

## Аналіз причин синдрому хронічного кашлю у військовослужбовців

В. В. ДЯЧЕНКО<sup>1</sup>, С. А. БИЧКОВА<sup>2</sup>,  
Г. А. ЧУМАЧЕНКО<sup>2</sup>, Е. М. ТУМАРОВА<sup>1</sup>,  
Л. І. ПАРХОТИК<sup>1</sup>, І. Г. ЗАКОВОРОТНА<sup>1</sup>,  
С. С. ТАРАНУХІН<sup>1</sup>, Л. В. СТАРОКОНЬ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> – Національний військово-медичний клінічний центр  
«Головний військовий клінічний госпіталь»

<sup>2</sup> – Українська військово-медична академія

### Резюме

**Мета роботи** – визначення провідних причин синдрому хронічного кашлю у військовослужбовців та пенсіонерів Міністерства оборони України.

**Матеріал і методи.** Для вирішення поставленої мети було обстежено 146 хворих чоловічої статі, які звернулися за консультацією до пульмонолога з приводу хронічного кашлю. Середній вік пацієнтів становив  $(52,3 \pm 7,8)$  року, усі хворі знаходилися на обстеженні та стаціонарному лікуванні у клініках Національного військово-медичного клінічного госпіталю «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України. Усі хворі були розподілені на три групи: 1-у групу склали 52 пацієнти, у яких причиною кашлю була бронхолегенева патологія (при подальшому детальному обстеженні було встановлено діагноз бронхіальної астми або хронічного обструктивного захворювання легень), у 2-у групу ввійшли 54 хворих, у яких причиною кашлю була гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, а 3-ю групу становили 40 хворих із синдромом постназального затікання.

**Результати та обговорення.** При первинному обстеженні не було виявлено вірогідних відмінностей між такими клінічними ознаками як інтенсивність кашлю, наявність мокроти та куріння в анамнезі. Встановлено, що у пацієнтів 1-ї та 3-ї групи спостерігалось виділення великої кількості мокротиння порівняно з 2-ю групою, однак характер мокротиння при цьому відрізнявся: якщо в 1-ї та 3-ї групах спостерігали мокротиння слизового та слизово-гнійного характеру (34,61 та 40,38% відповідно), то в 3-ї групі переважна більшість пацієнтів (62,5%) мала мокротиння слизово-гнійного характеру.

Подальше обстеження хворих дало змогу встановити діагноз інтермітуючої та легкої персистоючої бронхіальної астми у 36 пацієнтів 1-ї групи (69,23%), а також вперше діагностованого хронічного обструктивного захворювання легень (група А, GOLD 1) у 16 осіб (тест оцінки перебігу захворювання  $(8,5 \pm 1,1)$  бала, задихка за шкалою mMRC  $(1,2 \pm 0,3)$  бала). В цій же групі був вірогідно вищим індекс паління.

**Висновки.** Синдром кашлю часто зустрічається в загальнотерапевтичній практиці, основними його причинами є як бронхолегенева патологія, так і гастро-езофагеальна рефлюксна хвороба та синдром постназального затікання. Провідними причинами синдрому кашлю у хворих із патологією бронхолегеневої системи є бронхіальна астма та хронічне обструктивне захворювання легень.

**Ключові слова:** синдром кашлю, етіологічні чинники, бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, синдром постназального затікання, військовослужбовці.

Кашель – один із найчастіших синдромів в клінічній практиці терапевта, який є мультидисциплінарною проблемою, оскільки з нею зустрічаються лікарі багатьох професій. Виділяють гострий кашель, тривалість якого становить до 3 тижнів, та хронічний кашель, який триває понад 3 тижні. Гострий кашель є симптомом гострого респіраторного захворювання, а хронічний – зумовлений різноманітною соматичною патологією [1].

Основними діагностичними орієнтирами за наявності синдрому кашлю є: тривалість кашлю (до 3 міс чи понад 3 міс); професійні чи побутові шкідливі чинники, в т. ч. паління; попередня інфекція верхніх дихальних шляхів; ознаки алергії (харчова, медикаментозна); риніт; печія, відрижка; захворювання серця; позалегеневі злоякісні новоутворення; захворювання серця; прийом окремих медикаментів (інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), β-адреноблокатори).

