

М.Л. ДЕРБЕНЕВА<sup>1</sup>, к.м.н., А.Л. ГУСЕВА<sup>2</sup>, к.м.н.

<sup>1</sup> Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, Москва

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

# НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАШЛЯ

**В статье рассмотрены основные причины кашля в случае, если пациент не курильщик, при рентгенографии у него не выявлены прогрессирующие заболевания легких, а в течение последних 2 мес. он не получал терапию ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента. Описаны клинические проявления и принципы лечения острого кашля при острой респираторной вирусной инфекции, постинфекционного кашля, коклюша, хронического кашля при синдроме постназального затекания, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, бронхиальной астме и эозинофильном бронхите.**

## Ключевые слова:

кашель

противокашлевые препараты

**К**ашель является одной из самых частых жалоб, с которой пациенты обращаются к врачу [1]. Эта проблема остается актуальной и по сей день, требует междисциплинарного подхода в диагностике и дифференцированного подхода в выборе терапии в соответствии с этиологией этого симптома. В этой статье мы подробно рассмотрим дифференциальную диагностику кашля в случае, если пациент не курильщик, при рентгенографии у него не выявлены прогрессирующие заболевания легких, а в течение последних 2 мес. он не получал терапию ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), т. е. остановимся на причинах кашля, неоднозначных и трудно подтверждаемых с помощью стандартного набора диагностических процедур.

В клинической практике кашель классифицируют по его длительности: острый – сохраняющийся до 3 нед.; подострый – продолжающийся от 3 до 8 нед. и хронический – длительностью более 8 нед. [2]. Такое деление кашля неслучайно, т. к. его длительность, как правило, указывает на его предположительную этиологию.

Острый кашель в подавляющем большинстве является проявлением острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), иначе говоря, обычной простуды. Подострое течение часто свидетельствует о затяжном постинфекционном кашле. Хронический кашель чаще всего может быть проявлением одного из следующих заболеваний: синдрома постназального затекания (postnasal drip syndrome), эозинофильного бронхита или бронхиальной астмы или гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [3].

## ОСТРЫЙ КАШЕЛЬ

Острый кашель, как правило, является проявлением ОРВИ и в большинстве случаев устраняется под воздействием стандартной терапии. При этом у пациента могут

быть ярко выражены симптомы острого ларингита, ринита, фарингита. В этом случае возникновение кашля связано с повреждением респираторного эпителия вирусом с развитием десквамации поверхностных слоев, расширением микрососудов слизистой оболочки, гиперсекреции желез, гиперреактивности афферентных сенсорных окончаний респираторного эпителия под действием медиаторов воспаления. Кроме того, происходит нарушение слизеобразования, увеличение вязкости слизи, следствием чего является значительное уменьшение эффективности очищения мерцательного эпителия. Клинически эти процессы проявляются чиханием, першением в горле и непродуктивным «навязчивым» кашлем [4]. Для лечения кашля данной этиологии оправданно применение нестероидных противовоспалительных средств, антигистаминных препаратов I поколения, противокашлевых препаратов. В то же время эффективность назначения бета-агонистов не была доказана в проведенных клинических исследованиях [5]. Механизм действия противокашлевых препаратов различен: стимуляция перистальтики верхних и нижних дыхательных путей, подавление кашлевого рефлекса, изменение объема и характеристик секрета. Большинство современных средств обладают комбинированным действием [6]. В последние годы все большее применение в противокашлевой терапии находят фитопрепараты, что во многом связано с изменением взглядов на существующие методы лечения, в т. ч. в связи с побочными явлениями вследствие применения химически синтезированных лекарств. У некоторых категорий пациентов использование синтетических лекарственных препаратов ограничено ввиду наличия противопоказаний, преимуществом же растительных средств является их меньшая токсичность: природные соединения оказывают мягкое терапевтическое воздействие, приближенное к физиологическому, при этом организм затрачивает меньше ресурсов на их расщепление и выведение, а также на восстановление после терапии.

