

Дифференцированный подход к диагностике хронического кашля

А.В. Аверьянов

Кашель является одним из самых частых симптомов в клинике внутренних болезней, причем значительно снижающим качество жизни пациентов [1]. Эпидемиологические исследования, проведенные в течение последнего десятилетия, свидетельствуют о том, что около 10% населения европейских стран страдают хроническим сухим кашлем и почти столько – продуктивным [2]. И хотя далеко не все больные обращаются по этому поводу к врачу, кашель стоит на 5-м месте среди всех симптомов как причина визита к специалисту [3]. О широкой распространенности кашля свидетельствует и огромный рынок противокашлевых препаратов: в США ежегодный объем продаж безрецептурных противокашлевых средств составляет около 1 млрд. долл. [4].

В России, где традиционно **хронический кашель** (ХК) без признаков бронхиальной обструкции и инфильтративных изменений на рентгенограмме легких фактически являлся синонимом хронического бронхита, до последнего времени в повседневную практику врача-терапевта не внедрены современные клинические рекомендации по ведению больных с синдромом ХК.

Физиологическая роль кашля состоит в эвакуации секрета из дыхательных путей и предотвращении аспирации. Однако во многих случаях возникновение кашля обусловлено раздражением одного из звеньев кашлевого рефлекса (кашлевых рецепторов, проводящих путей, кашлевого центра) и не связано с его защитными функциями.

Александр Вячеславович Аверьянов – канд. мед. наук, зам. директора НИИ пульмонологии МЗ и СР РФ, Москва.

Классификация кашля

В зависимости от длительности кашлевого анамнеза выделяют кашель [5]:

- острый (не дольше 3 нед);
- подострый (4–8 нед);
- хронический (дольше 8 нед).

В зависимости от наличия мокроты кашель делится на продуктивный и непродуктивный (сухой). Такая классификация весьма условна, так как основывается на субъективной оценке пациентом. Например, длительно кашляющие больные, особенно курящие, склонны игнорировать не только выделение мокроты, но и сам кашель, считая его естественным спутником курения. Наоборот, молодые эмоциональные женщины нередко драматизируют картину кашля, описывая его как интенсивный и продуктивный, а объективные методы диагностики не

подтверждают присутствия патологического секрета в воздухоносных путях. Разумеется, на разных стадиях одного заболевания кашель может быть как сухим, так и продуктивным, кроме того, всякий хронический кашель проходит через стадию острого и подострого. Тем не менее приведенная классификация кашля удобна с практической точки зрения, поскольку позволяет врачу ориентироваться на наиболее вероятные причины кашля (табл. 1).

Острый кашель

Как видно из табл. 1, спектр заболеваний, сопровождающихся кашлем, весьма широк. Не останавливаясь подробно на причинах острого кашля, обычно не представляющих трудностей для диагностики, хотелось бы напомнить, что в 90% случаев он связан

Таблица 1. Причины различных вариантов кашля

Кашель	Продуктивный	Непродуктивный
Острый	Острый бронхит Пневмония	Инфекции верхних дыхательных путей (острый ринит, синусит, фарингит, ларингит, трахеит) Тромбоэмболия легочной артерии Сердечная астма Сухой плеврит Пневмоторакс Аспирация инородного тела Перикардит
Подострый	Постинфекционный кашель	Коклюш Хламидийные, микоплазменные инфекции Воспалительные заболевания носоглотки
Хронический	Хронический бронхит ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) Бронхоэктазы Бронхиальная астма (кроме кашлевого варианта) Туберкулез Рак бронха Муковисцидоз Застойная левожелудочковая недостаточность	Кашлевой вариант бронхиальной астмы Гастроэзофагеальный рефлюкс Воспалительные заболевания носоглотки Эозинофильный бронхит Прием ингибиторов АПФ Интерстициальные болезни легких Объемные процессы в средостении Невротический кашель

с вирусными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей. В первые дни кашель обычно непродуктивный, может значительно нарушать активность и сон больного.

