

Комплексный подход к диагностике хронического кашля

Т.Л. Пашкова

Кашель является распространенным симптомом заболеваний органов дыхания и пятой по частоте причиной обращения к врачу [1]. Несмотря на столь важное место кашля в семиотике внутренних болезней, знания врачей о причинах, особенностях, подходах к диагностике и дифференцированному лечению кашля далеко не совершенны. Кашель часто ассоциируется с патологией бронхов и легких, однако он может встречаться при целом ряде заболеваний, разнообразных по своему патогенезу и локализации. В частности, кашель встречается при патологии верхних дыхательных путей (ВДП), желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, при метаболических расстройствах, диффузных заболеваниях соединительной ткани и при приеме некоторых лекарств (табл. 1).

В зависимости от длительности кашлевого анамнеза выделяют острый, подострый и хронический кашель. Острым кашлем принято считать кашель продолжительностью не более 3 нед, хроническим – длящийся более 8 нед [2].

Кашель длительностью более 3 нед, резистентный к обычной терапии, служит показанием к углубленному обследованию. Врачу необходимо выяснить, какова причина кашля, связан ли он с бронхолегочной патологией или обусловлен экстрапульмональными причинами. Программа обследования пациента с синдромом кашля строится с учетом двух возможных ситуаций: кашель с установленным диагнозом или кашель с неустановленным диагнозом. В данной статье пойдет речь о методах диагности-

ки хронического кашля с неизвестной причиной возникновения.

Разделение кашля на сухой и продуктивный удобно с практической точки зрения, позволяя уже при сборе анамнеза выбрать направление обследования. Особенно сложна диагностика в случае хронического сухого кашля. В США у 23% больных, обращающихся к врачу по поводу хронического непродуктивного кашля, его причина не была установлена, и пациенты продолжали жить с кашлем, используя симптоматические и противокашлевые средства.

Уже при сборе анамнеза и анализе особенностей кашля можно предположить его происхождение. При расспросе важно узнать, с чем связано появление кашля, в какое время суток он возникает, чем провоцируется, носит постоянный или приступообразный характер.

Физикальный осмотр проводится по общим правилам, но особое внимание должно быть обращено на область носа и глотки с обязательным проведением передней и задней риноскопии и фарингоскопии.

В перечень диагностических тестов при хроническом кашле включается рентгенография органов грудной

клетки и придаточных пазух носа, кожные аллергопробы, спирометрия и тест с бронходилататором (по показаниям – провокационный тест с метахолином или гистамином). Если вышеперечисленные исследования не объясняют генез кашля, то проводят эзофагогастроскопию, эзофагоманометрию, 24-часовой мониторинг pH, при подозрении на наличие трахеобронхиальной дискинезии показана бронхоскопия.

В табл. 2 приведены основные варианты хронического непродуктивного кашля и их дифференциальные признаки.

Оценка кашля

Для констатации наличия кашля и измерения его частоты используются субъективные и объективные методы.

Субъективные методы

К субъективным методам относится визуальная аналоговая шкала и балльная оценка кашля.

Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) относится к психофизиологическим методам измерения кашля. Она представляет собой отрезок прямой линии длиной 10 см с описательными фразами на конечных точках: “нет каш-

Таблица 1. Основные заболевания, проявляющиеся кашлем

Кашель	Заболевания	
	острые	хронические
Продуктивный	Острый бронхит, пневмония	Хронический бронхит, бронхоэктазы, бронхиальная астма (кроме кашлевого варианта), туберкулез легких, рак легкого, муковисцидоз, левожелудочковая недостаточность
Непродуктивный	Инфекции ВДП, аллергический ринит, острый синусит, тромбоз легочной артерии, сердечная астма, сухой плеврит, наружный отит, пневмоторакс, аспирация инородного тела, перикардиты	Кашлевой вариант бронхиальной астмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронические воспалительные процессы в носоглотке (риниты, синуситы), интерстициальные заболевания легких, прием антагонистов АПФ, невротический кашель, объемные процессы средостения, коклюш

Татьяна Леонидовна Пашкова – канд. мед. наук, старший научный сотрудник НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва.

