

ВАРІАНТИ НЕТИПОВОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ: КАШЛЬОВА АСТМА

Л. О. ЯШИНА, М. О. ПОЛЯНСЬКА, С. Г. ІЩУК

ДУ "Національний інститут фізіотрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України"

Бронхіальна астма — актуальна проблема глобального значення, яка стосується близько 300 мільйонів людей на планеті. Це захворювання уражує всі вікові категорії населення (за даними епідеміологічних досліджень — до 15 % населення світу страждають на бронхіальну астму) і при неефективному контролі призводить до значного погіршення якості життя пацієнтів, інвалідизації, а в частині випадків — до смерті хворих. Ця патологія відома з давніх часів, завжди викликала пильну увагу лікарів, спонукала науковців до вивчення етіології, патогенезу захворювання, пошуку ефективних засобів лікування та профілактики цієї недуги. Протягом існування медичної науки накопичувалася велика кількість інформації щодо астми, і погляд на це захворювання змінювався [1].

З метою зменшення глобального тягарю бронхіальної астми створені і регулярно поновлюються рекомендації по веденню хворих на бронхіальну астму. Ці документи розробляються систематично, вони направлені на допомогу практикуючим лікарям і пацієнтам в виборі оптимальної стратегії терапії в тих чи інших обставинах. Перші такі керівництва оприлюднені в середині 80-х років минулого сторіччя, коли бронхіальна астма була визнана значущою проблемою охорони здоров'я в багатьох країнах світу. В їх основу покладені погляди провідних експертів та результати клінічних досліджень. В 1993 році під егідою Національного інституту серця, легень та крові (National Heart Lung and Blood Institute — NHLBI) та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) створена Глобальна ініціатива по боротьбі з астмою (Global Initiative for Asthma, GINA), а в 1995 році видано перше керівництво GINA, яке переглядалося в 2002 та 2006 роках. Найважливішим інструментом підготовки керівництва GINA стала доказова медицина, і цей документ отримав визнання лікарів всього світу [2].

За визначенням, бронхіальна астма — це хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, зумовлене великою кількістю клітин і медіаторів запалення. Хронічне запалення поєднується з гіперреактивністю бронхів, що проявляється рецидивуючими симптомами свистячого дихання, ядухи, скованості в грудній клітині, кашлю, особливо вночі та в ранні ранкові години. Ці епізоди пов'язані з розповсюдженою, але варіабельною бронхообструкцією, яка зворотна спонтанно або під впливом терапії.

Основними клінічними симптомами бронхіальної астми є епізоди експіраторної задишки, кашель, особливо в нічні години і при фізичному навантаженні, періодичні свистячі хрипи в легенях, скутість у грудній клітині. Ці симптоми можуть бути присутніми кожний окремо або існувати в різноманітних комбінаціях. Що до кашлю, він турбує практично всіх хворих на бронхіальну астму. Іноді нав'язливий персистуючий кашель стає самим виразним симптомом захворювання, що турбує пацієнта. За результатами чисельних досліджень, астма є однією з найбільш частих причин хронічного кашлю у всіх вікових групах.

Визнано, що бронхіальна астма — це гетерогенне захворювання з різноманітним патогенетичним механізмом та варіантами перебігу. Сучасні лікарі ще в недалекому минулому використовували у своїй практиці класифікацію клініко-патогенетичних варіантів бронхіальної астми за Г. Б. Федосєєвим (1982), згідно якій відрізняли такі варіанти астми: атопічний, інфекційно-залежний, аутоімунний, дисгормональний, нервово-психічний дисбаланс, адренергічний дисбаланс, первинно змінену реактивність бронхів. Цей поділ був незручним у практичному використанні, і тому практиковці перейшли на сучасну класифікацію захворювання за рекомендаціями GINA. Загалом, GINA визнає неоднорідність перебігу захворювання, але експерти визначили, що в основі всіх проявів захворювання полягає єдиний механізм — запалення дихальних шляхів, тому питання патогенезу і клініки висвітлені у відповідних розділах керівництва, а градацію захворювання проведено за ступенями важкості та контролю. У виданні GINA-2002 астму класифікували за ступенем важкості на інтермітуючу та персистуючу (легку, помірну та тяжку). У керівництві GINA 2006 року перегляду цей розподіл астми рекомендовано використовувати з науковою метою, а для практичної діяльності запропоновано класифікацію астми за ступенем контролю над захворюванням на випадки з повним, частковим і відсутнім контролем.