Распространенная практика назначения муколитических препаратов при катаральном воспалении слизистой оболочки респираторного тракта от глотки до трахеи не является обоснованной. Наиболее эффективный способ лечения острого кашля при респираторных вирусных инфекциях – увлажнение слизистой оболочки дыхательных путей, которое может быть достигнуто путем многократных ингаляций (8–10 раз в день) подогретого до температуры тела физиологического раствора хлорида натрия. Ингаляции проводят с помощью ультразвуковых или компрессорных небулайзеров, в том числе отечественного производства.

Подострый кашель

Среди вариантов подострого кашля выделение **постинфекционного кашля** требует пояснения, поскольку не принято в русскоязычной терминологии. В данном контексте речь идет о случаях кашля, сохраняющегося после перенесенных инфекций дыхательных путей и не связанного с другими причинами. Кашель может быть обусловлен как сохраняющимся воспалением воздухоносных путей, так и снижением порога чувствительности кашлевых рецепторов, реагирующих на незначительную ирритацию холодным воздухом, бронхиальным секретом, пылью и т.д. Как правило, такой кашель имеет тенденцию к уменьшению частоты и интенсивности. Терминологическим аналогом постинфекционного кашля мог бы являться “затянувшийся бронхит” (или трахеобронхит).

Однако необходимо помнить, что немало случаев затяжного и волнообразного течения этих заболеваний обусловлено не перенесенным, а активным или латентным инфекционным процессом, а именно **персистенцией внутриклеточных возбудителей** – *Chlamydomphila pneumoniae* или *Mycoplasma pneumoniae* [6]. Диагнос-

тика этих инфекций в большинстве амбулаторных учреждений затруднена из-за слабости лабораторной базы, кроме того, чувствительность наиболее распространенного серологического метода диагностики не превышает 70%. Внедрение метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) открывает более широкие возможности для выявления внутриклеточных возбудителей. Однако, если точная диагностика недоступна, а у больного сохраняется кашель без тенденции к улучшению, возможно проведение курса лечения антибактериальными препаратами, обладающими активностью против хламидий и микоплазм. Антибиотиками выбора являются новые макролиды (азитромицин 500 мг/сут – 6 дней, кларитромицин 500 мг/сут – 10 дней), кроме того, возможно назначение фторхинолонов или доксициклина.

Основные причины ХК – кашлевой вариант БА, синдром глоточного затека и гастроэзофагеальный рефлюкс.

Еще одна из возможных причин подострого кашля – **коклюшная инфекция**. Хотя диагноз коклюша у взрослых ставится чрезвычайно редко, истинная распространенность этого заболевания во взрослой популяции достаточно велика – до 21% среди пациентов с кашлем, продолжающимся более 2 нед [7]. У взрослых, особенно вакцинированных против коклюша, кашель редко имеет классическую картину (судорожный вдох с последующей серией интенсивных кашлевых толчков, заканчивающейся рвотой). Чаще кашель значительно слабее, без инспираторного стридора, однако имеет характерные черты приступообразности – внезапного начала и окончания, в перерывах между кашлевыми репризами больной совершенно не кашляет. Нередко среди окружающих удается выявить либо больных коклюшем, либо лиц с похожим кашлем. Диагностика коклюша возможна лишь в специализированных лабораториях. В назальной слизи *Bordetella pertussis* можно выявить лишь в первые 2 нед заболевания, а в

дальнейшем необходимо определять нарастание титра антител к коклюшному токсину.

Хронический кашель

Наибольшую диагностическую проблему представляет собой хронический кашель. Конечно, большинство пациентов с хроническими заболеваниями бронхов или легочной паренхимы имеют кашель различной степени выраженности. Однако ситуация, когда кашель невозможно связать с курением, бронхиальной обструкцией, инфильтративным процессом в легочной ткани, нередко ставит врача в тупик. Если набор стандартных методик (общий анализ крови, рентгенография органов грудной клетки, спирометрия, аллергопробы) не выявляет отклонений от нормы, дальнейший диагностический поиск, как правило, прекращается. И это свойственно не только отечественному здравоохранению – в США до 23% больных с ХК не имели определенного диагноза и лечились симптоматически до тех пор, пока в практику не был внедрен алгоритм диагностики данного синдрома [8].

