

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	6
Список сокращений и условных обозначений	7
Введение. Основы фармацевтического консультирования и информирования (<i>С.В. Оковитый</i>)	8
Глава 1. Законодательные основы фармацевтического консультирования (<i>Ю.А. Васягина, С.В. Оковитый</i>)	17
Глава 2. Фармацевтическое консультирование и информирование при заболеваниях у детей (<i>Д.С. Суханов, С.В. Оковитый</i>)	21
2.1. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей	24
2.1.1. Фармацевтическое консультирование при функциональных расстройствах органов пищеварения у детей	29
2.1.2. Фармацевтическая опека при функциональных расстройствах органов пищеварения у детей	31
2.2. Лихорадка у детей	31
2.2.1. Фармацевтическое консультирование при лихорадке у детей	35
2.2.2. Фармацевтическая опека при лихорадке у детей	35
2.3. Боль у детей	37
2.3.1. Фармацевтическое консультирование при боли у детей	38
2.3.2. Фармацевтическая опека при боли у детей	39
2.4. Кашель у детей	39
2.4.1. Фармацевтическое консультирование при кашле у детей	42
2.4.2. Фармацевтическая опека при кашле у детей	43
Глава 3. Фармацевтическое консультирование и информирование при отпуске лекарственных средств для беременных и лактирующих (<i>С.М. Напалкова, С.В. Оковитый</i>)	44
3.1. Фармацевтическое консультирование беременных	44
3.2. Запор при беременности	48
3.3. Изжога при беременности	49
3.3.1. Фармацевтическое консультирование при изжоге у беременных	50
3.3.2. Фармацевтическая опека при изжоге у беременных	50
3.4. Острая респираторная вирусная инфекция и грипп при беременности	50
3.4.1. Фармацевтическое консультирование при острой респираторной вирусной инфекции и гриппе во время беременности	52
3.5. Фармацевтическое консультирование лактирующих	54
Глава 4. Фармацевтическое консультирование и информирование при отпуске лекарственных средств для пожилых (<i>В.Ц. Болотова, С.В. Оковитый</i>)	60
4.1. Нарушения сна в пожилом возрасте	68
4.1.1. Фармацевтическое консультирование при нарушениях сна у пожилых	71
4.1.2. Фармацевтическая опека при нарушениях сна у пожилых	72

Глава 5. Фармацевтическое консультирование и информирование при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (Д.Ю. Ивкин, С.В. Оковитый, А.Н. Куликов)	75
5.1. Артериальная гипертензия	75
5.1.1. Фармацевтическое консультирование при артериальной гипертензии	80
5.1.2. Фармацевтическая опека при артериальной гипертензии	80
5.2. Боль в груди	84
5.2.1. Фармацевтическое консультирование при боли в груди	89
5.2.2. Фармацевтическая опека при боли в груди	89
Глава 6. Фармацевтическое консультирование и информирование при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (Д.Ю. Ивкин, С.В. Оковитый, И.А. Титович)	91
6.1. Изжога	91
6.1.1. Фармацевтическое консультирование при изжоге	93
6.1.2. Фармацевтическая опека при изжоге	95
6.2. Боль в животе (абдоминальная боль)	95
6.2.1. Фармацевтическое консультирование при абдоминальной боли ...	101
6.2.2. Фармацевтическая опека при абдоминальной боли	103
6.3. Изменение характера стула	103
6.3.1. Диарея.....	107
6.3.2. Запор.....	114
Глава 7. Фармацевтическое консультирование и информирование при заболеваниях бронхолегочной системы (С.В. Оковитый, А.Н. Куликов)	119
7.1. Кашель	119
7.1.1. Фармацевтическое консультирование при кашле	128
7.1.2. Фармацевтическая опека при кашле	130
7.2. Одышка	130
Глава 8. Фармацевтическое консультирование и информирование при заболеваниях кожи и подкожной клетчатки (С.В. Оковитый)	135
8.1. Акне	138
8.1.1. Фармацевтическое консультирование при акне	140
8.1.2. Фармацевтическая опека при акне	142
Глава 9. Фармацевтическое консультирование и информирование при астенических состояниях (Е.Б. Шустов, С.В. Оковитый)	144
9.1. Фармацевтическое консультирование при астении.....	151
9.2. Фармацевтическая опека при астении.....	153
Глава 10. Фармацевтическое консультирование и информирование при боли (С.В. Оковитый)	155
10.1. Головная боль	157
10.1.1. Фармацевтическое консультирование при головной боли	161
10.1.2. Фармацевтическая опека при головной боли	163
10.2. Суставная боль	163
10.2.1. Фармацевтическое консультирование при суставной боли	167
10.2.2. Фармацевтическая опека при суставной боли	170

