

КАШЕЛЬ

Кашель (К.) — один из основных признаков различных заболеваний органов дыхания. К. называют внезапный взрывной выдох, направленный на очищение дыхательных путей от мокроты — секрета слизистой оболочки дыхательных путей. К. представляет собой рефлекс, в осуществлении которого задействованы: рецепторное (чувствительное) звено; кашлевой центр, генерирующий «программу» К.; нервные волокна, обеспечивающие передачу информации; «исполнительное» звено — дыхательная мускулатура. Для его возникновения необходимо раздражение слизистой оболочки дыхательных путей. При К. вначале происходит глубокий вдох, затем напрягаются дыхательные мышцы, а голодная щель закрывается — создается высокое давление в грудной полости. После этого происходит толчкообразный повторный выдох сильной струи воздуха под давлением через суженую голосовую щель, и струя воздуха изгоняет из легких мокроту или инородное тело.

Причиной К. может быть раздражение нервных окончаний слизистой оболочки дыхательных путей (глотки, гортани, трахеи бронхов) и плевры. Это раздражение может быть связано с химическими (вдыхание раздражающих веществ, паров технических жидкостей), температурными (вдыхание холодного или горячего воздуха), механическими (попадание инородных тел, раздражение комочками слизи), биологическими (раздражение биологически активными веществами, образующимися непосредственно в слизистой при воспалительных или аллергических реакциях) факторами.

Реже наблюдается К. рефлекторного происхождения, когда источник раздражения находится вне дыхательных путей. Иногда К. возникает при волнении, эмоциональном напряжении. Связь К. с центральной нервной системой (так называемый кашлевой центр находится в продолговатом мозге) позволяет больным туберкулезом и хроническими заболеваниями легких сознательно задерживать К., когда в этом есть нужда (например, при пребывании в общественных местах).

В зависимости от причин, вызывающих раздражение слизистых, и локализации зоны раздражения могут меняться характер и звучание К., поэтому он играет важную диагностическую роль.

Различают К.: по продолжительности — приступообразный (при коклюше), периодический (при бронхите), непрерывный, короткий (при плеврите); по тембру — «лающий» (при поражении гортани и истерии), сильный и беззвучный (при воспалении и изъязвлении голосовых связок); в зависимости от наличия мокроты — влажный (с выделением мокроты) и сухой. К. с выделением мокроты бывает при бронхите, бронхоэктатической болезни, воспалении легких, туберкулезе легких. В некоторых случаях больной выделяет за сутки несколько плевков мокроты, иногда же ее количество доходит до нескольких стаканов (например, при бронхоэктазии). Мокрота может выделяться либо равномерно в течение всего дня, либо только по утрам, либо больной после сильного приступа К. за один раз отхаркивает большое количество жидкой мокроты.

Сухой К. нередко возникает при заболеваниях верхних дыхательных путей, раздражении бронхов инородным телом и в начальных стадиях воспалительных заболеваний легких и бронхов. Чувство «першения», «царапанья» в глотке (при фарингите) вызывает частый, мучительный, «надсадный», сухой К. При ларингите (воспалении гортани) или трахеите кашель может быть грубый, «лающий», при воспа-

лении голосовых связок — сиплый. К. может быть настолько сильным и частым, что вызывает боли в грудной клетке и одышку, беспокоит больного, лишает его сна, приводит к вздутию легких (эмфизема легких).

К., связанный с изменением положения тела, позволяет заподозрить у больного абсцесс легкого, кавернозный туберкулез, бронхоэктазы или опухоль «на ножке» в дыхательных путях. Систематическое возникновение К. во время еды характерно для нарушения механизмов глотания. К. при физической нагрузке или вдыхании холодного воздуха может указывать на бронхиальную астму, а сочетающийся с ринитом или хрипами, особенно появляющийся в определенный сезон или при однотипных ситуациях, может быть проявлением аллергической реакции. Утренний К., не прекращающийся до откашливания мокроты, типичен для хронического бронхита.

Субъективное восприятие К. у разных людей может сильно отличаться. К. может быть мучительным, когда возникает внезапно, в виде затяжного приступа, сочетается с болью в груди, одышкой, удушьем, обильной мокротой. Однако если К. длится годами, человек может даже не замечать его (хронический бронхит курильщика) и считать такой К. обычным или даже отрицать его наличие, чтобы не отказываться от курения.

Для устранения и лечения заболевания, проявлением которого является К., необходимо обратиться к врачу.

Выбор противокашлевых средств зависит от характера К. — сухой (без мокроты) или влажный (с отделением мокроты). Отхождение мокроты при К. является важным фактом, существенно влияющим на выбор лекарственных средств. Это связано с тем, что при подавлении кашлевого рефлекса выведение мокроты снижается, и она начинает накапливаться в бронхах, создавая условия для размножения там микроорганизмов, что поддерживает воспалительные процессы и способствует их переходу в хроническое течение. Поэтому при влажном К. необходимо в первую очередь обеспечить более легкое и полное отделение мокроты, что обеспечивает использование не противокашлевых, а отхаркивающих и муколитических средств, а также снижение выраженности воспалительных реакций в слизистой. Собственно же противокашлевые средства, действие которых направлено на подавление кашлевого рефлекса, целесообразно применять при сухом К., не сопровождающемся выделением мокроты.

Ассортимент средств от К. в российских аптеках постоянно расширяется, что существенно затрудняет выбор действительно необходимого лекарства.

ОТХАРКИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

Эти препараты облегчают отхождение мокроты при продуктивном К. При сухом К. рекомендуется сочетать с муколитическими препаратами. Не рекомендуется применять с противокашлевыми препаратами, которые сдерживают К., во избежание застоя мокроты. Можно выбирать между препаратами растительного происхождения или синтетическими препаратами.

Растительные отхаркивающие препараты

Ипекакуаны корень (Ipecacuanha): Нео-Кодион.

Алтей лекарственный (Althaea): Алтей сироп, Алтейный сироп, Мукалтин, Тонзилгон.

Эвкалипта листья (Eucalypti folium): Леденцы Зула, Доктор Мом.

Эвкалиптол (Eucalyptol): Биокалпitol, Бронхикум.

Другие отхаркивающие препараты

Гвайфенезин (Guaifenesin): Колдрекс-Бронхо, Туссин, Гексапневмин сироп.

Комбинированные препараты: *Бронхикум сироп от кашля, Линкас, Нео-Кодион, Протиазин Экспекторант, Пульмекс, Пульмекс Эбви, Синупрет, Стоптуссин-фито сироп, Гуссамаг.*

МУКОЛИТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

Это препараты, которые способствуют разжижению излишне густой мокроты или образованию мокроты при сухом непродуктивном кашле. Не рекомендуется применять с противокашлевыми препаратами, которые сдерживают кашель, во избежание застоя мокроты.

Ацетилицистеин (Acetylcystein): *Ацетилицистеин Седико, АЦЦ, АЦЦ 100, АЦЦ 200, АЦЦ Иньект, АЦЦ-Лонг, Флуимуцил, Флуимуцил антибиотик ИТ, Экзомок 200.*

Бромгексин (Bromhexine): *Бромгексин-Акри, Бромгексин, Бромгексин 4, Бромгексин 8, Бромгексин Никомед, Бромгексин-Ратиофарм, Бронхосан, Солвин, Флегамин.*

Карбоцистеин (Carbocistein): *Бронхобос, Мукодин, Фицифорт, Флюидтек, Бронкатар, Дрилл, Флюифорт.*

Месна (Mesna): *Местаброн, Мукофлуид.*

Амброксол (Ambroxol): *Бронховерн капли, Лазолван, Халиксол, Амбробене, Амброгексал, Амбросан, Амбросол, Медовент, Амброксол.*

Дорназа альфа (Dornase alfa) — синтетический ферментный препарат. Уменьшает вязкость мокроты у больных с муковисцидозом.

ПРОТИВОКАШЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Эти препараты так или иначе подавляют кашлевой рефлекс. Их не рекомендуется применять при заболеваниях, сопровождающихся активным отхождением мокроты.

Кодеин (Codeine). Является родоначальником группы наркотических противокашлевых средств. При длительном применении возможны формирование пристрастия, толерантность (снижение чувствительности организма), подавление двигательной активности кишечника и угнетение кашлевого центра. Все препараты этой группы отпускаются с учетом требований по отпуску наркотических веществ. Во многих препаратах кодеин комбинируют с различными компонентами, оказывающими отхаркивающее, спазмолитическое, противоаллергическое, седативное действие.

Коделак, Кодипронт, Нео-Кодион таблетки для взрослых, Паракодамол, Солпадеин.

Глауцин (Glaucine): *Глаувент, Глауцин, Бронхолитин.*

Пентоксиверин (Pentoxifyverine): *Седотуссин, Седотуссин ректальные свечи для детей.*

Окселадин (Oxeladin): *Пакселадин.*

Бутамират: *Синекод.*

Преноксдиазин (Prenoxdiazine): *Либексин.*

Леводропропизин (Levodropropizine).

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ И ПРЕПАРАТЫ С ДВОЙНЫМ ДЕЙСТВИЕМ

Кодеин в сочетании с отхаркивающими препаратами: *Нео-кодион, Коделак.*

Муколитический и противокашлевой эффект

Подорожник большой (Plantago major): *Сироп подорожника, Эвкабал, Гербион сироп подорожника, Фолипил, Зедекс.*

Отхаркивающий и противокашлевой эффект: *Стоптуссин, Туссин плюс.*

Муколитическое, противовоспалительное, антисептическое и отхаркивающее

Эвкалиптовое масло (Eucalyptus oil): *Бронхикум, Септогал, Каметон, Септолете, Эвкалиптовый бальзам д-ра Тайсса, Ментоклар, Транспульмин Бальзам С.*

Плюща вьющегося листья (Hedera folium): *Бронхикум, Геделикс, Проспан.*

Муколитический и отхаркивающий эффект

Деясила корневище (Helenii rhizoma): *Содекор.*

Мята лимонная (Melissa): *Леденцы Зула от кашля и боли в горле. Мята перечная (Peppermint):* *Ангисепт Доктора Тайсса, Доктор Мом, Каметон, Кармолис, Ментоклар, Свежесть, Септогал, Септолете.*

Перуанский бальзам (Peru balsam).

