

А.В.Аверьянов, Т.Л.Пашкова

СУХОЙ КАШЕЛЬ

Кашель является самым распространенным симптомом заболеваний органов дыхания и пятой по частоте причиной обращения к врачу [20]. Однако, несмотря на столь важное место в семиотике внутренних болезней, знания врачей о причинах, особенностях, подходах к диагностике и дифференцированному лечению кашля далеко не совершенны.

Кашель выполняет две основные функции: помогает эвакуации секрета из воздухоносных путей (ВП) и защищает от аспирации.

Физиология кашлевого рефлекса. Нейрорефлекторная дуга кашлевого рефлекса включает в себя периферические кашлевые рецепторы, афферентные волокна блуждающего и верхнего гортанного нерва, кашлевой центр, локализованный в продолговатом мозге и эфферентные пучки блуждающего, диафрагмального нерва и спинальных ганглиев, несущие импульсы к мускулатуре, участвующей в акте кашля [2,11]. Соответственно любое воздействие на афферентную часть рефлекторной дуги — будь то стимуляция кашлевых рецепторов, сдавление нервных стволов или раздражение кашлевого центра могут вызвать кашель. Вопреки распространенному мнению о локализации кашлевых рецепторов преимущественно в области карины и делений крупных бронхов, не меньшее их количество расположено между эпителиальными клетками верхних дыхательных путей — гортани, задней стенки глотки, в слизистой околоносовых пазух. Кроме того, кашлевые рецепторы локализируются вне воздухоносных путей — в наружном слуховом проходе, плевре, перикарде, диафрагме, желудке [11]. Типы кашлевых рецепторов ВП представлены в табл.1.

В зависимости от длительности кашлевого анамнеза выделяют острый и хронический кашель. Острым считается кашель продолжительностью не более 3 недель; хроническим — превышающий этот срок [6].

По экспекторации кашель делится на продуктивный и непродуктивный (сухой). Это деление несколько субъективно, т.к. длительно кашляющие пациенты, особенно курящие, склонны игнорировать не только выделение мокроты, но и сам кашель, считая его естественным спутником своего пристрастия. Наоборот, кашель невротического генеза часто представляется больным как продуктивный, однако объективные методы диагностики не подтверждают присутствия патологического секрета в ВП.

Для объективизации кашля используются три главные группы методик, основанные на механическом подсчете кашлевых эпизодов, ведении пациентом кашлевого дневника и мониторинговании кашля портативными записывающими устройствами. Подсчет кашлевых толчков медицинским персоналом применяется, как правило, для оценки кашлевого порога при проведении кашлевого провокационного теста. Заполнение кашлевого дневника проводится самим пациентом обычно с целью оценки противокашлевого эффекта проводимого лечения. Мы приводим пятиступенчатую шкалу самооценки дневных и ночных эпизодов кашля, используемую в исследованиях по кашлю (табл.2).

Третьим и наиболее достоверным методом объективизации кашля является его мониторингование. Принцип записи основан на одновременной регистрации звукового феномена кашля микрофоном и сокращения мышц передней брюшной стенки и диафрагмы эпигастральным

Таблица 1

Типы и характеристики кашлевых рецепторов ВП

Тип рецепторов	Ирритантные (быстро адаптирующиеся)	Бронхиальные С-волокна
Преимущественная локализация	Между эпителиальными клетками глотки, гортани, трахеи, карины	Под эпителием и в артериолах главных, долевых и сегментарных бронхов
Скорость проведения импульса, м/с	2—25	<2
Стимуляция	Поллютанты, табачный дым, холодный воздух, механическое раздражение	Медиаторы воспаления: брадикинин, ПГЕ2, капсаицин



Рис. Схема устройства туссометра.

датчиком (электромиографическим или акселерометром). Запись может производиться до 24 часов в амбулаторных условиях и позволяет оценить количество кашлевых толчков и их распределение во времени, а по акустическим характеристикам судить о диагнозе [14,21]. В России подобный прибор был сконструирован в ОКБМ г.Воронежа и получил название туссографа [1,4]. Принципиальная схема устройства туссографа представлена на рис.1.

