мокроты.

Препарат ЭСПА-НАЦ® обладает:

- выраженным и быстрым муколитическим эффектом;
- антиоксидантным действием (как донатор аминокислоты цистеин, необходимой для синтеза глутатиона печени);

Таблица 2. Место препаратов ацетилцистеина в стандартах первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детям при ОРИ и гриппе

Стандарт	Мукоактивные препараты
При острых назофарингите, ларингите, трахеите и острых инфекциях верхних дыхательных путей легкой степени тяжести (приказ № 1654н от 28.12.2012)	**Муколитики:** ацетилцистеин **Отхаркивающие** **Противокашлевые**
При острых респираторных заболеваниях средней степени тяжести (приказ № 798н от 09.11.2012)	**Муколитики:** ацетилцистеин **Противокашлевые**
При острых респираторных заболеваниях тяжелой степени тяжести (приказ № 1450н от 24.12.2012)	**Муколитики:** ацетилцистеин **Противокашлевые** + **отхаркивающие**
При остром бронхите (приказ № 108 от 12.02.2007)	**Муколитики:** ацетилцистеин, амброксол
При гриппе легкой степени тяжести (приказ № 757н от 09.11.2012)	**Муколитики:** ацетилцистеин
При гриппе средней тяжести (приказ № 1095н от 20.12.2012)	**Муколитики:** ацетилцистеин
При остром синусите (приказ № 1201н от 20.12.2012)	**Муколитики:** ацетилцистеин, карбоцистеин **Отхаркивающие**
При пневмонии (приказ № 1213н от 20.12.2012)	**Муколитики:** ацетилцистеин, карбоцистеин, амброксол **Противокашлевые**

– способностью влиять на мукоцилиарную активность эпителия дыхательных путей;
– противовоспалительным эффектом (за счет уменьшения бактериальной колонизации бронхов);
– возможностью снижать активность эластазы в крови и бронхиальном секрете, предотвращая разрушение легочного эластина, что имеет существенное значение при длительном бронхолегочном процессе и опасности его хронизации;
– способностью подавлять пролиферацию фибробластов (предотвращает развитие фиброза).

Препараты ацетилцистеина имеют широкие показания и входят в стандарты первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детям при ОРИ и гриппе, в т. ч. легкой степени тяжести (табл. 2) [9].

Препарат ЭСПА-НАЦ® показан к применению у пациентов с заболеваниями органов дыхания, сопровождающимися образованием вязкой трудноотделяемой мокроты. Он выпускается в форме порошка с фруктовым запахом для приготовления раствора и приема внутрь, в дозировке 200 мг, 600 мг. Суточные дозы зависят от возраста пациента (табл. 3).

Таблица 3. Дозы препарата ЭСПА-НАЦ® (порошок для приготовления раствора для приема внутрь, 200 мг) в зависимости от возраста

Возраст	Рекомендуемые дозы
Детям в возрасте от 2 до 6 лет	2–3 р./сут по ½ пакетика (200–300 мг)
Детям в возрасте от 6 до 14 лет	2 р./сут по 1 пакетику (400 мг)
Взрослым и детям старше 14 лет	2–3 р./сут по 1 пакетику (400–600 мг)

Особенности назначения:
– при ингаляционном и интратрахеальном применении дозу, частоту применения и длительность курса устанавливают индивидуально;
– закапывают в наружный слуховой проход и носовые ходы по 150–300 мг на 1 процедуру.

Особенности приема:
– препарат не рекомендуется принимать после 18:00, поскольку он стимулирует кашель, увеличивает объем секреции;
– на фоне приема препарата желательно увеличить объем потребляемой жидкости;
– после приема препарата полезно проведение кинезитерапии (постуральный дренаж, массаж, подвижные игры);
– важно не сочетать с приемом противокашлевых и антигистаминных средств;
– помнить, что в первые 2–3 дня приема препарата ЭСПА-НАЦ® кашель и отделение мокроты могут усилиться.

Противопоказаниями к приему препарата ЭСПА-НАЦ® являются заболевания ЖКТ (обострение язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки), а также детский возраст до 2 лет (для дозировки 200 мг) и до 14 лет (для дозировки 600 мг), повышенная чувствительность к ацетилцистеину.

Заключение

Таким образом, кашель является одним из симптомов как болезней органов дыхания, так и заболеваний, не относящихся к респираторной патологии (болезней сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, ЦНС и пр.). Кашель нельзя рассматривать отдельно от заболевания, проявлением которого он является. Лечение исключительно кашля ни в коей мере не должно подменять адекватную этиотропную терапию заболевания, симптомом которого кашель является, оно должно носить персонализированный характер, с учетом особенностей основного заболевания, периода его течения, преморбидного состояния пациента. Терапия кашля является патогенетической и предполагает широкое использование препаратов различных фармако-терапевтических групп, в т. ч. препаратов растительного происхождения и производных ацетилцистеина.

Литература

1. Федеральный центр гигиены и эпидемиологии. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях — 2018. (Электронный ресурс). URL: https://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statictic_details.php?ELEMENT_ID=11277 (дата обращения: 12.07.2019). [Federal Center for Hygiene and Epidemiology. Information on infectious and parasitic diseases — 2018. (Electronic resource). URL: https://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statictic_details.php?ELEMENT_ID=11277 (access date: 12.07.2019) (in Russ.)].
2. Чучалин А.Г., Амбросимов В.Н. Кашель. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. [Chuchalin A.G., Ambrosimov V.N. Cough. M.: GEOTAR-Media; 2016 (in Russ.)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте http://www.rmj.ru