Бронхолитический, отхаркивающий и муколитический эффект
Тимьян, чабрец (Thyme): *Бронхикум, Ментоклар, Стоптуссин-фито.*

Тимьяна масло (Thyme oil): *Септолете, Доктор Мом.*

Терпентиновое масло (Turpentine oil): *Доктор Мом.*

Противокашлевое и бронхолитическое действие

Солодка голая: *Бронхикум, Доктор Мом, Содекор.*

Муколитическое и антимикробное действие

Тиамфеникол, глицинат ацетилицистеинат (Thiamphenicol, Glicinate acetylcysteinate): *Флуимуцил-антибиотик.*

АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Доксиламин (Doxylamine): *Доксиламин.*

Клемастин (Clemastine): *Тавегил, Тавегил-сироп, Клемастин, Ривтагил.*

Диметинден (Dimetindene): *Фенистил, Фенистил 24.*

Хлоропирамин (Chloropyramine): *Супрастин.*

Алименазин (Alimemazine): *Алименазин.*

Меquitазин (Mequitazine): *Прималан.*

Прометазин (Promethazine): *Пипольфен, Дипразин, Диферган.*

Тиэтилпиразин (Thiethylperazine): *Торекан.*

Меклозин (Meclozine): *Бонин.*

Оксатомид (Oxatomide): *Оксатомид.*

Цетиризин (Cetirizine): *Аллертек, Аналергин, Зиртек, Летизен, Цетрин, Аллерцет.*

Азеластин (Azelastine): *Азеластин, Аллергодил.*

Бамипин (Bamipine): *Бамипин, Советол.*

Кетотифен (Ketotifen): *Астафен, Денерел, Задитен, Зети-фен, Зеросма, Кетасма, Кетотифен, Кетотифен-Ривофарм, Кетоф, Налкром, Позитан, Привент, Стафен.*

Ципрогептадин (Ciproheptadine): *Перитол.*

Не вызывают сонливости нижеследующие группы препаратов
Акривастин (Acrivastine): *Семпрекс.*

Астемизол (Astemizole): *Алстен, Астелонг, Астемизол, Астемисан, Гисманал, Гисталонг, Мибирон, Стелерт, Стемиз.*

Деслоратадин (Desloratadine): *Эриус.*

Лоратадин (Loratadine): *Кларготил, Кларитин, Ломилан, Эролин, Кларотадин, Лорагексал, Лоридин, Флонидан.*

Мехгидролин (Mebhydroline): *Диазолин, Омерил.*

Терфенадин (Terfenadine): *Терфенадин, Бронал, Гистадин, Карадонел, Тамагон, Телдан, Теридин, Тофрин, Трексил, Селдан.*

Фексофенадин (Fexofenadine): *Тесфаст, Фексадин.*

Эбастин (Ebastine): *Кестин.*

Димебон: *Димебон.*

Кромоглицевая кислота (Cromoglicic acid): *Ифирал, Кромогексал, Кромоглин, Лекролин, Хай-кром, Талеум, Бикромат, Интал, Интал Плюс (+сальбутамол), Кромолин, Оптикром, Кромогексал Комби, Ломузол, Кромосол.*

Левокабастин (Levocabastine): *Левокабастин, Гистимет.*

Лодоксамид (Lodoxamide): *Аломид.*

Недокромил (Nedocromil): *Недокромил, Тайлед, Тайлед Минт.*

Оксатомид: *Тинсет.*

Сетастин: *Лодерикс.*

Фексофенадин: *Телфаст.*

Фенирамин: *Авил.*

Фенспирид: *Эреспал.*

Хифенадин: *Фенкарол.*

КОЛИТ

Колит (К.) — воспаление толстой кишки. Различают острый и хронический К.

Острый К. вызывается болезнетворными микроорганизмами: дизентерийными бактериями, сальмонеллами, стафилококками, стрептококками, амебами. Острый К. нередко протекает одновременно с воспалением тонких кишок (энтероколит), а также желудка (гастроэнтероколит). Для острого К. характерны внезапное появление поноса, боли в животе, рвота, вздутие живота. Общее состояние нарушено, температура тела может повыситься до 38–39° С. Продолжительность болезни от нескольких дней до 2–3 недель и дольше.

Хронический К. нередко развивается из неизлеченного острого К. Причинами развития хронического К. являются инфекции (дизентерия, сальмонеллез, туберкулез, сифилис), паразиты (глисты, простейшие), токсические воздействия (отравления мышьяком, фосфором, ртутью или другими ядами). Обусловить его развитие могут нерегулярное питание, переизбыток, хронические запоры. При гипермоторике тонкой кишки недостаточно переваренная пища, поступающая в толстую кишку, вызывает раздражение ее слизистой оболочки. Длительное существование подобных нарушений приводит к развитию К. Слизистая оболочка толстой кишки обладает выделительной функцией, через нее проникают микробы и их токсины, токсические продукты, циркулирующие в организме при нарушении обмена веществ. Они могут являться причиной возникновения хронического К., примером чего может служить развитие его при недостаточности функции почек. Причиной К. может быть и аутоинфекция, например, кишечная палочка, которая в определенных условиях становится патогенной. Иногда К. развивается в результате длительного, бесконтрольного приема антибиотиков и других медикаментов.

При К. нарушаются двигательная функция кишечника, выделение кишечного сока и слизи, всасывание жидкости из толстой кишки. Важную роль играет и дисбактериоз — количественное и качественное изменение микрофлоры кишечника. Дисбактериоз отрицательно влияет на усвоение витаминов, вызывает гнилостные и бродильные процессы в кишечнике, усугубляет течение К., способствует аллергии. В основе некоторых форм К., например, неспецифического язвенного К., лежит аутоаллергия, т.е. повышенная чувствительность организма к собственным белкам.