Подразделение на сухой и продуктивный кашель удобно с практической точки зрения, т.к. уже при сборе анамнеза позволяет выделить направление диагностического поиска. Учитывая обозначенные выше физиологические основы кашля, можно считать, что сухой кашель является следствием стимуляции ирритантных или экстрареспираторных рецепторов, эфферентных нервных путей либо кашлевого центра. Продуктивный кашель связан с раздражением С-волокон медиаторами воспаления бронхиального дерева.

Столь жесткая привязка характера кашля к определенной нозологической единице, конечно же, условна. При одном заболевании в разные фазы патологического процесса может иметь место как продуктивный,

так и непродуктивный кашель (например, пневмония, ТЭЛА, бронхиальная астма и др.) и всякий хронический кашель проходит через стадию острого. Речь идет о типичном, патогномичном для каждой болезни кашле.

Мы рассмотрим случаи хронического сухого кашля как наиболее сложного для диагностики. В США у 23% больных, обратившихся к врачу по поводу хронического непродуктивного кашля, его причина не была установлена и пациентам предложено было продолжать жить со своим кашлем, используя для облегчения симптоматические противокашлевые средства [16]. Наиболее частые заболевания проявляющиеся хроническим кашлем представлены в табл.3.

Для успешного ведения больных с хроническим кашлем необходимо обладать информацией об особенностях кашля при различной патологии, возможном спектре причин данного симптома и иметь доступный диагностический алгоритм для их определения.

Уже на этапе сбора анамнеза и анализа картины кашля во многих случаях можно предположить его происхождение [5]. При расспросе нужно узнать, с чем связано начало кашля, в какое время суток возникает, чем провоцируется, носит персистирующий или пароксизмальный характер, какими сопутствующими симптомами сопровождается. Физикальный осмотр проводится по общим правилам, однако особое внимание должно быть обращено на зону носоглотки с обязательным проведением передней и задней риноскопии и фарингоскопии.

В перечень диагностических тестов при хроническом кашле включается рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа, спирометрия с бронходилататором, скарификационные аллергопробы, провокационный бронхоконстрикторный тест с метахолином или гистамином, эзофагогастроскопия, а при отсутствии каких-либо нарушений — фибробронхоскопия.

В табл.4 отражены основные варианты хронического непродуктивного кашля и их дифференциальные признаки.

Наиболее частыми причинами хронического сухого кашля являются кашлевой вариант бронхиальной астмы (КВА), воспалительные гиперсекреторные процессы в носоглотке (*dripsyndrome*) и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, охватывающие в совокупности 80% случаев кашля [16,18,20].

Кашлевой вариант бронхиальной астмы. Этот тип БА был впервые описан *W.M.Corrao et al.* в 1960 г. КВА является самой частой причиной хронического кашля у взрослых (24—39%) [9,16,18,23].

В отличие от типичной клинической картины БА с одышкой, свистящими хрипами и продуктивным кашлем в их комбинации, доминирующим клиническим симптомом КВА является непродуктивный кашель [9]. Кашель, как правило, частый, досаждающий самому пациенту и окружающим, в течение дня и ночью, устойчив к терапии β_2 -агонистами, теофиллинами, противокашлевыми и отхаркивающими препаратами. Характерны стереотипные серии кашлевых толчков, нередко заканчивающиеся позывами на рвоту. Кашель

Таблица 2

6- балльная шкала оценки дневного и ночного кашля

Дневной кашель	Ночной кашель
0. Нет кашля	0. Нет кашля
1. Единичные кашлевые толчки	1. Кашель, не прерывающий сон
2. Редкий кашель в течение дня	2. Кашель, приводящий к прерыванию сна не более 2 эпизодов
3. Частый кашель, не влияющий на дневную активность	3. Кашель, приводящий к прерыванию сна более 2 эпизодов
4. Частый кашель, снижающий дневную активность	4. Частое прерывание сна из-за кашля
5. Тяжелый кашель, невозможность вести обычную активность	5. Кашель, не дающий возможности заснуть

