

ПРЕИМУЩЕСТВО КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАШЛЯ ПРИ ХОБЛ

Алиханова Н.А., Ефремова Н.В., Рыжова О.И., Семенов Д.В., Панченко А.В.

ФГБУ «Клиническая больница №2 (Волынская)» УДП РФ, Москва

ФГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра пропедевтики внутренних болезней и радиационной медицины л.ф., Москва

Кашель при воспалительных заболеваниях бронхов и легких – стойкий симптом, обусловленный воспалением слизистой оболочки бронха и бронхоспазмом, наличием вязкой мокроты в просвете бронха. Для его устранения необходимо воздействие на все факторы патогенеза кашля. Это помогает ускорить исчезновение симптома, уменьшает период нетрудоспособности. Показано, что применение МУКОФИТИНА на фоне стандартной терапии способствует значительному приросту ФЖЕЛ, МСФВ, ОФВ₁, ЖЕЛ и РОВ по сравнению с пациентами, получающими только стандартную терапию. Пациенты, получавшие комплексную терапию, включающую, помимо стандартного лечения, наружное применение МУКОФИТИНА, более чем в три раза чаще отмечали полное купирование кашля при выписке из стационара.

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

Кашель, приступы затрудненного дыхания – наиболее частые симптомы воспалительных заболеваний бронхолегочной системы. 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.

Диагностика и лечение бронхитов, внебольничных пневмоний, обострений ХОБЛ и бронхиальной астмы не представляет больших трудностей. Назначается стандартная терапия 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 затрудняется в связи с повышением ее вязкости, кашель становится сухим, надсадным, мучительным. Бороться с ним очень трудно, иногда он продолжается долгие месяцы. 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).

Для эффективной борьбы с кашлем необходимо воздействовать на все эти факторы. Индивидуальный подбор отхаркивающих, муколитических и бронхоли-

тических препаратов может занять немало времени. В то же время врач в стационаре не имеет времени (ограничен койко-день) на индивидуальный подбор средств для устранения кашля. Именно отсутствием времени на подбор препаратов можно объяснить то, что более 90% больных, пролеченных в стационаре по поводу внебольничной пневмонии, обострения ХОБЛ и бронхиальной астмы, продолжают предъявлять жалобы на кашель. Мы полностью согласны с мнением Бабак С.Л.: «При использовании традиционных схем лечения сначала проводится бронхорасширяющая терапия, а затем муколитическая, разжижающая мокроту и облегчающая дренаж бронхов. Все это занимает определенное время, которое, в определенных условиях, чрезвычайно дорого...» (Комбинированные препараты в лечении обструктивных болезней легких. РМЖ, 2003, Т. 11, №4).

Во время амбулаторного приема пациента врач имеет возможность индивидуально подбирать препараты. Однако работающие пациенты отказываются от частого посещения врача по такому, с их точки зрения, незначительному поводу, как кашель, в связи с трудностью записи. В итоге многие пациенты с остаточными симптомами воспалительных заболеваний бронхов и легких пытаются самостоятельно подобрать средства от кашля. Это еще один аргумент в пользу применения комбинированных препаратов в лечении кашля.

Для борьбы с кашлем и нарушением легочной вентиляции при обструктивном бронхите, бронхопневмонии и ХОБЛ предложен крем «МУКОФИТИН». Компоненты МУКОФИТИНА обладают бронхорасширяющим действием (теофиллин), антисептическим (камфара, пихта, алоэ, эвкалипт) и муколитическим действием (йодид калия), ускоряют нормализацию показателей микроциркуляции. Крем наносят дважды в день на заднюю, боковую и переднюю поверхность 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. Кашель оказался 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 сохранился 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).

В результате оценки показателей функции внешнего дыхания под действием МУКОФИТИНА было отмечено,

Рисунок 1. Влияние применения МУКОФИТИНА на кашель как клинический симптом

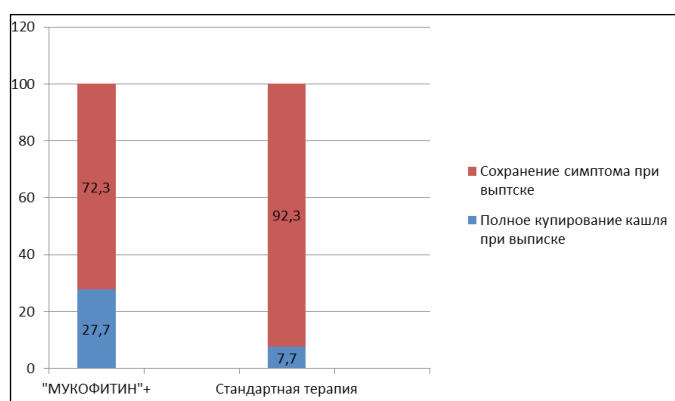


Рисунок 2. Динамика жизненной емкости легких и резервного объема выдоха у больных, применявших МУКОФИТИН, по сравнению с контрольной группой (%)