Проявления хронического К. зависят от тяжести, стадии и распространенности процесса. В периоды обострения наблюдаются плохой аппетит, тошнота, общее недомогание. Боли в животе не имеют четкой локализации, носят схваткообразный характер, сопровождаются частыми позывами к дефекации, отдаются в поясницу, паховую область. Поносы чередуются с запорами. Если слизистые выделения окрашены кровью и приобретают вид «малинового желе», необходимо срочное обследование для исключения язвенного или опухолевого поражения кишечника. Для хронического К. характерно рецидивирующее течение: периоды обострений чередуются с периодами благополучия, когда признаки болезни почти полностью исчезают. Обострения провоцирует употребление пищевых продуктов, раздражающих толстую кишку или вызывающих аллергические реакции (маринадов, консервов, специй, ягод, цитрусовых, капусты, огурцов), переутомление, эмоциональные перегрузки, длительное пребывание на солнце, перегревание, прием боль-

ших доз слабительных средств, антибактериальных препаратов, обострение заболеваний других органов пищеварения.

Профилактика К. состоит в соблюдении режима питания. Своевременный прием и хорошее прожевывание пищи создают наиболее благоприятные условия для работы кишечника. Важно соблюдать правила пищевой санитарии — предохранять пищевые продукты от загрязнения микробами путем промывания, проваривания и кипячения. Для профилактики хронического К. необходимо добиваться полного излечения острого К. Важно следить за регулярным очищением кишечника, которого нужно добиваться без злоупотребления слабительными средствами и клизмами, а правильно составленной диетой. Так как деятельность кишечника в большой степени подчинена нервной системе, в профилактике К., особенно хронического, большую роль играют здоровый образ жизни, достаточные отдых и сон, физкультура, водные процедуры. При работе с токсическими веществами, вызывающими воспаление слизистой оболочки кишечника (свинец), необходимо строгое соблюдение правил техники безопасности, регулярное наблюдение у врача.

Лечение проводит врач. Самолечение, особенно прием антибиотиков и средств для закрепления стула, недопустимо, так как может привести к дисбактериозу и усилению воспалительного процесса. При остром К. в течение 1–2 дней рекомендуется полное голодание, после чего постепенно переходят на обычное питание. При болях в животе помогают тепло на живот (грелка, согревающий компресс) и спазмолитики.

При лечении хронического К. следует обращать внимание на общее состояние больного и на состояние его нервной системы. Правильный режим дня, занятия физкультурой, водные процедуры (влажные обтирания, обливания, ванны) имеют большое значение не только в профилактике, но и в лечении хронического К. Диета назначается строго индивидуально для каждого больного. Она должна быть щадящей, полноценной и обеспечивать регулярные отправления кишечника. Питание дробное, 6–7 раз в сутки, назначается одна из диет: №4, №4б, №4в. При выраженном обострении первые 1–2 дня рекомендуется голод. Затем переходят на слизистые супы, нежирные мясные бульоны, протертые каши на воде, отварное мясо в виде паровых котлет и фрикаделек, яйца всмятку, вареную рыбу, кисели, сладкий чай.

Вне обострений показано санаторно-курортное лечение (Ессентуки, Железноводск).

По назначению врача принимают противомикробные средства. Антибактериальную терапию назначают курсами по 4–5 дней.

Спазмолитические средства

Назначают при выраженных болях.

Дротаверин: Но-шпа, Беспа, Дротаверин, Дротаверин-Акос, Но-Шпа Форте, Спаковин.

Мебеверин: Дюспаталин.

Папаверин: Папаверин.

Пинаверин: Дицетел.

Альверин+симетикон: Метеоспазмил (уменьшает метеоризм).

Витаминотерапия

Витамины группы В, аскорбиновую кислоту лучше назначать в инъекциях. Эти препараты описаны в разделе **Авитаминоз**.

ЛАРИНГИТ

Ларингит (Л.) — воспаление слизистой оболочки гортани. Встречается преимущественно у детей 6-7 лет. Различают острый и хронический Л.

В полости гортани присутствуют так называемые «условно-патогенные микроорганизмы», которые способны вызывать патологические процессы при определенных условиях.

Острый Л. чаще всего возникает при остром воспалении верхних дыхательных путей, гриппе, кори, скарлатине. Развитию Л. способствуют общее и местное переохлаждение, особенно вдыхание холодного воздуха через рот, перенапряжение голоса (сильный крик, длительная и громкая речь, особенно на холоде), вдыхание пыленого воздуха, раздражающих паров и газов, погрешности в диете (очень холодное или горячее питье), курение, употребление спиртными напитками. Хронический Л. возникает в результате частых воспалений гортани, длительного воздействия вредных факторов (алкоголя, курения, пыли, раздражающих химических веществ), сопутствует хроническим заболеваниям (насморки, тонзиллиты, синуситы, фарингиты, трахеобронхиты). Хронический Л. нередко развивается у педагогов как профессиональная болезнь.

При остром Л. больные жалуются на ощущение сухости, першения, царапания в горле; кашель вначале сухой, в дальнейшем сопровождается откашливанием мокроты; голос хриплый, грубый или совсем беззвучный. Иногда появляются боли при глотании, головная боль, небольшое повышение температуры. Продолжительность острого Л. — от нескольких дней до нескольких недель; могут наблюдаться охриплость в течение длительного времени и даже стойкая потеря голоса.

