

Фокус на кашель у практиці педіатра

Н. І. Сінчук, к. мед. н., доцент

Вінницький національний університет імені М. І. Пирогова

За статистичними даними, які наводить Європейське респіраторне товариство, найпоширенішою причиною звернення до лікарів у Великій Британії та Сполучених Штатах Америки є кашель. На жаль, в Україні звернення до лікарів первинної ланки реєструються лише за нозологіями, а не за симптомами, до яких належить кашель. Після набрання чинності наказу МОЗ України №13 від 04.01.2018 року «Про деякі питання застосування українського варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги» (ICPC-2-E), ситуація з веденням статистики має змінитися – буде змога побачити, скільки пацієнтів в Україні звертаються до лікарів зі скаргами на кашель. Але поки доводиться спиратися на дані західних країн щодо скарг на кашель, як серед дорослих, так і серед дітей.

Кашель є досить складною діагностичною проблемою. Лише на перший погляд здається, що він пов'язаний з патологіями респіраторної системи. При глибшому вивченні стає зрозумілим, що кашель може бути симптомом великої кількості захворювань. У дітей кашель супроводжує понад сотню захворювань, зокрема, серцево-судинної, дихальної та інших систем організму.

Перша група причин, що спричиняють кашель, пов'язана з роботою шлунково-кишкового тракту. Вважають, що кашель, асоційований з шлунково-кишковими патологіями, буває лише у дорослих і спричинений він гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою. Однак у дітей, внаслідок незрілості шлунково-кишкового тракту або функціональних розладів, через які залишається відкритим м'язовий клапан кардіального відділу шлунка, може відбуватися викид шлункового вмісту в дихальні шляхи. Такий кашель може бути пов'язаним із прийомом їжі та виникати в певні проміжки часу.

Якщо ж педіатр або сімейний лікар вирішить, що напади кашлю під ранок спричинені астмою, то скерує лікування хибним шляхом.

Велика група причин, з якими може бути пов'язаний кашель у дітей, належать до патологій серцево-судинної системи. Для педіатра цілком очевидно, що дитина, яка має неоперовану ваду серця або кардит з недостатністю кровообігу та перевантаженням малого кола кровообігу, кашляє. Однак у практиці зустрічається й інший, досить рідкісний діагноз: подвійна дуга аорти. У віці до року УЗД не дає змоги виявити цю патологію. При цьому респіраторного захворювання у дитини немає, як немає й іншої патології органів дихання. У встановленні діагнозу в такому випадку можуть допомогти кардіохірурги. Саме до цих спеціалістів слід скерувати на консультацію дитину з кашлем, у якої виключені всі інші можливі патології.

Найпоширенішою причиною кашлю є патологія ЛОР-органів, зокрема, риніт і ринофарингіт. Спри-

чиняти кашель можуть постназальний дрип-синдром, запальний процес у порожнині носа, носових пазухах та носоглотці, при якому слиз, що виділяється, потрапляє до розташованих нижче ділянок дихальних шляхів. Коли дитина дуже маленька і не може очистити носові шляхи, або мама не почистила їх перед сном, у положенні лежачи слиз стікає по задній стінці глотки, спричиняє подразнення, і дитина кашляє. Тож якщо мама скаржиться, що дитина кашляє, педіатр має спитати, о якій порі з'являється кашель. Якщо відповідь – під час денного або нічного сну, в горизонтальному положенні – можна припустити наявність постназального дрип-синдрому. Водночас, є ризик невиправданого призначення антибіотиків, якщо мама помітила жовтувато-зелений колір слизу (що властиво для нежитю на 10–14 день).

Кашель у дитини може спричинити пасивне куріння. Навіть якщо батьки виходять курити на балкон, запах, який стає причиною подразнення, залишається. За умови впливу такого фактора як пасивне куріння утворюється більше патологічних клітин Клара в бронхіолах, і це також призводить до виникнення кашлю.

Кашель також може бути психогенним, або звичним. Дитина може копіювати поведінку когось із членів родини (наприклад, бабусі, яка кашляє). Є діти, які починають кашляти, якщо нервують, або при інших емоційних станах.

Тому при встановленні діагнозу і визначенні причини кашлю слід враховувати ситуацію в родині – якщо інші причини кашлю вже виключені.

Найпоширенішими серед причин кашлю, як уже було сказано, є патології органів дихання. Це можуть бути як гострі, так і хронічні хвороби. Хронічні захворювання органів дихання у дітей розвиваються на тлі вроджених вад або генетичних захворювань. Найпоширенішим із таких захворювань є муковісцидоз.

Українські лікарі при визначенні тактики лікування кашлю керуються трьома протоколами – 2015 і 2016 років: це уніфіковані протоколи первинної допомоги при кашлі у дорослих, при кашлі у дітей віком до шести років, а також протокол інтегрованого ведення хвороб дитячого віку дітей до п'яти років. Саме в останньому з них ідеться про те, що, незалежно від причини, яка привела пацієнта, лікар має спитати, чи був у дитини кашель. Адже кашель, поряд із такими симптомами як судом, висока температура та блювання, може бути ознакою стану, що призводить до смерті дитини. Запитувати про наявність кашлю необхідно навіть тоді, коли мама прийшла порадитися щодо харчування дитини.

