

РЕФЛЕКТОРНЫЙ КАШЕЛЬ. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ

О. Карпова, доктор медицинских наук
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: karpovaolga7@gmail.com

Описаны факторы, которые могут приводить к возникновению рефлексорного кашля. Предложен высокоэффективный и безопасный метод лечения рефлексорного кашля психогенного генеза, связанного с гипервентиляцией, путем внутрикожных новокаиновых блокад зон Захарьина–Геда для гортани в сочетании с приемами, предупреждающими развитие приступов кашля.

Ключевые слова: рефлексорный кашель, гипервентиляционный синдром, рефлексотерапия.

Рефлексорный кашель представляет собой невротическое состояние, проявляющееся приступообразным сухим кашлем, как правило, не связанным с патологией бронхолегочной системы. Этот кашель, в ряде случаев сопровождающийся ларинго- и эзофагоспазмами, тяжело переносится больными и может сохраняться на протяжении нескольких месяцев или лет, плохо поддается медикаментозному лечению и снижает работоспособность, особенно у лиц голосоречевых профессий. По нашим наблюдениям, количество больных с рефлексорным кашлем в последние годы резко увеличивается, что соответствует и общему увеличению числа больных невротизмом. По мнению многих авторов, это связано с социально-политической и экономической нестабильностью в обществе.

Обычно кашель рассматривается как защитная реакция организма, направленная на очищение трахеобронхиального дерева от патологического секрета или ингалированных инородных тел. Однако в ряде случаев кашель может и не быть связан с заболеваниями бронхолегочной системы, а возникать при патологическом раздражении рецепторов кашлевого центра продолговатого мозга (кашель центрального генеза) или периферических рецепторов блуждающего нерва при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы, ЛОР-органов и некоторых других состояниях. В этих случаях можно говорить о рефлексорном характере кашля.

Выявить причину рефлексорного кашля часто бывает непросто, а назначение обычных противокашлевых препаратов оказывается неэффективным. Поэтому знание факторов, приводящих к возникновению рефлексорного кашля, критериев его диагностики и методов лечения крайне важно как для терапевтов, так и для оториноларингологов. Ниже приведены данные обследования и лечения в Клинике болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова около 250 больных с рефлексорным кашлем.

По клинической картине рефлексорный кашель напоминает бронхиальную астму, поэтому в литературе описывается под разными названиями: неконтролируемая астма, псевдоастматический синдром, атипичная астма, иску-

ственная астма, ночная астма, псевдоастма и др. Однако при исследовании функции внешнего дыхания нарушения бронхиальной проходимости у этих больных не выявляются, а применение бронхолитиков и кортикостероидов бывает неэффективным.

В ряде случаев причиной рефлексорного кашля могут быть изменения в глотке, такие как увеличение небного язычка или язычной миндалины, а также хронический тонзиллит с гипертрофией небных миндалин. При хронических ринитах, синуситах, аденоидите, сумке Торнвальда вследствие так называемого «синдрома постназального затекания» также могут возникать приступы рефлексорного кашля. Устранение этих факторов в большинстве случаев приводит к ослаблению приступов кашля.

Приступы кашля могут возникать из-за пищевой или респираторной аллергии, причем иногда они развиваются сразу после контакта с аллергеном, а иногда — через несколько часов. В этих случаях следует выявить аллерген и по возможности исключить контакт с ним. Резкие запахи также могут вызвать приступ рефлексорного кашля.

При многоузловом зобе, особенно при загрудинном его расположении, также в ряде случаев возможно возникновение рефлексорного кашля, который проявляется почти постоянным покашливанием. После проведения тиреоидэктомии он обычно уменьшается.

Пролапс мембранозной части трахеи, обусловленный вирусным или бактериально-токсическим поражением нервно-мышечных и соединительнотканых элементов, также нередко проявляется ночными пароксизмами приступообразного сухого кашля, иногда сопровождаясь кашлево-обморочным синдромом. Диагноз устанавливается при функциональном рентгенологическом обследовании.

У ряда больных возникают приступы рефлексорного кашля при лечении артериальной гипертензии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента. В этом случае следует заменить гипотензивный препарат. Первый признак сердечной недостаточности — приступообразный кашель в ночное время. Применение аэрозольных и порошковых лекарственных форм также в некоторых случаях вызывает приступообразный кашель.