Примерами таких препаратов являются Эвкабал® сироп, содержащий водные экстракты подорожника и чабреца, и Эвкабал® С эмульсия для ингаляций и наружного применения, содержащая эвкалиптовое масло и масло хвои сосны («Эспарма ГМБХ», Германия). Экстракт чабреца,

благодаря наличию в его составе фитонцидов и фенолов (тимола и карвакрола), оказывает бактерицидное действие по отношению к кокковой микрофлоре и бактериостатическую активность по отношению ко многим грамотрицательным бактериям. Кроме того, фенолы проявляют активность к антибиотикорезистентной микрофлоре, в т. ч. к L-формам и грибам. Растительные муцины подорожника способствуют защите поврежденной слизистой оболочки бронхов от раздражения. Таким образом, взаимно усиливая действие друг друга, два растительных компонента препарата Эвкабал® сироп обеспечивают противомикробное, отхаркивающее и противовоспалительное действие на организм. Противокашлевой эффект препарата Эвкабал® С основан на неспецифическом противовирусном, антибактериальном и противовоспалительном действии эфирных масел эвкалипта и сосновой хвои. Сосновое масло регулирует функцию центральной нервной системы, уменьшает явления бронхоспазма и значительно облегчает дыхание. Эвкалиптовое масло обладает отхаркивающими, муколитическими и спазмолитическими свойствами. Высокая эффективность препарата усиливается благодаря возможности различного проникновения активных компонентов в организм. Ингаляционным путем эвкалиптовое и сосновое масла непосредственно достигают дыхательных путей, оказывая свое целебное воздействие также на мускулатуру бронхов и нервные рецепторы. Благодаря этому бронхиальный секрет разжижается и облегчается его выделение, восстанавливается свободное дыхание и прекращается кашель. Еще одним важным преимуществом препаратов Эвкабал® является то, что они практически не вызывают аллергических реакций. Они не содержат веществ, которые часто являются причиной развития аллергии, в частности ментола [7].

## ПОДОСТРЫЙ КАШЕЛЬ

Наиболее распространенным вариантом подострого кашля является *постинфекционный кашель* (ПИК) – кашель, возникший после симптомов инфекции верхних дыхательных путей при отсутствии рентгенографических изменений в легких. Как правило, исходом ПИК становится его полное разрешение, которое возможно и безо всякого лечения. 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. Диагноз ПИК ставится клинически на основании анамнеза и тщательного физикального обследования для исключения всех других причин кашля. В динамическом наблюдении таких пациентов важно обращать внимание на наличие тенденции к самопроизвольному разрешению кашля с течением времени [8]. В различных клинических рекомендациях указывается на отсутствие достоверно подтвержденного эффективного лечения ПИК [2]. Для облегчения кашля возможно назначение ингаляций бромидом, а при его неэффективности – инга-

# Эвкабал® – чтобы кашель пропал!

НАСТОЯЩЕЕ  
НЕМЕЦКОЕ  
КАЧЕСТВО



Эвкабал®

esparma®

## Эвкабал®

реклама

Немецкий препарат от кашля при простуде

Длительный положительный опыт использования

Востребован в детской практике благодаря выпуску в двух формах: сироп и эмульсия для комплексного подхода к лечению кашля

115114 г. Москва, ул. Летниковская, д. 16, оф. 306  
Тел.: +7 (499) 579-33-70, Факс: +7 (499) 579-33-71  
[www.esparma.ru](http://www.esparma.ru)

ляционных глюкокортикостероидов [9]. При тяжелых пароксизмах кашля назначают системные глюкокортикостероиды коротким курсом или центральные противокашлевые средства (кодеин, декстрометорфан) [10].