Виды и причины кашля

Кашель	Острый	Хронический
Продуктивный	Острый бронхит, пневмония	Хронический бронхит, бронхоэктазы, бронхиальная астма (кроме КВА), туберкулез легких, рак бронха, муковисцидоз, застойная левожелудочковая недостаточность
Непродуктивный	Респираторные инфекции ВДП, аллергический ринит, острый синусит, тромбоэмболия легочной артерии, сердечная астма, сухой плеврит, наружный отит, пневмоторакс, аспирация инородных тел, перикардиты	Кашлевой вариант бронхиальной астмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронические воспалительные процессы в носоглотке (ринит, синусит), интерстициальные заболевания легких, прием антагонистов АПФ, невротический кашель, объемные процессы в средостении, коклюш

обычно провоцируется холодным воздухом, резкими запахами и респираторными инфекциями. Одышка и приступы удушья не характерны для этой формы БА. Несмотря на выраженность кашля, физикальные и лабораторные данные скудны и малоинформативны, а показатели спирометрии чаще всего не отклоняются от нормальных. Пробы с бронхолитиками не дают достоверного прироста ОФВ₁ и ПСВ. Не случайно КВА считается наиболее трудной для диагностики формой БА. В такой ситуации первостепенное значение приобретает провокационный тест с метахолином или гистамином, являющийся положительным у 80—92% пациентов с КВА и суточная пикфлоуметрия, позволяющая выявить значимые колебания ПСВ. Аллерго-

логическое тестирование с традиционными аллергенами также имеет диагностическую ценность, однако чувствительность этого метода при КВА не превышает 50% [16].

Лечение КВА имеет свои особенности. Во-первых, не требуется стационарного этапа при обострении. Во-вторых, терапия β_2 -агонистами, как правило, не оказывает влияния на частоту и интенсивность кашля. В-третьих, начинать лечение следует с ингаляционных нестероидных противовоспалительных препаратов, предпочтительнее с недокромила натрия (возможно, в сочетании с ментолом), обладающего противокашлевым эффектом в суточной дозе не менее 8 мг/сут [7]. При отсутствии результата в течение двух недель

Таблица 4

Клинические особенности и диагностические признаки непродуктивного кашля при различных заболеваниях

Причина кашля	Характеристика кашля	Диагностические признаки
Кашлевой вариант бронхиальной астмы	Интенсивный частый кашель. Серии кашлевых толчков чередуются с отдельными кашлевыми эпизодами. Стереотипный кашель днем и ночью	Провоцируется холодным воздухом, резкими запахами, респираторной инфекцией. Атопия. Положительный тест с метахолином/гистамином
Воспаления носоглотки	Умеренный силы кашель 2—3 кашлевых толчка с паузами	Усиливается ночью лежа на спине. Ощущение присутствия секрета в глотке. При риноскопии-слизистое или гнойное отделяемое в носовых ходах и на задней стенке глотки
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Отдельные кашлевые толчки умеренной интенсивности	Усиливается в горизонтальном положении, ночью. Изжога, сухость в горле. Эндоскопически признаки эзофагита. Эффект от антисекреторной и антацидной терапии
Невротический кашель	Гулкий, громкий кашель только в дневное время	Молодые женщины и дети. Усиление в присутствии посторонних и при волнении. Ощущение щекотания в яремной ямке
Коклюш	Приступообразный кашель с внезапным началом и окончанием днем и ночью	В окружении страдающие подобным кашлем или коклюшем. Зимний кашель. Серологическое подтверждение
Аспирация инородных тел	Сильный непрерывный кашель. Внезапное начало во время еды	Чаще в детском возрасте. Бронхологическое подтверждение
Прием антагонистов АПФ	Средней частоты низкочастотные кашлевые толчки	Зрелый и пожилой возраст. Артериальная гипертензия. Начало кашля через 1—2 недели приема антагонистов АПФ

необходим курс ингаляционных кортикостероидов в суточной дозе от 1000 мкг и выше на 2—3 месяца. Ряд авторов считают, что при выраженном кашле с нарушением сна и повседневной активности следует сразу назначать 2-недельный курс оральных стероидов (40 мг преднизолона в первую и 30 мг во вторую неделю лечения) [10]. В четвертых, для облегчения кашля возможно назначение ипратропиума бромидом в ингаляциях по 40 мг 4 раза в сутки.

