

1. Внедрение экономически эффективных медицинских и управленческих технологий, в т.ч. стационарозамещающих;
2. Оптимальная организация оказания неотложной, хирургической и реанимационной помощи детям;
3. Максимальная концентрация дорогостоящего высокоточного оборудования и высокоспециализированных служб в пределах многопрофильного областного (республиканского) стационара;
5. Интенсификация медицинского процесса;
6. Этико-правовое регулирование деятельности стационаров;
7. Управление качеством медицинской помощи на всех этапах;
8. Разработка современных подходов к финансированию медицинских учреждений и расчету штатного состава медицинского персонала исходя из численности больных;
9. Обеспечение современных компьютерных технологий.

Эти направления должны стать на ближайшие годы основополагающими в оптимизации госпитальной помощи детям России. Осуществление и внедрение их в практику детских стационаров позволит управлять показателями здоровья детского населения страны, обеспечить медицинскую, социальную и экономическую эффективность работы стационарной службы.

Литература

1. Валиуллина С.А. Пути оптимизации стационарной медицинской помощи детскому населению региона (по материалам Республики Татарстан) : автореф. дисс.... д-ра мед. наук. — М., — 2004.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. // Всемирная организация здравоохранения. Пятнадцать третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Пункт 3 предварительной повестки дня. Послание генерального директора. 29.03.2000 г.
3. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ // Европей-

ская серия по достижению здоровья для всех. ВОЗ. — Копенгаген, 2001. — № 6.

4. Карпухин Е.В., Валиуллина С.А. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2002. — Т. 47, № 1. — С. 56-57.
5. Кучеренко В.З., Яковлев Е.П., Кудрявцев Ю.Н., Трофимов А.С. // Проблемы управления здравоохранением. — 2003. — №1. — С. 13-17.
6. Савельева Е.Н. // Российский медицинский журнал. — 2003. — №3. — С. 8-11.
7. Салтман Р. Б. Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. — М., 2000.
8. The European Foundation for Quality Management // EQM. — Brussels. — 1999.
9. Institute of Medicine (US). Crossing the Quality Chasm: a new Health System for the 21st century. — Washington : National Academy Press, 2001.
10. Plomp H.N., VanderWal G., Weel A.N. // Ned. Tijdschr. Geneesk. — 1999. — Vol. 143, No. 26. — P. 1369-1373.
11. Rodriguez R., Frohlich K.L. // Can. J. Public Health. — 1999. — Vol. 90, No. 1. — P. 41-44.
12. Saltman R.B. // Eur. J. Public Health. — 1994. — Vol. 4, No. 2. — P. 287-293.

Поступила в редакцию 27.05.05.

BASIC DIRECTIONS IN IMPROVEMENT OF HOSPITAL STAGE OF PEDIATRIC HELP

S.A. Valiullina, N.N. Vaganov, E. V. Karpuhin
Scientific Center of Children's Health of RAMS, Russian Children's Hospital (Moscow), Children's Republic Hospital of Tatarstan (Kazan)

Summary — Problems of the hospital stage were especially enlightened in domestic public health services in last decade. Economic instability is combined with rapid development of modern technologies, change of paternalism models of public health services by joint model, increase of requirement of the population in accessible and qualitative medical help. At the same time, old approaches of normalization and financing of hospital stage service interfere with future development, the intensification of medical process, introduction of modern technologies. In the article the basic ways of optimization of the hospital help are submitted to the children's population.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 5-7.

УДК 616.24-008.41-07-053.2

С.Ю. Терещенко

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИН ДЛИТЕЛЬНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН (г. Красноярск),
Красноярская государственная медицинская академия

Ключевые слова: хронический кашель, диагностика, лечение.

Жалобы на кашель у ребенка являются, пожалуй, одной из самых распространенных причин обращения

родителей к врачу-педиатру, да и для взрослых пациентов такой повод обращения к врачу стоит на одном из первых мест [2]. Наиболее частой причиной кашля у детей является острая вирусная инфекция дыхательных путей, однако чрезвычайно важно своевременное выделение среди общего потока пациентов для углубленного диагностического поиска более редких причин кашля, особенно длительного, связанного с дополнительной клинической симптоматикой. При этом чем младше пациент с симптоматикой длительного кашля, тем более настойчиво необходимо искать лежащие в его основе причины, поскольку только адекватный, нозологически ориентированный подход позволяет в этом случае вовремя диагностировать многие заболевания и обеспечить необходимое лечение.