Глава 11. Фармацевтическое консультирование и информирование при острой респираторной инфекции и гриппе (<i>С.В. Оковитый, Н.О. Селизарова</i>)	171
11.1. Фармацевтическое консультирование при острой респираторной вирусной инфекции и гриппе	179
11.2. Фармацевтическая опека при острой респираторной вирусной инфекции и гриппе	180
Тестовые задания	182
Эталоны ответов	191
Список литературы	192
Предметный указатель	202

Глава 7

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ИНФОРМИРОВАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Наиболее частыми симптомами поражения органов дыхательной системы являются кашель и одышка.

7.1. КАШЕЛЬ

Кашель — рефлекторная, защитно-приспособительная реакция организма, направленная на выведение из дыхательных путей инородных веществ и/или патологически измененного трахеобронхиального секрета. Кашель — один из наиболее важных компонентов легочного клиренса, включающийся тогда, когда естественные механизмы не справляются. Различают физиологический и патологический кашель. В физиологических условиях кашель играет лишь вспомогательную роль в процессах очищения дыхательных путей, так как основными механизмами санации являются мукоцилиарный клиренс и перистальтика мелких бронхов. Частота и интенсивность кашля обусловлены силой раздражителя, его локализацией и возбудимостью кашлевых рецепторов, которая зависит от формы заболевания, фазы течения болезни и характера патологического процесса. Патологический, или неадекватный тяжелый кашель может вызвать многочисленные осложнения.

Кашлевые рецепторы располагаются в самых разнообразных анатомических образованиях: носовой полости, придаточных пазухах носа, гортани, голосовых связках, глотке, наружном слуховом проходе, евстахиевой трубе, трахее и ее бифуркации, местах деления бронхов, плевре, перикарде, диафрагме, дистальной части пищевода и желудке.

Основные причины раздражения кашлевых рецепторов в бронхах:

- ▶ изменения во вдыхаемом воздухе (колебания температуры и влажности — холодный или сухой воздух), гипероксия, гипервентиляция;
- ▶ изменение количества и качества бронхиального секрета при воспалительном процессе в бронхах (ОРВИ, бронхиты). В этом случае происходит перестройка слизистой оболочки бронхов, в том числе эпителия. Значительно возрастает количество бокаловидных клеток, изменяется физико-химический характер слизи, повышается ее вязкость, что приводит к нарушению дренажной функции бронхов. Нарушается мукоцилиарный клиренс, обусловленный функционированием ресничек мерцательного

- эпителия и оптимальным количеством, качеством и транспортабельностью слизи;
- ▶ поллютанты (дым, пыль, крошки во вдыхаемом воздухе), вдыхание раздражителей (ГЭРБ);
 - ▶ повышение чувствительности кашлевых рецепторов (вирусы, бронхиальная астма);
 - ▶ прямая стимуляция кашлевых рецепторов (опухоли, инородные тела дыхательных путей);
 - ▶ непрямая стимуляция кашлевых рецепторов [заболевания органов дыхания, заболевания сердечно-сосудистой системы, лекарственные препараты — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), β -блокаторы, цитостатики].

Учитывая, что кашлевые рецепторы могут располагаться не только в бронхолегочной системе, кашель далеко не всегда является симптомом поражения только дыхательной системы, а может свидетельствовать о заболеваниях ЛОР-органов (отит, синусит), сердечно-сосудистой системы (сердечная недостаточность, перикардит) и ЖКТ (ГЭРБ).

Кашлевой рефлекс включает в себя пять компонентов.

1. *Кашлевые рецепторы* — рецепторы блуждающего нерва в кашлевых рефлексогенных зонах (гортань, голосовые складки, бифуркация трахеи, устья долевых, сегментарных бронхов), стимулирующиеся медиаторами воспаления; *быстро реагирующие (ирритантные) рецепторы* (между эпителиальными стенками воздухоносных путей), стимулирующиеся вдыханием пыли, газов, холодного воздуха; *другие участки* (наружное ухо, кашлевые рецепторы носа, плевры, диафрагмы, перикарда, пищевода). Они воспринимают раздражение и передают импульс на афферентные нервы (рис. 7.1).

2. *Афферентные нервы* — чувствительные ветви блуждающего нерва, передающие возбуждение в кашлевой центр.