Получение эффекта от проводимой противовоспалительной терапии является доказательством присутствия у больного КВА даже при негативных диагностических тестах [10].

Воспалительные гиперсекреторные заболевания носоглотки (ВГЗН). Это группа заболеваний, объединенных общим патогенетическим звеном — образованием воспалительного секрета в задних отделах полости носа и стеканием его по задней стенке глотки с последующим проглатыванием. Присутствие патологического отделяемого в глотке приводит к раздражению ирритантных рецепторов и вызывает кашель [15]. Главными болезнями данного круга являются аллергический, вазомоторный ринит, а также — хронический синусит. Эти процессы являются самой частой причиной кашля в детском и юношеском возрасте и второй по частоте у взрослых с хроническим сухим кашлем (22—35%) [15,18]. Кашель в данной ситуации неглубокий, по 2—3 кашлевых толчка подряд, но частый. Он обычно усиливается при резких перепадах температуры воздуха, учащается в ночные и утренние часы, особенно при перемене положения тела. Почти все пациенты отмечают ощущение присутствия секрета в глотке и необходимость прочищать горло перхающими движениями, полосканием горла или промыванием носа. Сопутствующими, но необязательными симптомами могут быть заложенность носа, наружные выделения из носа, чихание, головные или фациальные боли. Диагностическими тестами для подтверждения воспалительных процессов в носоглотке являются визуальный и инструментальный осмотр носо- и ротоглотки с обнаружением полнокровия или атрофии слизистой полости носа со скоплением секрета в виде тяжелой или пробок в носовых ходах и на задней стенке глотки. При подозрении на синусит проводят рентгенографию придаточных пазух носа.

Лечение проводят в зависимости от диагноза. При аллергическом рините — инсуффляции кромогликата натрия и/или назальные стероиды и антигистаминный препарат перед сном, при вазомоторном рините — деконгестанты и назальные стероиды, в случае синусита — курс антибактериальной терапии с деконгестантами и при необходимости пункция пазухи [17].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — третья ведущая причина (10—21%) хронического непродуктивного кашля у взрослых [14,16,18]. Часто кашель — единственное клиническое проявление ГЭРБ (10—75% пациентов). Механизм индуцирования кашля сводится, с одной стороны, к ирритации желудочным соком окончаний блуждающего нерва в нижней трети пищевода с последующим переключением импульсов

на проводящие пути к кашлевому центру [14]. С другой стороны, при ГЭРБ имеет место микроаспирация кислой среды с химической стимуляцией кашлевых зон. Кашель при ГЭРБ может быть частым, он усиливается в горизонтальном положении и ночью. Интенсивность кашля обычно невелика. Характерно, что традиционные индукторы кашля, как-то: респираторная инфекция, холодный воздух, табачный дым, физическая нагрузка, не оказывают на него влияния. Для диагностики ГЭРБ используется эзофагоскопия с выявлением гиперемии, отека или эрозивно-язвенных дефектов слизистой дистальных отделов пищевода. Объективизация достигается путем биопсии слизистой оболочки. Однако когда визуальные и морфологические признаки рефлюксэзофагита еще отсутствуют, а клинические проявления уже есть, ГЭРБ может быть определена при суточном мониторинге рН пищевода. Достоверными признаками рефлюкса считается снижение рН пищевода ниже 4 (норма рН 5,5—7), не менее 50 эпизодов в сутки или суммарно более 1 часа [14]. Подходы к терапии ГЭРБ складываются из рекомендаций по образу жизни (сон с приподнятым головным концом кровати не раньше чем через 3 часа после еды, снижение веса, прекращение курения), диете (исключение стимуляторов желудочной секреции — кофе, алкоголя, острых блюд), сопутствующему приему медикаментов (нитраты, спазмолитики, антагонисты кальция, теofilлин, кислоты не рекомендуются) и лекарственной терапии. Медикаментозное лечение включает в себя три основные группы препаратов: А) Прокинетики — средства нормализующие моторно-эвакуаторную функцию ЖКТ. К ним относятся домперидон (мотилиум) или цизаприд (координакс) по 10 мг 3 раза в день Б) Антациды — маалокс, ремегель и др. по 1—2 дозе 3 раза в день после еды и перед сном В) Антисекреторные средства 1) H₂-гистаминоблокаторы: ранитидин 300 мг или фамотидин 40 мг вечером 2) Ингибиторы протонной помпы — омепразол (20 мг 2 раза) или лансопразол (30 мг 2 раза). Продолжительность курса лекарственной терапии зависит от тяжести ГЭРБ. В случае ГЭРБ без эзофагита ограничиваются препаратами первых двух групп в течение 2—3 недель. Присутствие эзофагита требует трехкомпонентной схемы лечения длительностью 6—8 недель с последующим переходом на поддерживающие дозы H₂-гистаминоблокаторов и прокинетиков [3]. ГЭРБ страдает до 40% взрослого населения, поэтому ГЭРБ может рассматриваться как причина хронического кашля лишь в случае его редукции на фоне комплексного лечения в течение 8 недель [6].