Более 20 лет назад R.S. Irwin et al. [13] был впервые предложен диагностический протокол для хронического кашля (ХК) с использованием «анатомического подхода». Несмотря на появление многочисленных новых данных, касающихся патофизиологии длительного кашля, изменения подходов к терапии многих заболеваний, лежащих в его основе, внедрения в клиническую практику новых методов диагностики, подход R. S. Irwin et al. не потерял своей актуальности. Он лежит в основе существующих лечебно-диагностических алгоритмов, в том числе консенсуса АССР (American College of Chest Physicians) [12] и недавно сформированного протокола, разработанного специальной рабочей группой ERS (European Respiratory Society) под руководством А.Н. Морисе [19]. Опубликованное АССР руководство по ведению больных с кашлем выгодно отличается от предыдущих четким, структурированным подходом с использованием градаций доказательной медицины (evidence based medicine).

Лежащий в основе современных рекомендаций протокол R.S. Irwin et al. [13] постулирует, что большинство случаев хронического кашля у иммунокомпетентных некурящих пациентов обусловлено нозологической триадой — бронхиальной астмой (БА), риносинуситом и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в виде изолированных заболеваний или их сочетаний. Необходимо подчеркнуть, что существующие рекомендации в большинстве своем базируются на мнении экспертов и не подтверждены рандомизированными плацебоконтролируемыми исследованиями. Тем не менее многочисленные сообщения о клинической эффективности описанного R.S. Irwin et al. алгоритма с учетом современных подходов к диагностике и лечению позволяют считать «анатомически» ориентированный протокол проверенным временем и клинической практикой. Как справедливо отмечали А.Н. Морисе et al. [20], у большинства (около 90%) пациентов с хроническим кашлем с помощью адекватного обследования и лечения на основе эмпирически ориентированной стратегии treat sequentially удастся добиться значительного улучшения или полного избавления от кашля.

Необходимо отметить, что, хотя алгоритм R.S. Irwin et al. и указанные согласительные документы посвящены общим проблемам ХК во взрослой популяции, в клинических рекомендациях как АССР, так и ERS имеются разделы, освещающие проблему ХК у детей, а в состав рабочих групп входят педиатры. Кроме того, известные этиологические и потенциально курабельные причины ХК у взрослых и детей, особенно старшего возраста и подростков, во многом идентичны, и, следовательно, педиатрам необходимо иметь общее представление о принципиальных подходах к их диагностике и лечению. При этом в детской популяции имеются существенные особенности как общего спектра причин ХК, так и предложенных для клинической практики диагностических и лечебных программ [8, 12, 19].

В настоящем сообщении суммированы основные данные о существующих к настоящему времени лечебно-диагностических подходах, касающихся ХК у взрослых и детей на основании опубликованных согласительных документов ERS [19], АССР [12], обзоров и оригинальных исследований ведущих экспертов в этой области [7, 12, 14, 16, 19, 21].

В соответствии с рекомендациями ERS и АССР под хроническим кашлем у взрослых пациентов следует понимать кашель длительностью более 8 недель. Установление точного временного интервала длительности кашля совершенно необходимо, поскольку значимо свидетельствует о вероятной этиологии данного симптома. В настоящее время кашель общей длительностью менее 3 недель принято называть острым, а длительностью от 3 до 8 недель — подострым [14].

Для детей принят меньший порог длительности для ХК — 4 недели. Причем если в рекомендациях ERS нет отдельного указания на различия во временном интервале ХК для детей и взрослых, то в рекомендациях АССР указанный порог (более 4 недель) предлагается использовать для детей до 14 лет включительно. Дети старше 14 лет должны лечиться по «взрослым» протоколам.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ЗНАЧИМО ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Среди анамнестических данных, подлежащих обязательному выяснению у пациентов с ХК, ведущая роль отводится выявлению факта воздействия сигаретного дыма и других раздражителей и использования ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Кроме того, при расспросе необходимо целенаправленно искать признаки, которые могут свидетельствовать о наличии заболевания, лежащего в основе формирования ХК: симптомы хронического бронхита, БА, синдрома постназального стекания (СПНС), ГЭРБ, туберкулеза, болезней сердца и т.д. Наиболее важными клиническими характеристиками кашля, значимо отражающими его наиболее вероятную этиологию и, соответственно, объем диагностических и лечебных мероприятий, являются его длительность и продуктивность (наличие или отсутствие и характер мокроты) [9, 11, 22].

