

Затянувшийся кашель

Н.А. Алиханова, Н.В. Ефремова, О.И. Рыжова, Д.В. Семенов, ФГБУ Клиническая больница №1 (Волинская) УДП РФ.

А.В. Панченко, к.м.н. ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Кафедра пропедевтики внутренних болезней л.ф.

Кашель при воспалительных заболеваниях бронхов и легких – стойкий симптом, обусловленный воспалением слизистой оболочки бронха, бронхоспазмом, наличием вязкой мокроты в просвете бронха. Применение «Мукофитина» оказывает воздействие на все факторы патогенеза кашля: подавляет воспалительный процесс, предотвращает бронхоспазм, улучшает отделение мокроты. Это помогает ускорить исчезновение симптома, уменьшает период нетрудоспособности. Влияние «Мукофитина» преимущественно на бронхи крупного и среднего калибра помогает значительно увеличить прирост ЖЕЛ и РОВ у больных с ХОБЛ.

Ключевые слова: патогенез кашля, кашель, лечение кашля при ХОБЛ, комплексное воздействие на факторы патогенеза кашля.

Кашель, приступы затрудненного дыхания – неприятные проявления бронхита, бронхиальной астмы, пневмоний. **Как правило, обострениям заболеваний бронхов и легких предшествует заражение вирусными инфекциями, такими как грипп, парагрипп, и другие респираторно-вирусные инфекции, объединяемые общим названием ОРВИ (острые респираторно-вирусные инфекции). Наибольшее количество воспалительных заболеваний бронхов наблюдается в период эпидемий гриппа и ОРВИ, в холодный и сырой период года. Вспышки заболеваний можно ожидать в период школьных каникул и после массового возвращения с курортов.** Болезни органов дыхания в нашей стране выходят на второе место по распространенности, после заболеваний сердечно-сосудистой системы. Связано это с климатическими факторами – длительный период холодов в большинстве регионов России, неблагоприятными экологическими условиями в ряде городов. Особое место среди заболеваний органов дыхания занимают хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), хронический бронхит, бронхиальная астма. Именно эти болезни являются наиболее частой причиной временной нетрудоспособности и инвалидности среди всех болезней органов дыхания, опережая рак легкого и туберкулез. Связано это с такими осложнениями хронической обструктивной болезни легких как эмфизема легких и хроническое легочное сердце, приводящее к легочно-сердечной недостаточности. Как уже говорили, в большинстве случаев причиной обострения хронического бронхита, бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является перенесенная респираторно-вирусная инфекция или грипп. Проявляется это новой волной лихорадки, нарастающей интоксикацией, дыхательной недостаточности (одышка). Появляется кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты, могут появляться приступы экспираторного удушья (затруднение выдоха).

Развитие инфекционных осложнений со стороны нижних дыхательных путей (бронхит, внебольничная пневмония, обострение ХОБЛ, бронхиальной астмы)

распознаются врачами легко и довольно успешно лечатся антибактериальными препаратами, отхаркивающими средствами, муколитиками, бронхолитиками и т.д. Быстро снижается температура, улучшается общее состояние больного. Гораздо труднее бороться с кашлем. Как правило, под действием антибиотиков отхождение мокроты уменьшается, кашель становится сухим, надсадным, мучительным. Бороться с ним очень трудно, иногда он продолжается долгие месяцы. Наиболее мучителен кашель с трудно отделяемой мокротой, когда он не приносит облегчения и сопровождается приступами удушья. Это связано со сложностью кашлевого рефлекса, который вызван не только воспалением, но и бронхоспазмом, наличием и состоянием мокроты в бронхиальном дереве, воздействием на слизистую бронха факторов внешней среды. Кроме того, отхаркивающие и противокашлевые средства, принимаемые внутрь, в большой степени разлагаются в желудочно-кишечном тракте и печени (до 80%). Они, как правило, оказывают воздействие только на одно из звеньев патогенеза кашля (муколитическое, отхаркивающее или бронхолитическое действие). Применяемые противокашлевые средства не оказывают антисептического действия и не способствуют улучшению кровообращения в легких. Для эффективной борьбы с кашлем необходимо воздействовать на все эти факторы. Именно отсутствием такого воздействия можно объяснить то, что более 90% больных пролеченных в стационаре по поводу внебольничной пневмонии, обострения ХОБЛ, бронхиальной астмы продолжают предъявлять жалобы на кашель. **Для борьбы с кашлем и нарушением легочной вентиляции при обструктивном бронхите, бронхопневмонии, ХОБЛ ООО «Инфарма 2000» разработан и с успехом применяется крем «МУКОФИТИН».** «МУКОФИТИН» обладает бронхорасширяющим действием, предупреждает развитие бронхоспазма, оказывает антисептическое (камфара, пихта, алоэ, эвкалипт) и муколитическое действие (йодид калия), ускоряет нормализацию показателей микроциркуляции. Крем наносят дважды в день на заднюю, боковую и переднюю поверхности грудной