3. *Медуллярный кашлевой центр* — находится в продолговатом мозге. При участии полисинаптических связей ретикулярной формации организует сложнокоординированную реакцию мышц-эффекторов через эфферентные нервы.

4. *Эфферентные нервы* — языкоглоточный, диафрагмальный и тройничный нервы передают импульс на мышцы-эффекторы.

5. *Эффекторы (дыхательные мышцы)* — мышцы бронхов, гортани, грудной клетки, живота, диафрагмы реагируют на импульс рефлекторным сокращением.

Количество рецепторов в бронхах убывает по мере уменьшения их диаметра. В мелких бронхах рецепторы кашлевого рефлекса отсутствуют (это так называемая «немая зона»), поэтому при достаточно избирательном их поражении патологический процесс может длительно протекать без кашля, проявляясь только одышкой (например, при пневмонии, бронхолите).

Выделяют три фазы кашля.

Инспираторная фаза. Ей предшествует кашлевое раздражение, характеризующееся субъективным чувством трахеобронхиального зуда, за которым следует ощущение в необходимости кашля. Во время рефлекторного открытия

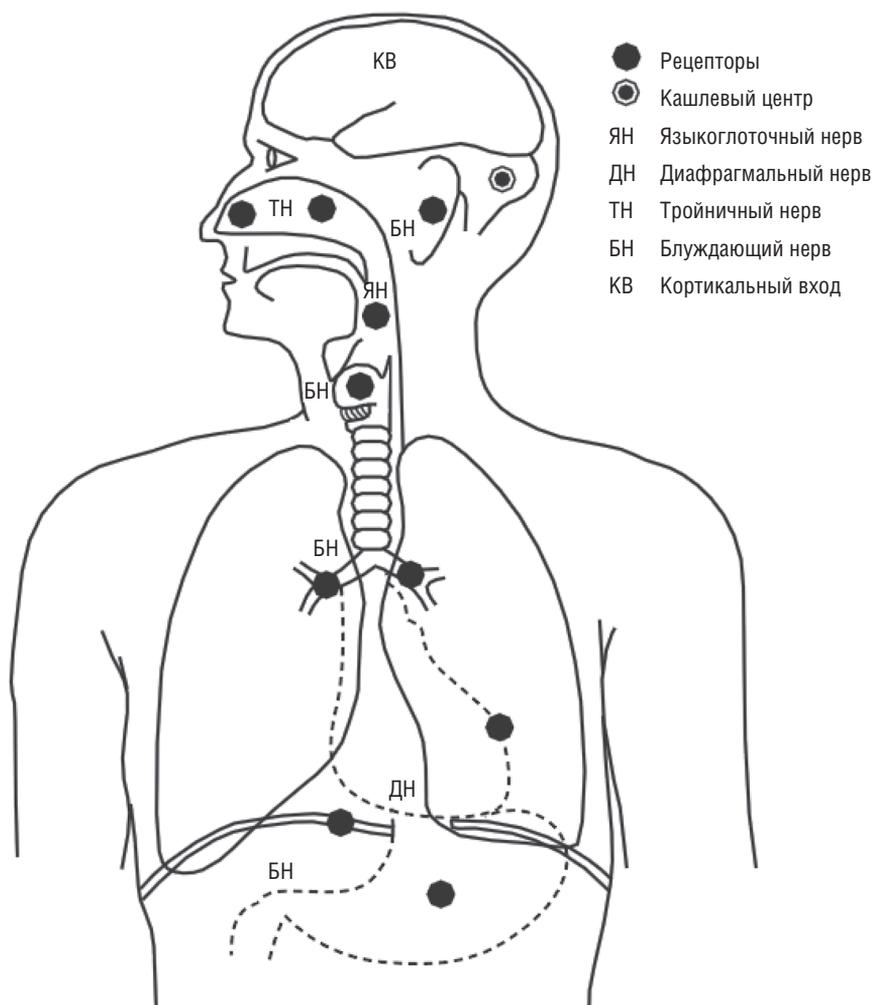


Рис. 7.1. Локализация кашлевых рецепторов

голосовой щели происходит глубокий форсированный вдох с участием всех инспираторных мышц.

Компрессионная фаза. Рефлекторно закрываются голосовые связки и голосовая щель, после чего происходит резкое сокращение экспираторных мышц — внутренних межреберных и брюшных, что приводит к быстрому повышению внутригрудного и внутрибрюшного давления.