У детей до 8 лет иногда развивается особая форма острого Л. («ложный круп»), сходного по своим проявлениям с истинным крупом при дифтерии гортани. Это заболевание опасно тем, что может привести к резкому сужению просвета гортани из-за воспалительного отека, который, в свою очередь, нередко сочетается со спазмом голосовой щели. Ложный круп чаще наблюдается у детей с аллергическими заболеваниями, а также при гриппе, острых респираторных заболеваниях, кори, скарлатине, и характеризуется приступообразным течением. Приступ болезни возникает обычно неожиданно, ночью, во время сна: ребенок просыпается весь в поту, беспокоен, дыхание затрудненное и шумное, губы синюют, «лающий» кашель. Через 20-30 минут ребенок успокаивается и засыпает. Температура во время приступа нормальная или незначительно повышена. Приступы заболевания могут повториться в эту или следующую ночь. Присоединение к ложному крупу спазма голосовой щели угрожает жизни ребенка.

При хроническом Л. больные жалуются на хрипоту, быструю утомляемость голоса, ощущение саднения, першения в горле с периодическим покашливанием. При обострении воспалительного процесса эти явления усиливаются. При атрофической форме Л. образуются корки, вызывающие мучительный кашель.

Лечение острого Л. состоит в устранении причин заболевания. Для полного покоя гортани 5-7 дней больному не рекомендуется разговаривать. Из пищи исключают острые блюда, пряности. Запрещается курить, употреблять спирт-

ные напитки. Из лечебных процедур полезны теплое питье, полоскание горла, тепло на шею (повязка или согревающий компресс), горячие ножные ванны.

Больные хроническим Л. обязательно должны находиться под наблюдением врача. В зависимости от характера воспалительного процесса назначаются различные лечебные процедуры. Для предупреждения и лечения хронического Л. важно своевременно лечить острый Л., заболевания носа и околоносовых пазух, глотки, отказаться от курения и злоупотребления алкоголем, соблюдать рациональный голосовой режим. Певцам и педагогам рекомендуется постоянно находиться под наблюдением оториноларинголога. В профилактике как острого, так и хронического ларингита большое значение имеют общее оздоровление и закаливание организма.

Антисептики

Обычно применяются при болях в горле в виде препаратов для рассасывания или полоскания. Следует помнить, что при сильной боли или при нарастании боли в горле следует обратиться к врачу для уточнения диагноза (чтобы исключить ангину или паратонзиллярный абсцесс).

Амбазон: Амбазон.

Хлоргексидин: Дрилл, Себидин.

Цетилпиридиния хлорид: Цетилпиридиния Хлорид.

Гексамидин: Гексамидин.

Прочие препараты: Лизобакт, Стопангин, Стрепсилс, Стрепсилс Плюс, Вокара, Септогал, Септолете, Септолете Д (без сахара).

Антибиотики

Препараты для лечения бактериальных поражений горла должны назначаться врачом.

Фузафунгин: Биопарокс.

Грамицидин: Грамицидин.

Противокашлевые препараты

Эти препараты так или иначе подавляют кашлевой рефлекс. Их не рекомендуется применять при заболеваниях, сопровождающихся активным отхождением мокроты.

Кодеин (Codeine). Является родоначальником группы наркотических противокашлевых средств. При длительном применении возможны: формирование пристрастия, толерантность (снижение чувствительности организма), подавление двигательной активности кишечника и угнетение кашлевого центра.

Все препараты этой группы отпускаются с учетом требований по отпуску наркотических веществ. Во многих препаратах кодеин комбинируют с различными компонентами, оказывающими отхаркивающее, спазмолитическое, противоаллергическое, седативное действие.

Коделак, Кодипронт, Нео-Кодион таблетки для взрослых, Паракодамол, Солпадеин.

Глауцин (Glaucine): Глауэвент, Глауцин, Бронхолитин.

Пентоксиверин (Pentoxiverine): Седотуссин, Седотуссин ректальные свечи для детей.

Окселадин (Oxeladin): Пакселадин.

Бутамират: Синекод.

Преноксдиазин (Prenoxidiazine): Либексин.

Леводропропизин (Levodropropizine).

Противокашлевое и бронхолитическое действие

Солодка голая: Бронхикум, Доктор Мом, Кодекор.

ЛИХОРАДКА

Лихорадка, или гипертермия (Л.) — особая реакция организма, которая сопровождается многими болезнями и проявляется повышением температуры тела. В древности Л. называли все болезни, основным внешним признаком которых был жар.

Л. чаще всего возникает при инфекционных заболеваниях под влиянием продуктов обмена микробов (вирусов) и их распада в организме. Л. могут вызвать и продукты распада чужеродных белков (иногда и лечебных сывороток, вакцин), введенных в организм, минуя кишечник, а также продукты, образующиеся при повреждении и распаде собственных клеток и тканей организма (при внутренних кровоизлияниях, при травматических повреждениях, аутоиммунных заболеваниях, размождении тканей, опухолях). К Л. может привести прием некоторых лекарственных препаратов.

Л. обусловлена задержкой в организме избыточного тепла. Тепло постоянно образуется в клетках и тканях в результате происходящих при обмене веществ химических реакций и превращений. Регуляция температуры тела осуществляется при сложном взаимодействии нервной, эндокринной и иммунной систем. Этот механизм поддерживает внутреннюю температуру тела на постоянном уровне, изменяя степень отдачи тепла в зависимости от окружающих температурных условий и от интенсивности образования тепла в теле путем увеличения или уменьшения кровообращения в коже, секреции пота. Повышается температура тела в результате ограничения отдачи тепла и увеличения его образования.