клетки, стопы. Первые 2–3 дня рекомендуется нанесение крема на спину и стопы. При нанесении крема возможно появление чувства тепла и покраснение кожи передней поверхности грудной клетки за счет сосудорасширяющего действия витамина РР. Эффективность «МУКОФИТИНА» оценена у больных с внебольничной пневмонией, обострением хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы. Исследована динамика основных клинических симптомов, показателей спирографии и признаков воспалительного процесса, продолжительность пребывания в стационаре. Как мы уже говорили, кашель является наиболее устойчивым симптомом, присутствующим у всех обследованных больных с вышеуказанными заболеваниями. После выписки из стационара кашель был полностью купирован только у 7,7 пациентов и сохранялся у 92,3% больных, получавших стандартную терапию. В то время как у больных применявших «МУКОФИТИН» частота полного купирования кашля была в 3,5 раза выше (достигала 26,7%) (Рис. 1).

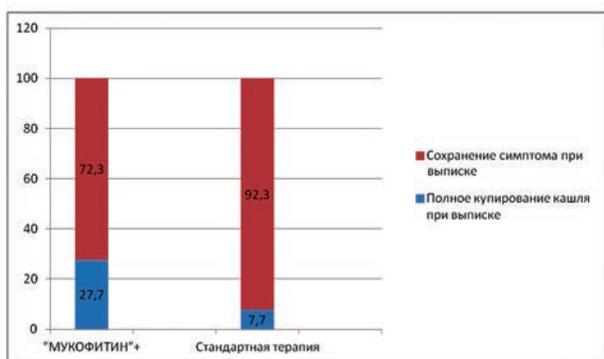


Рис. 1. Влияние применения «МУКОФИТИНА» на кашель как клинический симптом

В результате оценки показателей функции внешнего дыхания под действием «МУКОФИТИНА» было отмечено, что наибольшие изменения выявлены при измерении жизненной емкости легких, резервного объема выдоха, форсированной жизненной емкости легких, форсированного объема выдоха за 1 сек (ОФВ1), максимальной скорости форсированного выдоха и максимальной объемной скорости в точках 25,50 и 75% ФЖЕЛ.

Так прирост жизненной емкости легких у больных получавших стандартную терапию составил 9,12%, в то время как у больных применявших «МУКОФИТИН» с первого дня лечения на фоне стандартной терапии составил 31,47%. Еще большим был прирост резервного объема выдоха. Так при стандартной терапии он составил 18,95%, в то время как у больных применявших «МУКОФИТИН» 91,29% (Рис. 2).

Применение «МУКОФИТИНА» привело к росту форсированной жизненной емкости легких (FVC), максимальной скорости форсированного выдоха (PEF) и объема форсированного выдоха за 1 секунду (FEV1). Так прирост ФЖЕЛ у больных применявших «МУКОФИТИН» составил 25,08% по сравнению с 17,29% у больных получавших стандартную терапию. Прирост максимальной скорости форсированного выдоха у больных,

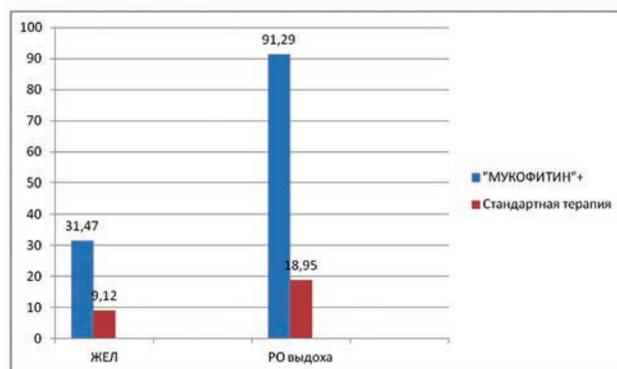


Рис. 2. Динамика жизненной емкости легких и резервного объема выдоха у больных применявших «МУКОФИТИН» по сравнению с контрольной группой в %

применявших «МУКОФИТИН» составил 30,82% по сравнению с 11,14% при обычной терапии. Наибольшим был прирост ОФВ1. Он составил у больных применявших «МУКОФИТИН» 43,79% при 24,36% у больных получавших стандартную терапию. (Рис. 3).

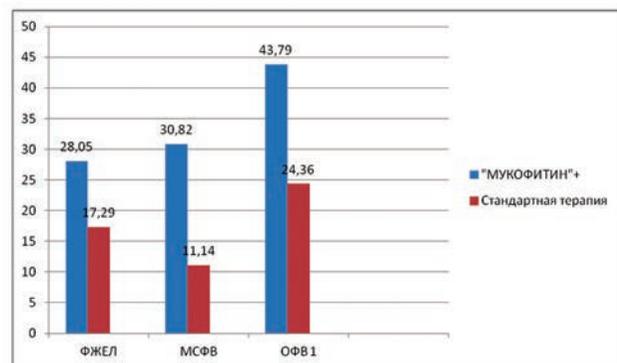


Рис. 3. Динамика ФЖЕЛ (FVC), максимальной скорости форсированного выдоха (PEF), ОФВ1 (FEV1) у больных получавших «МУКОФИТИН» по сравнению со стандартной терапией в %

Очень значительным оказался прирост максимальной объемной скорости в точках 25, 50 и 75% форсированной ЖЕЛ. Так в точке 25% прирост у больных применявших «МУКОФИТИН» на фоне обычной терапии составил 60,16% при 27,05% на фоне стандартной терапии, в точке 50% – 84,54% при 43,32% на фоне стандартной терапии. В точке 75% прирост на фоне применения «МУКОФИТИНА» составил 79,11% при 58,11% на фоне стандартной терапии. (Рис. 4).