В основе синдрома ХК могут лежать разнообразные заболевания, однако около 80% случаев приходится на долю так называемой “кашлевой триады”: кашлевого варианта бронхиальной астмы (БА), группы воспалительных процессов носоглотки, сопровождающихся затеком секрета в нижележащие отделы дыхательных путей (drip syndrome, синдром глоточного затека), и гастроэзофагеального рефлюкса [9] (рис. 1).

Кашлевой вариант БА (КВБА) – вариант течения БА, при котором доминирующим или единственным симптомом является ХК. Он был впервые описан в 1960 г. W. Corrao et al. В отличие от классической БА, больные не жалуются на одышку, приступы удушья и свистящее дыхание. Кашель у них частый, интенсивный, сухой или с незначительным количеством мокроты, досаждающий самому пациенту и окружающим, нередко нарушающий повседневную активность и сон больных. Кашель провоцируется холодным

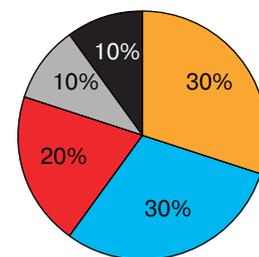
воздухом, гипервентиляцией, резкими запахами, усиливается на фоне респираторных инфекций. Как правило, лечение муколитиками, противокашлевыми средствами, бронходилататорами не снижает интенсивность кашля. При КВБА не наблюдается вариабельной или стабильной бронхиальной обструкции, поэтому спирометрия не имеет диагностической ценности. Критерием для диагностики КВБА служит выявление такого неотъемлемого признака БА, как бронхиальная гиперреактивность. Фактически провокационный ингаляционный тест с метахолином или гистамином является исследованием, определяющим диагноз КВБА [10]. Если выполнение провокационного теста невозможно, допустимо проведение курса лечения ингаляционными глюкокортикостероидами (400–800 мкг беклометазона дипропионата в течение 2 нед). В случае КВБА через несколько дней терапии наблюдается выраженный клинический эффект – кашель минимизируется или полностью исчезает.

Однако подобный результат можно получить и при **эозинофильном бронхите** (ЭБ), лежащем в основе приблизительно 10% случаев ХК. До настоящего времени ведется дискуссия, является ли ЭБ самостоятельной нозологической формой или субклинической стадией БА. Морфологическим субстратом ЭБ, как и БА, служит эозинофильное воспаление слизистой оболочки бронхов. Однако из-за отсутствия выделения мокроты доказать присутствие эозинофилов в бронхиальном секрете возможно лишь путем получения индуцированной мокроты или бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ). Клинически ЭБ манифестирует длительным сухим или малопродуктивным кашлем небольшой или умеренной интенсивности без очевидной связи с факторами внешней среды. Диагностические критерии ЭБ – эозинофилия индуцированной мокроты (>3%) или БАЛ (>1%) при условии нормальных данных спирометрии и отрицательных результатах бронхопровокационных тестов (в отличие от КВБА) [11]. Дифференциально-диагностиче-

ские признаки классической БА, КВБА и ЭБ представлены в табл. 2.

Значительную часть в этиологическом спектре ХК (22–34%) занимает **синдром глоточного затека**. Это группа болезней, объединенных механизмом возникновения кашля – стеканием патологического секрета (образующегося в полости носа или пазухах) по задней стенке глотки, что приводит к механическому раздражению локализующихся здесь кашлевых рецепторов [12]. Главными представителями этой группы являются аллергический и вазомоторный ринит, а также хронический синусит. Диагностика этих состояний проводится клинически – на основании жалоб, анамнеза и инструментального осмотра рото- и носоглотки, что должно быть неотъемлемой частью обследования кашляющего больного. Как правило, у таких пациентов удается обнаружить тяжи слизистого или слизисто-гнойного секрета в ретроназальной области и на задней стенке глотки. Дополнительную помощь могут оказать рентгенография или компьютерная томография (КТ) придаточных пазух носа. Воспалительные заболевания носоглотки доминируют среди причин ХК у детей (более 60% случаев), что в первую очередь надо учитывать в педиатрической практике, сталкиваясь с синдромом кашля (особенно у детей первых лет жизни).