Л. проходит следующие периоды: продромальный период, период подъема температуры, период относительной стабильности, период снижения температуры тела, каждый из которых сопровождается определенными симптомами, может иметь разную продолжительность и характер при разных болезнях.

При повышении температуры на 1°C происходит учащение частоты сердцебиения на 10-15 ударов в минуту. Возможно развитие экстрасистолии. В фазе подъема температуры возможно повышение артериального давления, а в фазе снижения температуры — его падение вплоть до развития шока. При достижении максимальной температуры возрастает потоотделение (до 1 литра в сутки), что может приводить к ухудшению состояния больных с патологией сердечно-сосудистой системы. Потери жидкости усиливаются и за счет возрастания частоты дыхания. На высоте Л. и даже после нормализации температуры возможно появление в моче белка и повышение уровня креатинина вследствие непосредственного повреждающего действия Л. на почки. Л. влияет на деятельность различных отделов желудочно-кишечного тракта. Вследствие этого возможно снижение аппетита, развитие синдрома нарушенного всасывания и запоров (последнее особенно неблагоприятно сказывается на больных пожилого возраста). На фоне Л. резко усиливаются обменные процессы (при повышении температуры тела на 0,6°C уровень обмена возрастает приблизительно на 10%), ускоряются окислительно-восстановительные процессы, растет потребление кислорода. Л. может способствовать повышению уровня глюкозы в крови, повышается распад белка. Возможна его потеря до 300-400 грамм за сутки. Л. может приводить к активации герпеса, который является признаком снижения клеточного иммунитета.

Изменение сознания — от незначительного до развития делириозного состояния. В группу риска входят дети младшего возраста, пожилые, больные с патологией сердечно-

сосудистой системы, а также лица, злоупотребляющие алкоголем. В связи с незрелостью нервной системы и несовершенством системы терморегуляции у детей в возрасте до 5 лет возможно развитие судорог на высоте Л.

Тяжелые явления бреда и потери сознания, нарушение обмена веществ, резкие расстройства пищеварения при некоторых заболеваниях часто зависят не от высокой температуры, а от интоксикации при данной болезни и от вызываемых ею нарушений различных функций организма.

По степени подъема температуры различают: «субфебрильную» (не выше 38,0), умеренную (до 39,5), высокую (до 41,0) и чрезмерную (выше 41). Повышение температуры до 40-41,0 само по себе не представляет опасности для жизни и во многих случаях переносится длительное время сравнительно легко. Субъективные ощущения при Л. носят различный характер. Некоторые пациенты чувствительны даже к небольшим колебаниям температуры тела, в то время как другие не испытывают дискомфорта при значительном ее повышении (при туберкулезе легких). В большинстве случаев больные жалуются на слабость и недомогание, головную боль, боли в мышцах и суставах, озноб или потливость.

При решении вопроса о необходимости назначения нестероидных противовоспалительных препаратов необходимо учитывать как положительные, так и потенциально опасные проявления Л. Необходимо помнить, что Л., как и всякая защитно-приспособительная реакция, может стать причиной развития патологических состояний. Чрезмерное повышение температуры приводит к торможению иммунных реакций, нарушению функции паренхиматозных органов, развитию фебрильных судорог, функциональным и дистрофическим нарушениям в сердечно-сосудистой и нервной системе. Критическое снижение температуры тела может утяжелять состояние больных с патологией сердечно-сосудистой системы.

Искусственное снижение температуры может оказаться вредным. Жаропонижающие средства без назначения врача при инфекционном заболевании могут исказить его картину, затруднив своевременную диагностику и лечение. Врач назначает лечение, направленное на ликвидацию основной причины заболевания, вызвавшей повышение температуры тела. Поэтому при Л. не следует применять жаропонижающие средства в порядке самолечения. А при их применении нужно четко соблюдать рекомендации врача.

Обезболивающие и жаропонижающие препараты

Парацетамол: Цефекон, Далерон, Детский панадол, Долол, Калпол, Панадол, Парацетамол, Парацетамол-Акос, Паракетамол (+Кодеин), Панадол Экстра (+Кофеин), Солпадеин (+Кофеин+Кодеин).

Парацетамол+Аскорбиновая кислота: Гриппостад, Далерон С, Далерон С Юниор, Мексавит.

Парацетамол+Аскорбиновая кислота+Фенилэфрин: Колдрекс МаксГрипп Лимон, Колдрекс ХотРем Лимон и Мед, Колдрекс ХотРем Черная смородина.

Парацетамол+Фенилэфрин+Хлорфенамин: Антифлу, Колдакт Флу Плюс.

Парацетамол+Прометазин+Декстрометопфан: Колдрекс Найт.

Парацетамол+Ибупрофен: Брустан, Ибуклин.

Метамизол натрия: Анальгин, Анальгин-Хинин (+Квинин), Бенальгин (+Кофеин+Тиамин).

Комбинированные: Антигриппин-Анви, Гриппостад, Каффетин, Ринза, Седал-М, Темпалгин, Терафлю от гриппа и простуды Экстра, Колдрекс, Колдрин, Седалгин-Нео, Темпангинол, Цитрапак.

МИАЛГИЯ

Миалгия (М.) — симптом, выражающийся болью в мышцах (диффузная или в определенных группах мышц), возникающей как спонтанно, так и при пальпации.