Экспираторная фаза. Это фаза собственно откашливания. После завершения компрессии голосовая щель рефлекторно открывается, создается перепад давления и турбулентный поток воздуха резко выбрасывается из дыхательных путей, увлекая за собой из бронхов слизь, мокроту, чужеродные вещества, попавшие в дыхательные пути. Происходит толчкообразный стремительный выдох.

Классификация кашля

- ▶ *По времени возникновения:* утром, днем, вечером, ночью.
- ▶ *По периодичности:* частый, периодический, постоянный, приступообразный.
- ▶ *По характеру:* непродуктивный (сухой), продуктивный (влажный), болезненный, безболезненный.
- ▶ *По интенсивности:* покашливание, легкий, сильный.
- ▶ *По продолжительности:* эпизодический кратковременный или приступообразный постоянный.
- ▶ *По течению:* острый — до 3 недель (табл. 7.1), подострый — от 4 до 8 недель, хронический (длительный) — более 8 нед (табл. 7.2).

Таблица 7.1. Характеристика острого кашля при различных нозологиях

Заболевание/признак	Характер кашля
Грипп	Сухой, мучительный, упорный, на фоне высокой температуры (поражаются гортань, трахея и бронхи, не характерен ринит или конъюнктивит)
Парагрипп	Сухой и глубокий, как при гриппе, но присутствует субфебрильная температура тела и выраженный насморк
Острая респираторная вирусная инфекция	В течение часов/дней развивается интоксикационный синдром, фебрильная или субфебрильная температура тела, признаки поражения практически всей протяженности дыхательных путей: верхних дыхательных путей (ринит, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит), возможно нижних дыхательных путей (пневмония); с течением времени смена характера кашля (сухого на влажный)
Фарингит	Сухой, мучительное першение, покалывание или боль в горле, вынуждающие больного покашливать, как бы избавляясь от «застывшего в горле комка»
Ларингит	Сухой, мучительный, «лающий», сопровождается осиплостью или охриплостью голоса. Возможно острое сужение гортани (круп), сопровождающееся затрудненным свистящим дыханием
Трахеит	Сухой, громкий, глубокий, сопровождается выраженной болезненностью за грудиной
Бронхит	Влажный, грудной, громкий, начинается с повышения температуры, не болезненный, сопровождается обильным выделением слизистой мокроты и влажными хрипами
Типичная бактериальная пневмония	Влажный, глубокий, с выделением небольшого количества мокроты. В начальный период может быть сухой кашель
Хламидийная пневмония	Сухой, звонкий, высокий, приступообразный с незначительным повышением температуры
Плеврит	Сухой, без выделения мокроты и очень болезненный; усиливается при глубоком вдохе, может перейти в одышку (если сопровождается плевральным выпотом)

Окончание табл. 7.1

Заболевание/признак	Характер кашля
Коклюш и паракоклюш	Зависит от этапа болезни и иммунного статуса. У <i>непривитых</i> сначала сухой, мучительный непродуктивный кашель, возникающий к вечеру или ночью. Самочувствие нормальное, температура тела не повышается. Затем кашель становится приступообразным. Приступы тяжелого кашля следуют один за другим, отделяясь друг от друга судорожным вздохом, заканчиваются рвотой и отхождением небольшого количества густой мокроты. У <i>привитых</i> болезнь протекает в стертой форме, сопровождается сухим покашливанием, длящимся длительное время. Такое течение не опасно для пациента, но пациент является источником инфекции для других
Аскаридоз	Сухой кашель встречается в фазу легочной миграции личинок аскарид. Усиливается ночью, с повышением температуры тела, аллергическими высыпаниями на коже, иногда появлением крови в мокроте

Таблица 7.2. Характеристика хронического (длительного) кашля при различных нозологиях