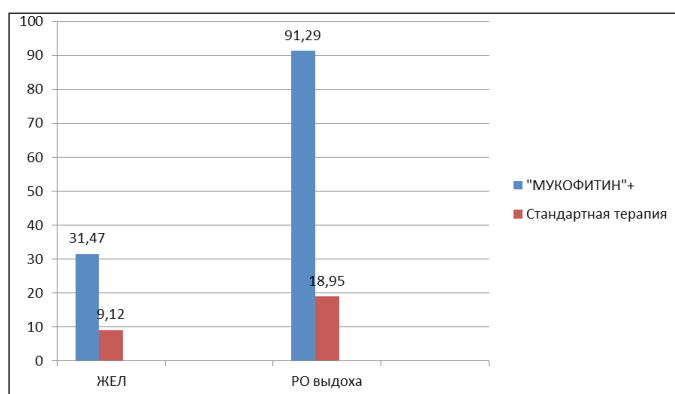


Рисунок 3. Динамика ФЖЕЛ (FVC), максимальной скорости форсированного выдоха (PEF), ОФВ 1 (FEV1) у больных, получавших МУКОФИТИН, по сравнению со стандартной терапией (%)

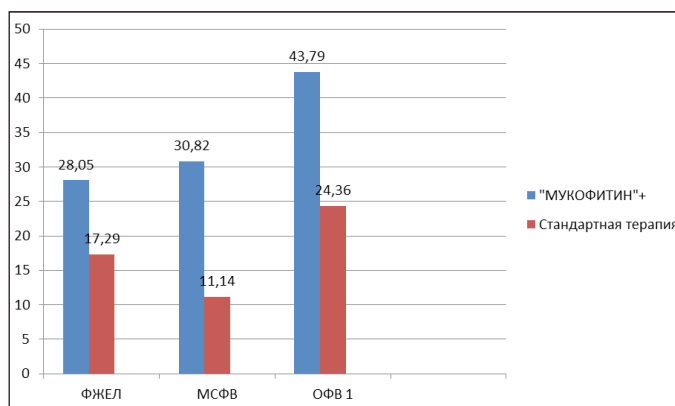


Таблица 1. Динамика показателей ФВД при применении МУКОФИТИНА и сиропа «ДЖОСЕТ» (Вахитов Х.М. с соавт. «Изучение клинической эффективности и безопасности комбинированной терапии кашля при остром бронхите у детей». Практическая медицина, октябрь 2013 г., №5 (74))

	ФЖЕЛ	МСФВ	ОФВ 1	МОС 25	МОС 50	МОС 75
Прирост показателя МУКОФИТИН, %	28,05	30,82	43,79	60,16	84,54	79,11
Прирост показателя ДЖОСЕТ	16	19	12	15	17	19

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 одну 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, 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).

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).

Для сравнения эффективности трансдермального и перорального методов введения комбинированных препаратов проведена оценка влияния крема «МУКОФИТИН» (трансдермальное введение в течение 14 дней) и перорального приема препарата «ДЖОСЕТ» (4 дня приема) на показатели функции внешнего дыхания. В состав сиропа «ДЖОСЕТ» (5 мл) входит сальбурамол сульфат 1,205 мг, бромгексина гидрохлорид 2 мг, гвайфенезин 50 мг, ментол 0,5 мг. Применение сиропа также привело к достоверному приросту показателей ФВД по сравнению со стандартной терапией, однако процент прироста по сравнению с применением МУКОФИТИНА оказался значительно меньше (табл. 1, рис. 7).

Такая разница в приросте показателей ФВД может быть частично связана с тем, что прием сиропа «ДЖОСЕТ» проводился только четыре дня, а МУКОФИТИН применялся в течение двух недель. Но в значительной степени, по нашему мнению, это связано с меньшей эффективностью перорального приема препаратов по сравнению с парентеральным.

Как видно из полученных данных, наибольшее влияние применение МУКОФИТИНА оказывает на бронхи крупного и среднего калибра. Этим можно в первую

Рисунок 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

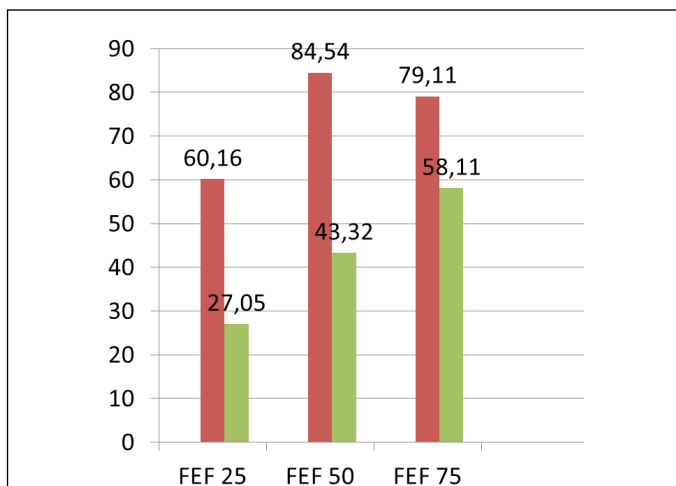
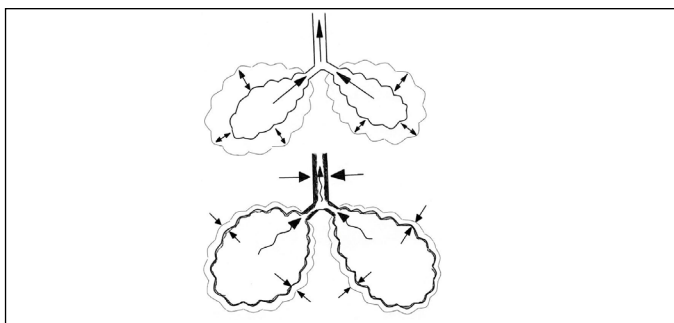