Обязательными параклиническими тестами у большинства взрослых пациентов с ХК, согласно позиции ERS и АССР, являются рентгенография грудной клетки, спирография и мониторинг пиковой скорости выдоха.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

После того как врачом был установлен сам факт наличия ХК, соответственно принятому временному интервалу, ведение больных должно осуществляться с использованием четко структурированных лечебно-диагностических подходов. Всем больным показаны

тщательный сбор анамнестических данных и физикальное обследование. Если выявлены факт курения (или воздействия других раздражителей) и/или приема ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, необходимо устранить эти факторы, имея в виду, что эффект элиминации здесь отсрочен и отчетливое улучшение часто следует ждать не ранее чем через 1 месяц (для приема ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента до 3 месяцев, согласно рекомендациям ERS). Необходимо помнить и о других лекарственно-индуцированных формах ХК, вызванных, например, нитрофурановыми препаратами или масляными растворами для назальных инстилляций. В качестве обязательных больным с ХК рекомендуется рентгенография грудной клетки и исследование функции внешнего дыхания (спирометрия с тестами на обратимость обструкции и мониторинг пиковой скорости выдоха). Если с помощью указанных выше диагностических мероприятий удастся найти этиологическую причину ХК, то дальнейшее ведение больных должно осуществляться с использованием соответствующих клинических рекомендаций для диагностированного заболевания.

Подход к больным с отсутствием диагностированного с помощью описанных выше рутинных клинических и параклинических тестов явного легочного или иного заболевания, могущего лежать в основе ХК, представляет собой сложную клиническую проблему. В соответствии с позицией ERS, в этой клинической ситуации возможно использование двух стратегий диагностического поиска. Первой является стратегия *test all, then treat* — использование всего диагностического арсенала для выявления одной или нескольких этиологических причин ХК, с последующим целенаправленным лечением. Такой подход, являясь более дорогостоящим, обуславливает более короткие сроки терапии, приводящей к положительному результату. Второй стратегией является подход *treating sequentially* — последовательное назначение эмпирической терапии наиболее частых нозологических единиц, лежащих в основе ХК, соответствующее известному принципу клинической медицины «терапия *exjuvantibus*» [17].

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ОСНОВНОЙ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ТРИАДЫ ХРОНИЧЕСКОГО КАШЛЯ

Как указывалось выше, БА, СПНС и ГЭРБ у некурящих, не принимающих ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента пациентов с ХК являются доминирующими причинами кашля в совокупности не менее чем у 95% этой категории больных. Однако следует отметить, что диагностика иногда осложняется тем обстоятельством, что достаточно часто ХК может быть мультифакториальным состоянием и выявить вклад каждого компонента бывает затруднительно. Например, многие пациенты с БА страдают также ринитом и, соответственно, имеют СПНС. Ситуацию осложняет возможное наложение

и других причин ХК, например, хронического бронхита вследствие курения, многочисленных профессиональных заболеваний респираторного тракта и др. [5]. В ситуации диагностической неопределенности клиницисту крайне необходимо знать ключевые положения, касающиеся чистых, изолированных причин ХК и использовать в клинической практике четко структурированные диагностические алгоритмы, основанные на хорошо спланированных научных исследованиях. Только такой подход, на наш взгляд, может оказаться терапевтически успешным и принести реальную пользу больному.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ БРОНХИТ

Многочисленными исследованиями показано, что БА является ведущей (24–29%) причиной ХК у некурящих пациентов. Обычно кашель у больных БА ассоциируется с типичными проявлениями болезни: периодически возникающими одышкой и/или свистящими хрипами, однако у части пациентов изолированный кашель является единственным или доминирующим симптомом. Еще в 1972 году F.L. Glauser [10] предложил такой клинический вариант заболевания называть кашлевой БА. Термин прижился и в настоящее время используется многими клиницистами. Характерными особенностями ХК, связанного с кашлевой БА, являются связь кашля с физической нагрузкой, холодным воздухом, раздражителями, его ночной характер [18,23]. Триггерами могут выступать контакт с аллергенами и респираторные инфекции.

