

ПРИЧИНЫ И ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ЗАТЯЖНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

Одесский государственный медицинский университет

Одним из наиболее часто встречающихся симптомов заболеваний органов дыхания у детей является кашель, что и определяет актуальность проблемы диагностики причины его возникновения для успеха последующей терапии. Вместе с тем, установить причину длительного кашля достаточно сложно [2; 8; 11]. Помимо этого, дополнительные трудности возникают в связи с отсутствием единого подхода к интерпретации длительного кашля у детей. Авторитетные исследователи предлагают классифицировать длительный кашель у детей, также как у взрослых, выделяя подострый и хронический [1; 3; 4; 6–9; 11; 12]. Однако при этом различаются сроки, в соответствии с которыми предлагается дифференцировать данные виды кашля. Подострым считают кашель продолжительностью: от 3 до 6 нед. [9]; от 3 до 8 нед. [4; 7; 11]; от 3 нед. до 3 мес. [3; 6]. Соответственно, хроническим кашлем называют кашель длительностью: свыше 4 нед. [12], 6 нед. [9], более 8 нед. [4; 7; 11], более 3 мес. [1–3; 6].

В то же время, причины длительного кашля у детей и взрослых существенно отличаются, также как и течение одних и тех же заболеваний (например, бронхиальной астмы), что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями детского организма. Можно ли называть хроническим кашель у детей с хроническим аденоидитом, если после проведенной аденотомии данную причину можно ликвидировать? Тогда как у взрослого пациента с синдромом «постназального зате-

ка — drip-синдром» ликвидировать причину хронического кашля в результате лечения удается далеко не всегда. Одна из основных причин хронического кашля у взрослых (более чем у 30 % пациентов) — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь [2; 3; 5; 7; 10; 11]. У детей данная патология как причина хронического кашля встречается весьма редко. Кроме этого, наиболее частые причины длительного кашля у детей различаются в зависимости от возраста [8], что обуславливает целесообразность несколько иного подхода к интерпретации длительного кашля.

Сегодня выделяют 5 основных групп причинных факторов, обуславливающих появление кашля у детей [8]:

— причины, вызывающие раздражение рецепторного аппарата слизистой оболочки респираторного тракта (это непосредственное, раздражающее или воспаление как инфекционного, так и неинфекционного генеза);

— сдавление дыхательных путей извне;

— факторы, вызывающие обструкцию дыхательных путей;

— раздражение рецепторов костальной и париетальной плевры;

— раздражение рецепторного аппарата медиастинального комплекса.

В качестве наиболее частых причин подострого кашля называют коклюш, осложнения острых респираторных заболеваний (синусит, аденоидит), бронхиты бактериального генеза, особенно микоплазменный и хламидийный [9].

К основным причинам хронического кашля у детей относят: бронхиальную астму; хронические и рецидивирующие синуситы, аденоидиты; постинфекционный (поствирусный) кашель [3; 4; 6; 11; 12]. К более редким: хронический бронхит, гастроэзофагеальный рефлюкс, хроническая нестабильность трахеи, психогенный кашель; раздражение рецепторов наружного слухового прохода серной пробкой или инородным телом; интерстициальные заболевания легких; туберкулез (в т. ч. туберкулезный бронхаденит); микозы легких; у детей раннего возраста — врожденная патология органов дыхания или кровообращения [8; 9; 11; 12]. При этом у 25 % пациентов выявляются несколько патологических состояний или заболеваний, каждое из которых в отдельности может обусловить появление хронического кашля [13].

Цель работы — провести анализ причин возникновения длительного кашля у детей с учетом возрастных аспектов на основании обобщения данных обращаемости за амбулаторной пульмонологической помощью.

Под наблюдением находились 1522 ребенка, в возрасте от 1 до 14 лет, обратившихся к пульмонологу с жалобами на кашель, длящийся более 3 нед. Диагноз устанавливали на основании результатов клинико-функциональных (компьютерная спирография и др.), лабораторных (общеклинический анализ крови, иммунограмма — тесты 1-го и 2-го уровней, ПЦР-диагностика, ревмопробы), аллергологических (определение



уровней общего и специфических IgE, скарификационное алерготестирование), серологических методов обследования, а также консультаций профильных специалистов (оториноларинголог, невролог и др.). При наличии нескольких патологических состояний либо заболеваний, которые могли бы быть причиной длительного кашля, в качестве основной причины определяли заболевание, оказывающее наиболее существенное влияние на наличие кашля (ориентируясь на динамику кашля под влиянием проводимой терапии).

Пациенты были разделены на 5 возрастных групп: ранний детский возраст от 1 до 3 лет; дошкольный возраст — 3–6 лет; возрастная группа 7–9 лет; препубертатный период — 10–12 лет; пубертатный период 12–14 лет.

По результатам исследования, причины возникновения кашля были объединены в 5 основных групп:

— аллергическая патология (бронхиальная астма, аллергический ринит, респираторный аллергоз — 1–2 приступа бронхиальной обструкции или наличие кашля аллергического генеза);

— остаточные явления перенесенных респираторных ин-

фекционных заболеваний — острая респираторная вирусная инфекция (постинфекционный синдром), пневмония, коклюш;

— «постназальный затек» (ПНЗ) — хронический аденоидит, фарингит, синусит, вазомоторный ринит;

— воспалительные заболевания бронхов — затяжной, рецидивирующий и хронический бронхит;

— редкие причины (муковисцидоз, врожденные аномалии бронхолегочной системы, туберкулез, психогенный кашель, бронхолегочный аспергиллез).

Частота выявления основных групп причин длительного кашля у детей разного возраста представлена в табл. 1.

У большинства детей основная причина длительного кашля — аллергическая патология (почти у 60 %), тогда как остаточные явления респираторных инфекций, ПНЗ и воспалительные заболевания бронхов вызывают длительный кашель только у 40 % детей. При этом аллергические заболевания как основная причина кашля наиболее часто выявляются у пациентов всех возрастных групп.

У детей раннего возраста достаточно часто (у 21,5 %) основная причина длительного кашля — это ПНЗ, тогда как в других возрастных группах он

вызывает длительный кашель у гораздо меньшего числа больных (от 10,7 до 12,4 %).

С увеличением возраста прослеживается тенденция постоянного повышения в структуре причин длительного кашля удельного веса воспалительных заболеваний бронхов (с 7,2 до 18,2 %). Редкие причины кашля выявлены только у 11 пациентов, что составляет менее 0,7 %.

Среди заболеваний как основная причина длительного кашля лидирует бронхиальная астма — у 1/3 пациентов (табл. 2). На втором месте респираторные аллергозы — у 20,4 % обследованных. Постинфекционный синдром в качестве основной причины кашля выявляется почти у 8 % детей. Достаточно часто причинами длительного кашля являются затяжной бронхит, аллергический ринит и аденоидит.

У детей раннего возраста преобладает наличие респираторных аллергозов (у 38,8 %) и отмечается высокий удельный вес аденоидитов и бронхиальной астмы (по 20,6 %). В дальнейшем, с увеличением возраста, удельный вес респираторных аллергозов в структуре причин кашля неуклонно снижается, однако повышается удельный вес аллергичес-

Таблица 1

Частота выявления основных групп причин длительного кашля у детей разного возраста

Основные группы причин	Возраст										Всего	
	1–2 года		3–6 лет		7–9 лет		10–12 лет		13–14 лет			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аллергическая патология	127	$\frac{13,7}{60,8}$	203	$\frac{22,4}{60,1}$	315	$\frac{34,7}{62,5}$	161	$\frac{17,8}{56,7}$	103	$\frac{11,4}{55,1}$	906	59,5
Остаточные явления инфекционных заболеваний	19	$\frac{8,1}{9,1}$	65	$\frac{27,5}{19,2}$	88	$\frac{37,3}{17,5}$	39	$\frac{16,5}{13,7}$	25	$\frac{10,6}{13,4}$	236	15,5
ПНЗ	45	$\frac{23,0}{21,5}$	42	$\frac{21,4}{12,4}$	54	$\frac{27,6}{10,7}$	32	$\frac{16,3}{11,3}$	23	$\frac{11,7}{12,3}$	196	13,0
Воспалительные заболевания бронхов	15	$\frac{8,6}{7,2}$	27	$\frac{15,6}{8,0}$	47	$\frac{27,2}{9,3}$	50	$\frac{28,9}{17,6}$	34	$\frac{19,7}{18,2}$	173	11,3
Редкие	6	$\frac{54,5}{2,3}$	1	$\frac{9,1}{0,3}$	—	—	2	$\frac{18,2}{0,7}$	2	$\frac{18,2}{1,1}$	11	0,7
Всего	209	13,7	338	22,2	504	33,1	284	18,7	187	12,3	1522	100



Частота выявления заболеваний как причин
длительного кашля у детей разного возраста

Диагноз	Возраст										Всего	
	1–2 года		3–6 лет		7–9 лет		10–12 лет		13–14 лет			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Бронхиальная астма	43	$\frac{8,5}{20,6}$	113	$\frac{22,4}{33,4}$	173	$\frac{34,4}{34,3}$	108	$\frac{21,4}{38,0}$	67	$\frac{13,3}{35,8}$	504	33,1
Респираторный аллергоз	81	$\frac{26,1}{38,8}$	78	$\frac{25,2}{23,1}$	104	$\frac{33,5}{20,6}$	39	$\frac{12,6}{13,7}$	8	$\frac{2,6}{4,3}$	310	20,4
Аллергический ринит	—	—	12	$\frac{13,0}{5,7}$	38	$\frac{41,3}{7,5}$	14	$\frac{15,2}{4,9}$	28	$\frac{30,5}{15,0}$	92	6,0
Аденоидит	43	$\frac{47,8}{20,6}$	38	$\frac{42,2}{11,2}$	9	$\frac{10,0}{1,8}$	—	—	—	—	90	6,0
Хронический фарингит	2	$\frac{5,6}{1,0}$	4	$\frac{11,2}{1,2}$	18	$\frac{50,0}{3,6}$	8	$\frac{22,0}{2,8}$	4	$\frac{11,2}{2,1}$	36	2,4
Синусит	—	—	—	—	15	$\frac{57,7}{3,0}$	7	$\frac{26,9}{2,5}$	4	$\frac{15,4}{2,1}$	26	1,7
Вазомоторный ринит	—	—	—	—	12	$\frac{27,3}{2,4}$	17	$\frac{38,6}{6,0}$	15	$\frac{34,1}{8,0}$	44	2,9
Постинфекционный синдром	9	$\frac{7,5}{4,3}$	35	$\frac{29,2}{10,4}$	48	$\frac{40,0}{9,5}$	21	$\frac{17,5}{7,4}$	7	$\frac{5,8}{3,7}$	120	7,9
Пневмония	6	$\frac{13,1}{2,9}$	12	$\frac{26,1}{3,6}$	4	$\frac{8,7}{0,8}$	14	$\frac{30,4}{4,9}$	10	$\frac{21,7}{5,3}$	46	3,0
Коклюш	4	$\frac{5,7}{0,5}$	18	$\frac{25,7}{5,3}$	36	$\frac{51,5}{7,1}$	4	$\frac{5,7}{1,4}$	8	$\frac{11,4}{4,2}$	70	4,6
Затяжной бронхит	15	$\frac{15,6}{7,2}$	18	$\frac{18,8}{5,3}$	29	$\frac{30,2}{5,8}$	19	$\frac{19,8}{6,7}$	15	$\frac{15,6}{8,0}$	96	6,3
Рецидивирующий бронхит	—	—	9	$\frac{16,7}{2,7}$	18	$\frac{33,3}{3,8}$	24	$\frac{44,4}{8,5}$	3	$\frac{5,6}{1,6}$	54	3,5
Хронический бронхит	—	—	—	—	—	—	7	$\frac{30,4}{2,5}$	16	$\frac{69,6}{8,6}$	23	1,5
Врожденные аномалии	3	$\frac{100,0}{1,4}$	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0,2
Муковисцидоз	3	$\frac{100,0}{1,4}$	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0,2
Туберкулез	—	—	—	—	—	—	1	$\frac{50,0}{0,4}$	1	$\frac{50,0}{0,5}$	2	0,1
Психогенный кашель	—	—	1	$\frac{50,0}{0,3}$	—	—	—	—	1	$\frac{50,0}{0,5}$	2	0,1
Бронхолегочный аспергиллез	—	—	—	—	—	—	1	$\frac{100,0}{0,4}$	—	—	1	0,1
Всего	209	13,7	338	22,2	504	33,1	284	18,7	187	12,3	1522	100,0

кого ринита. Аденоидит как основная причина длительного кашля утрачивает свою причинную значимость, начиная с 10-летнего возраста, однако с 7–9 лет число основных причин кашля увеличивается за счет синусита и вазомоторного ринита.

Обращает на себя внимание наличие достаточно высокого

удельного веса в структуре причин длительного кашля постинфекционного синдрома, особенно у детей в возрасте 3–9 лет, а также затяжных бронхитов. Очевидно, дети с острыми респираторными заболеваниями, острым бронхитом и пневмонией нуждаются в более серьезной реабилитации в периоде реконвалесценции.

Наличие психогенного кашля как основной причины длительного кашля выявлено только у 2 пациентов (менее 0,1%), несмотря на то, что данной причине уделялось особенно пристальное внимание. Вместе с тем, во время сбора анамнеза появления кашля вследствие нервно-психических стрессов отмечали родители 47 (3,1%)



детей, что согласуется с данными других исследователей [11; 12]. Вероятно, следует говорить о психогенном кашле не как о главной причине длительного кашля, а как о патологическом состоянии — одной из причин, которая провоцирует приступы кашля на фоне других заболеваний.

Таким образом, проблема выявления основных причин длительного кашля у детей в разные возрастные периоды весьма актуальна, что обуславливает проведение дальнейших исследований в данном направлении. Актуальна также разработка унифицированных диагностических алгоритмов у длительно кашляющих детей с учетом возраста и наиболее часто выявляемой патологии. Возможно, у детей в диагностическом плане более оправдано не выделять хронический кашель, а говорить о затяжном кашле как о кашле длительностью более 3 нед.

Выводы

1. Анализ основных причин длительного кашля у 1522 детей показал, что у большинства пациентов (почти у 60 %) основной причиной кашля во всех возрастных группах является аллергическая патология, тогда как остаточные явления перенесенных респираторных инфекционных заболеваний, «постназальный затек» и бронхиты вызывают длительный кашель только у 40 % больных.

2. Наиболее частая основная причина длительного кашля у детей, особенно в возрасте старше 3 лет, — это бронхиальная астма, которая диагностируется у трети обследованных.

3. У детей в раннем возрасте в структуре причин длительного кашля преобладают респираторные аллергозы, бронхиальная астма и синдром «постназального затека», обусловленный наличием аденоидита.

С увеличением возраста удельный вес аденоидитов и респираторных аллергозов в структуре причин кашля неуклонно снижается, но повышается удельный вес аллергического и вазомоторного ринита, а также рецидивирующего и хронического бронхитов.

4. Разработка унифицированных диагностических алгоритмов у длительно кашляющих детей, с учетом возраста и наиболее часто выявляемой патологии, — сегодня одна из актуальных проблем педиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дифференциальная диагностика заболеваний у детей при основном симптоме «кашель»: рекомендации для врачей-терапевтов и педиатров рабочей группы по педиатрической пульмонологии и аллергологии. Р. Wunderlich, Differentialdiagnostik des Leitsymptoms Husten. Arbeitsgemeinschaft fuer paediatrische Pneumologie und Allergologie // Новости медицины и фармации. — 2007. — № 13 (219) / (Справочник специалиста)

2. Жаркова Н. Е. Кашель: причины, диагностика, лечение / Н. Е. Жаркова // РМЖ. — 2006. — Т. 14, № 16. — С. 1171-1174.

3. Княжеская Н. П. Обоснование выбора препарата для лечения кашлевого синдрома и заболеваний, сопровождающихся выделением мокроты / Н. П. Княжеская, А. Г. Чучалин // РМЖ. — 2007. — Т. 15, № 18. — С. 1313-1316.

4. Лисенко Г. І. Синдром кашлю в загальнолікарській практиці / Г. І. Лисенко, О. Б. Яценко // Здоров'я України. — 2007. — № 3. — С. 46-47.

5. Овсянников Е. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина хронического кашля / Е. С. Овсянников, Г. Г. Семенкова // Consilium Medicum. — 2004. — Т. 6, № 10.

6. Овчаренко С. И. Кашель: этиология, диагностика, подходы к лечению / С. И. Овчаренко // Consilium medicum. — 2006. — Т. 8, № 1.

7. Пашкова Т. Л. Диагностика и варианты течения хронического кашля / Т. Л. Пашкова, А. В. Аверьянов // Пульмонология. — 2006. — № 4. — С. 89-93.

8. Самсыгина Г. А. Длительный кашель у детей: причины, патогенез и принципы терапии / Г. А. Самсыгина // Педиатрия. — 2005. — № 5. — С. 86-91.

9. Самсыгина Г. А. Лечение кашля у детей / Г. А. Самсыгина // Педиатрия. — 2004. — № 3. — С. 82-92.

10. Семенкова Г. Г. Исследование кашля, вызванного гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с применением методов туссографии и спектральной туссофонобарографии / Г. Г. Семенкова, В. М. Провоторов, Е. С. Овсянников // Пульмонология. — 2006. — № 6. — С. 56-61.

11. Терещенко Ю. А. Хронический кашель: обзор современных лечебно-диагностических алгоритмов / Ю. А. Терещенко, С. Ю. Терещенко // Пульмонология и аллергология. — 2005. — № 3. — С. 21-26.

12. Хронический кашель у детей: метод. рекомендации (№ 55) ГУ Научный центр здоровья детей РАМН / сост.: О. Ф. Лукина, Т. В. Куличенко. — М., 2004. — 18 с.

13. Brarran S. S. Postinfectious cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines / S. S. Brarran // Chest. — 2006. — Vol. 129. — P. 138-146.

