

УДК 616-035.1

**ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ
КАШЛЕМ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА**

Ромашок Надежда Фёдоровна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Тарина Елена Дмитриевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Малтабар Наталья Альбертовна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Андреева Елена Анатольевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье представлен собственный опыт ведения пациентов с хроническим персистирующим кашлем, основанный на современных клинических рекомендациях.

**Ключевые слова: КАШЕЛЬ, ЗАБОЛЕВАНИЯ
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА**

UDC 616-035.1

**MANAGEMENT OF PATIENTS WITH
CHRONIC COUGH IN CONDITIONS
OF OUTPATIENT SPECIALIZED CENTER**

Romashok Nadezhda Fedorovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Tarina Elena Dmitrievna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Maltabar Natalya Albertovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Andreeva Elena Anatolyevna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

The article presents the own experience of treatment of patients with chronic persistent cough. The approach is based on modern clinical recommendations.

**Key words: COUGH, RESPIRATORY
DISEASES, PREVENTION**

Введение

Кашель является одной из самых частых жалоб, по поводу которой пациенты оказываются на приеме у врача. Чаще всего кашель оценивается как проявление патологии бронхолегочной системы, но может являться симптомом широкого круга заболеваний и сопровождать многие заболевания верхних дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, невротические расстройства.

Кашель при острой респираторной вирусной инфекции – самая частая причина посещения врача первичного звена. В то же время кашель, причем не всегда ранний и интенсивный, может оказаться причиной весьма серьезных и жизнеугрожающих заболеваний [1]. Поэтому адекватное ведение пациента определяется правильным диагнозом, в то время как поиск причины кашля не всегда оказывается легкой задачей.

При хронических бронхолегочных заболеваниях кашель является клиническим маркером, определяющим течение болезни, особенно у курильщиков [6]. У некурящих пациентов хронический персистирующий кашель в 90 % случаев развивается на фоне таких заболеваний, как постназальный затек на фоне острой или хронической ЛОР-патологии, кашлевой вариант бронхиальной астмы и гастроэзофагеальный рефлюкс [4, 7]. При установленной причине заболевания, в первую очередь, должно проводиться его этиотропное и патогенетическое лечение.

Непродуктивный характер кашля может быть обусловлен избыточной вязкостью мокроты, недостаточно выраженным кашлевым рефлексом, малой мощностью воздушного потока при кашлевом толчке. Ведение пациентов с заболеваниями системы дыхания предусматривает умение управлять течением основного симптома – кашля, то есть в конкретной ситуации или подавить чрезмерный кашлевой рефлекс, или оптимизировать процесс удаления мокроты. Необходимо строго дифференцировать подход

к использованию антибактериальных, бронхолитических и мукоактивных препаратов [1, 8]. Помимо лечебных мероприятий, основными направлениями в управлении кашлем у больных с хроническими заболеваниями легких являются:

- образовательные программы,
- меры борьбы с курением,
- методики дыхательной гимнастики, постурального дренажа.

Собственный опыт и обсуждение

Специалисты пульмонологического центра поликлиники СКАЛ в работе с пациентами особое внимание уделяют правильной ингаляционной технике, адекватному использованию различных средств доставки ингаляционных лекарственных препаратов (дозированные ингаляторы, спейсеры, небулайзеры). Пациент обучается основным правилам самоконтроля, в том числе и пикфлоуметрии, простейшим методикам дыхательной гимнастики, постурального дренажа.

Основное место в образовании пациентов принадлежит борьбе с курением. Пациент должен осознать, что, прекращая курить, он устраняет основной фактор прогрессирования своего заболевания. Ни одно лечебное мероприятие по важности не может сравниться с необходимостью отказа от курения [6]. Врач всегда поможет в этой борьбе своему пациенту: поощрит все попытки бросить курить, предложит популярную литературу по антисмокинговым программам, порекомендует медикаментозные и немедикаментозные средства борьбы с курением.

Оптимизировать кашель и удаление мокроты помогают методики дыхательной кинезиотерапии [1], давно и успешно используемые в пульмонологическом центре СКАЛ: постуральный дренаж бронхов, дыхательная гимнастика, контролируемый кашель.

При проведении постурального дренажа бронхов используются приемы пассивного дренажного положения, а также в сопровождении с вибрацией, поколачиванием и массажем грудной клетки. Перед проведением постурального дренажа желательно, чтобы пациент выпил стакан жидкости (теплого чая, молока или щелочной минеральной воды). Методика пассивного дренажа предполагает применение силы тяжести для продвижения мокроты по дыхательным путям в направлении крупных бронхов. Пациент принимает дренажное положение, при котором грудная клетка опускается под углом 20–30 градусов от горизонтального положения. Для этого можно поднять ножной конец кровати, использовать жесткие подушки или деревянный щит. Выбираются позиции, лучшие для выделения мокроты, в каждой из которых пациент должен находиться 5–10 минут. Выполнять дренажные упражнения нужно 1–2 раза в день. Улучшают отделение мокроты и способствуют ее продвижению поколачивание и вибрация (ручная и аппаратная), а также массаж грудной клетки, который улучшает работу дыхательной мускулатуры.