Таблица 2. Основные варианты хронического непродуктивного кашля и их дифференциальные признаки

Причина	Характеристика кашля	Диагностические признаки
Кашлевой вариант БА	Интенсивный частый кашель. Серии кашлевых толчков чередуются с отдельными кашлевыми эпизодами. Стереотипный кашель днем и ночью.	Провоцируется холодным воздухом, резкими запахами, респираторной инфекцией. Атопия. Положительный тест с метахолином.
Воспаление носоглотки	Умеренной силы кашель: 2–3 кашлевых толчка с паузами	Усиливается ночью лежа на спине. Ощущение присутствия секрета в глотке. При риноскопии слизистое или гнойное отделяемое в носовых ходах и на задней стенке глотки.
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Отдельные кашлевые толчки умеренной интенсивности	Усиливается в горизонтальном положении ночью. Изжога, сухость в горле. Эндоскопические признаки эзофагита. Эффект от антисекреторной и антацидной терапии.
Невротический кашель	Гулкий, громкий кашель только в дневное время	Молодые женщины и дети. Усиление в присутствии посторонних и волнении. Ощущение щекотания в яремной ямке.
Коклюш	Приступообразный кашель с внезапным началом и окончанием днем и ночью	В окружении лица с подобным кашлем или с коклюшем. Зимний кашель. Серологическое подтверждение.
Прием антагонистов АПФ	Средней частоты низкотональные кашлевые толчки	Зрелый и пожилой возраст. Артериальная гипертензия. Начало кашля через 1–2 нед после назначения антагонистов АПФ.
Трахеобронхиальная дискинезия	Битональный или “бухающий”, приступообразный кашель, зависит от уровня поражения трахеи и крупных бронхов	Обусловлен слабостью эластического каркаса трахеи и крупных бронхов, ведущей к пролабиранию их стенок при выдохе и кашле. Иницируется быстрой ходьбой, резким вставанием, изменением положения тела.

ля” и “выраженный кашель, резко снижена физическая активность”. Пациент ставит на отрезке отметку, соответствующую его восприятию кашля. Один сантиметр оценивается одним баллом. Преимущества этого метода – простота и удобство для регистрации динамики кашля в процессе лечения, недостаток – невозможность сравнивать кашель у разных пациентов из-за субъективности ощущений.

Среди шкал балльной оценки кашля (БОК) наиболее приемлемой является 6-балльная шкала [3], основанная на количестве и выраженности кашлевых толчков в дневное и ночное время, а также их влиянии на активность и сон (табл. 3).

Из субъективных методов шкалы БОК лучше коррелируют с объективными показателями, чем ВАШ [4].

Объективные методы

Для объективизации кашля используются три основных группы методик: подсчет кашлевых толчков, ведение пациентом кашлевого дневника и мониторинг кашля портативными записывающими устройствами.

Подсчет кашлевых толчков медицинским персоналом применяется, как правило, для оценки кашлевого порога при проведении кашлевого провокационного теста.

Заполнение кашлевого дневника проводится пациентом (обычно для оценки противокашлевого эффекта проводимого лечения).

Мониторирование кашля записывающими устройствами производится следующими методами [5]:

- 1) магнитофонная запись кашлевых толчков;
- 2) холтеровское мониторирование;
- 3) метод абдоминальной электромиографии и пневмографии при полисомнографическом исследовании;
- 4) туссография.

При магнитофонной записи кашлевых толчков используют микрофон (частота 80–12000 Гц), соединяемый с компьютером через конвертер.