Але незважаючи на зведення різних патогенетичних процесів при астмі до єдиного запального процесу, керівництво GINA відокремиле нетипові за своєю клінікою варіанти астми: кашльовий варіант бронхіальної астми, бронхоконстрикцію, що індукується фізичним навантаженням, та професійну астму. В цій роботі мова піде саме про кашльовий варіант бронхіальної астми [6].

Кашльова астма — особлива форма бронхіальної астми, при якій єдиною ознакою захворювання є

хронічний кашель. Ця проблема широко розповсюджена в медицині всіх вікових груп, супроводжується гіподіагностикою та відсутністю адекватної терапії. За даними різних авторів, кашель як єдиний прояв може існувати протягом 6,5 %–57 % всього часу існування захворювання у пацієнта. У таких хворих замість "звичайних" астматичних нападів розвиваються "кашльові еквіваленти" — напади кашлю, що виникають у відповідь на вплив провокуючих факторів — тригерів. У 75 %–80 % пацієнтів зі стажем хронічного кашлю через визначений період часу з'являються класичні напади бронхіальної астми. Із літературних джерел відомо, що цей період складає від декількох місяців до 8 років. Ось чому хронічний кашель має бути детально розглянутий лікарем з метою ранньої діагностики і своєчасного призначення лікування пацієнту, який, можливо, страждає на бронхіальну астму.

За даними біопсії бронхів виявлено, що при кашльовій астмі відбуваються такі ж, як і при класичній бронхіальній астмі, морфологічні зміни дихальних шляхів запального характеру. Це потовщення підслизового шару, інфільтрація стінок дихальних шляхів еозинофілами та лімфоцитами з пошкодженням епітелію, гіпертрофією гладеньких м'язів, перерозподілом інтерстиціального колагену як механізму ремоделювання дихальних шляхів. Ці зміни відбуваються за участю тих самих цитокінів, що і при класичній бронхіальній астмі — гістаміну, простагландинів, лейкотриєнів. Хронічне запалення слизової оболонки бронхів координується Т-лімфоцитами-хелперами 2 типу, які синтезують інтерлейкіни, що вносять вклад у розвиток гіперреактивності бронхів.

Погляди на патофізіологію кашлю до сучасного часу змінюються. Широко розповсюджена бронхомоторна теорія кашлю, згідно якої подразнення слизової оболонки спочатку викликає бронхоконстрикцію, а вона, в свою чергу, є рефлекторним стимулом для кашльових рецепторів. Згідно інших досліджень, нервові шляхи, що відповідні за кашель і бронхоконстрикцію, існують відокремлено, і подразнення кожного з них може викликати кашель і звуження бронхів незалежно один від іншого. На сьогодні досконало невідомо, як саме виникає подразнення кашльових рецепторів — за рахунок механічної деформації бронхіальної стінки при бронхоспазмі, чи як наслідок впливу хімічних медіаторів (накопичення в тканинах великої кількості гістаміну та інших біогенних амінів при алергічному запаленні). Доведено, що кашльові механорецептори розташовані переважно в проксимальних відділах дихальних шляхів — гортані, трахеї, крупних бронхах, а хеморецептори — в дистальних відділах. Деякі дослідники вважають, що симптоми астми залежать від рівня обструкції дихальних шляхів — при обструкції крупних бронхів виникає кашель, а дрібних — утруднене дихання та інші симптоми бронхоконстрикції.

Єдиним клінічним симптомом кашльового варіанту астми є непродуктивний хронічний кашель. Кашель

вважають хронічним, якщо він триває більше 8 тижнів. В той же час, хронічний кашель — це один з найбільш розповсюджених симптомів практично всіх відомих захворювань легень, також він турбує пацієнтів з нереспіраторною патологією. Варто пам'ятати і про можливе поєднання різних нозологій, коли у одного пацієнта кашель викликається двома (у 18–62 % хворих) або трьома (до 42 % хворих) причинами. Так як кашель не є специфічним симптомом астми, розпізнавання кашльового варіанту бронхіальної астми утруднюється, що спричинює її пізню діагностику.

Пацієнт с кашльовим варіантом бронхіальної астми скаржиться на нав'язливий сухий кашель, який виникає після фізичного навантаження, контакту з алергенами, різкими запахами чи хімічними сполуками, тютюновим димом чи холодним повітрям. Провокаторами нападу кашлю можуть стати сильні емоції чи прийом деяких медикаментів (нестероїдних протизапальних препаратів, β -блокаторів). Прояви кашлю варіюють у часі: він може підсилюватися вночі та в передранкові години, а також змінювати свій характер. Часто періоду затяжного кашлю передують гостра вірусна інфекція.