Среди прочих вариантов сухого кашля следует выделить коклюшный кашель у взрослых и невротический кашель.

Коклюш — одна из забытых причин кашля у взрослых, а между тем имеются исследования, показывающие, что при кашле, длящемся более 2 недель, 21% пациентов имели серологические доказательства коклюшной инфекции [24]. Болезнь начинается как обыкновенная простуда с катаральных явлений со стороны носа и умеренного кашля. Эта фаза длится 7—10 дней.

Затем наступает период тяжелого приступообразного кашля с глубоким шумным вдохом и серией интенсивных кашлевых толчков, часто заканчивающейся рвотой. Подобный кашель у взрослых, особенно привитых коклюшной вакциной, встречается редко. Обычно коклюш протекает в стертой форме и проявляется персистирующим кашлем продолжительностью до 3 месяцев. Отличительной чертой такого кашля является его приступообразность. Кашель начинается внезапно как днем, так и ночью, следует ряд сильных кашлевых толчков и также внезапно прекращается. В интервалах между приступами пациент совершенно не кашляет. Коклюшный кашель практически резистентен ко всем видам противокашлевой терапии. Коклюшу свойственна сезонность — преимущественно в холодное время года.

Диагноз коклюша сложен. Культурально *Bordetella pertussis* можно выделить лишь в первые 2 недели болезни из носовой слизи. В дальнейшем необходимо определять нарастание титра антител к коклюшному токсину, что невозможно в большинстве лечебных учреждений. Помощь в постановке диагноза коклюша может оказать сбор анамнеза — указание, что кто-то в семье заболел коклюшем или имеет подобный кашель.

Терапия коклюша малоэффективна. Лишь кодеино-содержащие препараты могут на короткое время уменьшить интенсивность кашля.

Невротический кашель имеет настолько яркую картину, что может быть распознан сразу, будучи услышанным [20,22]. Чаще болеют молодые женщины и дети школьного возраста. Кашель гулкий, “лающий” или напоминающий гусиное гоготанье, взрывной, возникает преимущественно в присутствии других лиц. Во время сна кашля нет. Начало кашля обычно связывается с респираторной инфекцией. Как правило, пациенты имеют неразрешенные психологические проблемы и отмечают усиление кашля при волнении. Все диагностические тесты бывают негативными. Такой кашель может продолжаться месяцы и годы и очень сложен для лечения. Медикаменты редко приносят результат. Могут оказаться полезными суггестивная терапия и помощь психолога.

Около 10% пациентов, принимающих ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента — АПФ (каптоприл, эналаприл) имеют сухой кашель в качестве побочного эффекта. Учитывая широкое назначение этих препаратов в кардиологической практике, всегда следует интересоваться у больных с кашлем лекарственным анамнезом. Механизм возникновения кашля от ингибиторов АПФ неизвестен, однако обсуждается значение брадикинина как возможного индуктора кашля, т.к. АПФ участвует в инактивации брадикинина [19]. Кашель в виде единичных кашлевых толчков низкого тембра днем и ночью, независим от внешних факторов. Он проходит полностью с прекращением приема лекарства.