Поскольку у больных кашлевой БА результаты физикального обследования и рутинных диагностических тестов, включая спирографию, являются нормальными, выявление и ведение таких больных зачастую представляет собой сложную клиническую проблему. Исследование гиперреактивности бронхов в тесте с метахолином или гистамином, обладая практически 100% чувствительностью, позволяет уверенно снять диагноз БА, но, к сожалению, в связи с низкой специфичностью не позволяет подтвердить диагноз. Некоторую помощь может оказать выявление эозинофилии индуцированной мокроты. Практически единственным тестом у таких больных с приемлемой специфичностью является положительный ответ на пробную противоастматическую терапию. Обычно пациенты отвечают на терапию ингаляционными кортикостероидами и/или ингаляционными бронходилататорами в течение 1 недели, однако некоторым из них требуется до 8 недель комбинированной (ингаляционный кортикостероид и бронходилататор) терапии. Важно заметить, что сами по себе ингаляционные препараты у некоторых лиц могут провоцировать кашель, что иногда требует пробной 1-недельной терапии пероральными стероидами (40 мг преднизолона на 4 приема в сутки). Недавно показана эффективность 14-дневной терапии зафирлукастом у больных с ХК, обусловленным кашлевой БА, в том числе не отвечающих на терапию

ингаляционными кортикостероидами, что нашло свое отражение в протоколе ERS.

В последнее время в качестве отдельной нозологической единицы, по некоторым данным лежащей в основе ХК у 13% пациентов, направленных в специализированные центры по поводу ХК, выделяется эозинофильный бронхит. Это заболевание возможно диагностировать у больных ХК с нормальными результатами спирографических тестов (в том числе мониторинг пиковой скорости выдоха и, что особенно важно, тестов на гиперреактивность бронхов), но с высокой эозинофилией индуцированной мокроты. Считается, что большинство пациентов с эозинофильным бронхитом положительно отвечают на терапию ингаляционными кортикостероидами.

РИНИТ, СИНУСИТ И СИНДРОМ ПОСТНАЗАЛЬНОГО СТЕКАНИЯ

Транспорт секрета от носовых раковин к глотке является физиологическим и наблюдается у всех детей в норме. Однако различные патологические процессы в носоглотке, прежде всего ринит и синусит, могут приводить к избыточному раздражению стекающей слизи глоточных рецепторов и формированию ХК [1]. В то же время у многих пациентов с патологией синусов и объективно зарегистрированным избыточным стеканием слизи кашель отсутствует, а сам по себе риносинусит без СПНС и БА может сопровождаться кашлем. Положение осложняет частое сочетание хронического ринита или риносинусита с БА. Таким образом, хронический ринит/риносинусит с наличием СПНС или без него может быть причиной ХК или быть маркером сопутствующей БА, вызывающей кашель.

В последнем руководящем документе АССР предлагается заменить термин СПНС—PNDS (postnasal drip syndrome) термином UACS (upper airway cough syndrome), поскольку возможны и другие, не связанные со стеканием слизи, причины кашля у больных с патологией верхних дыхательных путей. Насколько приживется такая терминологическая замена, покажет ближайшее будущее.

Симптомами, позволяющими заподозрить наличие СПНС, являются: субъективное чувство стекания секрета по задней стенке глотки, частая потребность «очистить горло», щекотание, першение в горле, появление кашля во время разговора, заложенность и выделения из носа. Уже при обычном осмотре ротоглотки можно увидеть стекающую по задней стенке глотки слизь, гипертрофию задней стенки по типу «булыжной мостовой», хотя эти симптомы не являются достаточно специфичными.

Основными причинами СПНС, который следует рассматривать именно как синдром, а не нозологическую форму, являются хронический ринит (аллергический, вазомоторный и медикаментозный), носовые полипы, хронический синусит. Для верификации этих заболеваний пациентам с соответствующими симптомами показано полноценное ЛОР-обсле-

дование и в некоторых случаях визуализация придаточных пазух носа: рентгенография либо компьютерная томография. Однако, как и в случае ХК, ассоциированного с ГЭРБ, лучшим тестом считается положительный ответ на пробную терапию, на которую, кстати, могут отвечать и пациенты, совершенно не имеющие характерных симптомов СПНС.

