

Кашель у дітей: алгоритм дій сімейного лікаря

В.С. Андрух, В.Н. Андрух

Міська дитяча лікарня м. Долина, Івано-Франківська область

Одним із найпоширеніших симптомів у практиці сімейного лікаря є кашель у дітей, якісна та кількісна характеристика якого часто дає можливість лікарю, ще до об'єктивного обстеження хворої дитини, запідозрити ту чи іншу патологію. Лікування кашлю полягає в усуненні дії факторів, що його провокують. Тому ефективність терапії насамперед залежить від своєчасно і правильно встановленого діагнозу. Отже, на перший план повинна виходити не терапія кашлю, а етіотропне, патогенетичне лікування та створення оптимальних умов для перебування хворої дитини.

Ключові слова: кашель, діти, діагностика, курація, дії лікаря.

Кашель – часта ознака різних хвороб дихальних шляхів у дитини. Такі симптоми, як втомлюваність, слабкість, запаморочення та інші ознаки хвороб не є патогномонічними, а от якісна та кількісна характеристика кашлю часто дає можливість лікарю ще до об'єктивного обстеження хворої дитини запідозрити ту чи іншу патологію.

Так, наприклад, кашель при гострому ларингіті має характер «гавкаючого», голос при цьому осиплий. За наявності стенозувального ларинготрахеїту до цих ознак додається інспіраторна задишка. При кашлюку кашель у кінці першого тижня хвороби виникає частіше вночі, має нападаподібний характер і часто закінчується блюванням. За ним починається найважчий – спазматичний період: здавалося б, що хворому має ставати краще, натомість кашель наростає, виникає раптово та перебігає у вигляді серії коротких кашльових поштовхів, що йдуть безпосередньо один за одним без передиху на видих. Потім дитина робить глибокий судомний вдих, що супроводжується свистячим звуком (реприз).

Кашльовий рефлекс також виникає за дії фізичних, хімічних та інших подразників на іритативні рецептори м'якоп'язованих нервових волокон. Рефлексогенні кашльові зони, які містять іритативні рецептори, розміщені по всьому дихальному тракту до дихальних бронхіол. Та найбільше їх на задній поверхні надгортаника та задній стінці трахеї, в ділянці її кіля, голосових зв'язок та підв'язкового простору, місцях біфуркації трахеї і бронхів. У міру зменшення діаметру бронхів щільність і кількість кашльових рецепторів зменшуються.

Кашльовий рефлекс також спричинює механічне подразнення зовнішнього слухового проходу і барабанної перетинки, стравоходу, плеври, перикарду та, рідше, збудження центрів головного мозку (так званий центральний кашель). Прикладом центрального (невротичного) кашлю, може бути психогенний кашель. В експерименті безпосереднє подразнення легеневої тканини не приводило до появи кашлю. Важливо, що кашльовий рефлекс присутній з періоду новонародженості, але його «зрілість» залежить від ступеня доношеності дитини.

На сьогодні кашель розцінюється як захисно-компенсаторна реакція організму, спрямована на захист і очищення трахеобронхіального дерева від чужорідних агентів. Цей процес здійснюється за допомогою мукоциліарного транспорту (кліренсу) – складного фізіологічного процесу, в якому війчастий епітелій, що вистилає це дерево, забезпечує переміщення слизу в бік верхніх дихальних шляхів, звідки той викашлюється або заковтується. Функціонування цього транспортного механізму порушується при інфекційних, запальних, алергічних та інших патологічних станах, а посилення відкилень спричинює створення підвищеної кількості слизу і зміни його якісних і евакуаторних характеристик.

Фізіологічно рефлекторна дуга кашлю складається з декількох елементів:

- периферійних рецепторів, що генерують серію нервових імпульсів під дією відповідних стимулів (запалення, механічні, хімічні, термічні подразники);

- аферентних нервових волокон, які передають ці імпульси у головний мозок;
- кашльового центру в довгастому мозку, на який, окрім імпульсів з периферії, чинять регулювальний вплив вищі центри кори головного мозку;
- еферентних нервових волокон, що проводять нервові імпульси з довгастого мозку на периферію;
- ефektorних м'язів, скорочення яких викликає кашель.

Різні патологічні стани (частіше перенесені гострі респіраторні захворювання), фармакологічні агенти (інгібітори АПФ, β-блокатори та ін.), фізичні чинники (прохолодне повітря, пил, чужорідні тіла, слиз, порушення прохідності дихальних шляхів внаслідок їхнього стиснення або підвищення тону, колапсу легень) та хімічні подразники (дим, зокрема п'ютоновий; гази із сильним запахом; хімічні викиди, зокрема двоокис сірки, двоокис азоту, аміак тощо) можуть змінювати поріг чутливості кашльових рецепторів та активізувати їх, що спричинює виникнення або посилення кашлю. Поодинокі покашлювання (5–10 разів за день, частіше вранці) вважаються фізіологічними і не є ознаками хвороби.