Причиной длительного (иногда — в течение нескольких лет) непродуктивного кашля могут быть ранее перенесенные бактериальные или вирусные инфекции (например, микоплазменная или хламидийная пневмония, коклюш, острое респираторное заболевание, острая респираторная вирусная инфекция, грипп), сопровождавшиеся сильным кашлем.

Рефлексорный кашель возникает у некоторых больных при гастроэзофагеальном или эзофагофарингеальном рефлюксе, при котором содержимое желудка может непроизвольно забрасываться не только в пищевод, но и в гортаноглотку. Кашель усиливается после переедания, выполнения физических нагрузок или принятия горизонтального положения после приема пищи. При ларингоскопии у этих больных, как правило, определяется картина рефлексорного ларингита. По нашим наблюдениям и по данным гастроэнтерологов, наличие или отсутствие рефлексорного кашля, как правило, не коррелирует с тяжестью рефлюксной болезни. Для подтверждения диагноза проводят гастроэзофагоскопию и 24-часовое раздельное измерение pH пищевода и гортаноглотки. Лечение этих больных первоначально должно начинаться с гастроэнтеролога.

Мы также наблюдали случаи возникновения рефлексорного кашля после родов, операций под наркозом, нало-

жения трахеостомы, что, вероятно, было связано с гипервентиляцией.

На основании многолетних исследований мы пришли к выводу, что основной причиной рефлекторного кашля является нейрогенная гипервентиляция — гипервентиляционный синдром (ГВС), а перечисленные заболевания или состояния являются лишь пусковым механизмом. Поэтому даже после устранения провоцирующих факторов рефлекторный кашель может длительно сохраняться.

ГВС в 60% случаев имеет психогенный генез, в 5% — органический, в остальных случаях — смешанный. При ГВС формируется устойчивый патологический тип дыхания. Это вызывает увеличение легочной вентиляции, неадекватному уровню газообмена в организме, что ведет к избыточному выделению углекислого газа, развитию гипоксии со снижением парциального давления CO_2 в альвеолярном воздухе и респираторному алкалозу. Респираторный алкалоз наряду со снижением уровня ионизированной фракции кальция — тетаногенный фактор, что и приводит к повышенной нервно-мышечной возбудимости, а у больных с рефлекторным кашлем — к спазмированию голосовых складок [1].

Сложность диагностики кашля психогенной природы связана с необходимостью установления характера психогенной болезни, что часто вызывает трудности, особенно если у больного не выявляются какие-либо патологические нарушения. При этом, как правило, сам больной, родственники, а также лечащие врачи ориентированы на соматогенную основу заболевания. Необходимо учитывать, что многолетнее ошибочное лечение рефлекторного кашля общепринятыми противокашлевыми, антибактериальными и гормональными препаратами, а также неоднократные бронхоскопические исследования могут привести к ятрогенным осложнениям со стороны дыхательных органов, серьезно осложнив клиническую диагностику. В связи с резистентностью рефлекторного кашля к лечению и его длительностью (месяцы, годы) больные нередко теряют работоспособность и социальную активность, особенно лица с голосоречевыми профессиями.

На фоне стрессовых ситуаций, при разговоре, выполнении физических нагрузок у этих больных возникает ощущение нехватки воздуха, в результате чего сбивается дыхательный ритм и они начинают учащенно и углубленно дышать (возникает гипервентиляция), что, в свою очередь, провоцирует приступ кашля. Появление и динамика гипервентиляционных нарушений тесно связаны с психотравмирующими факторами и определенными особенностями личности невротического характера. Однако, по нашим данным, неспецифические факторы, такие как простудные заболевания, роды, операции под наркозом также могут спровоцировать развитие ГВС, но всегда обязательно на фоне напряженной психотравмирующей ситуации. Кроме того, пребывание в психотравмирующей ситуации, совпав по времени с соматическим заболеванием, может в дальнейшем воспроизводить картину этого страдания по условно-рефлекторному механизму каждый раз, как только человек попадает в подобную ситуацию [6].

Рефлекторную природу кашля можно установить, расспросив больного, попросив его указать место начала кашля. Если больной указывает только на область передней поверхности шеи, это свидетельствует о рефлекторной природе кашля. При патологии бронхолегочной системы больной указывает на область грудной клетки.