Заболевание/признак	Характер кашля
Хроническая обструктивная болезнь легких	Длительный продуктивный кашель на фоне повышенной температуры тела, ринита, першения в горле
Бронхиальная астма	Эпизоды кашля повторяются 3–4 раза в год, возникают при каждом эпизоде ОРВИ или провоцируются аллергенами, физической или холодовой нагрузкой, в ночное время, ближе к утру, сопровождаются чувством затруднения дыхания, хорошо реагируют на ингаляционные бронходилататоры. Характер кашля — малопродуктивный с выделением небольшого количества слизистой вязкой мокроты
Туберкулез легких	Постоянное покашливание или сухой кашель с незначительным субфебрилитетом к вечеру, похуданием
Бронхоэктазы	Приступы влажного кашля с гнойной обильной зловонной мокротой
Муковисцидоз	Влажный кашель сопровождается выделением густой мокроты
Табакокурение	Утренний кашель курильщика возникает после закуривания первой сигареты, после чего отходит небольшое количество мокроты и отмечается облегчение дыхания. Кашель с мокротой наблюдается у половины курильщиков через 10 лет после начала курения
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Сухой кашель возникает преимущественно ночью, без отделения мокроты, сопровождается болью и чувством жжения за грудиной или в подложечной области, изжогой ночью и утром. Кроме того, кашель может быть связан с приемом пищи (во время или сразу после еды) или с определенными продуктами. Иногда возникает по утрам после вставания с постели или после положения лежа
Папилломатоз гортани	Сухой постоянный кашель
Опухоли легких	Сухой мучительный кашель с болями в грудной клетке, кровохарканьем, одышкой, похуданием

Окончание табл. 7.2

Заболевание/признак	Характер кашля
Хроническая сердечная недостаточность	Влажный кашель от покашливания до умеренного, чаще в вечернее время или в горизонтальном положении, нередко сопровождается отделением водянистой мокроты, иногда розоватого цвета, есть признаки сердечной недостаточности: одышка, отеки, слабость
Прием лекарственных препаратов (иАПФ, β-блокаторы, цитостатики)	Сухой, возникает особенно в вечернее время, исчезает после отмены препаратов
Психогенный кашель	Сухой, постоянный, навязчивый, без видимой причины (ОРВИ), не сопровождается другими симптомами. Возникает при стрессовых ситуациях (например, при выступлении перед большой аудиторией), высокий и частый (5–7 раз в минуту), исчезает ночью, во время еды или разговора

Примечание. ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция; иАПФ — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.

Причинами острого кашля могут быть ОРВИ (вызванные респираторно-синтициальным вирусом, риновирусом, вирусом гриппа, вирусом парагриппа, аденовирусом, респираторным коронавирусом), острый бронхит, пневмония, аспирация инородного тела, ингаляция токсических газов и ирритантов (см. табл. 7.1).

Причинами хронического (длительного) кашля могут быть как легочные заболевания [хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма, опухоли бронхов, туберкулез, бронхоэктазы, интерстициальные заболевания легких, муковисцидоз], так и внелегочные [хроническая сердечная недостаточность (ХСН), постназальный затек; ГЭРБ; лекарственная терапия (например, иАПФ, β-блокаторы, цитостатики)] (см. табл. 7.2).

Характер кашля, равно как и характер мокроты, позволяет заподозрить наличие того или иного заболеваний бронхолегочной системы (табл. 7.3, 7.4).

Таблица 7.3. Вероятные заболевания в зависимости от характера кашля

Характер кашля	Возможная причина
Громкий, звучный	Трахеит, бронхит, сдавление трахеи (например, опухолью)
Грубый, лающий	Поражение гортани (круп)
Приступообразный кашель с длинными глубокими вздохами	Коклюш
Болезненный	Трахеит (боли за грудиной при кашле), плеврит (боли в грудной клетке при дыхании)
Утренний кашель	Бронхоэктазы, хронический бронхит, желудочно-пищеводный рефлюкс, кашель курильщика
Ночной кашель	Бронхиальная астма, сердечная недостаточность, синусит, хронический бронхит, коклюш

Окончание табл. 7.3

Характер кашля	Возможная причина
Кашель и свистящее дыхание	Бронхиальная астма
Кашель и одышка	Бронхиальная астма, хронический бронхит, сердечная недостаточность, пневмония, интерстициальные болезни легких

Таблица 7.4. Характеристика мокроты при различной легочной патологии

Заблевание	Органолептический признак		
	количество	характер	включения, патологические элементы
Острый бронхит, ОРВИ	Скudное (на поздних стадиях большое)	Слизистая (белесоватая, прозрачная), слизисто-гнойная	–
Хронический бронхит	Различное	Слизисто-гнойная (желто-зеленая), слизисто-гнойно-кровянистая	–
Бронхоэктазы	Обильное (утром — «полным ртом»)	Гнойно-слизистая	Пробки Дитриха ¹
Бронхиальная астма	Скudное	Слизистая, тягучая, стекловидная	Спиральи Куршмана ²
Крупозная пневмония	Скudное вначале, обильное позже	Клейкая, «ржавая» вначале, позже слизисто-гнойная	Свертки фибрина, измененная кровь
Абсцесс легкого	Обильное при прорыве абсцесса в бронх	Гнойная со зловонным запахом	Обрывки ткани легкого
Туберкулез легких	Различное	Слизисто-гнойная, иногда с примесью крови	Линзы Коха ³ при наличии каверн
Бронхолегочный рак	Различное	Слизисто-кровянистая, слизисто-гнойно-кровянистая	При распаде опухоли обрывки ткани легкого
Сердечная недостаточность	Скudное	Слизистая, розовая или «ржавая»	–