Розвиток кашльового варіанту бронхіальної астми, як і класичної астми, може бути пов'язаний з atopією. Позитивні результати алергологічного тестування шкіри, підвищений рівень загального IgE в сироватці крові, а також такі супутні алергічні захворювання, як алергічний риніт, atopічний дерматит, харчова алергія, різко підвищують вірогідність діагнозу бронхіальної астми у пацієнта з хронічним непродуктивним кашлем. Вірогідність астми збільшується не тільки в зв'язку з наявністю atopії, але і з важкістю і тривалістю atopічних захворювань. Виявлення сезонної варіабельності симптомів і позитивний сімейний анамнез астми і atopічних захворювань також є передумовами наявності у пацієнта бронхіальної астми.

Так як кашель є основним, а іноді і єдиним симптомом захворювання, кашльовий варіант астми виявляє значні труднощі в діагностиці. Кашель часто виникає вночі, і, як правило, не супроводжується свистячими хрипами. При фізикальному огляді часто не визначається ніяких симптомів захворювання. Відсутність свистячого дихання пояснюють тим, що ступінь бронхообструкції у даних хворих є недостатньою для формування феномену свисту при проходженні повітря через звужені дихальні шляхи [8].

При дослідженні функції зовнішнього дихання у пацієнтів поза нападами кашлю реєструються нормальні результати спірометрії. Особливості дослідженні функції зовнішнього дихання у пацієнтів під час кашлю потребує майстерності з боку спеціаліста функціональної діагностики, так як проведення спірометрії, якщо вона співпадає в часі з нападами кашлю, утруднено. З одного боку, пацієнт не може правильно виконати дихальні маневри з причини кашлю. З іншого боку інтерпретація результатів спірометрії за некоректними маневрами може давати хибно негативні

результати в плані бронхообструкції, коли кашель на початку різкого видиху призводить більшого значення об'єму форсованого видиху за першу секунду ($ОФВ_1$). Оцінка спірометрії у пацієнта з хронічним кашлем потребує особливої уваги, так як є літературні дані про те, що при знаходженні $ОФВ_1$ в межах контрольних значень може порушуватися тільки миттєва об'ємна швидкість на рівні 75 % форсованої життєвої ємкості легень ($МОС_{75}$), яка свідчить про бронхообструкцію на рівні дрібних бронхів [4].

У пацієнтів з кашльовою астмою не завжди можна виявити варіабельність показників функції зовнішнього дихання — $ОФВ_1$ та пікової об'ємної швидкості видиху ($ПОШ_{вид}$), бронхоспазм в пробі з бронхолітиком, але інколи вдається задокументувати зворотну обструкцію бронхів, що підтверджує діагноз астми.

Для уточнення діагнозу при хронічному кашлі слід спонукати хворого на проведення ранкової та вечірньої пікфлоуметрії, тому що регулярний моніторинг $ПОШ_{вид}$ протягом доби дозволяє виявити варіабельну бронхообструкцію при кашльовій астмі. У групі хворих, яких кашель турбує тільки вночі, денне обстеження не виявляє порушень функції зовнішнього дихання. В цьому випадку пікфлоуметрія в нічні години, коли пацієнт пробуджується від кашлю, була б доцільною для реєстрації бронхообструкції.

Гіперреактивність бронхів — це підвищення здатності дихальних шляхів до звуження після інгаляції констрикторних агоністів (метахоліну, гістаміну). Вона проявляється як в підвищеній чутливості дихальних шляхів до бронхоконстрикторів (коли низької концентрації тригерної речовини достатньо для розвитку бронхоспазму, в той час як при нормальній реактивності бронхів вищеназвані медіатори в цих же концентраціях не викликають ніяких реакцій), так і в підвищеній максимальній відповіді на бронхоконстрикторний агоніст. Провокаційні тести з використанням гістаміну чи метахоліну широко застосовуються в світі для верифікації гіперреактивності дихальних шляхів. При кашльовому варіанті бронхіальної астми позитивний провокаційний тест підтверджує діагноз бронхіальної астми. Визначення гіперреактивності дихальних шляхів — дуже чутливий тест для діагностики астми, і при її відсутності діагноз астми маловірогідний [7].