Рисунок 5. Механизм влияния бронхиальной обструкции на статические легочные объемы (ЖЕЛ, РОВ)



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

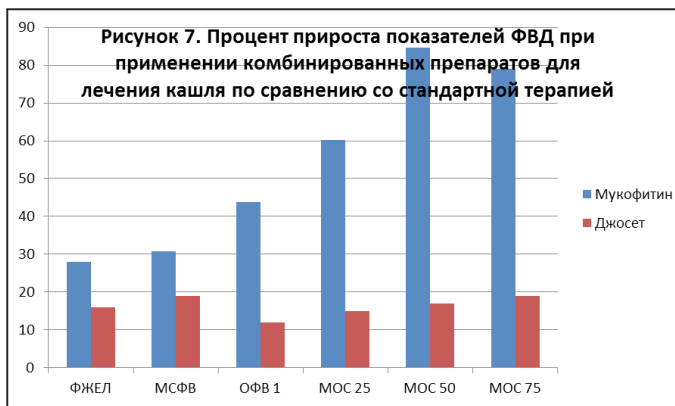
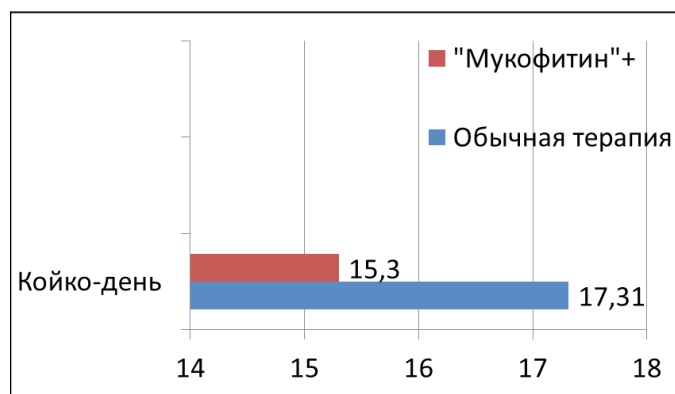
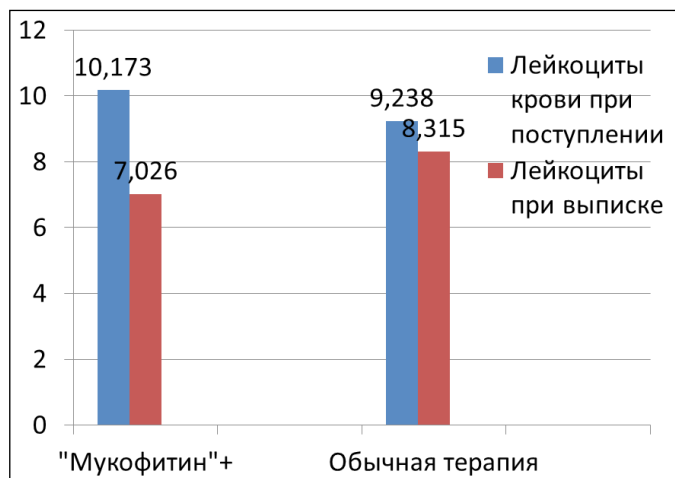
Выводы

Кашель как симптом воспалительных заболеваний бронхолегочной системы тесно связан с обструкцией бронхов мелкого, среднего и крупного калибра, вызванной бронхоспазмом, отеком слизистой оболочки бронха, трудноотделяемой мокротой.

Для эффективной борьбы с кашлем, помимо стандартной антибактериальной терапии, целесообразно применение комбинированных средств, обладающих отхаркивающим, муколитическим и бронхолитическим действием.

Применение МУКОФИТИНА, содержащего в своем составе бронхолитические, антисептические и муко-

Рисунок 6. Влияние применения МУКОФИТИНА на некоторые показатели воспалительного процесса (уровень лейкоцитов периферической крови) и продолжительность пребывания больных в стационаре



литические компоненты, способно существенно влиять на основные показатели функции внешнего дыхания, уменьшать проявления бронхиальной обструкции, в первую очередь на уровне крупных и средних бронхов. И это ведет к уменьшению кашля.

Консультации по применению:
(495) 729-49-55.
[www. Inpharma2000.ru](http://www.Inpharma2000.ru)