¹ Пробки Дитриха — комочки желтовато-серого или черновато-серого цвета с гладкой поверхностью размерами от просяного зерна до горошины, имеющие неприятный запах. Состоят из детрита, бактерий, жирных кислот и капелек жира, характерны для бактериального абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни.

² Спиральи Куршмана — уплотненные, закрученные в спираль образования из слизи.

³ Линзы Коха — комочки беловатого или желтоватого цвета, состоят из микобактерий туберкулеза, детрита и эластических волокон, характерны для кавернозного туберкулеза.

Количество, характер, цвет и запах мокроты имеют большое значение. Суточное количество может колебаться от нескольких плевков (бронхиальная астма) до 30–100 мл (хронический бронхит, пневмония) и даже до 200–500 мл и более (абсцесс легкого, бронхоэктазы).

Таблица 7.5. Опасные признаки и симптомы, требующие обращения к врачу

Симптом	Характер симптома	Причина симптома	Заблевание
!! Требуется неотложное обращение к врачу в следующих случаях			
Кровохарканье	Откашливание крови или мокроты с кровью из легких или трахеобронхиального дерева	Поражение трахеобронхиального дерева, при котором патологический процесс вызывает повреждение кровеносных сосудов и легочное кровоотечение	Опухоли легкого, муковисцидоз, туберкулез, бронхоэктазы, абсцесс легкого, пероральная антикоагуляция
		Диapedез эритроцитов из кровеносного русла в просвет альвеол	Отек легкого, застой в легких при хронической сердечной недостаточности
Кровь в мокроте	Откашливание крови или мокроты с кровью из внелегочных областей	Кровоотечение из носоглотки, полости рта, желудочно-кишечного тракта	Повреждение сосудов носа, полости рта, вен пищевода (при циррозе печени), желудка (при язвенной болезни)
! Не следует откладывать обращения к врачу в следующих случаях			
Кашель	Длительность более недели при возрастательной интенсивности	Развивающийся патологический процесс в бронхолегочной системе	Пневмония, бронхит
		На фоне стойкого (>2 нед) повышения температуры тела до 37,5 °С	Пневмония
	На фоне повышенной температуры тела (>38 °С) продолжительностью более 3 дней или с отделением густой зеленоватой мокроты	Присоединение бактериальной инфекции	Пневмония, обострение хронической обструктивной болезни легких, муковисцидоз
		Развивающийся патологический процесс в бронхолегочной системе	Хроническая обструктивная болезнь легких, опухолевый процесс
С приступами удушья	Развитие бронхиальной обструкции	Бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких	

Стойкая осиплость (охриплость) голоса	С одышкой	Развитие дыхательной недостаточности	Пневмония, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких
	С болью в грудной клетке	Развитие плеврита	Плеврит
	Выраженная слабость, снижение массы тела, обильное потоотделение (особенно по ночам), ознобы	Интоксикация вследствие развивающегося патологического процесса в бронхолегочной системе	Туберкулез, опухоли легкого
	Интенсивный кашель в течение часа без перерыва	Выраженное раздражение кашлевых рецепторов	Инородное тело бронха, коклюш, воздействие ирритантов
	Обильное отделение мокроты	Воспалительный процесс в нижних дыхательных путях	Хроническая обструктивная болезнь легких, бронхит, бронхоэктазы
Снижение звучности, огрубение тембра голоса	Воспалительное или невоспалительное поражение голосовых связок, препятствие на пути тока воздуха	Интенсивный кашель, ларингит, опухолевый процесс	

Примечание. ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких.