Как видно из полученных данных, наибольшее влияние применение «МУКОФИТИНА» оказывает на бронхи крупного и среднего калибра. Этим можно в первую очередь объяснить значительный прирост ЖЕЛ и РОВ в группе больных, применявших «МУКОФИТИН». Блокада бронхов препятствует спадению альвеол во время выдоха, в результате не остается места для их заполнения на вдохе. Полноценное восстановление проходимости бронхов всех калибров создает условие для нормальной вентиляции альвеол, что приводит к увеличению емкостных показателей. (Рис. 5)

Применение «МУКОФИТИНА» оказало значительное влияние и на динамику уровня лейкоцитов

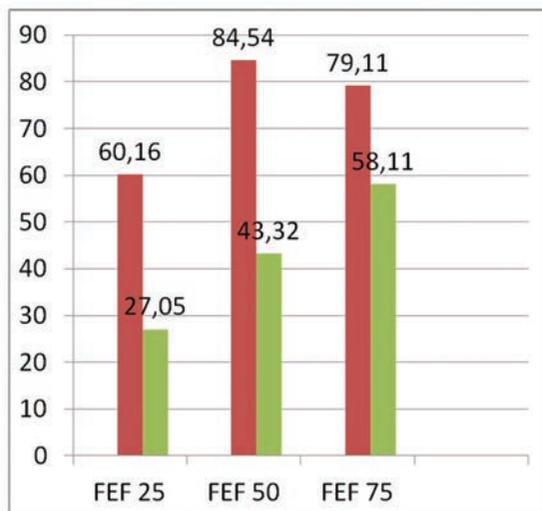


Рис. 4. Прирост максимальной объемной скорости в точках 25, 50 и 75% ФЖЕЛ (FEV 25, 50, 75) у больных, применявших «МУКОФИТИН» по сравнению со стандартной терапией

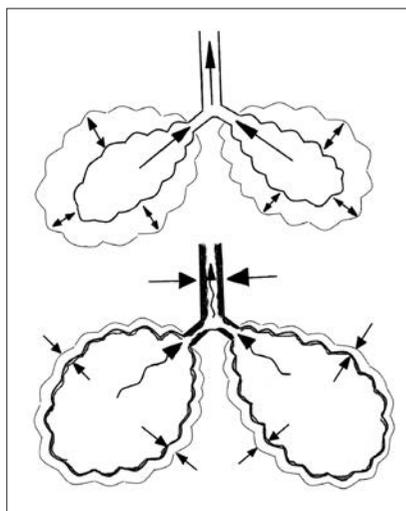


Рис. 5. Механизм Влияния бронхиальной обструкции на статические легочные объемы (ЖЕЛ, РОВ)

периферической крови. Так у больных, применявших «МУКОФИТИН» уровень лейкоцитов снизился в среднем на 30,93% по сравнению с исходным уровнем, то у больных получавших стандартную терапию только на 9,99% (Рис. 6). Отмечено так же некоторое уменьшение продолжительности пребывания в стационаре больных получавших «МУКОФИТИН» (Рис. 6).

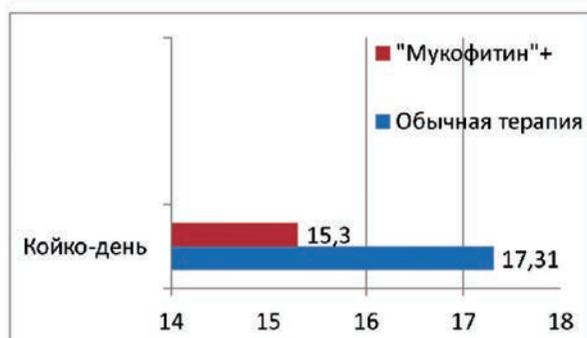


Рис. 6. Влияние применения «МУКОФИТИН» на некоторые показатели воспалительного процесса (уровень лейкоцитов периферической крови) и продолжительность пребывания больных в стационаре

Таким образом, можно говорить, что применение «МУКОФИТИНА» способно существенно влиять на основные показатели функции внешнего дыхания, уменьшать проявления бронхиальной обструкции в первую очередь на уровне крупных и средних бронхов. Это в свою очередь ведет к уменьшению кашля. Применение «МУКОФИТИНА» повышает эффективность стандартной терапии внебольничных пневмоний, обострений ХОБЛ, бронхиальной астмы, что проявляется уменьшением уровня лейкоцитов крови при выписке, продолжительности пребывания в стационаре, ускорении регресса некоторых клинических симптомов заболевания.

Консультации по применению: (495) 729-49-55
www.Inpharma2000.ru