Сухой кашель является частым спутником интерстициальных заболеваний легких. Однако он в данных случаях, в отличие от одышки, не является доминирующим симптомом и не требует специальной диагностики.

При всем разнообразии возможных причин хронического сухого кашля существуют случаи, когда кашель невозможно связать с тем или иным заболеванием. Это ситуации гиперчувствительности кашлевых рецепторов [8,12]. Чувствительность кашлевых рецепторов определяется путем ингаляции провоцирующих кашель агентов. Чаще всего используют экстракт жгучего перца — капсаицин, лимонную кислоту или гипотонический раствор хлорида натрия. Кашлевой порог (КП) рассчитывается по минимальной дозе, способной вызвать 2 или 5 кашлевых толчков (КТ). В норме КП для вызывания 2 КТ составляет 10 мкМ, а 5 КТ — 30 мкМ капсаицина [8]. Если ингалированная доза ниже КП у здоровых, говорят о гиперчувствительности кашлевого рефлекса. КП порог может быть настолько низким, что обычные концентрации пыли и иных поллютантов во вдыхаемом воздухе способны вызвать кашель. Такой кашель обычно частый, навязчивый, усиливается от любых традиционных кашлевых провокаторов, дыхания открытым ртом и глубоких вдохов. Он уменьшается в ночное время и в состоянии покоя. Начало кашля связано, как правило, с респираторной вирусной инфекцией. Объяснение низкого кашлевого порога сводится к “обнажению” нервных окончаний за счет разрушения эпителиального слоя. Лечение симптоматическое, оно сводится к подавлению различных звеньев кашлевого рефлекса. Используются две группы препаратов — противокашлевые средства центрального действия (опиаты или бутимирад) и местные анестетики, в частности, лидокаин, ингалируемый через небулайзер в дозе от 10 до 40 мг в зависимости от выраженности кашля [11].

Итак, сухой кашель является серьезной клинической проблемой, требующей от врача не только знаний, но также настойчивости и последовательности в трудном пути от симптома к диагнозу. Мы рассмотрели наиболее частые и сложные случаи хронического непродуктивного кашля. Тем не менее, используя современные подходы к диагностике кашля, почти всегда можно установить его истинное происхождение и при помощи специфической терапии достигнуть нужного результата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянов А.В., Пашкова Т.Л. Туссография — метод мониторинга кашля // Пульмонология. — 1998. — № 2. — С.38—40.
2. Гриппи М.А. Патфизиология легких: Пер. с англ. — М.: Бино, 1997. — С.242—244.
3. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения болезней органов пищеварения / Григорьев П.Я., Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И. и др. — М., 1998. — С.3—5.
4. Провоторов В.М., Прицепов Ю.Л., Шайдарова В.А. и др. Клинико-диагностическое значение качественных показателей кашля при неспецифических заболеваниях легких // Тер. арх. — 1993. — № 4. — С.60—65.
5. Сильвестров В.П. Кашель // Там же. — 1992. — № 3. — С.136—139.
6. ACCP Consensus panel on managing cough as a defence mechanism and as a symptom // Chest. — 1998. — Vol.114. — Suppl. — P.133—181.
7. Cherniack R.M., Wasserman S.I. et al. A double-blind multicenter group comparative study of the efficacy and safety of nedocromil sodium in the management of asthma // Chest. — 1990. — Vol.97. — P.1299—1306.