Основные жалобы больных с рефлекторным кашлем — ощущение нехватки воздуха, приступообразный сухой кашель и ощущение кома в горле. Приступу кашля практически всегда предшествует внезапно развившаяся сухость в горле. Это может быть связано с высушивающим действием воздуха (частое дыхание через рот), снижением количества слюны, выделяемой в период психоэмоционального напряжения. Кроме того, сухость в горле может наблюдаться при заболеваниях носа и околоносовых пазух, злоупотреблении алкоголем и курением, синдроме Шегрена, употреблении лекарств, которые подавляют секрецию слизи и слюны, при недостаточной влажности воздуха.

При сухости в горле и приступообразном кашле врачи обычно назначают ингаляции. Но для больных с ГВС очень характерно то, что при любой ингаляции в первые же минуты возникает приступ кашля, в результате чего больной отказывается продолжать лечение. При этом врач может назначить больному ингаляцию с другим лекарственным препаратом, но реакция будет такой же. В этих случаях не само лекарство, а глубокое дыхание провоцирует приступ кашля.

Большую помощь в диагностике рефлекторного кашля может оказать гипервентиляционная проба, которая, как правило, провоцирует пароксизм, носящий характерные черты, специфичные для каждого конкретного больного. Иногда уже нескольких глубоких вдохов достаточно, чтобы вызвать приступ кашля.

Начало приступов кашля больные нередко связывают с простудными заболеваниями, особенно с вирусными инфекциями, острым бронхитом, пневмонией, коклюшем. На фоне медикаментозного и физиотерапевтического лечения по мере стихания воспалительных явлений кашель обычно проходит в течение 2–4 нед. Однако бывают случаи, когда приступы кашля продолжают в течение нескольких месяцев или даже лет и уже не связаны с воспалительными заболеваниями дыхательных путей, приобретая таким образом чисто рефлекторный характер. Вероятно, это вызвано тем, что первоначально воспалительные изменения дыхательных путей являются источником патологической импульсации с ее рецепторов, которая, в свою очередь, изменяет функциональное состояние нервных центров, воспринимающих афферентную импульсацию. В дальнейшем в результате этого сигналы с рецепторов ранее пораженного органа даже при небольшом дополнительном его раздражении будут поступать в нервные центры, функциональное состояние которых уже изменено, что и может приводить к возникновению рефлекторного кашля [7]. Но основным фоном для возникновения рефлекторного кашля, по нашим наблюдениям, является постоянная психотравмирующая ситуация, из которой больному самому трудно найти выход.

Нами было проведено обследование и лечение около 250 больных от 15 до 75 лет (в основном — женщины) с рефлекторным кашлем разного генеза. Длительность заболевания — от нескольких месяцев до 10 лет. Приступы рефлекторного кашля могли возникать как в дневное, так и в ночное время, иногда — в четко определенные часы. По нашим наблюдениям, число приступов могло варьировать от 1–2 до 15–20 раз в сутки, а их продолжительность — колебаться от нескольких секунд до 5–20 мин и более. У некоторых больных на фоне приступа кашля возникала рвота, у пожилых людей — недержание мочи, а в ряде случаев приступы кашля могли заканчиваться ларингоспазмом — кратковременной остановкой дыхания. Больше всего больные боялись ночных приступов кашля, особенно с остановкой дыхания. Страх умереть во сне

от удушья долго не давал некоторым пациентам спать, что негативно отражалось на их психике.

Нами разработаны диагностические критерии рефлекторного (психогенного) кашля:

- психотравмирующие ситуации в анамнезе;
- стрессовые ситуации, повышенная физическая или длительная голосовая нагрузка;
- приступы кашля начинаются всегда внезапно с резко возникающих сухости и першения в горле;
- при непрямой ларингоскопии определяются: повышенный глоточный рефлекс, широкая голосовая щель — до 20 мм, спазмирование голосовых складок на вдохе; продленная ларингоскопия провоцирует приступ кашля;
- болезненность при пальпации в точках выхода внутренней ветви верхнего гортанного нерва;
- при исследовании функции внешнего дыхания показатели — в пределах нормы, а приблизительно у 1/3 больных — гипервентиляция;
- положительная гипервентиляционная проба;
- снижение уровня ионизированного кальция в крови;
- неэффективность применения обычных противокашлевых препаратов.

Учитывая важную роль психогенного фактора в возникновении рефлекторного кашля, в нашей клинике 26 больным было проведено психодиагностическое исследование с помощью компьютерной системы Смол-Эксперт. У 22 пациентов выявлено изменение структуры личности с преобладанием психастенических, ипохондрических и депрессивных изменений. Основными чертами личности являлись внутренняя напряженность, снижение настроения и тревожность, повышенная чувствительность к стрессовым воздействиям. У 4 пациентов в структуре личности определялся истероипохондрический радикал, для которого характерны тревожно-мнительные черты, предрасположенность к тревожным реакциям на любые события. Тестирование по Спилбергеру выявило преимущественно высокий уровень тревоги с преобладанием личностной тревожности над реактивным компонентом в структуре тревожного синдрома [5].

