

Постинфекционный кашель*

Подострый **постинфекционный кашель** (ПИК) – кашель, возникший после симптомов инфекции верхних дыхательных путей и длящийся более 3, но менее 8 нед, при отсутствии рентгенографических изменений в легких. Как правило, исходом ПИК становится его полное разрешение, которое возможно и без всякого лечения.

В ретроспективном исследовании было показано, что частота кашля после острой респираторной вирусной инфекции варьирует от 11 до 25%. На фоне всплеск заболеваний, вызываемых *Mycoplasma pneumoniae* и *Bordetella pertussis*, частота ПИК возрастает до 25–50%.

В **патогенезе ПИК** могут играть роль следующие факторы: гиперреактивность дыхательных путей и повышенная чувствительность кашлевых рецепторов на фоне поствирусного воспаления респираторного эпителия; гиперсекреция слизи и нарушение мукоцилиарного клиренса вследствие вирусного повреждения слизистых; постназальный затек; гастроэзофагеальный рефлюкс (усиление рефлюкса из-за повышения внутрибрюшного давления, вызываемого кашлем).

Диагноз ПИК требует исключения всех других причин кашля. Диагноз ставится клинически на основании анамнеза и тщательного физикального обследования. Важно наличие тенденции к самопроизвольному разрешению кашля с течением времени. При подозрении на инфекцию *M. pneumoniae* проводится серологическое подтверждение диагноза. В случае сохранения кашля у детей и взрослых дольше 8 нед необходимо искать другие причины кашля.

Лечение. Для взрослых пациентов с ПИК (за исключением кашля, вызванного синуситом или инфекцией *B. pertussis*) оптимальное лечение неизвестно. Для облегчения кашля возможно назначение ипратропия бромид. Если кашель значительно снижает качество жизни пациентов и устойчив к терапии ипратропием, возможно назначение ингаляционных глюкокортикостероидов.

При тяжелых пароксизмах ПИК (и при исключении таких причин кашля, как риносинусит, бронхиальная астма, гастроэзофагеальный рефлюкс) возможно назначение системных глюкокортикостероидов (преднизолон в дозе 30–40 мг) коротким курсом.

В случае неэффективности всех вышеуказанных препаратов возможно назначение центральных противокашлевых средств (кодеин, декстрометорфан).

Кашель, вызванный *B. pertussis*. Это один из наиболее сложных и длительно протекающих вариантов ПИК. К сожалению, коклюш часто не рассматривается врачами общей практики как важная составляющая дифференциально-диагностического ряда при ПИК. Между тем в Канадском многоцентровом исследовании инфекция *B. pertussis* была обнаружена у 20% взрослых и подростков с ПИК.

B. pertussis высококонтагиозна, один заболевший может заразить от 50 до 100% контактировавших с ним восприимчивых людей. С введением вакцинации против этой инфекции число случаев коклюша значительно уменьшилось. Однако даже полностью завершённая вакцинация не всегда формирует

иммунитет к коклюшу. Наибольшая заболеваемость коклюшем наблюдается у детей младше 1 года, а также у подростков и молодых людей в возрасте 10–19 лет.

Клиническая картина. Классическая симптоматика коклюша общеизвестна. У взрослых и подростков при инфекции *B. pertussis* может наблюдаться обычный кашель, не имеющий пароксизмального характера. Серологические исследования у пожилых людей указывают, что инфекцию *B. pertussis* переносят 3–8% пациентов в год, но только у 37–50% из них она сопровождается симптомами.

B. parapertussis вызывает симптомы, схожие с коклюшем, но меньшей продолжительности. Иммунизация стандартной вакциной против коклюша не предотвращает инфекцию *B. parapertussis*.

Диагностика. Возможный случай коклюша – кашель продолжительностью более 2 нед при наличии одного из признаков: рвоты после кашля, репризов или тяжелых пароксизмов кашля. Подтвержденный случай коклюша – выделение культуры *B. pertussis* или сочетание клинических признаков с положительными результатами полимеразной цепной реакции (ПЦР) или известным контактом с больным коклюшем. Диагноз коклюша должен быть поставлен в случае соответствия клиническим критериям даже без лабораторного подтверждения.

Обсуждается чувствительность культурального исследования, ПЦР и серологического подтверждения.

Лечение. При подозрении на коклюш, а тем более в случае подтвержденного диагноза коклюша антибактериальная терапия должна быть начата немедленно. Терапия проводится макролидами (при непереносимости – триметопримом/сульфаметоксазолом) в течение 2 нед. Антибактериальная терапия, начатая в первые 2 нед заболевания, значительно снижает тяжесть кашлевых пароксизмов и предотвращает распространение инфекции. Пациенты должны быть изолированы дома в течение 5 дней от начала антибактериальной терапии. В некоторых случаях антибактериальная терапия, начатая в пароксизмальной фазе заболевания, облегчает течение болезни, однако обычно польза от антибиотиков в данной фазе невелика.

Стандартной терапией служит назначение эритромицина; в ограниченном числе исследований доказана эффективность и лучший профиль безопасности новых макролидов – азитромицина и кларитромицина. Контактным лицам должна быть назначена химиопрофилактика этими же препаратами.

Антигистаминные препараты, β_2 -агонисты длительного действия, глюкокортикостероиды и противококлюшный иммуноглобулин неэффективны для лечения кашля при коклюше.

Профилактика. Все дети в соответствии с календарем прививок должны быть вакцинированы против коклюша. В 2005 г. в США было проведено многоцентровое исследование бесклеточной вакцины против коклюша у людей в возрасте 15–65 лет. Защитный эффект вакцины был зарегистрирован в 92% случаев, а учитывая, что заболеваемость коклюшем в неиммунизированной популяции составила 370 случаев на 100 тыс. населения, потенциал этой вакцины велик. Кроме того, эта вакцина обладает умеренным защитным эффектом и в отношении *B. parapertussis*. ●

Подготовила к.м.н. О.Н. Бродская

* Braman S.S. Postinfectious cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines // Chest. 2006. V. 129. P. 138–146.