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) – широко распространенная патология, которая встречается у 21–40% взрослого населения [13]. Хорошо известна связь ГЭР с тяжестью течения и частотой обострений БА, но о влиянии ГЭР на возникновение кашля, не связанного с БА, отечественная врачебная аудитория информирована недостаточно. Между тем большое количество исследований подтверждает,



- Кашлевой вариант БА
- Синдром глоточного затека
- Гастроэзофагеальный рефлюкс
- Эозинофильный бронхит
- Другие

Рис. 1. Спектр причин хронического кашля.

что патогенез ХК в 10–21% случаев связан с микроаспирацией желудочного сока или пищеводно-бронхиальным рефлексом [14]. Конечно, далеко не все больные с ГЭР кашляют. Кроме того, лишь 35% пациентов с ХК и ГЭР отвечают на антирефлюксную терапию. Другими словами, наличие ГЭР у кашляющего больного еще не означает, что именно рефлюкс вызывает кашель. Лишь противокашлевой эффект от 3-месячного курса комплексного лечения рефлюксной болезни служит доказательством участия ГЭР в генезе кашля. Такое лечение включает сон с приподнятым изголовьем, изменение режима питания и диеты, прием ингибиторов протонной помпы (омепразол) или H₂-гистаминоблокаторов (фамотидин, ранитидин) в сочетании с прокинетиками (домперидон). Оптимальным методом диагностики ГЭР считается суточное мониторирование pH пищевода (недоступное в большинстве учреждений). Поэтому врачу приходится ориентироваться на данные эзофагоскопии и рентгеноскопии пищевода, чувствительность которых не превышает 50%. При исключении иных возможных причин ХК и невозможнос-

Таблица 2. Дифференциальные признаки БА и эозинофильного бронхита

Заболевание	Обратимая бронхиальная обструкция	Бронхиальная гиперреактивность	Эозинофилия мокроты
Классическая БА	+	+	+
Кашлевой вариант БА	–	+	+
Эозинофильный бронхит	–	–	+