Препаратами выбора для эмпирической терапии в этой клинической ситуации являются антигистаминные средства 1-й генерации и оральные деконгестанты. Ответ на терапию в отношении ХК следует ожидать в пределах 1–2 недель от начала лечения. В случае наличия данных за аллергическую природу хронического ринита препаратами выбора являются ингаляционные стероиды или кромоны. В некоторых случаях эффективным может быть использование ипратропиума бромида [15, 17]. При выявлении хронического синусита лечение проводится ЛОР-врачом в соответствии с имеющимися клиническими рекомендациями.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Кашель, связанный с гастроэзофагеальным рефлюксом, может быть обусловлен вагусным рефлексом, моторной дисфункцией и/или микро- и макроаспирацией желудочного содержимого. Необходимо помнить, что рефлюкс может играть важную патогенетическую роль при некоторых заболеваниях, сопровождающихся кашлем: хроническом бронхите, БА, легочном фиброзе, аспирационном синдроме, включая легочные абсцессы. Но чаще все-таки единственным респираторным проявлением гастроэзофагеального рефлюкса является ХК. Причем кашель может быть вообще единственным симптомом ГЭРБ (50–75% пациентов), но иногда при тщательном расспросе удастся выявить некоторые характерные признаки: изжогу, отрыжку, боли по ходу пищевода и в эпигастрии, могут быть также дисфония, признаки фарингита и ощущение «комка в горле». Характерными особенностями ХК, ассоциированного с гастроэзофагеальным рефлюксом, являются связь кашля с приемом определенных продуктов, появление при переходе из горизонтального состояния в вертикальное (часто утром, после пробуждения) и его отсутствие или минимальное проявление в ночное время.

Золотым стандартом объективной диагностики гастроэзофагеального рефлюкса являются суточный мониторинг pH и манометрия пищевода, оптимально — с регистрацией временной связи между рефлюксом и эпизодами кашля. Однако эти тесты считаются не очень надежными в своей способности предсказать эффект от антирефлюксной терапии. Вследствие этого в ситуации, когда связь ХК с рефлюксом высоковавероятна, эксперты ERS считают вполне приемлемым проведение эмпирической терапии, эффект от которой является наиболее веским доводом в пользу причинно-следственной связи этих состояний [17].

Если выбрана стратегия пробного лечения, то для достоверного исключения связи ХК с гастроэзофагеальным рефлюксом может потребоваться антирефлюксная терапия в течение 3–4 месяцев. Препаратами выбора являются блокаторы протонной помпы либо H_2 -блокаторы гистаминовых рецепторов изолированно либо в сочетании с прокинетики. Все препараты назначаются в высоких дозах (например, омепразол 40 мг 2 раза в сутки). Отсутствие эффекта от антисекреторных препаратов может быть объяснено механизмами формирования ХК при гастроэзофагеальном рефлюксе, напрямую не связанными с воздействием соляной кислоты.

Обязательным компонентом лечения должны быть нефармакологические методы коррекции рефлюкса: пациентам следует рекомендовать спать с приподнятым головным концом, диету с высоким содержанием белков и низким — жиров, избегать злоупотребления алкоголем, кофе, чаем, колой, мятой, луком, цитрусовыми, исключить курение, нормализовать вес. В тяжелых случаях может использоваться хирургическое лечение (фундопластика), хотя изолированный ХК крайне редко рассматривается как основное показание к его проведению.

В последних рекомендациях АССР предлагается выделять три возможные группы причин длительного кашля у детей:

1. Нормальный или ожидаемый кашель — редкий кашель у совершенно здоровых детей, который может вызывать некоторое беспокойство у чрезмерно тревожных родителей;
2. Неспецифический, изолированный кашель — кашель как единственный симптом;
3. Специфический кашель — выявляется у детей с наличием дополнительных признаков, свидетельствующих о его возможной причине.

Согласно последним рекомендациям АССР, наиболее частым у детей является «нормальный кашель», не требующий никаких вмешательств, за исключением успокоительной беседы с родителями. Затем по частоте идет неспецифический кашель, где чаще всего приходится иметь дело с постинфекционным кашлем или кашлевым вариантом БА. Наконец, наименьшая частота встречаемости принадлежит специфическому кашлю, который, однако, требует наибольших диагностических усилий. Необходимо обратить внимание, что в некоторых случаях «нормальный кашель» трудноотличим от неспецифического, а тот, в свою очередь, имеет перекрест со специфическим, что иногда представляет собой достаточно сложную диагностическую проблему. В клинической практике при отсутствии явных этиологических причин (БА, СПНС, ГЭРБ, хронические заболевания, инородные тела) наиболее важным представляется выделение двух вариантов длительного кашля у детей соответственно классификации АССР.

При первом варианте ХК речь идет о кашле как единственном симптоме у здоровых детей, не сопро-

вождающемся эпизодами свистящего дыхания и дистантных хрипов. Наиболее частыми причинами ХК в этой группе пациентов являются нижеследующие.