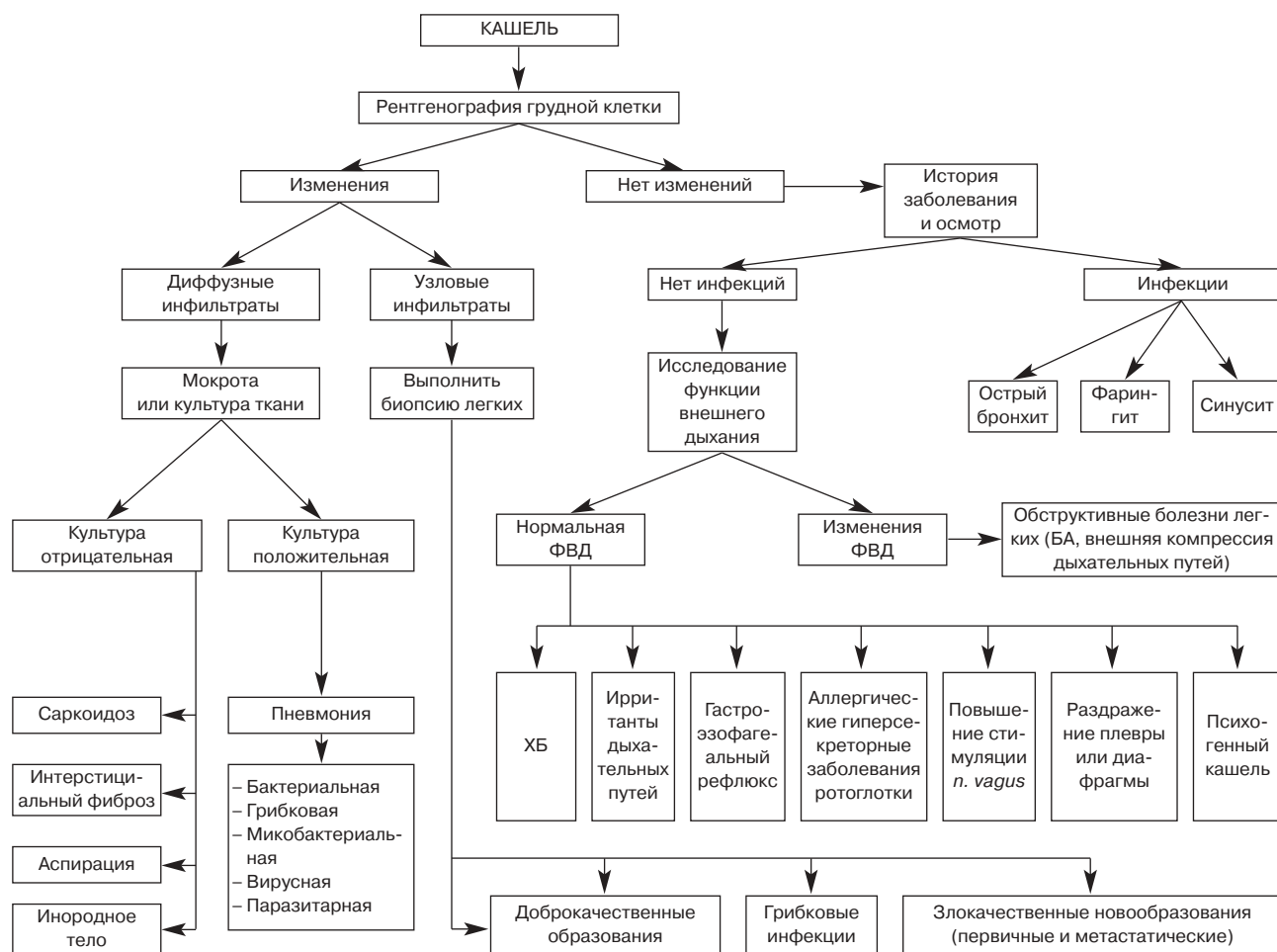
Холтеровское мониторирование с использованием датчика дыхания для суточной регистрации кашля и высокочастотных звуковых фильтров позволяет минимизировать ошибки при регистрации кашлевых толчков.