*Кашель, вызванный V. pertussis.* Это один из наиболее сложных и длительно протекающих вариантов подострого кашля, который обязательно должен рассматриваться при дифференциальной диагностике ПИК. Наибольшая заболеваемость коклюшем наблюдается у детей младше 1 года, а также у подростков и молодых людей в возрасте 10–19 лет. Классическая симптоматика коклюша общеизвестна, однако у взрослых и подростков может наблюдаться обычный кашель, не имеющий пароксизмального характера. Заподозрить коклюш следует при продолжительности кашля более 2 нед. и наличии следующих характеристик: рвоты после кашля, репризов или тяжелых пароксизмов кашля [11]. Подтверждением диагноза *коклюш* является выделение культуры *V. pertussis* или сочетание клинических признаков с положительными результатами полимеразной цепной реакции или известным контактом с больным коклюшем [12]. При подозрении на коклюш, а тем более в случае подтвержденного диагноза *коклюш*, антибактериальная терапия должна быть начата немедленно. Терапия проводится макролидами (при непереносимости – триметопримом/сульфаметоксазолом) в течение 2 нед. Стандартной терапией служит назначение эритромицина; в ограниченном числе исследований доказана эффективность и лучший профиль безопасности новых макролидов – азитромицина и кларитромицина [13].

## ХРОНИЧЕСКИЙ КАШЕЛЬ

*Синдром постназального затекания (ПНС).* ПНС характеризует не самостоятельную нозологическую форму, а ряд клинических ситуаций, при которых в результате воспалительного процесса в полости носа, околоносовых пазухах, носоглотке или без явной причины отделяемое из полости носа стекает по задней стенке глотки в нижележащие отделы дыхательных путей. В большинстве случаев ПНС является проявлением ЛОР-заболеваний, а именно аллергического, постоянного неаллергического (вазомоторного), постинфекционного ринита, ринита в результате анатомических аномалий полости носа, бактериального синусита, аллергического грибкового синусита, ринита, вызванного физическими и химическими раздражителями, профессионального, медикаментозного ринита и ринита беременных. Кроме того, развитию ПНС могут способствовать полипы, искривление, шипы и гребни перегородки носа, гипертрофия нижних носовых раковин, булла и парадоксальный изгиб средней носовой раковины, патологические варианты строения крючковидного отростка, дополнительные соустья верхнечелюстной пазухи. Все эти анатомические патологические особенности нарушают вентиляцию околоносовых пазух, приводят к изменению направления мукоцилиарного транспорта и застою назального секрета [14, 15]. Диагностический алгоритм при ПНС, помимо стандартного осмотра ЛОР-органов, включает обязательное эндо-

скопическое исследование полости носа и носоглотки, компьютерную томографию околоносовых пазух и носоглотки. Ключевым моментом в терапии ПНС считается лечение основного заболевания. При заболеваниях полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, сопровождающихся ПНС, используют разные методы лечения – от длительных курсов антибиотикотерапии до эндоскопических операций на внутриносовых структурах и околоносовых пазухах. В ряде случаев хороший результат дают операции на задних концах нижних носовых раковин, коррекция искривленной перегородки носа, резекция буллезных средних носовых раковин, что способствует восстановлению нормальной анатомии полости носа, нормализации аэродинамики и нередко позволяет добиться уменьшения выраженности проявлений ПНС. Также предлагается включать в схему ведения пациентов симптоматическую терапию: ирригацию полости солевыми растворами и интраназальные глюкокортикостероиды в течение не менее двух недель с последующими оценкой эффективности терапии и определением показаний для хирургического вмешательства [16, 17].

**Противокашлевой эффект препарата Эвкабал® С основан на неспецифическом противовирусном, антибактериальном и противовоспалительном действии эфирных масел эвкалипта и сосновой хвои**

*Бронхиальная астма (БА) и эозинофильный бронхит.* Кашлевой вариант БА – частая причина хронического кашля у некурящих пациентов. Диагностика БА не составляет трудностей, если кашель у пациента сопровождается одышкой, свистящим дыханием, ощущением сдавления в груди и эти симптомы носят приступообразный характер. Если же приступы кашля являются единственным проявлением заболевания, то заподозрить астму позволяет вариабельность симптомов день ото дня, приступы ночного кашля, зависимость кашля от холодных или химических раздражителей, физических усилий, контакта с аллергенами. Золотым стандартом диагностики кашлевого варианта БА является выявление бронхиальной гиперреактивности путем проведения ингаляционного провокационного теста с метахолином. Но даже при его позитивном результате подтвердить диагноз кашлевого варианта БА может только положительный результат терапии *ex juvantibus* (кашель разрешается под влиянием противоастматической терапии). Обычно после назначения ингаляционных бронхолитиков выраженность астматического кашля уменьшается в течение недели, однако для его полной ликвидации иногда требуется более 8 нед. комбинированной терапии ингаляционными кортикостероидами и бронхолитиками [18, 19].