Цвет мокроты зависит от ее характера и примесей (гной, кровь, пылевые частицы). Слизистая мокрота обычно прозрачная и бесцветная, иногда сероватого цвета наблюдается при бронхиальной астме, острых бронхитах. Слизисто-гнойная мокрота желтовато-зеленого цвета, гнойная мокрота зеленого цвета бывает при хронических бронхитах, обострении ХОБЛ, бронхоэктазах, муковисцидозе, пневмонии. Темно-бурая зловонная мокрота встречается при гангрене и абсцессе легкого. Очень серьезным признаком является окрашивание мокроты в розовый, «ржавый», красный цвет или же появление крови в мокроте (кровохарканье). Наиболее часто это связано с попаданием крови в слизь из поврежденного сосуда (туберкулез, опухоль, легочное кровотечение любой природы), диапедезным просачиванием эритроцитов (ХСН, отек легкого, крупозная пневмония, инфаркт-пневмония) или же присоединением крови из поврежденных ЛОР-органов. Также в красноватый цвет мокроту может открашивать рифампицин.

По запаху мокроты редко бывает зловонная, но появление этого признака является указанием на наличие нагноительного процесса в легких (гангрена, абсцесс).

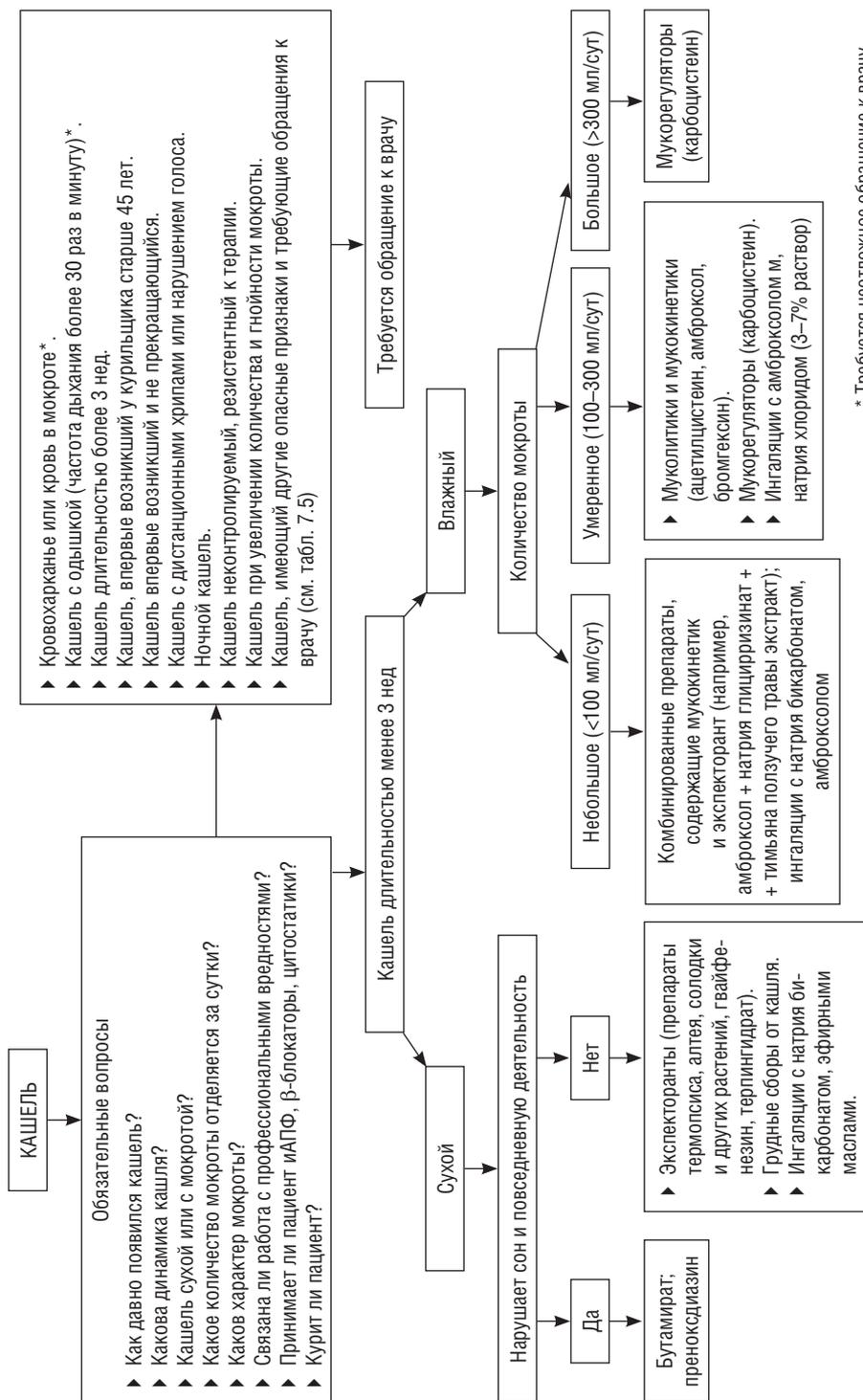
Среди осложнений кашля следует отметить:

- ▶ *респираторные*: кровохарканье;
- ▶ *урогенитальные*: недержание мочи;
- ▶ *скелетно-мышечные*: миалгии в области грудной клетки и брюшного пресса, переломы ребер, повреждение диафрагмы;
- ▶ *психосоциальные*: ухудшение качества жизни, нарушение сна и питания, снижение физической и интеллектуальной активности больных, страх серьезной болезни.

Существует ряд опасных признаков при кашле, появление которых требует безотлагательного обращения к врачу (табл. 7.5).

7.1.1. Фармацевтическое консультирование при кашле

Кашель является естественной защитной реакцией организма, которая может иметь как положительное значение (очищение дыхательных путей), так и негативное (утомляет больного, нарушает сон, питание, может привести к различным осложнениям). Именно поэтому управление кашлем с использованием фармакологических и нефармакологических методов может уменьшить его в случае чрезмерной выраженности и улучшать легочный клиренс. Если кашель обусловлен острым поражением бронхолегочной системы, в рамках фармацевтического консультирования может быть использован широкий арсенал безрецептурных противокашлевых и мукоактивных препаратов (схема 7.1). Кашель, обусловленный другими причинами, требует консультации и назначений врача. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы успех приносит терапия сердечной недостаточности. При ГЭР — использование ИПП, антацидных препаратов, средств, регулирующих моторику ЖКТ. Патология ЛОР-органов требует активной, комплексной терапии синуситов, аллергических и неаллергических ринитов. При лекарственном кашле требуется замена лекарственных препаратов, вызвавших патологический симптом.



* Требуется неотложное обращение к врачу.

Схема 7.1. Фармацевтическое консультирование при кашле: иАПФ — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

7.1.2. Фармацевтическая опека при кашле

В рамках фармацевтической опеки пациенту с кашлем могут быть предложены:

- ▶ топические средства с отвлекающим действием для растирания груди при сухом кашле (например, масло эвкалипта + масло хвой сосны);
- ▶ негазированные щелочные минеральные воды (для обеспечения питьевого режима — не менее 2 л жидкости в сутки);
- ▶ увлажнители воздуха для достижения оптимальной для больного с кашлем влажности воздуха, не менее 70–80% (низкая влажность приводит к избыточной потере влаги слизистой и ее сухости);
- ▶ паровые ингаляторы и небулайзеры для ингалирования растворов натрия хлорида (3–7%), натрия бикарбоната (1–5%), минеральной воды типа боржоми.

7.2. ОДЫШКА

Одышка — тягостное, мучительное ощущение нехватки воздуха при дыхании. Причиной ее развития являются самые разнообразные нарушения внешнего дыхания, транспорта газов и тканевого дыхания. Одышка является важным и довольно часто встречающимся признаком заболевания не только дыхательной системы, но и других органов и систем (кровообращения, крови, нервной и т.д.) (рис. 7.2).

Как физиологическое явление одышка может наблюдаться после физической работы, что обусловлено реакцией со стороны респираторной системы к возросшим потребностям организма в кислороде. Но в нормальных условиях у здоровых людей наступающая в результате физического напряжения одышка быстро сменяется после нескольких глубоких вдохов нормальным дыханием. При патологии же даже незначительная физическая работа может вызывать тяжелую одышку.

Одним из ключевых механизмов формирования одышки является стимуляция дыхательного центра под влиянием:

- ▶ ирритантных рецепторов (рецепторы спадения легких) — их стимулирует уменьшение растяжимости легких;
- ▶ юстакапиллярных рецепторов (J-рецепторов) — реагируют на повышение содержания жидкости в интерстициальном периальвеолярном пространстве;
- ▶ барорецепторов аорты и сонной артерии (при падении артериального давления их тормозящее действие на инспираторные нейроны в продолговатом мозге уменьшается);
- ▶ механорецепторов дыхательных мышц (при их чрезмерном растяжении);
- ▶ хеморецепторов аорты, сонных артерий и центральных хеморецепторов продолговатого мозга (активируются при изменении газового состава артериальной крови (возрастание углекислого газа, падение парциального давления кислорода, возрастание углекислого газа, снижение pH).