У 1990 р. було проведене дослідження причин хронічного кашлю, в якому проаналізовані захворювання, яким притаманний даний синдром [2]. Було показано, що у 54,47% хворих виявлено синдром постназального затікання (СПЗ), у 28,12% – гастроезофагеальний рефлюкс (ГЕР), у 7,36% – хронічний бронхіт, у 31,24% – бронхіальну гіперреактивність, у 11,82% – інші причини кашлю. У частини пацієнтів встановити причину кашлю не вдалося (в 0,92% відсотка випадків). При цьому у 24,49% обстежених були наявні дві причини кашлю, а у 3,15% – три причини. Згідно з даними літератури, у пацієнтів усіх вікових груп, які не палять, не приймають інгібітори АПФ, не мають змін у легенях при рентгенологічному дослідженні легень, хронічний кашель в 93,6% випадків розвивається на тлі трьох захворювань [1, 2, 7]: СПЗ, бронхіальна астма (БА), ГЕР.

В основі СПЗ лежить наявність секрету, який стікає в гортанну частину глотки, механічно стимулює аферентну частину дуги кашльового рефлексу, викликає появу кашлю. Верифікація даного діагнозу базується на даних анамнезу (коли пацієнт описує характерне відчуття наявності секрету на задній стінці глотки), даних об'єктивного обстеження та результатах лабораторних тестів.

БА (кашльовий варіант) є однією з найпоширеніших причин хронічного кашлю. Для верифікації даного захворювання використовують бронхопровокаційні тести, які виявляють бронхіальну гіперреактивність. Слід зауважити, що при такому варіанті БА кашель може бути єдиним проявом захворювання, який слід розцінювати як аналог нападу задишки, а його суттєве зменшення під впливом протиастматичної терапії є додатковим підтвердженням діагнозу [1].

ГЕР є третьою за частотою причиною кашлю, механізм розвитку якого полягає у вагусопосередкованому езофагеальному і трахеобронхіальному рефлюксах. У 2/3 пацієнтів з цим станом може бути відсутньою інша гастроінтестинальна симптоматика, хоча ці пацієнти можуть скаржитися на печію після прийому їжі. Підвищена кислотність у нижньому відділі стравоходу є передумовою для появи хронічного кашлю, а найчутливішим та специфічним тестом є 24-годинна стравохідна рН-метрія [1, 2]. В даному випадку важливо провести оцінку тривалості, частоти епізодів рефлюксу, а також встановити взаємозв'язок з епізодами кашлю.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) практично завжди проявляється продуктивним кашлем, однак за даними літератури, виявляється як причина хронічного кашлю при первинному зверненні осіб не більше ніж у 5% [2, 3].

Кашель внаслідок прийому інгібіторів АПФ є дозозалежною побічною дією, яка притаманна всьому класу препаратів. Кашель в даному випадку з'являється після декількох годин, діб або навіть тижнів після прийому препаратів, носить непродуктивний характер і проявляється, в переважній більшості випадків, відчуттям першіння або подразнення в горлі. Цю причину кашлю слід розглядати як імовірну у кожного пацієнта, який скаржиться на хронічний кашель на фоні прийому даного класу препаратів.

Такі серйозні причини хронічного кашлю, як рак легень та бронхоектази, потребують для верифікації як клінічні та анамнестичні дані, так і підтвердження сучасними методами візуалізації (мультиспіральна комп'ютерна томографія).

**Мета** роботи – визначення провідних причин синдрому хронічного кашлю у військовослужбовців та пенсіонерів Міністерства оборони України.

### **Матеріал і методи**

Для вирішення поставленої мети було обстежено 146 хворих чоловічої статі, які звернулися за консультацією до пульмонолога з приводу хронічного кашлю. При подальшому обстеженні було встановлено, що у 52 пацієнтів (35,62%) (1-а група) причиною кашлю була бронхолегенева патологія (при подальшому детальному обстеженні було встановлено

діагноз БА та ХОЗЛ); у 54 хворих (36,99%) (2-а група) причиною кашлю була патологія травного тракту (ГЕР), а у 40 хворих (27,40%) (3-я група) причиною кашлю була патологія верхніх дихальних шляхів – СПЗ.