В 13% случаев причиной хронического кашля у некурящих пациентов является эозинофильный бронхит. При исследовании индуцированной мокроты этих пациентов выявляют эозинофилию (содержание эозинофилов более 3%). И хотя эозинофильный бронхит отличается от БА отсутствием положительного ответа на бронхоконстрик-

торные и бронходилатационные тесты, лечение этих пациентов проводят так же, как и в случае астмы, – с помощью ингаляционных кортикостероидов и бронхолитиков [20].

**Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).** ГЭРБ – это комплекс клинических симптомов и/или морфологических изменений, которые возникают в результате рефлюкса содержимого желудка в пищевод [21]. В то же время при ГЭРБ воздействие рефлюкса может не ограничиваться только пищеводом, но распространяться и на вышележащие отделы – слизистую ЛОР-органов, полости рта и дыхательного тракта. Такой ларингофарингеальный рефлюкс приводит к повреждению, воспалению слизистой оболочки глотки и задних отделов гортани с последующим развитием хронического фарингита, гиперпластического ларингита (чаще пахидермического), контактных язв и гранулем гортани [22, 23]. Наиболее частыми находками при ларингоскопии считаются гиперемия и отек слизистой оболочки внутренней поверхности черпаловидных хрящей, часто наблюдается отечность задней трети голосовых складок, реже – диффузный отек, гипертрофия слизистой оболочки межчерпаловидной области [24]. Клинические проявления ГЭРБ различны: менее чем у половины пациентов могут присутствовать такие характерные симптомы, как изжога, кислый вкус во рту и отрыжка, в то время как у большинства может наблюдаться только кашель. Кашель при ГЭРБ обычно сухой, длительный, возникает преимущественно при изменении положения тела, особенно при наклонах, в горизонтальном положении тела может усиливаться. Золотым стандартом диагностики ГЭРБ является суточная рН-метрия, специфичность и чувствительность которой достигает 90% [23]. Лечение ГЭРБ включает изменение образа жизни, медикаментозную терапию, в наиболее сложных случаях – хирургическое вмешательство. Медикаментозная терапия ГЭРБ направлена в основном на нормализацию кислотности и улучшение моторики. Для лечения ГЭРБ применяются антисекреторные средства (ингибиторы протонного насоса, блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов), прокинетики и антациды [23, 25].

## ДРУГИЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ КАШЛЯ

**Левожелудочковая недостаточность**, возникающая на фоне ишемической болезни сердца или пороков сердца, может проявляться кашлем. При этом кашель сопровождается отделением слизистой мокроты, нередко с примесью крови. Необходимо обратить внимание на наличие других признаков сердечной недостаточности (одышка, отеки, слабость) и заболевания сердца, лежащего в основе ее развития [26].

Причинами кашля могут быть **психические нарушения и симуляция** (особенно у детей с боязнью школы). Такой кашель характеризуется непродуктивностью, нередко возникает в стандартных для пациента ситуациях (например, выступление перед аудиторией). Ожидание кашля неизбежно провоцирует его появление [5].

**Ингибиторы АПФ** – одна из самых частых причин «лекарственного» кашля. Частота подобного побочного эффекта достигает 20% среди всех больных, принимающих ингибиторы АПФ. Чаще кашель возникает у женщин. Развитие кашля возможно при приеме различных препаратов из группы ингибиторов АПФ. В ряде случаев кашель может возникать при приеме β-блокаторов. Исчезновение кашля после отмены подозреваемых медикаментов позволяет достоверно считать, что кашель имеет в данной ситуации лекарственное происхождение. Прием некоторых цитостатиков сопровождается развитием пневмо-склероза и, как следствие, появлением кашля [27].

Таким образом, кашель может быть одним из проявлений, подчас единственным, какого-либо заболевания или патологического состояния. В этой связи терапия, направленная на устранение только симптома без уточнения этиологии, окажется неэффективной. После установления природы кашля в первую очередь должно проводиться его этиотропное или патогенетическое лечение основного заболевания. Симптоматическая противокашлевая терапия дополняет основное лечение, облегчая состояние пациента и приводя к более быстрому разрешению кашля.



## ЛИТЕРАТУРА

- Hsiao CJ, Cherry DK, Beatty PC, Rechtsteiner EA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2007 summary. *Natl Health Stat Report*, 2010, Nov 3, (27): 1-32.
- Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, Boulet LP, Braman SS, Brightling CE, Brown KK, Canning BJ, Chang AB, Dicipinigitis PV, Eccles R, Glomb WB, Goldstein LB, Graham LM, Hargreave FE, Kvale PA, Lewis SZ, McCool FD, McCrory DC, Prakash UB, Pratter MR, Rosen MJ, Schulman E, Shannon JJ, Smith Hammond C, Tarlo SM; American College of Chest Physicians (ACCP). Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 2006 Jan, 129(1 Suppl): 1S-23S.
- Dicipinigitis PV. Clinical perspective – cough: an unmet need. *Curr Opin Pharmacol*, 2015 Jun, 22: 24-8. doi: 10.1016/j.coph.2015.03.001.
- Рябова М.А. Кашель: взгляд оториноларинголога. *Леч. врач.*, 2012, 9: 19-21.
- Rhee CK, Jung JY, Lee SW, Kim JH, Park SY, Yoo KH, Park DA, Koo HK, Kim YH, Jeong I, Kim JH, Kim DK, Kim SK, Kim YH, Park J, Choi EY, Jung KS, Kim HJ. The Korean Cough Guideline: Recommendation and Summary Statement. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*, 2016 Jan, 79(1): 14-21. doi: 10.4046/trd.2016.79.1.14.
- Волков К.С., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А., Баранник В.А., Томилова А.Ю., Вишнёва Е.А., Эфендиева К.Е., Мурадова О.И. Кашель у детей: этиология, особенности диагностики и подходы к терапии. *Вопросы современной педиатрии*, 2014, 13(2): 132-135.
- Шиленкова В.В. Кашель с позиции оториноларинголога. *Мед.*, 2015, 15: 84-88.
- Панякина М.А., Овчинников А.Ю., Коростелев С.А. Постинфекционный кашель – современный взгляд на патогенез и возможности терапии. *Вест. оторинолар.*, 2013, 4: 78-81.
- Anderson-James S, Marchant JM, Acworth JP, Turner C, Chang AB: Inhaled corticosteroids for subacute cough in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, 2: CD008888 doi:10.1002/14651858.CD008888.pub2.
- El-Gohary M, Hay AD, Coventry P, Moore M, Stuart B, Little P: Corticosteroids for acute and subacute cough following respiratory tract infection: a systematic review. *Fam Pract*, 2013, 30: 492-500.
- Kiedrzyński T, Bissielo A, Suryaprakash M, Bandaranayake D. Whooping cough-where are we now? A review. *N Z Med J*, 2015, Jun 12, 128(1416): 21-7.
- van der Zee A, Schellekens JF, Mooi FR. Laboratory Diagnosis of Pertussis. *Clin Microbiol Rev*, 2015 Oct, 28(4): 1005-26. doi: 10.1128/CMR.00031-15.
- Сенягина Н.Е. Коклюш: современное состояние проблемы. *Педиатрия. Прил. к Consilium Medicum*, 2012, 3: 39-43.
- Авербух В.М., Лопатин А.С. Постназальный затек (postnasal drip). *Consilium Medicum*, 2008, 10(10): 101-106.
- Pratter MR. Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinus diseases (previously referred to as postnasal drip syndrome): ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 2006, 129(supplement 1): 63S-71S.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.