Лечение рефлекторного кашля обязательно должно быть комплексным и предусматривать: устранение по возможности пускового фактора возникновения рефлекторного кашля; психотерапию; дыхательную гимнастику; рефлексотерапию — внутрикожные новокаиновые блокады зон Захарьина—Геда для гортани; витаминно-кальциевую терапию; седативную терапию [3, 4].

Важным условием лечения рефлекторного кашля является хороший психологический контакт между врачом и пациентом. Следует убедить больного, что у него нет болезни легких (больные особенно боятся рака легких и туберкулеза), а дыхательные нарушения имеют нейрогенную природу и они поддаются лечению. Важно также: убедить больного в том, что приступы кашля и удушья никогда не приведут к смерти; объяснить механизм возникновения рефлекторного кашля; провести гипервентиляционную пробу — больной должен понять, что ощущение нехватки воздуха, приступы кашля и удушья связаны не с недостатком кислорода, а с его избытком. Необходимо, чтобы больной надеялся на выздоровление и стремился к этому, выполняя все рекомендации врача. Даже если нельзя полностью или частично устранить психотравмирующие влияния, следует попытаться изменить отношение к ним больного, дезактуализировать их, повысить его толерантность.

Пациентам с рефлекторным кашлем, вызванным гипервентиляцией, мы рекомендуем усвоить некоторые приемы регулирования дыхания:

- перейти на диафрагмальный тип дыхания, который способствует стабилизации психических процессов;
- формировать соотношение вдоха к выдоху 1:2, так как при ГВС фаза выдоха резко укорочена;
- добиваться урежения частоты дыхания.

Очень важно научить больного не допускать развития начинающегося приступа кашля, особенно вызванного гипервентиляцией. По нашему опыту, это достигается следующими приемами:

- выпить несколько глотков воды для уменьшения сухости в горле;
- делать равномерные вдохи и выдохи до тех пор, пока першение в горле не исчезнет;
- при первых предвестниках кашля максимально задерживать дыхание или дышать в целлофановый пакет.

Мы сообщаем обо всех 3 способах, но каждый пациент должен выбрать тот прием, который ему больше всего подходит. Однако, чтобы прекратить приступы рефлекторного кашля, предложенных мер недостаточно. Основная роль в лечении рефлекторного кашля принадлежит разработанному нами методу внутрикожных новокаиновых блокад зон Захарьина—Геда (патент на изобретение №2147866 от 27.04.2000) [2].

Мы исходили из того, что внутренние органы и соответствующие им дерматомы имеют одинаковое представительство в церебральных структурах. Воздействие раствора новокаина на кожные афферентные рецепторы в зонах Захарьина—Геда для гортани способствует уменьшению патологической импульсации из глотки и гортани, что приводит к постепенной ликвидации патологической доминанты в соответствующих нервных центрах, в результате чего они начинают нормально функционировать. Таким образом, блокирующее действие новокаина на зоны Захарьина—Геда для гортани — важный момент в разрушении устойчивой патологической системы, поддерживающей рефлекторный кашель. Полное прекращение рефлекторного кашля свидетельствует о ее распаде.

Более чем у 50% больных с рефлекторным кашлем снижен уровень ионизированного кальция в крови, в связи с чем им назначали витаминно-кальциевую терапию: препараты кальция в сочетании с витамином D₃. В комплексном лечении рефлекторного кашля хорошо зарекомендовал себя дневной анксиолитик грандаксин, являющийся психовегетативным регулятором. Уже после 2-го сеанса лечения больные отмечали, что в той или иной мере могут контролировать развитие приступа кашля с помощью перечисленных приемов. Приступы кашля возникали реже и имели меньшую продолжительность, заметно уменьшалась выраженность сухости в горле, а при ларингоскопии отмечалось уменьшение спазмирования голосовых складок на вдохе, которое к концу курса лечения практически исчезало.

В результате проведения 1—2 курсов комплексного консервативного лечения по 10 сеансов (число курсов зависело от длительности заболевания) практически у всех больных удалось прекратить либо свести к минимуму рефлекторный кашель, ликвидировать ларингоспазмы; больные становились спокойнее, исчезали страхи, улучшался сон, восстанавливалась трудоспособность.