Середній вік пацієнтів становив  $(52,3 \pm 7,8)$  року, усі хворі знаходилися на обстеженні та стаціонарному лікуванні у клініках Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ») МО України.

Верифікацію синдрому кашлю проводили відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги «Кашель у дорослих» [6].

Критеріями включення у дослідження були: наявність синдрому кашлю, вік понад 18 років, підписання поінформованої згоди на участь у дослідженні.

Діагноз БА встановлювали відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги хворим на БА (Наказ МОЗ України від 08 жовтня 2013 р. № 868) [5]. Діагноз ХОЗЛ встановлювали згідно з Наказом № 555 МОЗ України [3]. Діагноз ГЕРХ та СПЗ був верифікований при спеціальному обстеженні у відповідного лікаря-спеціаліста.

Оцінку основних клінічних симптомів проводили за допомогою бальної шкали І. В. Суворкіна (2005) [4]:

- кашель: 0 – немає, 1 – слабкий (незначне покашлювання зранку), 2 – помірний (покашлювання зранку та протягом дня), 3 – сильний;
- кількість мокроти: 0 – немає, 1 – до 5 мл/добу, 2 – до 15 мл/добу, 3 – до 30 мл/добу, 4 – більше 30 мл/добу.

Усі хворі на ХОЗЛ проходили тест оцінки перебігу хвороби (COPD Assesment Test, CAT) [3]. Оцінку інтенсивності задишки проводили за модифікованою шкалою задишки Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC), згідно з якою:

- 0 балів – задишка тільки при дуже інтенсивному навантаженні;
- 1 – задишка при швидкій ході, невеликому підйомі;
- 2 – задишка примушує йти повільніше, ніж йдуть люди того ж віку;
- 3 – задишка вимагає зупинятися при ході через кожні 100 м;
- 4 – задишка не дає змоги вийти за межі дому або з'являється при переодяганні.

Статистичну обробку даних проводили з використанням пакету прикладних програм Microsoft XP «Excel», а також за допомогою стандартної версії Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0.

## Результати та їх обговорення

Клініко-демографічні характеристики обстежених хворих подані у таблиці 1.

Таблиця 1

### Клініко-демографічні характеристики (M±m) хворих із синдромом кашлю

Клінічні ознаки	1-а група (n=52)	2-а група (n=54)	3-я група (n=40)	p*
Індекс маси тіла, кг/м <sup>2</sup>	27,5±1,5	32,3±1,8	26,8±2,8	p <sub>1-2</sub> <0,05
Індекс куріння, пачко/років	26,8±4,9	19,4±2,5	20,7±1,9	p <sub>1-2</sub> <0,05
Гострий початок захворювання, п, %	17 (32,69%)	12 (22,22%)	38 (92,50%)	p <sub>1-3</sub> <0,05 p <sub>2-3</sub> <0,05
Мокротиння, бали	2,9±0,1	1,2±0,1	3,2±0,2	p <sub>1-2</sub> <0,05 p <sub>2-3</sub> <0,05
Характер мокротиння: слизовий, п, %	18 (34,61%)	41 (75,93%)	7 (17,50%)	p <sub>1-2</sub> <0,05 p <sub>2-3</sub> <0,05
слизово-гнійний, п, %	21 (40,38%)	–	25 (62,50%)	
гнійний, п, %	–	–	–	
mMRC, бали	1,2±0,3	–	–	
САТ, бали	8,5±1,1	–	–	
Жорстке дихання, п, %	47 (90,38%)	–	–	
Розсіяні сухі хрипи, п, %	27 (51,92%)	–	–	