М. присуща большому числу заболеваний, ее связывают с нарушением проницаемости клеточной мембраны, развитием отека или воспалительных изменений как специфических, так и неспецифических. М. может возникнуть остро в результате переохлаждения или травмы. Симптом М. развивается при перетренировке у спортсменов или при выполнении тяжелой физической или непривычной работы; в этих случаях иногда отмечается умеренная припухлость мышц, подвергавшихся нагрузкам.

Острая М. характерна для приступа пароксизмальной миоглобинурии, развивающейся под влиянием мышечного перенапряжения. Нередко М. является начальным симптомом полимиозита, при котором в дальнейшем развиваются мышечная слабость, больше в проксимальных отделах конечностей, умеренная гипотрофия мышц. Описана ревматическая полимиалгия, которая характеризуется болями и напряжением мышц шеи, плечевого пояса, распространяющимися затем на тазовый пояс и мышцы ног.

М. — типичный симптом паразитарных миозитов, развивающихся при трихинеллезе, цистицеркозе и токсоплазмозе. Энтеровирусы из группы Вирусов Коксаки вызывают так называемую «эпидемическую М.» или болезнь Бортьхольма. Заболевание протекает в виде вспышек, чаще в детских коллективах, или спорадически. Боли в мышцах сопровождаются лихорадкой, головной болью, иногда рвотой, поносом. Они локализируются преимущественно в мышцах живота и грудной клетки, протекают в виде сильнейших пароксизмов.

М. нередко наблюдаются при различных инфекционных заболеваниях, как острых, так и хронических (при гриппе, бруцеллезе), при интоксикациях (алкоголем, угарным газом, свинцом) и метаболических нарушениях (диабет).

В отличие от невралгии, при миозите пальпация дает диффузную болезненность, отсутствуют типичные болевые точки, но болезненны места прикрепления сухожилий. Нет расстройств чувствительности, характерных симптомов натяжения нервных стволов и расстройства рефлексов.

С целью профилактики миозита следует избегать чрезмерных нагрузок, переохлаждения, травм; большое значение имеют занятия спортом, тренировка мышечной системы. Необходимо отметить, что при длительных болях в мышцах необходимо обратиться к врачу для установления причин и назначения адекватного лечения.

Лечение сводится к лечению основного заболевания, а также к симптоматическому — применяют умеренное местное тепло, легкий массаж, диадинамические, синусоидальные токи, электрофорез с новокаином, ультрафиолетовые облучения.

В редких случаях требуется назначение стероидных гормонов.

АНАЛЬГЕТИКИ

Требуются для купирования болевого синдрома.

Опиоидные анальгетики

Трамадол: Трамал, Маброн, Трамадол, Трамадол Ланнахер, Трамадол Штада, Трамадол-Акри, Трамадол-Ратиофарм, Трамадол Ретард (пролонгированный), Трамал Ретард (пролонгированный).

Неопиоидные анальгетики

Метамизол натрия: Анальгин.

МИОРЕЛАКСАНТЫ

Снижают тонус периферической мускулатуры, что важно при параличах.

Миорелаксанты центрального действия

Баклофен: Баклофен.

Тизанидин: Сирдалуд.

Толперизон: Мидокалм, Мидокалм-Рихтер.

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Бутилпирозолидоны

Клофезон (Clofезone): Клофезон.

Кебузон (Кебузон): Кебузон.

Производные уксусной кислоты

Индометацин (Indometacin): Индовис ЕС, Индометацин, Индометацин 50 (100) Берлин-Хеми, Индометацин Софарма, Индомин, Индомард.

Сулиндак (Sulindac): Сулиндак.

Толметин (Tolmetin): Тольметин.

Диклофенак (Diclofenac): Вольтарен, Вольтарен Акри, Дикловит, Раптен Репид, Алмирал, Апо-Дикло, Дикло-Ф, Диклоберл №75, Диклонат П, Диклонат П Ретард, Диклоран, Диклоран СР, Диклофенак, Диклофенак-ретард, Диклофенак-Акос, Диклофенак-Ратиофарм, Диклофенак-Тева, Наклофен, Наклофен Дуо, Фелоран.

Диклофенак в сочетании с другими препаратами: Артротек.

Этодолак (Etodolac): Этодолак.

Ацетметацин (Acemetacin): Ацетметацин.

Кеторолак (Ketorolac): Кетанов, Кеторол.

Ацеклофенак (Aceclofenac): Аэртал.

Оксикамы

Пироксикам (Piroxicam): Пироксикам, Пироксикам-Акри, Пироксикам-Тева, Эразон.

Теноксикам (Tenoxicam): Теноксикам.

Лорноксикам (Lornoxicam): Ксефокам.

Мелоксикам (Meloxicam): Мелокс, Мовалис, Мовалис раствор для в/м введения.

Ацетилсалициловая кислота

Ацетилсалициловая кислота (Acetylsalicylic acid): Аспирин.

Для наружного применения

Диклофенак: Вольтарен Эмульгель, Алмирал, Диклобене, Диклоран, Диклофенак, Диклофенак-Акос, Диклофенак-Акри, Наклофен, Диклофенакол (+ментол), Диклоран Плюс (комбинированный).

Ибупрофен: Дилогит крем.

Индометацин: Индометацин, Индометацин Врамед, Индометацин Софарма, Индометацин-Акри, Метиндол, Индовазин (+троксерутин).

Кетопрофен: Кетонал, Фастум Гель.

Мабупрофен: Альдострей.

Фенилбутазон: Бутадион.

Пироксикам: Финалгель, Эразон.

Салициламид+Дексаметазон: Перкуталжин.