За даними опитування, проведеного фахівцями Вінницького національного університету імені М. І. Пирогова, в якому взяли участь педіатри, сімейні лікарі та пульмонологи, при виборі методу лікування спеціалісти спираються на національні протоколи, стан пацієнта, міжнародні протоколи та досвід колег. Останнє здебільшого стосується молодих лікарів, які тільки починають працювати. На запитання щодо вибору способу доставки препарату у дітей, більшість відповіли, що обирають пероральний спосіб, на другому місці – інгаляційний, на третьому – внутрішньовенний. Однак здивувало те, що 44 % лікарів призначали препарати внутрішньом'язово, хоча такі ін'єкції, згідно з сучасними стандартами, у дітей не використовуються. Серед препаратів, яким надають перевагу, лікарі назвали амброксол, ацетилцистеїн, гіпертонічний розчин натрію хлориду та карбоцистеїн.

Особливо уважного підходу вимагає лікування муковісцидозу. При цьому генетичному захворюванні внаслідок дії мутантного гена у пацієнтів формується дуже густий слиз. Впродовж двох

років в Україні не проводився скринінг на муковісцидоз, тому сподіватися на те, що всі діти із цим захворюванням належать до числа виявлених хворих, не слід, адже не всі були охоплені скринінгом. Після першої застуди у дитини, в якій не був виявлений муковісцидоз, може бути запущений патологічний процес. Кашель при цьому захворюванні є дуже тривалим, у пацієнтів виробляється дуже в'язке і густе мокротиння, внаслідок чого відбувається закупорювання бронхів, адже через дефектність гена ТРБМ, який розташований на довгому плечі 7-ї хромосоми в 31-му локусі (7q31), через апікальну частину клітини не виводиться секрет. У результаті вся поверхня дихальних шляхів вкривається в'язким слизом. Дефектний ген не дає клітинам, які відмирають, змінюватися. У нормі при відмиранні клітина ділиться на дрібні фрагменти, які фагоцитуються, і їх долає імунна система. Великі фрагменти ДНК у хворих на муковісцидоз збільшують в'язкість мокротиння. Крім того, відбувається активація нейтрофілів, яка призводить до утворення нейтрофільних позаклітинних пасток. Нефагоцитовані фрагменти ДНК є субстратом для прикріплення мікроорганізмів, що, в свою чергу, призводить до трансформації бактерій в полірезистентні форми. Бактерії утворюють форми, через біоплівку недосяжні для антибіотиків. Персистують і різні мікроорганізми, такі як золотистий стафілокок, синьогнійна паличка тощо. Надзвичайно важливим завданням є розрідження мокротиння. Згідно з міжнародними протоколами лікування муковісцидозу, для розрідження мокротиння застосовується інгаляційна терапія гіпертонічними розчинами.

Систематичні кокрейнівські огляди показують, що застосування гіпертонічних розчинів натрію хлориду як базисної терапії має позитивний вплив при тривалому застосуванні в усіх вікових групах.

Піонером застосування гіпертонічного розчину натрію хлориду був професор С. В. Рачинський, автор підручників з пульмонології. Починаючи з 1997 року чимало досліджень демонструють поліпшення реологічних властивостей і транспорту мокротиння, нормалізацію мукоциліарного кліренсу, зменшення частоти загострень та ризику інфікування при застосуванні гіпертонічних розчинів. Ще кращими є результати застосування гіпертонічного розчину з гіалуриновою кислотою, яка пригнічує вироблення прозапальних медіаторів, поліпшує мукоциліарний кліренс, бере участь у процесах репарації та регенерації, запобігає диференціюванню фіброцитів.

Найпростіший спосіб доставити діючу речовину – використання небулайзера. Ефект розвивається швидко, відсутній печінковий метаболізм, засіб не потрапляє в кров, застосовувати можна у дітей від народження. Місцеве лікування за допомогою небулайзера має підтвержений рівень доказовості А, В у пацієнтів із муковісцидозом та, відповідно, з будь-яким кашлем. На українському ринку представлені два препарати гіпертонічного розчину натрію хлориду з гіалуриновою кислотою: Лорд Гіаль та Окістар Гіаль. Його рекомендують пацієнтам з муковісцидозом, бронхіолітом, іншими патологіями органів дихання. Інгаляційне застосування розчину натрію хлориду в різних концентраціях (3 % і 7 %) входить до Керівництва європейських країн, до методичних рекомендацій із небулайзерної терапії Британського та Американського торакальних товариств. Тож якщо кашель виникає у маленької дитини, слід обирати найпростіший і найбезпечніший шлях з раннього віку – інгаляційну терапію. Залежно від стану та захворювання пацієнта для цього використовують 3 % або 7 % гіпертонічний розчин натрію хлориду в комбінації з гіалуриновою кислотою.