Таким образом, предложенное нами комплексное лечение рефлекторного кашля является высокоэффективным, экономичным, безопасным и не имеющим противопоказаний.

Литература

1. Вейн А.М., Молдовану И.В. Нейрогенная гипервентиляция / Кишинев: Штиинца. – 1988; 183 с.
2. Карпова О.Ю. Способ лечения рефлексорного кашля. Патент на изобретение №2147866 // Бюл. Изобретения, открытия. – 2000; 12.
3. Карпова О.Ю. Клиника, диагностика и лечение голосовых и дыхательных нарушений при функциональных и некоторых органических заболеваниях гортани / Дис. ... д-ра мед. наук, 2001.
4. Карпова О.Ю. Рефлексорный кашель – новый метод лечения // Рос. мед. журн. – 2001; 6: 38–41.
5. Попова С.Н. Патогенез дыхательных нарушений при некоторых видах ларингоневрозов / Дис. ... канд. мед. наук, 2004.
6. Свядоц А.М. Неврозы / СПб. – 1998; 442 с.
7. Франкштейн С.И., Сергеева З.Н. Саморегуляция дыхания в норме и патологии / М.: Медицина. – 1966; 216 с.

MODERN APPROACH IN TREATMENT OF REFLEX COUGH

O. Karpova, MD

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Etiologic factors responsible for the development of reflex coughing are described. A highly effective and safe method is proposed for the management of this condition of psychogenic origin associated with hyperventilation by intradermal procain blockade Zakharyin-Head zones for the larynx in conjunction with preventive treatment of coughing attacks.

Key words: reflex cough, hyperventilation syndrome, reflexotherapy.

ПЕРЕЛОМЫ И ОСТЕОПОРОЗ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА: ВРЕМЯ ПОДУМАТЬ О ЗАЩИТЕ

В. Шишкова, кандидат медицинских наук
Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва
E-mail: veronika-1306@mail.ru

Остеопороз и инсульт – важнейшие факторы риска перелома шейки бедра. Большинство переломов у пациентов, перенесших инсульт, происходит на стороне парезов и параличей, и чаще всего – в результате падения. Предотвращение таких осложнений должно быть приоритетным в стратегии ведения пациентов, находящихся в периоде реабилитации после инсульта.

Ключевые слова: инсульт, остеопороз, реабилитация, Фосаванс.

Инсульт – главная причина нетрудоспособности и смерти в большинстве стран.

В 2004 г. ВОЗ констатировала, что инсульт является глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира [1]. Во многих странах он является 3-й по частоте причиной смерти и 1-й – по частоте инвалидности людей среднего и пожилого возраста [2, 3]. В России заболеваемость инсультом остается одной из самых высоких в мире: ежегодно регистрируется около 400 тыс. инсультов, из которых больше всего (70–85%) – ишемических [4]. За последние 5 лет в России от болезней системы кровообращения умерли 6,4 млн человек. Сосудистые заболевания мозга, включая инсульт, занимают 2-е место в структуре смертности от болезней системы кровообращения (39%) и в общей смертности населения (23,4%) [4]. Ежегодная смертность от инсультов в России – одна из наиболее высоких в мире. Оба показателя – и заболеваемости, и смертности от инсульта лиц трудоспособного возраста – в России увеличились за последние 10 лет более чем на 30%. Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6%, а в течение года умирают примерно 50% заболевших [5].

Проблема реабилитации после инсульта и профилактики его осложнений имеет не только медицинское, но и важнейшее социальное значение. Инсульт является лидирующей причиной инвалидизации населения; 1/3 перенесших его больных нуждаются в пожизненной посторонней помощи, еще 20% не могут самостоятельно ходить и лишь каждый 5-й сможет вернуться к трудовой деятельности. Инсульт накладывает особые обязательства на членов семьи больного, значительно снижая их трудовой и психологический потенциал, ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество в целом.

ПЕРЕЛОМ ШЕЙКИ БЕДРА – ОСЛОЖНЕНИЕ ИНСУЛЬТА

У пациентов, переживших острую стадию инсульта, в дальнейшем возникают многочисленные ранние и поздние осложнения, из которых перелом шейки бедра (ПШБ) – одно из самых серьезных.

До 30% пациентов со сломанной шейкой бедра умирают в течение 1 года, а у выживших сохраняются тяжелый болевой