

В.К. Таточенко, д.м.н., профессор НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН, г. Москва

Дифференциальная диагностика кашля у детей и его лечение

Кашель – защитный механизм очищения бронхов и трахеи. Он возникает при воздействии на «быстрые» или ирритативные рецепторы механических и химических раздражителей и на «медленные» С-рецепторы – медиаторы воспаления. Редкие кашлевые толчки физиологичны, они удаляют скопление слизи из гортани; здоровые дети «откашливаются» 10-15 раз за день, больше утром, что не должно тревожить родителей.

При дифференциальной диагностике кашля очень важно различать его временные характеристики: остро возникший кашель; затяжной кашель, длящийся три и более недели после острого эпизода; рецидивирующий, возникающий периодически; длительный постоянный кашель.

Виды кашля

Остро возникший кашель. Характерен для острого вирусного катара верхних дыхательных путей, а также для воспаления в гортани (ларингит, круп), трахее (трахеит), бронхах (бронхит) и легких (пневмония). При поражении дыхательной трубки кашель вначале сухой, непродуктивный – не ведет к отхождению мокроты и субъективно ощущается как навязчивый. При ларингите и трахеите он нередко приобретает лающий характер и металлический обертона. Сухой кашель сопровождает першение в горле при ларингите. При пневмонии кашель обычно бывает влажным с первых часов болезни, его нередко описывают как глубокий.

Влажный кашель характерен для развернутой картины бронхита, его толчки заканчиваются отхождением мокроты (у маленьких детей это воспринимается на слух), возникая вновь при ее накоплении. Отхождение мокроты субъективно воспринимается как облегчение.

В дифференциальной диагностике остро возникшего кашля важно убедиться в его связи с инфекцией (повышение температуры, наличие катарального синдрома). У ребенка с признаками острой респираторно-вирусной инфекции (ОРВИ) осиплость голоса, затруднение вдоха указывают на поражение гортани с возможной угрозой асфиксии (круп). Влажные хрипы в обоих легких указывают на бронхит: у старших детей они обычно крупно- и среднепузырчатые, у маленьких нередко мелкопузырчатые, что позволяет поставить диагноз бронхиолита.

Ключевой задачей при наличии признаков ОРЗ является исключение пневмонии – чаще всего при этом хрипы отсутствуют или выслушиваются над ограниченным участком легкого, где также определяется укорочение перкуторного звука и/или изменение характера дыхания. Характер и сила кашля не указывают на этиологию пневмонии. Исключение составляет кашель при хламидийной пневмонии у детей первых месяцев жизни: сухой, отрывистый, звонкий, следует приступами, но без реприз, сопровождается тахипноэ, но не лихорадочной реакцией.

Спастический кашель характерен для бронхиальной астмы, а у детей первых лет жизни – при остром обструктивном бронхите или бронхиолите. При этих формах хрипы сопровождаются удлинением выдоха, что свидетельствует о наличии бронхиальной обструкции. Спастический кашель обычно малопродуктивен, навязчив, часто имеет в конце свистящий обертона.

В случае внезапного появления кашля, в том числе спастического, без признаков ОРВИ, следует подумать и об инородном теле в дыхательных путях, особенно у ребенка, ранее не имевшего спастического кашля. Для него характерен приступ коклюшеподобного кашля – навязчивого, но не сопровождающегося репризами. Такой кашель может длиться непродолжительное время, при продвижении инородного тела в более мелкие бронхи кашель может прекратиться. Инородное тело часто сопровождается вздутием одного легкого, над которым выслушивается ослабление дыхания и нередко свистящий выдох; при таких симптомах показана бронхоскопия.

Затяжной кашель (более 2 недель). Наблюдается достаточно часто, обычно после острого бронхита. Чаще всего он связан не столько с воспалительным процессом как таковым, сколько с постинфекционной гиперпродукцией мокроты и нередко с гиперчувствительностью кашлевых рецепторов. В расшифровке такого кашля важен учет возраста ребенка.

У грудных детей после обструктивного бронхита сохранение гиперсекреции слизи при повышении кашлевого порога обуславливает редкий влажный кашель в течение 4 недель и более; его отличительная особенность – наличие «хрипотцы» – kloчущих звуков в грудной клетке, слышимых на расстоянии, которые исчезают после кашля и возникают вновь по мере накопления мокроты. Мокрота из трахеи и гортани у грудных детей

эвакуируется более редкими кашлевыми толчками, когда просвет бронхов будет почти полностью перекрыт. У таких детей кашель при давлении на трахею (или шпателем на корень языка) вызывается с трудом. Кашель, связанный с гиперсекрецией, постепенно стихает – как по частоте, так и по интенсивности.

При этом следует исключить кашель, связанный с привычной аспирацией пищи вследствие дисфагии – наиболее частой причины затяжного кашля у грудных детей, вскармливаемых грудью или искусственно. Установление факта дисфагии обычно требует наблюдения за процессом кормления, поскольку не всякая мать фиксирует внимание на связи кашля с приемом пищи. Помимо «поперхивания», «закашливания» во время еды для аспирации пищи характерно появление хрипов, которые быстро исчезают или меняют свою локализацию и интенсивность после кашлевого толчка. При рентгенографии грудной клетки у таких детей обычно выявляется затемнение или усиление легочного рисунка в области верхних долей.

Кашель при приеме пищи наблюдается и при наличии бронхопищеводного свища, отличительная его особенность – отделение обильной пенистой мокроты; наличие этого симптома требует проведения контрастного исследования пищевода и эзофагоскопии.

Для детей, имеющих дисфагию и желудочно-пищеводный рефлюкс, характерны приступы кашля во время сна. Обнаружение мокрой подушки подтверждает этот диагноз.

Затяжной кашель у детей раннего и дошкольного возраста нередко вызывает затекание слизи в гортань из носоглотки при длительно текущем назофарингите, аденоидите, гипертрофии аденоидов. В отличие от кашля при бронхите он не сопровождается хрипами в легких, часто имеет характер поверхностного и исчезает при лечении процесса в носоглотке. Затяжной эпизод бронхита с кашлем в течение 2-4 недель обычен для дошкольников с рецидивирующим бронхитом.

Затяжной сухой кашель у детей школьного возраста и подростков, который может длиться до 6 недель, нередко при трахеите или трахеобронхите, развивающихся при некоторых респираторно-вирусных инфекциях (респираторно-синцитиальные, рино-, парагриппозные вирусы). Он часто болезненный, приступообразный, приступ заканчивается отхождением комочка плотной слизи (фибринозные наложения). Специальными исследованиями было показано, что среди кашляющих более 2 недель детей этого возраста 25% и более переносят коклюш в характерной для них атипичной форме – без выраженной приступообразности и реприз.

Такое течение коклюша характерно как для не полностью привитых детей, так и детей, получивших 3 прививки и ревакцинацию в 18 месяцев. Дело в том, что противококлюшный иммунитет постепенно угасает и через 5-6 лет – к школьному возрасту – большинство привитых становятся восприимчивыми к этой инфекции. Атипичное ее течение у них способствует поздней диагностике (если вообще она проводилась), распространению инфекции и заражению грудных детей, еще полностью не получивших всех прививок.

Затяжной кашель у подростков с коклюшем отличается отсутствием хрипов в легких, он обычно не усиливается и не приобретает специфического характера, как у непривитых. Иногда удается при давлении пальцами на трахею или шпателем на корень языка вызвать подобие коклюшного кашлевого толчка с высовыванием языка, покраснением лица, реже с типичной репризой. Бактериологический диагноз коклюша у этих детей редко удается, более надежно определение в крови антитоксических антител, которые у заболевших в отличие от привитых присутствуют в высоких титрах.

Рецидивирующий кашель. Прежде всего характерен для больных бронхиальной астмой – это одна из частых

жалоб родителей детей, у которых диагноз астмы еще не установлен. Кашель, сопровождающий почти каждый эпизод ОРВИ, характерен и для рецидивирующего бронхита – он обычно влажный, затяжной, его длительность превышает 2 недели, он не сопровождается явными признаками бронхоспазма, который нередко выявляется при исследовании функции внешнего дыхания (ФВД) при проведении пробы с бронходилататорами.

При рецидивирующем обструктивном бронхите (РОБ) у детей до 3-4 лет кашель – влажный или «спастический» – возникает на фоне ОРВИ, обычно при наличии температуры и катарального синдрома. В отличие от кашля при бронхиальной астме он не носит характер приступа. Однако по виду кашля эти две формы вряд ли можно отличить, поскольку кашель и обструкция на фоне ОРВИ – наиболее распространенный тип обострения и бронхиальной астмы, особенно у маленьких детей. У многих из них диагноз РОБ со временем «перетекает» в диагноз астмы, если такие эпизоды повторяются более 3-4 раз или если периоды кашля связаны с воздействием не ОРВИ, а аллергена, физической нагрузки, холодного воздуха или возникают как бы вовсе без видимой причины – как следствие усиления воспалительных изменений в слизистой бронхов.

Длительный, постоянный кашель. Наблюдается при хронических болезнях органов дыхания, что сразу же отличает его от описанных выше видов кашля. Конечно, он может усиливаться или ослабевать в отдельные периоды времени, но принципиально важно, что ребенок практически постоянно кашляет.

Влажный постоянный кашель наблюдается при большинстве нагноительных заболеваний легких, сопровождающихся скоплением мокроты. Часто кашель особенно силен по утрам, после отделения мокроты он становится реже. Более «глубокий» на слух кашель типичен для бронхоэктазов, при пороках хрящей бронхов (синдром Вильямса-Кэмпбелла) он может иметь спастические обертона.

При муковисцидозе кашель часто бывает навязчивым и мучительным из-за вязкости мокроты, нередко сопровождается признаками обструкции. Диагноз нетруден при наличии других проявлений муковисцидоза – похужания, полифекалии, барабанных пальцев и др., однако существуют более легкие формы этой болезни, так что исследование электролитов пота показано у всех детей с постоянным кашлем.

Постоянный сухой кашель с изменением голоса может указывать на папилломатоз гортани. Сухой кашель, сопровождающийся одышкой, деформацией грудной клетки, признаками легочного сердца, барабанными пальцами характерен для фиброзирующего альвеолита.

Особого внимания заслуживает **психогенный кашель**, для которого также типичен постоянный кашель. Это обычно сухой с металлическим оттенком кашель, который наблюдается только в дневное время и исчезает во сне, его отличительная особенность – регулярность и высокая частота (до 4-8 раз в минуту), прекращение во время еды и разговора. Психогенный кашель возникает обычно как реакция на стрессовые ситуации в семье и школе, становясь затем привычным, он часто начинается во время ОРЗ, приобретая довольно быстро описанный выше характер. У части детей такой кашель имеет характер тика или проявления обсессивно-компульсивного расстройства (синдром Жили де ля Туретта).

Маленькие дети нередко кашляют при стрессе – обычно чтобы добиться своих целей; кашель усиливается до и во время осмотра врача, прекращаясь по его окончании (снятие «стресса ожидания»). Новый приступ кашля можно спровоцировать, коснувшись неприятной ребенку темы (капризы, соблюдение режима дня) или даже просто начав отвлеченный разговор, не обращая внимания на ребенка. Причиной закрепления кашлевого рефлекса у ребенка может быть повышенная тревожность родителей и концентрация их внимания на респираторных симптомах. Такие дети требуют углубленного обследования для исключения органической патологии, иногда пробного лечения спазмолитиками и аэрозолями стероидов.

Некоторые виды кашля отличаются по своему характеру.

Битональный кашель (низкий, затем высокий тон). Возникает при туберкулезных грануляциях из лимфо-бронхиального свища, иногда при инородных телах крупных бронхов. Является показанием для бронхоскопии.

Кашель при глубоком вдохе. Сопровождается болью, указывает на раздражение плевры; он проходит после приема наркотических анальгетиков (кодеин, промедол). Такой же кашель при рестриктивных процессах связан с повышением ригидности легких (аллергический

альвеолит). Глубокий вдох вызывает кашель и у детей с астмой — он возникает как следствие бронхиальной гиперреактивности; поверхностное дыхание является составной частью ряда систем лечебной физкультуры (ЛФК), используемых для лечения астмы.

Ночной кашель. Характерен для бронхиальной астмы, возникает обычно ближе к утру вследствие усиления бронхоспазма; нередко он указывает на аллергию к перу в подушке. У ряда детей ночной кашель представляет собой эквивалент астмы, поэтому таких детей надо обследовать соответственно. Ночной кашель наблюдается также при желудочно-пищеводном рефлюксе, старшие дети при этом жалуются на изжогу. Довольно часто ночной кашель возникает у детей с синуситом или аденоидитом вследствие попадания слизи в гортань и подсыхания слизистой при дыхании ртом.

Кашель при физической нагрузке — признак гиперреактивности бронхов, наблюдается у значительной части больных бронхиальной астмой.

Кашель с синкопе — кратковременной потерей сознания — возникает из-за снижения венозного притока при повышении внутригрудного давления и вследствие этого уменьшения сердечного выброса; состояние доброкачественное, кроме противокашлевых средств лечения другими препаратами не требует.

Лечение кашля

Борьба с кашлем ведется человечеством с незапамятных времен — даже сейчас, когда о кашле мы знаем так много, и родители, и многие педиатры рассматривают кашель как нежелательный симптом и стремятся его прекратить. Жалобы на кашель и настойчивые просьбы родителей лечить кашель связаны, по-видимому, не только с тем, что кашель — наглядный признак нездоровья ребенка. Субъективно кашель находится рядом или в близком окружении человека воспринимается как раздражающий, нервирующий феномен. Отсюда стремление избавиться от него во что бы то ни стало.

Что нового дает нам современное понимание природы кашля? Во-первых, что причин кашля несколько и что подавлять имеет смысл лишь кашель, вызываемый «сухим» воспалением слизистой дыхательных путей, например при ларингите, а также кашель, связанный с раздражением плевры. В тех же случаях, когда кашель ведет к удалению мокроты, подавлять его нецелесообразно и даже опасно. Важно разъяснять родителям, что кашель — это защитная реакция, направленная на очищение дыхательных путей в условиях гиперсекреции слизи и снижения эффективности мукоцилиарного клиренса. Практически лечение кашля требуется лишь в редких случаях, когда он существенно нарушает жизнедеятельность больного.

Антибиотики. Прежде всего важно уяснить, что наличие кашля не является поводом для антибактериальной терапии. Она проводится только при доказанной бактериальной инфекции верхних дыхательных путей (отит, синусит, стрептококковая ангина) и поражении легких (пневмония, муковисцидоз, пороки развития легких). В отношении острых бронхитов доказано, что антибактериальная терапия оправдана лишь при микоплазменной и хламидийной этиологии (10–15% от общего числа бронхитов, чаще в школьном возрасте), тогда как основная масса бронхитов, в т. ч. обструктивных, — вирусные заболевания.

Антибактериальное лечение коклюша, в т. ч. протекающего в виде длительного кашля при раннем начале (в первые 7–10 дней), может оборвать клинические проявления. В более поздние сроки ожидать большого эффекта от антибиотиков трудно, однако такое лечение в течение 2–3 дней прекращает бактериовыделение, так что оно вполне оправдано с эпидемиологической точки зрения.

Противокашлевые и отхаркивающие средства. Сухой кашель теоретически является показанием для назначения противокашлевых средств, однако в большинстве случаев ОРВИ через несколько часов он сменяется влажным, при котором эти средства противопоказаны. В качестве противокашлевых средств у детей применяют в основном ненаркотические препараты — бутамират, декстрометорфан, глауцин, окселадин, пентоксиверин. В недавно проведенном исследовании было показано, что ложка гречишного меда на ночь успокаивает ночной кашель у детей 2–18 лет с ОРВИ, по крайней мере, не хуже, чем доза декстрометорфана. А молоко со щелочью, чай с вареньем и другие «домашние» средства успокаивают лающий кашель при фарингите (першение в горле) не хуже, чем «антисептические» пастилки или спрей. Это дало основание ВОЗ рекомендовать при кашле такие домашние средства.

При влажном кашле подавление его недопустимо, так что вмешательство оправдано только при затрудненной

эвакуации мокроты. Эффективность отхаркивающих средств (в основном растительного происхождения) ставится под большое сомнение; к тому же их использование у маленьких детей может сопровождаться аллергической реакцией и рвотой. Тем не менее эти средства (препараты мяты, алтея, солодки, душицы, мать-и-мачехи, аниса, багульника, чабреца, подорожника и др.) широко применяют, что может быть оправдано их дешевизной и безопасностью. Растирания грудной клетки препаратами, содержащими эфирные масла (эвкалипт, хвоя, сосна и др.) и бальзамы, которые всасываются кожей, эффективны, как и отхаркивающие средства.

В продаже имеются комбинированные препараты, содержащие как отхаркивающие, так и противокашлевые средства. Идея их создания — сделать кашель более редким, но более продуктивным, что должно успокаивать родителей. Эти комбинации не имеют доказанной эффективности у детей, а их применение у взрослых больных показало, что такие комбинации не улучшают отхождение мокроты, но существенно снижают показатели функции внешнего дыхания. Вряд ли после этого можно рекомендовать эти средства в практику.

Муколитики. Более оправдано применение муколитиков, особенно при хронических заболеваниях, сопровождающихся обилием вязкой мокроты (муковисцидоз, пороки развития бронхов). Наиболее выражено муколитическое действие у N-ацетилцистеина, который в детской практике применяют в основном при муковисцидозе и хронических легочных нагноениях. Однако и его трудно отнести к незаменимым препаратам: например, в США у больных муковисцидозом ацетилцистеин применяют относительно редко, отдавая предпочтение вибромассажу. При наличии гнойной мокроты больным муковисцидозом показана дорназа-альфа, которая расщепляет ДНК, накапливающуюся в мокроте при распаде клеточных элементов. Применение этих средств допустимо лишь в условиях, где можно провести постуральный дренаж после их введения.

Применять ацетилцистеин при острых заболеваниях, в т. ч. бронхитах, по нашему мнению, не следует, поскольку при них вязкая мокрота — редкость, а возможность провести постуральный дренаж в случае «заболачивания» легкого жидкой мокротой отсутствует.

Подавление кашля, сопровождающего обструктивный синдром, также не является самоцелью — применение симпатомиметиков, ликвидируя бронхоспазм, способствует прекращению кашля. При астматическом статусе, сопровождающемся формированием слепков бронхов, попытки применения N-ацетилцистеина могут привести к усилению бронхоспазма.

Противовоспалительные средства. Использование действующих местно ингаляционных кортикостероидов (ИКС) составляет основу терапии среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмы. Используют как дозированные ингаляторы (беклометазон, будесонид, флутиказон), так и растворы для небулайзера с будесонидом, особенно у детей до 3–5 лет. Подавляя воспаление в слизистой бронхов, ИКС способствуют прекращению вызываемого им кашля.

ИКС могут применяться и при респираторных инфекциях более тяжелого течения, при которых кашель связан в первую очередь с воспалительным процессом в слизистой оболочке бронхов. В частности, применение этих средств в судорожном периоде коклюша снижает частоту приступов кашля и его интенсивность. ИКС (вместе с симпатомиметиками) могут применяться при лечении обструктивного бронхита (особенно рецидива РОБ) у маленьких детей. И хотя ИКС не сокращают длительность заболевания, они оказывают положительное влияние на тяжесть острого периода; есть также данные о снижении частоты рецидивов обструкции при продолжении лечения ИКС в течение 2–4 недель после окончания острого периода. При длительном кашле на почве трахеита ИКС часто приносят стойкое облегчение.

Лечение психогенного кашля. Детям с психогенным кашлем обычно не помогают противокашлевые средства, отхаркивающие, муко- и спазмолитики. Их лечение (после исключения возможной органической причины кашля) обычно требует назначения нейрорептиков, гипнотерапии и проводится совместно с психоневрологами. При наличии расстройств компульсивно-обсессивного типа есть опыт использования медленно нарастающих доз клонидина. Лечение требует обычно значительного времени (многие месяцы), хотя в отдельных случаях кашель может внезапно исчезать и начинаться снова.

Статья напечатана в сокращении.

«Лечащий врач», № 3, 2008 г.



Евкабал

НАЙРІДНІШІ ПІД ЗАХИСТОМ ПРИРОДИ

РОСЛИННІ ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ ТА ЗАСТУДИ

БАЛЬЗАМ: 100 г бальзаму містять: евкаліптову олію — 10,0 г, хвойної олії — 3,0 г

- Надійний захист з перших днів життя
- Для розтирання, парових інгаляцій та приготування ванн
- Має чудовий аромат хвойного лісу

СИРОП: 100 г сиропу містять: екстракт подорожника гостролистого — 3,0 г, екстракт чебрецю — 15,0 г

- Смачне лікування кашлю та застуди
- Випробувані та безпечні складники
- Для дітей з 6 місяців

www.esparma.com.ua

Р.П. UA5774/01/01 P.02/02/04321. Перед застосуванням ознайомтеся з інструкцією.