МИГРЕНЬ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Мигрень (М.), или Головная боль (ГБ) — распространенное хроническое неврологическое заболевание, часто приводящее человека на время приступа к недееспособности. Этим заболеванием страдает 10–20% взрослого населения Европы и Северной Америки, а в ряде европейских стран этот показатель еще выше. Женщины болеют в два раза чаще, чем мужчины. Среди страдающих М. чаще, чем в популяции в целом, встречаются такие неврологические заболевания, как синдром повышенной тревожности и депрессия, эпилепсия и, возможно, инсульт. Головная боль (ГБ) — одно из наиболее частых болезненных состояний человека, встречающееся у 25–40% населения. Ее распространенность занимает третье место после болей в спине и суставных болей.

Классификация включает: ГБ напряжения; кластерную (или пучковую) ГБ; разнообразные ГБ, не связанные со структурными повреждениями; ГБ, связанные с травмой головы; ГБ, обусловленные сосудистыми расстройствами; ГБ, обусловленные внутричерепными процессами несосудистой природы; ГБ, связанные с употреблением химических веществ или их отменой; ГБ, связанные с внеочередной инфекцией; ГБ, обусловленные метаболическими нарушениями; ГБ или лицевые боли, вызванные патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носа, придаточных пазух, зубов, рта или других структур черепа и лица; краниальные невралгии, болезненность нервных стволов и деафферентационные боли; неклассифицируемые ГБ.

ГБ подразделяют на *первичную*, когда ГБ и связанные с ней симптомы составляют ядро клинической картины и объединяются в самостоятельную нозологическую форму (мигрень, головная боль напряжения, кластерная ГБ), и *вторичную*, когда она становится следствием очевидных или маскированных патологических процессов.

Среди первичных ГБ наиболее распространенными формами являются головная боль напряжения (ГБН) и мигрень (М.). По разным данным ГБН наблюдается в 32–70% случаев. Выделяют также *эпизодические* и *хронические* ГБН.

Диагноз эпизодической ГБН основывается на наличии, по крайней мере, 10 эпизодов ГБ. Число дней с такой ГБ меньше 180 за год и 15 в месяц, ГБ продолжается от 30 минут до 7 дней, боль имеет сжимающий или сдавливающий (непульсирующий) характер, боль может снижать эффективность деятельности, но не ограничивает ее, двусторонняя локализация, боль не усиливается при хождении по лестнице или аналогичной физической деятельности. Кроме этого, отсутствует тошнота или рвота (может наблюдаться анорексия), отсутствие сочетания фото- и фонофобии.

Принципиальным отличием *хронической* ГБН является повторяемость приступов ГБ более 180 дней в году или 15 и более дней в месяц.

Терапия пациентов с ГБ — трудная задача. Пациенты часто имеют физическую и эмоциональную лекарственную зависимость, с расстройствами сна и депрессией. Необходимы детоксикация и коррекция зависимости от медикаментов. Детоксикация является сложным этапом лечения и часто требует госпитализации. Симптомы отмены могут наблюдаться и упорствовать в течение недель.

Наиболее эффективными в этих случаях являются многосторонний подход, включающий аутогенную терапию, основанную на биологической обратной связи, ориентированной на мышечный тонус или кожную температуру, индивидуальную поведенческую терапию, семейную терапию, физические упражнения, адекватное объяснение эффектов медикаментов, и непрерывность наблюдения.

Общие принципы лечения включают: объяснение пациенту побочных эффектов в сравнении с положительным эффектом до начала лечения; прекращение частого использования болеутоляющих, эрготамин- и кофеинсодержащих препаратов, снижающих эффективность лечения. Лечение начинается с небольших доз, постепенно увеличивающихся в зависимости от возможности пациента переносить лечение и побочные эффекты. Продолжительность лечения — от шести недель до трех месяцев, так как большинство препаратов, используемых для лечения, имеют латентное время появления эффективного действия. Прекращают лечение постепенно, в течение нескольких дней или недель, чтобы избежать эффекта внезапной отмены.

В большинстве случаев необходимым дополнением могут быть психотерапевтические методы лечения. Психотерапевтическое лечение проводится психотерапевтом или медицинским психологом. Обсуждение с врачом имеющихся психологических проблем способствует, с одной стороны, их более глубокому осмыслению пациентом, а с другой — позволяет ему самому во многих случаях найти способ их устранения.

В случаях медикаментозно индуцированного возникновения какой-либо формы ГБ лечение осуществляется в два этапа: этап отмены препаратов и этап подбора адекватной терапии. По окончании периода детоксикации (если она требуется) проводится обычная профилактическая терапия.

Профилактическое лечение ГБ должно уменьшить частоту и/или тяжесть приступов ГБ. Оно проводится, если ГБ чаще, чем 2 раза в неделю, а их длительность более 3–4 часов. ГБ потенциально могут привести к медикаментозной передозировке или вызвать значимую нетрудоспособность.

Антидепрессанты

Амитриптилин, имипрамин, флуоксетин, пароксетин, сертралин, миансерин.

Бета-адреноблокаторы

Добавляют в сложных случаях.
Пропранолол.

Нестероидные противовоспалительные средства

Ибупрофен+Кодеин: Нурофен Плюс.
Ацетилсалициловая кислота: Аспирин.

Миорелаксанты

Тизанидин.

Антиконвульсанты

Карбамазепин, Вальпроаты.

Блокаторы кальциевых каналов

Верапамил, Нимодипин.