Джерелом утворення трахеобронхіального секрету є бронхіальні залози, бокалоподібні клітини, секреторні клітини Клара, епітелій бронхіол і альвеол. Завдяки своєму складу секрет механічно захищає слизову оболонку від бактерій і має бактериостатичну дію. Порушення мукоциліарного кліренсу проходить як при надмірному, так і при недостатньому утворенні слизу, що поглиблює патологічний процес у дихальних шляхах. Тому перед педіатрами стоїть завдання – обрати оптимальний варіант муколітичної терапії.

При зборі анамнезу та огляді необхідно звернути увагу на:

- вік дитини;
- те, чим був ініційований кашель (інфекція, регургітація, аспірація, виділення з носа);
- характер кашлю, його тривалість та звучність;
- залежність від пори року або часу доби.

Слід також знати, що анатомо-фізіологічні особливості дихального тракту дітей зумовлюють схильність до гіперкринії, дискринії, набряку і звуження просвіту дихальних шляхів при запаленні. Чим молодша дитина, тим менш ефективний в неї кашель. За рекомендаціями Британського торакального товариства з діагностики й лікування кашлю у дітей, якщо кашель триває до 3 тиж, він вважається гострим, якщо 3–8 тиж – затяжним, а якщо більше 8 тиж – хронічним. Характер кашлю може бути специфічним (вказувати на етіологію захворювання) або неспецифічним.

За характером кашель може бути:

- сухим (непродуктивним);
- вологим (продуктивним);
- вологим непродуктивним (при аускультатії вислуховується рух секрету по головних повітроносних шляхах, але виділення харкотиння при кашлі немає).

Поява кашлю у дитини, разом з іншими загальноінфекційними симптомами, частіше є ознакою гострої респіраторної інфекції або її ускладнень. Кашель при ларингіті вже було описано вище. При трахеїті кашель глибокий, надсадний, болючий. Вологий кашель з 3–5-го дня захворювання характерний для гострого бронхіту, натомість для гострого обструктивного бронхіту характерний специфічний «спастичний» – непродуктивний нав'язливий кашель, який завершується свистячим обертонном.

При пневмонії характер кашлю залежить від збудника захворювання. Частіше він продуктивний з перших днів захворювання, але коли збудниками є атипові внутрішньо-клітинні мікроорганізми (мікоплазма, хламідія та інші) – нав'язливий, непродуктивний і триває протягом довгого часу. При плевриті кашель непродуктивний, супроводжується болем у грудній клітці та має ха-

рактерні клінічні ознаки. Кашель, що виник раптово, на тлі повного здоров'я, частіше під час гри з дрібними предметами, повинен навести педіатра на думку про аспірацію чужорідного тіла.

Особливої уваги потребує затяжний кашель, який частіше буває поствірусним і не потребує спеціального лікування. Водночас такий кашель характерний для кашлюка, синдрому постназального затікання слизу при хронічних риносинуситах, аденоїдитах. Якщо кашель виникає при годуванні дитини, це дає підставу подумати про наявність бронхостравохідного свища. Кашель тривалістю більше двох місяців може мати психогенну природу. При цьому він нав'язливий, непродуктивний, демонстративний, посилюється при стресі, але пропадає під час сну. Нічний хронічний кашель може бути пов'язаний із алергією на пір'я подушок, домашній пил тощо. Не варто забувати і про сухий або продуктивний кашель, який виникає при гастроєзофагальному рефлюксі і часто закінчується бронхообструкцією. Тут діагноз верифікується фіброгастроудоденоскопією.

Хронічний продуктивний кашель наявний при вадах розвитку бронхолегеневої системи, муковісцидозі, бронхоекстазах тощо. У дітей старших вікових категорій може спостерігатися психогенний кашель – особливий невротичний стан, що характеризується нападоподібним сухим, «ларингічним» кашлем, який ні пов'язаний з патологією дихальної системи. Такий кашель провокують шкільний адаптаційний стрес, сімейні конфлікти, раптовий переїзд, перегляд певних теле/інтернет програм, психічні захворювання.

До діагностичних критеріїв цього кашлю належать:

- тривалість декілька місяців та його незмінність протягом цього часу;
- відсутність кашлю під час сну, швидкої розмови;
- ступінь вираженості кашлю зменшується при відволіканні;
- відсутні катаральні зміни у легенях.

Домінуючим у курації такого кашлю є немедикаментозна корекція, що спрямована на створення комфортних умов для навчання дитини, активне спілкування з однолітками та порозуміння з батьками. Ефективне впорядкування режиму дня, заняття спортом, дихальна гімнастика. Доречними є заняття з логопедом, психологом.