*Примітка.* \* – представлені тільки достовірні зв'язки

Середній вік хворих в усіх групах хворих не мав вірогідних відмінностей між групами пацієнтів і склав: у 1-й групі (50,3±5,2) року, у 2-й (51,9±5,8) року, а у 3-й – (54,7±4,9) року. Суттєві відмінності частот таких клінічних ознак, як інтенсивність кашлю, наявність мокротиння та куріння в анамнезі в групах були відсутніми. Інтенсивність кашлю становила: (1,9±0,1) бала в 1-й групі, (2,1±0,2) бала у 2-й групі та (2,2±0,2) бала – у 3-й групі. Більшу кількість мокроти виявляли у пацієнтів 1-ї та 3-ї групи порівняно з 2-ю групою, однак характер мокротиння розрізнявся. Якщо в 1-й групі спостерігали слизове та слизово-гнійне мокротиння (34,61 та 40,38% відповідно), то в 3-й групі переважна більшість пацієнтів (62,5%) мала слизово-гнійний характер мокротиння. У хворих 2-ї групи мала місце слизове мокротиння в незначній кількості.

Подальше обстеження хворих 1-ї групи дало змогу встановити діагноз інтермітуючої та легкої персистоючої БА у 36 пацієнтів (69,23%) та у 16 пацієнтів (30,73) – вперше виявленого ХОЗЛ (група А, GOLD 1), середнє значення САТ склало (8,5±1,1) бала, задишки за шкалою mMRC (1,2±0,3) бала.

### Висновки

1. Синдром хронічного кашлю часто зустрічається в загальнотерапевтичній практиці, основними його причинами майже у рівних співвідношеннях є бронхо-легенева патологія із бронхообструктивним синдромом (в 35,6% випадків), патологія травного тракту (ГЕР) (у 37,0% випадків) та СПЗ постназального затікання (27,4% випадків).

2. Провідними причинами синдрому хронічного кашлю у хворих із патологією бронхолегеневої системи є БА (в 69,2% випадків) та ХОЗЛ (у 30,8% випадків).

### Література

1. Бунятян Н. Д., Утешев Д. Б., Свириденко А. В. Диагностика и лечение кашля в практике врача общей практики. *Пульмонология*. 2010. № 15. С. 21–25.

2. Даниляк И. Ю. Кашель: этиология, патофизиология, диагностика, лечение. *Пульмонология*. 2001. № 3. С. 33–37.

3. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень. Наказ № 555 МОЗ України від 27.06.2013. URL: [www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20130627\\_0555.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html).

4. Суворкина И. В. Эффективность применения фенспирида (эrespала) в лечении больных хроническим обструктивным заболеванием легких тяжелого течения. *Український пульмонологічний журнал*. 2005. № 3. С. 28–31.

5. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги хворим на бронхіальну астму. Наказ МОЗ України від 08 жовтня 2013 р. № 868). URL: [www.dec.gov.ua/mtd/index.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/index.html).

6. Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги «Кашель у дорослих». Наказ МОЗ України від 8 червня 2015 р. № 327. *Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія*. 2016. № 3. С. 38–45.

7. Хіміон Л. В., Яценко О. Б. Эффективное і безпечне лікування сухого кашлю – актуальна проблема загальнолікарської практики. *Сімейна медицина*. 2015. № 1. С. 130–133.

## Анализ причин синдрома хронического кашля у военнослужащих

В. В. ДЯЧЕНКО<sup>1</sup>, С. А. БЫЧКОВА<sup>2</sup>, Г. А. ЧУМАЧЕНКО<sup>2</sup>,  
Э. Н. ТУМАРОВА<sup>1</sup>, Л. И. ПАРХОТИК<sup>1</sup>, И. Г. ЗАКОВОРОТНАЯ<sup>1</sup>,  
С. С. ТАРАНУХИН<sup>1</sup>, Л. В. СТАРОКОНЬ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> – Национальный военно-медицинский клинический центр  
«Главный военный клинический госпиталь»

<sup>2</sup> – Украинская военно-медицинская академия

**Цель работы** – определение ведущих причин синдрома хронического кашля у военнослужащих и пенсионеров Министерства обороны Украины.

**Материал и методы.** Было обследовано 146 больных мужского пола, обратившихся за консультацией к пульмонологу по поводу хронического кашля. Средний возраст пациентов составил (52,3±7,8) года, все больные находились на обследовании и стационарном лечении в клиниках Национального военно-медицинского клинического центра «Главный военный клинический госпиталь» МО Украины. Все больные были распределены на три группы: 1-ю группу составили 52 пациента, у которых причиной кашля была бронхолегочная патология (при дальнейшем детальном обследовании был поставлен диагноз бронхиальной астмы или хронической обструктивной болезни легких), во 2-ю группу вошли 54 больных, у которых причиной кашля была гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, а 3-ю группу пациентов составили 40 больных с синдромом постназального затекания.