8. Choudry N.B., Fuller R.W. Sensitivity of the cough reflex in patients with chronic cough // *Eur. Respir. J.*— 1992.— Vol.5.— P.296—300.
9. Corrao W.M., Braman S.S., Irwin R.S. Chronic cough as the sole presenting manifestation of bronchial asthma // *New Engl. J. Med.*— 1979.— Vol.300.— P.633—637.
10. Doan T., Patterson R., Greenberger P.A. Cough variant asthma: Usefulness of a diagnostic-therapeutic trial with prednisone // *Ann. Allergy.*— 1992.— Vol.69.— P.505—509.
11. Fuller R.F., Jackson D.M. Physiology and treatment of cough // *Thorax.*— 1990.— Vol.45.— P.425—430.
12. Fuller R.W., Choudry N.B. Patients with a non-productive cough have increased cough reflex // *Ibid.*— 1988.— Vol.43.— P.255—258.
13. Hsu J.Y., Stone R.B. et al. Coughing frequency in patients with persistent cough: assessment using a 24 hour ambulatory recorder // *Eur. Respir. J.*— 1994.— Vol.7.— P.1246—1253.
14. Ing A.J., Ngu M.S., Breslin A.B.X. Chronic persistent cough and gastroesophageal reflux // *Thorax.*— 1991.— Vol.46.— P.479—483.
15. Irwin R.S., Pratter M.R., Holland P.S. et al. Postnasal drip causes cough and is associated with reversible upper airway obstruction // *Chest.*— 1984.— Vol.85.— P.346—352.
16. Irwin R.S., Curley F.J., French C.L. Chronic cough. The spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy // *Amer. Rev. respir. Dis.*— 1990.— Vol.141.— P.640—647.
17. Lund V.J., Aaronson D.W., Bousquet J. et al. International consensus report on the diagnosis and management of rhinitis // *Allergy.*— 1994.— Vol.49.— Suppl.19.— P.5—34.
18. McGarvey L.P.A., Heaney L.G. et al. Evaluation and outcome of patients with chronic non-productive cough using a comprehensive diagnostic protocol // *Thorax.*— 1998.— Vol.53.— P.738—743.
19. Morice A.H., Brown M.J., Lowry R., Higenbottam T. Angiotensin-converting enzyme and the cough reflex // *Lancet.*— 1987.— Vol.2.— P.1116—1118.
20. O'Connell E.J., Li J.T. Chronic cough // *Immun. Allergy Clin. N. Amer.*— 1996.— Febr.— P.1—16.
21. Piirila P., Sovijary A.R. Differences in acoustic and dynamic characteristics of spontaneous cough in pulmonary diseases // *Chest.*— 1989.— Vol.96.— P.46—53.
22. Shuper A., Mukamei M., Mimouni M. et al. Psychogenic cough // *Arch. Dis. Child.*— 1983.— Vol.58.— P.745—749.
23. Thiadens H.A., De Bock G.H. et al. Identifying asthma and COPD in patients with persistent cough presenting to general practitioners: descriptive study // *Brit. med. J.*— 1998.— Vol.316.— P.1286—1290.
24. Wright S.W., Edwards K.M., Decker M.D. et al. Pertussis infection in adults with persistent cough // *J.A.M.A.*— 1995.— № 13.— P.1044—1046.

Поступила 19.03.99.

Заметки из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1999

УДК [616.233-003.4-004]-089-06

Л.Ф.Ковалева, Т.Е.Гембицкая.

ПУЛЬМОЗИМ — ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНОЙ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Государственный научный центр пульмонологии МЗ РФ

Муковисцидоз (МВ) — наиболее частое моногенное заболевание представителей белой расы с аутосомно-рецессивным типом наследования, обусловленное мутацией гена трансмембранного регуляторного белка муковисцидоза (ТРБМ). Заболевание характеризуется поражением экзокринных желез жизненно важных органов и систем, как правило, имеет тяжелое течение и неблагоприятный прогноз. Основным клиническим проявлением МВ является поражение легких и желудочно-кишечного тракта. Симптомы поражения дыхательной системы связаны с образованием густого гнойного секрета в просвете бронхов, что способствует росту патогенной флоры, развитию воспаления, симптомов бронхиальной обструкции. Повторяющиеся респираторные инфекции приводят к прогрессирующему ухудшению легочной функции и ранней смертности.

Поражения органов пищеварения являются значимыми в клинической картине МВ [1]. Кишечный синдром при МВ формируется вследствие ферментативной внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, желез кишечника и изменений свойств желчи. Поражение желудочно-кишечного тракта развивается параллельно с легочной патологией, реже изолированно [4]. Одним из редких желудочно-кишечных осложнений при муковисцидозе является аппендицит, он встречается у 1—2% больных МВ [2,3]. Диагностика аппендицита при МВ достаточно затруднительна из-за атипичности проявлений в ряде случаев, что связано с применением длительной антибактериальной терапии у больных с хронической легочной инфекцией.