Важливою диференційною діагностичною ознакою кашлю як еквівалента астми є позитивна відповідь на лікування з застосуванням інгаляційних кортикостероїдів і бронхолітиків.

Таким чином, найбільш вагомими діагностичними тестами для встановлення діагнозу кашльової астми є: анамнез atopії, алергологічне тестування, провокаційний тест з бронхоконстрикторними агентами (метахоліном, гістаміном), спірометрія та проба з бронхолітиками, визначення $ПОШ_{вид}$ та її добової варіабельності, цитологічне дослідження мокротиння (наявність еозинофілії) і пробне лікування бронхолітиками та протизапальними засобами.

Диференційний діагноз кашльового варіанту бронхіальної астми варто проводити з захворюваннями, що супроводжуються хронічним кашлем: хронічним бронхітом, хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), еозинофільним бронхітом, синдромом постназального стікання, гастроєзофагальною рефлюксною хворобою, небажаними проявами застосування інгібіторів АПФ, бронхоектатичною хворобою, "постінфекційним кашлем". Також необхідно виключити туберкульоз, пневмонію, бронхогенну карциному, іншу онкопатологію, опортуністичні інфекції дихальних шляхів у ВІЛ-інфікованих, саркоїдоз, інтерстиціальні захворювання легень і ураження легень при системних захворюваннях сполучної тканини, абсцес легень — з цією метою виконують рентгенографію легень. Серед рідкісних причин хронічного кашлю при проведенні диференційної діагностики потрібно виключити стороннє тіло бронхів, лівошлункову серцеву недостатність, патологію щитовидної залози, нейро-м'язеві розлади, психогенний або звичний кашель, ідіопатичний кашель [5].

Хронічний бронхіт — найбільш часта причина хронічного кашлю в клінічній практиці. Він частіше зустрічається у курців і обумовлена запаленням дихальних шляхів, гіперпродукцією мокротиння. При спірометрії у курців с ХОЗЛ виявляється бронхообструктивний синдром, а при бодіплетизмографії — ознаки гіперінфляції легень з негативною відповіддю на тести з бронхолітиками або лише частковою зворотністю бронхообструкції.

У пацієнтів, кашель яких супроводжується відходженням великої кількості (більше 250 мл на день) гнійного мокротиння, що підсилюється при зміні положення тіла, частіше всього діагностується бронхоектатична хвороба.

Найбільші труднощі представляють випадки захворювання з сухим кашлем. При опитуванні пацієнта необхідно з'ясувати, чи не переніс пацієнт в нещодавній період часу гостре респіраторне захворювання, бо так званий "постінфекційний кашель" у реконвалесцентів гострого трахеобронхіту може тривати довше, ніж протягом 8 тижнів, особливо після перенесеного коклюшу.

Застосування інгібіторів АПФ викликає сухий кашель приблизно у 5–20 % пацієнтів, причому частіше у жінок, ніж у чоловіків. Відміна препарату призводить до зникнення кашлю, хоча часом на це необхідно декілька місяців, протягом яких кашель поступово зникає.

Серед причин сухого хронічного кашлю у імуннокомпетентних пацієнтів, що не палять, з нормальною рентгенограмою легень в більшості випадків визначають 3 причини, що поєднані терміном "патогенетична тріада хронічного кашлю". Це кашльовий варіант бронхіальної астми — від 24 — до 59 % випадків, синдром постназального стікання (або "синдром кашлю верхніх дихальних шляхів") — від 41 — до 58 % випадків та гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) —

від 21 до 41 % випадків. В 13 % випадків хронічного кашлю у пацієнтів, що не палять, його причиною є еозинофільний бронхіт. При аналізі індукованого мокротиння цих хворих знаходять еозинофілію (вміст еозинофілів вище 3 %). Еозинофільний бронхіт відрізняється від бронхіальної астми відсутністю позитивної відповіді на бронхоконстрикторні та бронходилатаційні тести.

Синдром кашлю верхніх дихальних шляхів обумовлений хронічним фарингітом, алергічним ринітом, синуситами, носовими поліпами, при яких надлишкова кількість секрету стікає по задній стінці глотки та подразнює гортанно-глоткову зону, що характеризується терміном "постназальна секреція". Наслідком цього є постійний непродуктивний кашель, від якого дуже важко утриматися. Таким пацієнтам показана консультація і лікування оториноларинголога [9].