**Результаты и обсуждение.** При первичном обследовании не было выявлено достоверных различий между такими клиническими признаками, как интенсивность кашля, наличие мокроты и курение в анамнезе. Установлено, что у пациентов 1-й и 3-й групп отмечалось выделение большего количества мокроты по сравнению со 2-й группой, однако характер мокроты при этом отличался: если в 1-й группе наблюдалась слизистая и слизисто-гнойная мокрота (34,61 и 40,38% соответственно), то в 3-й группе подавляющее большинство пациентов (62,5%) имело мокроту слизисто-гнойного характера.

Дальнейшее обследование данных больных позволило установить диагноз интермиттирующей и легкой персистирующей бронхиальной астмы у 36 пациентов (69,23%), а также впервые выявленной хронической обструктивной болезни легких (группа А, GOLD 1) у 16 лиц (тест оценки течения болезни (8,5±1,1) балла, одышка по шкале mMRC (1,2±0,3) балла).

**Выводы.** Синдром кашля часто встречается в общетерапевтической практике, основными причинами его являются бронхолегочная патология, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и синдром постназального затекания. Ведущими причинами синдрома кашля у больных с патологией бронхолегочной системы являются бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких.

**Ключевые слова:** синдром кашля, этиологические факторы, бронхиальная астма, хронические обструктивные заболевания легких, синдром постназального затекания, военнослужащие.

## Analysis of the causes of chronic cough syndrome in military personnel

V. V. DYACHENKO<sup>1</sup>, S. A. BYCHKOVA<sup>2</sup>, G. A. CHUMACHENKO<sup>2</sup>,  
E. M. TUMAROVA<sup>1</sup>, L. I. PARKHOTYK<sup>1</sup>, I. G. ZAKOVOROTNA<sup>1</sup>,  
S. S. TARANUKHIN<sup>1</sup>, L. V. STAROKON<sup>1</sup>

<sup>1</sup> – National Military Medical Clinical Center  
«Main Military Clinical Hospital»

<sup>2</sup> – Ukrainian Military Medical Academy

### Summary

**The purpose** of the work is to identify the leading causes of chronic cough syndrome in the military personnel and pensioners of the Ministry of Defense of Ukraine.

**Material and methods.** There were examined 146 male patients, who were consulted by a pulmonologist for chronic cough. The average age of patients was (52.3±7.8) years old; all patients were examined and treated in the clinics of the National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital» of the Ministry of Defense of Ukraine. All patients were divided into three groups: 1 group included 52 patients with cough caused by broncho-pulmonary pathology (upon further detailed examination, they were diagnosed with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease), group 2 included 54 patients in whom the cause of cough was GERD, and group 3 patients consisted of 40 patients with post-nasal drip syndrome.

**Results and discussion.** During the initial examination, there were no significant differences between such clinical signs as cough intensity, sputum, and history of smoking. It was established that in patients of groups 1 and 3 a greater amount of sputum was observed compared with group 2, however, the nature of sputum was different: in group 1 of patients mucous and mucopurulent sputum was observed (34.61% and 40.38%, respectively), in group 3 the vast majority of patients (62.5%) had the mucopurulent character of sputum.

Further examination of these patients allowed to establish a diagnosis of intermittent and mild persistent bronchial asthma in 36 patients (69.23%), newly diagnosed chronic obstructive pulmonary disease (Group A, GOLD 1) – in 16 (assessment test (8.5±1.1) points, shortness of breath on the mMRC scale (1.2±0.3) points).

**Conclusions.** Cough syndrome is common in general therapeutic practice, the main causes of which are both broncho-pulmonary pathology and gastroesophageal reflux disease and post-nasal drip syndrome. The leading causes of cough syndrome in patients with pathology of the broncho-pulmonary system are bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease.

**Key words:** cough syndrome, etiological factors, bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease, post-nasal drip syndrome, military personnel.