Повторные вирусные инфекции, в т.ч. бронхиты, которые могут следовать один за другим, накладываясь и создавая картину ХК. Однако в этом случае, как правило, удастся выявить короткие «светлые» промежутки без наличия кашля. Данная клиническая ситуация очень часта в «курящих семьях», что необходимо учитывать, рекомендуя разобщение ребенка с воздействием табачного дыма. Нередким является возрастание общего числа респираторных инфекций, симулирующих картину ХК, у детей, впервые начинающих посещать детское учреждение. Однако такое увеличение является временным состоянием, самостоятельно разрешающимся в пределах 1–2 лет и не требующим в большинстве случаев фармакологической коррекции.

ХК как следствие некоторых инфекций, формирующих синдром длительного, иногда многомесячного коклюшеподобного кашля, нередко с типичными репризами либо рвотой. В качестве этиологического фактора могут рассматриваться возбудители коклюша, паракклюша, аденовирусы, микоплазмы, хламидии, уреоплазмы (у грудных детей). Описана возможная ассоциация ателектазов средней доли легкого при ХК у детей. Такой кашель часто рефрактерен к какой-либо терапии, хотя иногда полезным может быть курс соответствующих антибиотиков. В диагностике некоторую помощь могут оказать серологические тесты к указанным инфекциям.

Кашлевой вариант БА. Как указывалось выше, последние эпидемиологические и клинические исследования показывают, что в отличие от взрослых пациентов у детей изолированный ХК редко связан с эозинофильным воспалительным процессом, характерным для БА, а эффект от противоастматической терапии часто отсутствует, даже при наличии признаков гиперреактивности бронхов, хотя M.J. Davies et al. [6] описали положительный эффект от двухнедельной высокодозовой терапии флутиказона дипропионатом (500 мкг 2 раза в сутки) при изолированном ночном кашле у детей. Недавний систематизированный обзор, помещенный в Кохрейновской базе данных, свидетельствует об отсутствии к настоящему времени убедительных данных об эффективности ингаляционных кромонов в лечении неспецифического ХК у детей, хотя имеется одно нерандомизированное исследование, говорящее в пользу эффективности такой терапии [3]. Также недостаточно доказательств эффективности ингаляционных М-холиноблокаторов при неспецифическом ХК у детей [4]. Тем не менее можно выделить некоторые опорные клинические особенности ХК, свидетельствующие о возможной связи ХК и БА:

- связь эпизодов кашля с воздействием известных или предполагаемых аллергенов в отсутствие признаков респираторной инфекции;

- отсутствие явных клинических и параклинических признаков хронического заболевания, могущего лежать в основе ХК, в т.ч. нормальные результаты рентгенографии легких;
- наличие атопических заболеваний у ребенка или его родственников;
- четкий и быстрый эффект от противоастматической терапии. При этом необходимо учитывать, что частое спонтанное исчезновение ХК может «имитировать» эффект такой терапии и могут потребоваться дополнительные курсы для подтверждения такой связи.

Синдром постназального стекания. Основные причины и подходы к диагностике и лечению описаны выше. Необходимо отметить, что у детей эффект от терапии причин СПНС в отношении ХК, в частности эмпирическая терапия антигистаминными препаратами и оральными деконгестантами, гораздо менее отчетлив, чем у взрослых, если присутствует вообще [1]. Специфической для детского возраста причиной СПНС является разрастание аденоидной ткани, что часто требует хирургической коррекции. Альтернативой, особенно при рецидивировании аденоидита, может быть использование интраназальных стероидов.

Гастроэзофагеальный рефлюкс. Ранее считалось, что около 15% детей с ХК и нормальными результатами рентгенографии легких в качестве этиологической причины кашля имеют гастроэзофагеальный рефлюкс. Однако последние данные свидетельствуют о том, что роль гастроэзофагеального рефлюкса как причины ХК у детей, в отличие от взрослых пациентов, была несколько преувеличена. Необходимо помнить, что в целом гастроэзофагеальный рефлюкс регистрируется у многих грудных детей, исчезая с возрастом без какого-либо лечения, что рассматривается некоторыми авторами как нормальный физиологический процесс. Поскольку сам по себе кашель может провоцировать гастроэзофагеальный рефлюкс, оценить истинные причинно-следственные связи в этом случае довольно затруднительно. Поэтому ГЭРБ в настоящее время не рассматривается как одна из ведущих причин ХК у детей, хотя необходимо помнить о вероятности такой связи в отсутствие других диагностических гипотез.

Психогенный кашель является диагнозом исключения и чаще описывается у детей старше 5 лет (3—10% общего числа детей с ХК) с некоторым преобладанием у девочек и подростков с высокой школьной активностью. Клинически он может сопровождаться причудливыми звуковыми феноменами типа «лающего», «имеющего металлический оттенок» либо «напоминающего гусиный крик».

Психогенный ХК редко возникает во сне (хотя достоверность этого признака оспаривается), отсутствует во время отвлечения внимания (интеллектуальной нагрузкой, игрой), иногда может быть воспроизведен по требованию врача, в некоторых

случаях имеет тикоподобный характер. При этом необходимо помнить о звуковых феноменах, напоминающих кашель, при некоторых неврологических заболеваниях, в частности при синдроме Туретта. Лечение психогенного ХК заключается в различных приемах психологической коррекции, иногда бывает полезным короткий курс противокашлевых препаратов, в случае отсутствия эффекта полезна консультация психиатра и фармакологическая психокоррекция. Так называемый «привычный кашель», покашливание как вредная привычка» часто может быть единственным проявлением СПНС, что иногда требует короткой эмпирической терапии. В лечении иногда бывает полезным методика «тутого обертывания», в некоторых случаях обрывающая ХК.

Второй вариант ХК (специфический кашель) является у детей с наличием дополнительных клинических особенностей и симптомов, свидетельствующих о возможных тяжелых хронических заболеваниях (преимущественно врожденных), лежащих в его основе [7]:

- необычно частый или выраженный ХК, значительно нарушающий повседневную активность ребенка;
- возникновение кашля в грудном возрасте, особенно в период новорожденности;
- продуктивный характер кашля, особенно с гнойной мокротой, что совершенно не характерно для БА, наличие аускультативно выявляемых влажных хрипов;
- кровохаркание;
- сочетание ХК и повторных бактериальных инфекций респираторного тракта, рефрактерных к антибактериальным препаратам первого выбора либо вызванных нетипичной для соответствующего возраста флорой;
- связь эпизодов кашля с кормлением ребенка;
- задержка физического и/или нервно-психического развития ребенка;
- снижение толерантности к физической нагрузке;
- аномалии сердечно-сосудистой системы;
- аномалии грудной клетки;
- боль в грудной клетке;
- диспноэ или тахипноэ;
- признаки хронической гипоксии, цианоз;
- признаки иммунодефицита, повторные пневмонии.

Выявление любого из перечисленных признаков свидетельствует о возможном наличии специфического ХК и является поводом для самого тщательного обследования ребенка с целью исключения широкого спектра этиологических причин.

Наиболее частыми причинами ХК в этой группе пациентов являются: муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, дефицит (Xj)-анти трипсина, врожденный и приобретенный иммунодефициты, врожденные аномалии респираторного тракта, бронхоэктазы и хроническая пневмония, пороки сердца, аспирация инородного тела, туберкулез органов дыхания [7, 12, 19].

Необходимо отметить, что противокашлевые средства (кодеин и его синтетические аналоги) в большинстве случаев не должны быть препаратами первого выбора в лечебной стратегии ХК у детей, так как они могут маскировать клинические проявления, не способствуя точной этиологической верификации синдрома. Не является также доказанной и эффективность отхаркивающих средств и муколитиков в терапии ХК у детей, за исключением случаев хронической бронхолегочной патологии (например, муковисцидоза) [7].

Таким образом, в соответствии с имеющимися к настоящему времени авторитетными клиническими рекомендациями, у взрослых некурящих и не принимающих ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента пациентов доминирующими причинами ХК являются БА, СПНС и ГЭРБ. До недавнего времени эти же нозологии упоминались как основные причины ХК и в детской популяции [12]. Однако последние исследования показывают, что у детей этиологическая роль подобных состояний, в частности кашлевого варианта БА, меньше, чем у взрослых, а ответ на терапию в соответствии со стратегией treating sequentially менее отчетлив [7]. Тем не менее мы считаем, что в отсутствие четких этиологических причин длительного кашля у детей возможно осторожное использование лечебно-диагностических подходов, апробированных и доказавших свою клиническую эффективность у взрослых. В то же время необходимо помнить и о других специфичных для детей причинах ХК.

Как уже упоминалось, диагностика причин ХК может быть осложнена тем обстоятельством, что достаточно часто кашель может быть мультифакторальным состоянием (от 18 до 62% согласно популяционным исследованиям с разным дизайном) и выявить вклад каждого компонента бывает затруднительно. Ситуацию осложняет и возможное наличие специфичных для детской популяции причин хронического кашля, прежде всего наследственных заболеваний, врожденных аномалий и инородного тела респираторного тракта. В ситуации диагностической неопределенности клиницисту крайне необходимо знать ключевые положения, касающиеся чистых, изолированных причин ХК у детей и взрослых и использовать в клинической практике четко структурированные диагностические алгоритмы, основанные на хорошо спланированных научных исследованиях. Только такой подход, на наш взгляд, может оказаться терапевтически успешным и принести реальную пользу пациенту.

Литература

1. Birring S.S., Passant C., Patel R.B. et al. // *Eur. Respir. J.* - 2004. - Vol. 23, No. 2. - P. 199-201.
2. Bisgard K.M., Pascual F.B., Ehresmann K.R. et al. // *Pediatr. Infect. Dis. L* - 2004. - Vol. 23, No. 11. - P. 985-989.

3. Chang A., Marchant J.M., Mckean M., Morris P. // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2004. - No. 2. - P. CD004436.
4. Chang A.B., Mckean M., Morris P. // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2004. - No. 1. - P. CD004358.
5. Charlton A. // *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.)*. - 1984. - Vol. 288, No. 6431. - P. 1647-1649.
6. Davies M.J., Fuller P., Picciotto A., Mckenzie S.A. // *Arch. Dis. Child.* - 1999. - Vol. 81, No. 1. - P. 38-44.
7. DeJongste J.C., Shields C. // *Thorax*. - 2003. - Vol. 58, No. 11. - P. 998-1003.
8. Finnish Medical Society Duodecim. *Prolonged Cough in Children*. Helsinki: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2001 Nov. 17 [электронный ресурс] <http://www.guideline.gov/guidelines/ftngc-2602.txt>
9. French C.T., Irwin R.S., Fletcher K.E., Adams T.M. // *Chest*. - 2002. - Vol. 121, No. 4. - P. 1123-1131.
10. Glauser F.L. // *Ann. Allergy*. - 1972. - Vol. 30, No. 8. - P. 457-459.
11. Holinger L.D., Sanders A.D. // *Laryngoscope*. - 1991. - Vol. 101, No. 6, Pt 1. - P. 596-605.
12. Irwin R.S., Boulet L.P., Cloutier M.M. et al. // *Chest*. - 1998. - Vol. 114, No. 2, Suppl. - P. 133S-181S.
13. Irwin R.S., Corrao W.M., Pratter M.R. // *Am. Rev. Respir. Dis.* - 1981. - Vol. 123, No. 4, Pt 1. - P. 413-417.
14. Irwin R.S., Madison J.M. // *N. Engl. J. Med.* - 2000. - Vol. 343, No. 23. - P. 1715-1721.
15. Janson C., Chinn S., Jarvis D., Burney P. // *Eur. Respir. J.* - 2001. - Vol. 18, No. 4. - P. 647-654.
16. Kastelik J.A., Aziz I., Ojoo J.C. et al. // *Eur. Respir. J.* - 2005. - Vol. 25, No. 2. - P. 235-243.
17. Lin L., Poh K.L., Lim T.K. // *Proc. AMIA Symp.* - 2001. - P. 383-387.
18. Luyt D.K., Burton P.R., Simpson H. // *Bmj*. - 1993. - Vol. 306, No. 6889. - P. 1386-1390.
19. Morice A.H., Fontana G.A., Sovijarvi A.R. et al. // *Eur. Respir. J.* - 2004. - Vol. 24, No. 3. - P. 481-492.
20. Morice A.H., Kastelik J.A. // *Thorax*. - 2003. - Vol. 58, No. 10. - P. 901-907.
21. Pavord I.D. // *Eur. Respir. J.* - 2005. - Vol. 25, No. 2. - P. 213-215.
22. Schroeder K., Fahey T. // *Arch. Dis. Child.* - 2002. - Vol. 86, No. 3. - P. 170-175.
23. Seear M., Wensley D. // *Eur. Respir. J.* - 1997. - Vol. 10, No. 2. - P. 342-345.

Поступила в редакцию 30.06.05.

MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS OF THE LONG COUGH IN CHILDREN

S.Yu. Tereshenko

Scientific Research Institute of Medical Problems of the North Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Science, Krasnoyarsk State Medical Academy

Summary — It's the review of literature, devoted to principles of diagnostics of the chronic cough in children. It is emphasized, that in a situation of diagnostic uncertainty it is extremely necessary to know the key positions concerning the isolated reasons of chronic cough in children and adults, and to use precisely structured diagnostic algorithms based on well designed scientific researches.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 7-13.