Эффективная методика контролируемого кашля предусматривает медленный и глубокий вдох, задержку дыхания на 2–4 секунды и выполнение двух – трех кашлевых толчков, завершается маневр спокойным неглубоким вдохом. После откашливания пациенту необходимо отдохнуть, расслабиться.

Очень важно обучить пациента комплексу упражнений дыхательной гимнастики, направленных на расслабление, релаксацию. Больной должен медленно и спокойно дышать, положив правую руку на верхнюю часть грудной клетки, а левую – на эпигастральную область. При вдохе верхняя часть живота должна подниматься при неподвижной грудной клетке. В конце каждого выдоха следует постепенно удлинять паузу, а число дыхательных движений довести до 8–10 в минуту. Повторять релаксирующую дыхательную гимнастику надо 2–3 раза в день по 10–15 минут.

К использованию мукоактивных препаратов надо относиться дифференцированно [2, 3]. В настоящее время врач располагает широким арсеналом лекарственных препаратов, воздействующих на секрет [5]. Рефлекторные отхаркивающие средства, увеличивающие секрецию бронхиальных желез за счет раздражения рецепторов желудка, эффективны при острых воспалительных процессах, когда отсутствуют выраженные структурные изменения мерцательного эпителия. Эффект муколитических лекарственных средств связан с деполимеризацией мукопротеиновых волокон. Это самая большая группа препаратов, включающая амброксол, производные цистеина и протеолитические ферменты. При непродуктивном кашле имеет смысл обратиться к противокашлевым препаратам. Однако их противокашлевое действие не избирательно, препараты центрального действия одновременно с кашлевым центром угнетают и дыхательный центр, что ведет к снижению легочной вентиляции. Использование этих препаратов допустимо на короткое время, чаще при острых заболеваниях [8]. Для пациентов с продуктивным кашлем, особенно курильщиков, предпочтительно назначение комбинированных препаратов, в состав которых могут входить экспекторанты, мукокинетики и бронхолитики [6]. На приеме индивидуально решается вопрос о средствах и путях доставки препаратов в дыхательные пути.

Заключение

Лечение кашля – непростая задача, требующая грамотного, дифференцированного, комплексного подхода в рамках основного заболевания.

Индивидуальная и групповая образовательная работа – один из важнейших моментов в достижении кооперативности, привлечения пациента к активной вовлеченности в процесс лечения [1]. Необходимо сформировать разумное отношение пациента к рекомендациям врача, пояснить сущность

диагностических исследований и лечебных мероприятий. Важно объяснить пациенту, что кашель не только враг, но и необходимый спутник, если есть правильная установка на понимание защитных свойств этого рефлекса.

Список литературы

1. *Синопальников А. И. Кашель. Справочник поликлинического врача / А. И. Синопальников, И. Л. Клячкина.* – М.: Литература, 2011; 12; 23–28.
2. *Авербух В. М. Медикаментозная терапия при постназальном синдроме на фоне аллергического и вазомоторного ринита / В. М. Авербух, А. С. Лопатин // Рос. аллергологический журн.* – 2010; 3: 19–23.
3. *Синопальников А. И. Муколитическая терапия при хроническом обструктивном бронхите / А. И. Синопальников, И. Л. Клячкина // Чучалин А. Г. Хронические обструктивные болезни легких – М.: БИНОМ, 2010: 275–291.*
4. *Заболеваемость населения России, 2015–2016 годы / Е. М. Щербакова // Демоскоп Weekly.* 2017; 721–722: 16–30.
5. *Мальшев И. Ю. Функциональные ответы альвеолярных макрофагов, сурфактантный белок и заболевания легких / И. Ю. Мальшев, С. В. Лямина, Ш. Л. Шимшелашвили, Е. Н. Вассерман // Пульмонология.* – 2011; 3: 101–7.
6. *Чучалин А. Г. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / А. Г. Чучалин, С. Н. Авдеев, З. Р. Айсанов. и др. // Пульмонология.* – 2014; 24 (3): 15–36.
7. *Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 51–5.
8. *Ратникова Л. И. Новый подход в терапии острых респираторных вирусных инфекций и гриппа / Л. И. Ратникова, Е. А. Стенько // Поликлиника.* – 2009; 2: 70–2.