Метод абдоминальной электромиографии и пневмографии при полисомнографическом исследовании наиболее достоверен и объективен, но требует дорогостоящей аппаратуры.

Поэтому наиболее достоверным методом объективизации кашля является туссография. Принцип записи основан на одновременной регистрации звукового феномена кашля микрофоном и сокращения мышц передней брюшной стенки и диафрагмы эпигастральным датчиком (электромиографическим или акселерометром). В России туссограф был сконструирован в ОКБА г. Воронежа на базе Воронежской медицинской академии. Полученная графическая запись результатов мониторингирования кашля называется туссограммой, а сам метод – туссографией. Запись может производиться в течение 8–24 ч в амбулаторных условиях. Метод позволяет оценить количество кашлевых толчков и их распределение во

Таблица 3. 6-балльная шкала оценки дневного и ночного кашля

Дневной кашель (баллы)		Ночной кашель (баллы)	
0	Нет кашля	0	Нет кашля
1	Единичные кашлевые толчки	1	Кашель, не прерывающий сон
2	Редкий кашель в течение дня	2	Кашель, прерывающий сон не более 2 раз за ночь
3	Частый кашель, не влияющий на дневную активность	3	Кашель, прерывающий сон более 2 раз за ночь
4	Частый кашель, снижающий дневную активность из-за кашля	4	Частое прерывание сна
5	Тяжелый кашель, при котором невозможна дневная активность	5	Кашель, не дающий возможности заснуть



Диагностический алгоритм при кашле.

времени, по акустическим характеристикам судить о диагнозе [6–8].

Еще одно перспективное направление связано с объективизацией чувствительности кашлевых рецепторов при использовании провокационных тестов. Провокационные тесты нашли применение для диагностики хронического кашля как в клинической практике, так и в научных исследованиях.

Измерение восприимчивости кашлевых рецепторов может дать ценную информацию о локализации поражения. Чаще всего в качестве провоцирующих кашель агентов используют экстракт жгучего перца (капсаицин), лимонную кислоту или гипотонический раствор хлорида натрия. Считается, что лимонная кислота раздражает быстро адаптирующиеся ирритантные рецепторы, локализованные в ВДП и гортани. Поэтому тест с лимонной кислотой отражает гиперчувствитель-

ность кашлевого рефлекса, индуцированного из этих зон (при ОРВИ, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни) [4]. Капсаицин воздействует на С-волокна, расположенные в более дистальных отделах воздухоносных путей (ВП), его применение показано при хроническом бронхите (ХБ) и бронхиальной астме (БА) [9]. Техника провокационного кашлевого теста аналогична определению бронхиальной гиперчувствительности. Кашлевой порог (КП) рассчитывается по минимальной дозе, способной вызвать 2 или 5 кашлевых толчков (КТ). В норме КП для вызывания 2 КТ составляет 10 мкМ капсаицина, а 5 КТ – 30 мкМ [10, 11]. Снижение КП ниже 10 мкМ наблюдается при респираторных вирусных инфекциях, воспалительных заболеваниях воздушных путей (ХБ, БА), приеме ингибиторов АПФ и большинстве других состояний, вызывающих хронический

кашель, за исключением воспалительных заболеваний носоглотки. Доказана высокая корреляция между активностью воспаления в бронхиальном дереве и возрастом чувствительности кашлевых рецепторов [1].

Таким образом, кашлевой порог может быть использован в качестве маркера воспаления ВП, для определения уровня расположения кашлевых рецепторов и для контроля эффективности терапии. Наиболее перспективно применение провокационных кашлевых тестов в научных целях при изучении противокашлевых препаратов.

Приводим диагностический алгоритм при кашле, который позволит практическому врачу правильно построить диагностику хронического кашля неясной этиологии (рисунк). ●

С рекомендуемой литературой вы можете ознакомиться на нашем сайте www.atmosphere-ph.ru