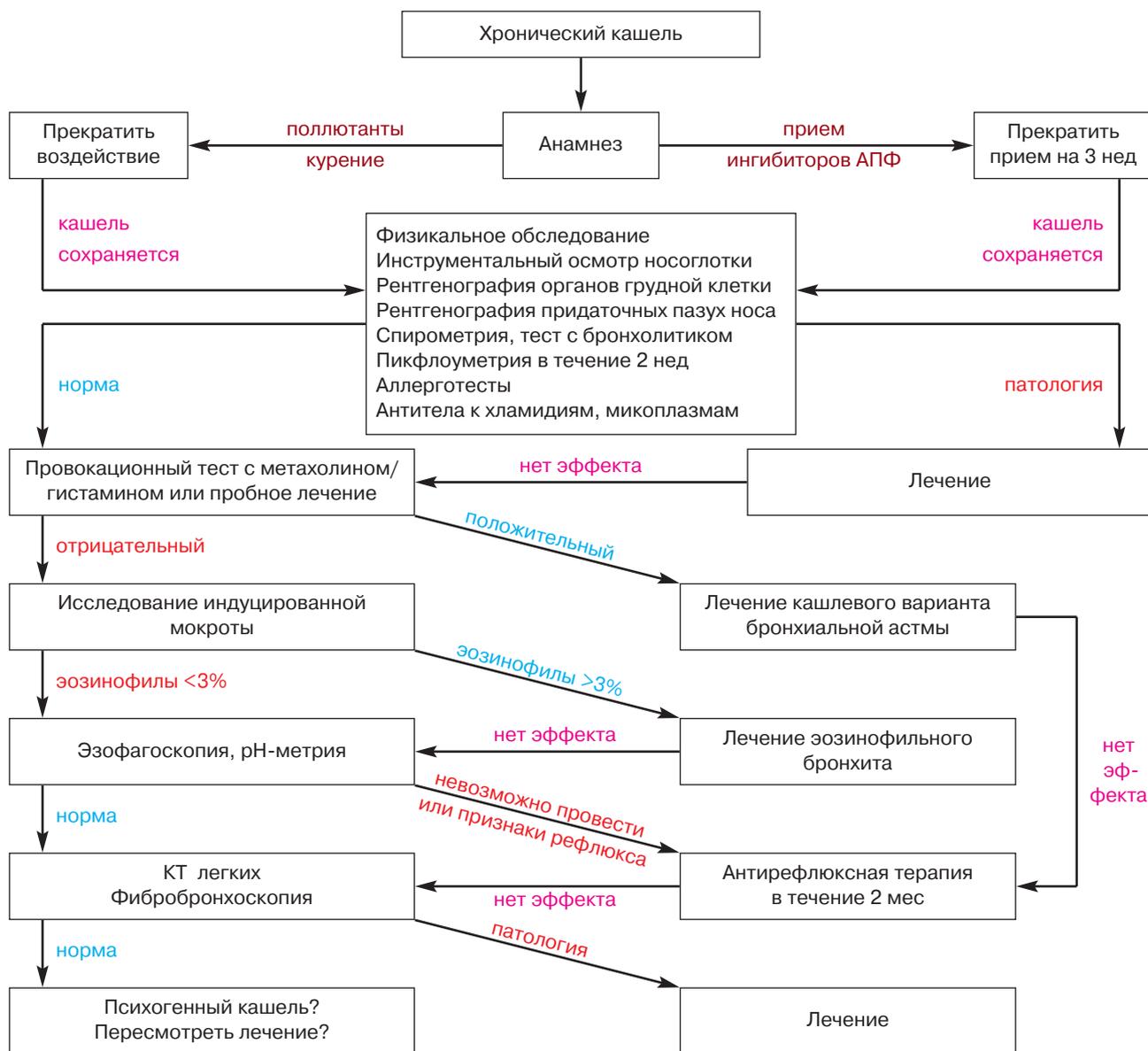


Рис. 2. Диагностический алгоритм при хроническом кашле.

ти точной диагностики ГЭР рекомендуется проведение пробного курса лечения ингибиторами протонной помпы в течение 12 нед.

Ряд заболеваний, единственным симптомом которых может быть ХК, порой удается выявить лишь с применением компьютерной томографии или бронхоскопии – например, “сухие” бронхоэктазы, начальные стадии опухолей дыхательных путей или средостения, рентгенонегативные инородные тела бронхов. К счастью, такие находки встречаются довольно редко.

Для диагностики причин ХК перво-степенное значение имеет **сбор подробного анамнеза**. Разработаны

специальные вопросники для кашляющих больных [15, 16]. Уже на стадии расспроса во многих случаях удается предположить вероятную причину ХК. Необходимо спрашивать пациента о приеме лекарственных препаратов: β-адреноблокаторы, амиодарон и особенно ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) могут вызывать кашель значительной частоты и интенсивности. Важны также сведения о контакте с возможными загрязнителями: бытовой и производственной пылью, табачным дымом, газами, летучими или сыпучими химическими соединениями, плесенью, животными.

В исследовании Mello C.J. et al. было показано, что характер кашля, его временные и частотные характеристики не имеют серьезного диагностического значения [17]. Тем не менее в некоторых случаях информация о времени возникновения кашля представляется важной. К примеру, невротический кашель возникает только при бодрствовании. Для кашля, связанного с коллапсом орофарингеальной зоны (синдром ночного апноэ), характерны ночные пароксизмы.

Нередко больной не сообщает врачу о других, менее беспокоящих его симптомах, которые могли бы навести на мысль о происхождении каш-

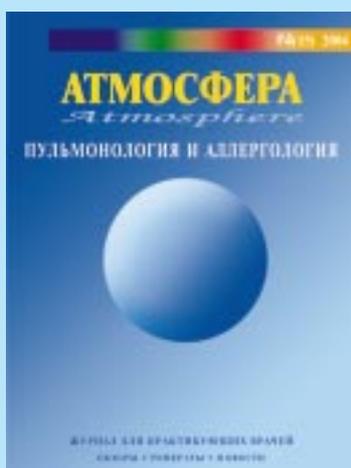
ля. Поэтому следует целенаправленно задавать вопросы, касающиеся состояния носоглотки, ушей, диспепсических расстройств. У больных с синдромом глоточного затека в большинстве случаев имеется ощущение затека слизи по задней стенке глотки, возникает необходимость прочистить глотку. Примерно половина больных с ГЭР отмечает изжогу или отрыжку, усиливающуюся в горизонтальном положении. В нашей практике был случай, когда у молодой женщины ХК был связан с экземой наружного уха (у 2% людей наблюдается атипичная локализация кашлевых рецепторов – в наружном слуховом проходе [18]).

Алгоритм действий врача при ХК направлен на последовательное исключение или подтверждение наиболее вероятных причин кашля путем применения ряда диагностических

методов, а если это невозможно – проведения пробного курса терапии их jувантибус (рис. 2). Использование диагностического алгоритма позволяет в подавляющем большинстве случаев (>90%) определить этиологию кашля и, как правило, путем патогенетической терапии добиться его ослабления или исчезновения [19].

Список литературы

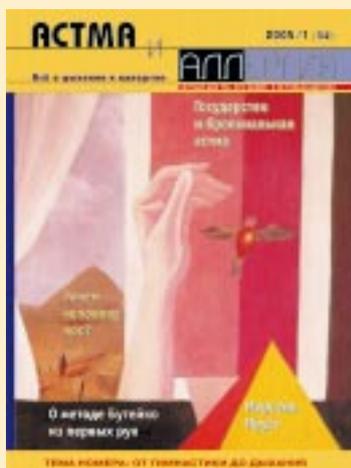
1. French C.T. et al. // Arch. Intern. Med. 1998. V. 158. P. 1657.
2. Janson C. et al. // Eur. Respir. J. 2001. V. 18. P. 647.
3. Schroeder K., Fahey T. // BMJ. 2002. V. 324. P. 329.
4. Curley F.J. et al. // Amer. Rev. Respir. Dis. 1988. V. 138. P. 305.
5. Irwin R.S., Madison J.M. // N. Engl. J. Med. 2000. V. 343. P. 1715.
6. Blasi F. // Eur. Respir. J. 2004. V. 24. P. 171.
7. Wright S.W. et al. // JAMA. 1995. V. 13. P. 1044.
8. Irwin R.S. et al. // Amer. Rev. Respir. Dis. 1990. V. 141. P. 640.
9. Palombini B.C. et al. // Chest. 1999. V. 116. P. 279.
10. Irwin R.S. et al. // Chest. 1998. V. 114. Suppl. S. 133.
11. Brightling C.E. et al. // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. 1999. V. 160. P. 406.
12. Morice A.H., Kastelik J.A. // Thorax. 2003. V. 58. P. 901.
13. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под ред. Ивашкина В.Т. М., 2003.
14. Fontana G.A., Pistolesi M. // Thorax. 2003. V. 58. P. 1092.
15. Аверьянов А.В. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999.
16. Birring S. et al. // Thorax. 2003. V. 58. P. 339.
17. Tekdemir I. et al. // Surg. Radiol. Anat. 1998. V. 20. P. 253.
18. Mello C.J. et al. // Arch. Intern. Med. 1996. V. 156. P. 997.
19. McGarvey L.P. et al. // Thorax. 1998. V. 53. P. 738. ●



Продолжается подписка на научно-практический журнал "Атмосфера. Пульмонология и аллергология"

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ. Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства "Роспечать" – 66 руб., на один номер – 33 руб. Подписной индекс 81166.

Журнал "АСТМА и АЛЛЕРГИЯ" – это журнал для тех, кто болеет, и не только для них. Всё о дыхании и аллергии



В журнале в популярной форме для больных, их родственников и близких рассказывается об особенностях течения бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний, современных методах лечения и лекарствах.

Журнал выходит 4 раза в год.
Стоимость подписки на полгода – 30 руб.,
на один номер – 15 руб.
Подписной индекс 45967 в каталоге "Роспечати"
в разделе "Журналы России".