ГЕРХ може спровокувати кашель як шляхом мікроаспірацій кислотного шлункового вмісту в дихальні шляхи, так і (як відбувається частіше всього) шляхом реалізації вагальних рефлексорних механізмів. Від 6 до 10 % пацієнтів з ГЕРХ-обумовленим кашлем мають яскраву клініку ГЕБХ (печію та біль за ходом стравоходу, кислий присмак у роті). У 50–75 % пацієнтів кашель при ГЕРХ не супроводжується диспепсичними розладами або іншою симптоматикою, що утруднює його ідентифікацію як ознаку гастроентерологічних розладів. Об'єктивна діагностика даного стану здійснюється шляхом проведення 24-годинної стравохідної рН-метрії, при інтерпретації результатів якої виявляється черговість у часі епізодів рефлюксу та кашлю.

Метою лікування кашльової астми є досягнення і підтримка клінічного контролю над захворюванням. Під контролем астми розуміють відсутність (двічі на тиждень або рідше) денних симптомів, відсутність обмеження фізичної активності протягом дня, відсутність нічних прокидань через симптоми астми, відсутність (двічі на тиждень або рідше) необхідності в швидкодіючій терапії, нормальні або близькі до нормальних показники легеневої функції, відсутність загострень [3].

Лікування кашльового варіанту астми не відрізняється від такого при класичній бронхіальній астмі, воно передбачає використання контролюючої та швидкодіючої терапії. Перевагу надають використанню інгаляційного шляху введення медикаментів, що створює найвищу концентрацію діючої речовини в дихальних шляхах з мінімізацією системних небажаних ефектів.

Пацієнту рекомендують обмежити контакт з тригерами, що провокують напади кашлю, призначають фармакотерапію та проводять навчання використанню інгаляційних доставкових пристроїв. Якщо пацієнт палить, йому рекомендують залишити цю звичку, так як паління підсилює кашель та зменшує ефективність кортикостероїдів.

Для полегшення симптомів (кашлю) використовують інгаляційні β_2 -агоністи (сальбутамол, фенотерол) та холінолітики (іпратропію бромід) швидкої та короткої дії, а також їх комбінації.

Контролюючу терапію призначають за ступеневим принципом. Так як кашльовий варіант астми — це еквівалент легкої персистуючої бронхіальної астми, то в якості контролюючої терапії показані інгаляційні кортикостероїди в низьких дозах: беклометазон — 200–500 мкг на добу, будесонід — 200–400 мкг на добу, флютиказон — 100–250 мкг на добу, мометазона фураат — 200–400 мкг на добу. Добову дозу препарату інгалюють в два прийоми: вранці та ввечері, притримуючись 12-ти годинного інтервалу між інгаляціями. В деяких ситуаціях можливий одноразовий прийом добової дози препарату протягом дня.

У випадках, коли на початку терапії кашель різко виражений і недостатньо відповідає на інгаляційну терапію, допустимо використання короткого курсу оральних кортикостероїдів (40 мг преднізолону на добу протягом 7 днів) окремо з наступним призначенням інгаляційних кортикостероїдів або одночасно з ними.

Більшість пацієнтів з кашльовою астмою демонструють позитивну відповідь на терапію низькими дозами інгаляційних кортикостероїдів. В невеликому відсотку випадків використання дозованих аерозольних інгаляторів може підсилити кашель через подразнюючу дію компонентів аерозолі (дисперсантів). У таких пацієнтів рекомендовано використання спеціальних доставкових пристроїв — спейсерів або сухопорошкових інгаляторів.

Часткове полегшення симптомів починається через тиждень від початку протизапальної терапії. Максимальний терапевтичний ефект спостерігається через 6–8 тижнів терапії інгаляційними кортикостероїдами. Після повного зникнення кашлю контролююча терапія корегується (шляхом зниження дози інгаляційних кортикостероїдів на 50 % або переходу на одноразовий протягом дня прийом препарату). При відсутності симптоматики астми протягом року контролюючу терапію відмінюють. Але, як і при класичній астмі, експозиція тригерів може призводити до втрати контролю над симптомами, виникненню кашлю, що потребує поновлення або ступеневого підсилення контролюючої терапії.

При персистуючому кашлі, перед тим як застосувати ескалацію терапії, необхідно ще раз впевнитися в відсутності супутньої патології, наприклад, гастроєзофагальної рефлюксної хвороби, яка робить астму трудною для контролю. При наявності одночасно і астми, і ГