

М.А. Рябова, д.м.н., профессор, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, РФ

Кашель — междисциплинарная проблема. Взгляд оториноларинголога

Кашель — произвольный или непроизвольный (рефлекторный) — толчкообразный форсированный звучный выдох при спастически сомкнутых голосовых складках.

Кашель — защитный механизм, призванный удалить из дыхательных путей инородное тело, мокроту. Раздражение рецепторов может происходить не только при контакте с инородным телом, слизью и т. д., но и вследствие воспаления в слизистой оболочке гортани, трахеи, бронхов. Такой кашель, как правило, не приносит пользы, не эвакуирует инородное тело, более того, травмирует гортань. Различные патологические состояния, в том числе требующие хирургического лечения, возникают в гортани вследствие длительного тяжелого кашля (воздушные кисты гортани, неспецифические гранулемы и т. д.).

Кашель возникает при раздражении соответствующих рефлексогенных зон не только в дыхательных путях, но и при раздражении кожи наружного слухового прохода (окончания ушной ветви блуждающего нерва), пищевода, диафрагмы, веточек блуждающего нерва увеличенным левым предсердием и др. Спровоцировать кашель могут воспалительные, механические, химические, температурные факторы. Например, при воспалении слизистой оболочки дыхательных путей развиваются отек и гиперемия слизистой оболочки дыхательных путей и альвеол, а вдыхание инородного тела или пыли, сдавление дыхательных путей являются механическими раздражителями и т. д.

Анализируя возможные причины возникновения кашля, нельзя забывать и о хроническом ларингите, который сопровождается постоянным или приступообразным кашлем с отделением вязкой мокроты или без такового. Нередко больной рассказывает о возникновении приступов кашля, сопровождающихся удушьем, или о кашле до спазмов в гортани, рвоты, непроизвольного мочеиспускания. Такой кашель изматывает, истощает, лишает сна. Больные отмечают постоянную или преходящую осиплость, нередко понижение основного тона голоса, повышенную его утомляемость.

Хронический ларингит возникает под влиянием целого ряда экзогенных факторов: длительного воздействия холодного или горячего воздуха, курения, алкоголя, контакта с пылью, стружкой, токсическими веществами в воздухе, при длительном перенапряжении голоса и т. д.

Хронический ларингит может возникать и вследствие хронических заболеваний: патологии нижних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, нарушений обмена, заболеваний носа и околоносовых пазух и т. д. Постоянный кашель, связанный с патологией нижних дыхательных путей или приемом ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), сам по себе травмирует слизистую оболочку голосовых складок и может способствовать развитию хронического ларингита.

Диагноз «хронический ларингит» легко устанавливается на основе анамнеза и обычного осмотра гортани, но требуются специальные диагностические тесты для уточнения патогенетических механизмов развития заболевания у конкретного больного, такие как исследование биохимического анализа крови, эндоскопия и/или рентгенография пищевода и желудка и т. д.

Так как кровообращение в тканях гортани относительно скудное, воспалительные процессы в ней не сопровождаются интоксикационным синдромом, не вызывают изменений лабораторных данных. Пациенты, как правило, обращаются к оториноларингологу уже при сформировавшейся стойкой дисфонии, нередко наблюдаются терапевтами, пульмонологами по поводу кашля и даже на постоянной основе получают аэрозольные симпатомиметики и стероиды ингаляционно, что в большинстве случаев ухудшает состояние гортани. Позднее обращение к оториноларингологу, неадекватное лечение способствуют хронизации воспаления в гортани. Предрасполагающими к хроническому течению ларингита являются профессиональные вредности (работа в задымленном помещении, горячих цехах; наличие пыли, химических реагентов в воздухе), сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта и нижних дыхательных путей, нарушения обмена веществ, наличие очагов инфекции в верхних дыхательных путях, перегрузки голоса. Речь идет не о «профессионалах голоса», — как правило, у них голос «поставлен» и устойчив к нагрузкам, — а о лицах, которые вынуждены кричать из-за шума в цехе или на спортивной площадке.

Хронический ларингит, по данным различных авторов, составляет до 34% случаев воспалительной патологии гортани (В.Т. Пальчун, 2008). Пациенты старше 60 лет чаще подвержены развитию хронического ларингита.

К основным патогенетическим механизмам развития воспалительных изменений гортани можно отнести следующие.

1. Фаринголарингеальный рефлюкс, который может сопровождаться явными клиническими проявлениями со стороны желудочно-кишечного тракта или протекать бессимптомно.

В клинической симптоматике фаринголарингеального рефлюкса есть проявления со стороны ЛОР-органов (рефлюксиндуцированный ларингит, хронический фарингит, отит). К оториноларингологическим проявлениям фаринголарингеального рефлюкса относят избыточную саливацию, постоянное покашливание, «застывание» пищи в глотке (спазм верхнего пищеводного сфинктера), ощущение кома в гортани. К фарингеальным проявлениям относят глоточную парестезию, ощущение жжения в глотке, затруднение при проглатывании слюны, возникающие после приема пищи. Появление признаков поражения глотки и гортани (персистирующего непродуктивного кашля; утренней охриплости голоса, сопровождающейся настоящей необходимостью «прочистить глотку»; дисфонии) связаны с достижением рефлюксатом проксимального отдела пищевода, особенно в ночное время, когда снижается тонус верхнего пищеводного сфинктера.

2. Заболевания верхних дыхательных путей играют определенную роль в развитии хронического ларингита. С одной стороны, это очаги инфекции (хронический тонзиллит, синусит), с другой — нарушения носового дыхания. Вынужденное дыхание через рот способствует инфицированию слизистой оболочки гортани, раздражению ее сухим холодным воздухом. Необходимо помнить, что стекание слизи по задней стенке глотки при вазомоторном или аллергическом рините, хроническом синусите может провоцировать кашель.

3. Кашель, сопровождающий заболевания нижних дыхательных путей, оказывает травмирующее действие на голосовые складки и утяжеляет воспаление слизистой оболочки гортани. Хронические бронхиты, бронхоэктатическая болезнь могут способствовать инфицированию гортани через мокроту. Многие больные бронхиальной астмой постоянно пользуются ингаляторами, длительное применение которых негативно сказывается на состоянии слизистой оболочки голосовых складок. Ингаляторы, содержащие симпатомиметики, могут вызывать сухость слизистой оболочки голосовых складок и в дальнейшем развитие атрофических процессов. Гормональные ингаляторы способствуют не только развитию атрофического ларингита, но и появлению микозов гортани. В нашем исследовании в 18,5% случаев у больных хроническим ларингитом были выявлены заболевания нижних дыхательных путей.

4. При сахарном диабете уже на ранних стадиях появляются сухость слизистой оболочки дыхательных путей, нарушения микроциркуляции. По нашим данным, сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе встречаются у 29% больных хроническим ларингитом.

5. Гипотиреоз — это полиэтиологический синдром, клинические проявления которого независимо от причины являются следствием снижения функции щитовидной железы, уменьшения синтеза ее гормонов (тироксина, трийодтиронина) и недостатком их действия на ткани и органы. При гипотиреозе происходит нарушение водно-солевого обмена, что приводит к расширению интерстициального жидкостного сектора, гипонатриемии, появлению отеков кожи и слизистой оболочки, в том числе и гортани. Заболевания щитовидной железы, приводящие к развитию гипотиреоза, сопровождаются стойкими изменениями голосовых складок (утолщением, закругленным краем, пастозностью слизистой оболочки), которые влекут за собой стойкие изменения голоса.

6. Ряд медикаментов (диуретики, гипотензивные средства, психотропные, антигистаминные препараты и т. д.) могут вызывать сухость слизистой оболочки гортани, что способствует развитию хронического ларингита. Ингибиторы АПФ вызывают у ряда больных стойкий кашель, который травмирует слизистую оболочку гортани, что способствует инвазии инфекционных агентов, развитию хронического воспаления.

7. Неврологические заболевания, сопровождающиеся нарушением моторики гортани (парезы, гиперкинез), приводят к развитию аспирационного синдрома, который провоцирует и поддерживает хроническое воспаление в гортани.

При выборе лечебной тактики необходимо тщательно анализировать сопутствующие заболевания, принимать меры для их лечения. Во многих случаях хронический ларингит может расцениваться как вторичное заболевание, являющееся следствием хронического соматического заболевания.

При воспалительном процессе в гортани повреждается реснитчатый эпителий, особенно задней стенки, что ухудшает транспорт слизи из трахеобронхиального дерева: когда движение биения ресничек эпителия замедляется, стаз слизи в области задней стенки гортани и вокруг голосовых складок вызывает реактивный кашель. Слизь на голосовых складках может провоцировать ларингоспазм.

Противовоспалительная терапия при заболеваниях гортани имеет во многом и диагностическое значение: воспалительный фон, маскируя органические изменения слизистой оболочки гортани, не позволяет точно установить диагноз, оценить объем необходимого хирургического лечения. Курс противовоспалительного лечения должен быть интенсивным и коротким, тогда можно рассчитывать не только на купирование симптомов заболевания и быстрое восстановление функций гортани, но и на своевременное выявление хирургических заболеваний гортани.

Учитывая, что при ларингите причиной кашля является не наличие мокроты, а непосредственно воспаление слизистой оболочки в области рефлексогенных зон, показано назначение противокашлевых препаратов. Поскольку кашель может оказывать травмирующее действие на гортань (длительный сухой кашель изнуряет больного, лишает его сна), целесообразно использовать противокашлевые препараты, особенно в начале лечения.

Противокашлевое средство должно иметь широкий лечебный диапазон между эффективной и токсичной дозами, оказывать избирательное воздействие на центр кашля, не вызывая угнетения дыхания, что отмечается при применении некоторых производных морфия; не демонстрировать гипнотического и анальгетического действия и не вызывать лекарственной зависимости; обладать хорошей переносимостью. В частности, у него не должно быть побочных эффектов, особенно в отношении желудочно-кишечного тракта (запор, тошнота) и бронхиального дерева (высушивание слизистой оболочки бронхов, бронхоспазм).

Применение отхаркивающих средств в лечении хронического ларингита является неоправданным. Механизм их действия основан на уменьшении вязкости мокроты, но одновременно и на увеличении объема последней. Большинство отхаркивающих препаратов усиливают секрецию слизи за счет рефлекторного раздражения желез слизистой оболочки. У больных с хроническими ларингитами в этих эффектах нет необходимости, поскольку чаще наблюдается непродуктивный кашель.

При всех формах хронического ларингита необходимо в первую очередь устранить факторы, обуславливающие развитие заболевания. Больным следует рекомендовать голосовой покой, отказ от курения и злоупотребления алкоголем. Для уменьшения раздражения слизистой оболочки гортаноглотки показана нераздражающая диета: исключение продуктов, раздражающих слизистую оболочку химически, термически, механически.

Необходимо проводить санацию очагов хронической инфекции, например хронического тонзиллита, хронического синусита, что нередко требует системного назначения антибиотиков, повторных пункций верхнечелюстных пазух, промывания лакун небных миндалин.

Применение внутригортанных вливаний для лечения обострения хронического ларингита не оправдано. При этой манипуляции создаются благоприятные условия для кашля, который оказывает травмирующее действие на слизистую оболочку гортани. Кроме того, процедуру реально проводить только 1 раз в день, что не обеспечивает должной кратности применения антибиотика. В терапии обострения хронического ларингита лучше использовать ингаляционное лечение, позволяющее доставлять лекарственные вещества непосредственно на слизистую оболочку гортани. Для лечения хронических ларингитов используются компрессионные ингаляторы. При работе ингалятора создается оптимальная дисперсность частиц аэрозоля (2-10 мкм), что позволяет лекарственному веществу оседать непосредственно на слизистой оболочке гортани и трахеи. Однако при ларингите, особенно в начале лечения, ингаляции могут провоцировать приступ кашля. В этом случае их лучше отменить, назначив противокашлевый препарат, а через 3-4 дня возобновить ингаляционную терапию.

При лечении обострения хронического ларингита нельзя проводить физиотерапевтические процедуры. Учитывая тот факт, что воспаление может маскировать неопластический процесс в гортани, гиперпластический ларингит рассматривается как облигатное предраковое состояние, поэтому физиотерапия абсолютно противопоказана.

Статья печатается в сокращении.
Список литературы находится в редакции.
Лечащий врач, 2010, № 9