Лікування кашлю полягає в усуненні дії факторів, що його провокують, тому ефективність терапії насамперед залежить від

Кашель у дітей: алгоритм дій сімейного врача В.С. Андрух, В.Н. Андрух

Одним из распространенных симптомов в практике семейного врача является кашель у детей. Его количественная и качественная характеристика часто дает возможность врачу, еще до объективного обследования ребенка, предположить ту или иную патологию. Лечение кашля заключается в устранении действия факторов, которые его провоцируют. Поэтому эффективность терапии прежде всего зависит от своевременно и правильно установленного диагноза. Следовательно, на первый план должна выходить не терапия кашля, а этиотропное, патогенетическое лечение болезни и создание оптимальных условий пребывания больного ребенка.

Ключевые слова: кашель, дети, диагностика, курация, действия врача.

Сведения об авторах

Андрух Владимир Степанович – Городская детская больница, 77500, Ивано-Франковская область, г. Долина, ул. Черновола, 6/9; тел.: (098) 419-11-27

Андрух Вера Несторовна – Городская детская больница, 77500, Ивано-Франковская область, г. Долина, ул. Черновола, 6/9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрух В.С. Кашлюк у дітей у практиці сімейного лікаря / В.С. Андрух, В.Н. Андрух // БСЛ та СМ – 2015. – № 3 – С. 25–30.
2. Андрух В.С. Гострі пневмонії у повсякденній практиці педіатра / В.С. Андрух, В.Н. Андрух // Дитячий

- лікар. – 2016. – № 5. – С. 14–20.
3. Березняков И.Г. Кашель: от диагноза к лечению // Газета «Новости медицины и фармации». – 2007. – № 5.
4. Гляделова Н.В. Муколитические препараты в управлении кашлем у детей / Н.В. Гляделова // Современная

своечасно і правильно встановленого діагнозу. Отже, на перший план повинна виходити не терапія кашлю, а етіотропне та патогенетичне лікування. Водночас клінічна характеристика кашлю потребує індивідуального підбору муколітиків для його курації. Останні належать до таких груп:

- відхаркувальні – частіше рослинного походження;
- мукогідранти – сольові й содові розчини, йодовмісні препарати;
- тіоловмісні муколітики – ацетилцистеїн, цистеїн;
- поверхнево активні та зріджувальні речовини – похідні вазициноїдів (бромгексин, амброксол);
- мукорегулятори – група препаратів, які нормалізують в'язкість і реологічні властивості слизу.

Проте у дітей їх слід використовувати обмежено і дуже уважно при лікуванні гострого кашлю (тривалістю менше 3 тиж та у дітей до п'ятирічного віку), оскільки їхня ефективність не доведена засобами доказової медицини, а ризик токсичних і алергічних реакцій перевищує можливу користь від них.

Найкращий муколітичний ефект забезпечується достатнім питним режимом у вигляді глюкозо-сольових розчинів (регідрон, ораліт, іоніка) або фруктових та овочевих відварів. Якщо дитина самостійно не п'є, добову потребу в рідині, згідно з віком, слід вводити через назогастральний зонд невеликими порціями. У приміщенні, де перебуває хвора дитина, має бути прохолодно (18–22 °С), волого (50–70%). Ефективні часті інгаляції 0,9% розчином хлористого натрію через небулайзер. Інколи показана інфузійна терапія, але загальний об'єм рідини не повинен перевищувати 20–30 мл/кг/добу, з них 1/3 об'єму – колоїдні розчини.

ВИСНОВКИ

Одним из наиболее распространенных симптомов у практики семейного врача является кашель у детей, якісна та кількісна характеристика якого часто дає можливість лікарю, ще до об'єктивного обстеження хворої дитини, запідозрити ту чи іншу патологію. Лікування кашлю полягає в усуненні дії факторів, що його провокують. Тому ефективність терапії насамперед залежить від своєчасно і правильно встановленого діагнозу. Отже, на перший план повинна виходити не терапія кашлю, а етіотропне, патогенетичне лікування та створення оптимальних умов для перебування хворої дитини.

Cough in children: GP's algorithm of actions V.S. Adroukh, V.N. Adroukh,

One of the most popular symptoms in the practice of the GP is cough in children. Its quantitative and qualitative characteristics can give the doctor an opportunity to predict the disease even before the examination of the child. The treatment of cough shall eliminate the factors that cause it. The effectiveness of the therapy first of all depends on timely and right diagnosis. That is why on the first place shall not be the therapy of cough but etiotropic, pathogenetic treatment of disease and creation of optimal condition for sick children.

Key words: cough, children, diagnostics, treatment, GP.

Статья поступила в редакцию 21.01.17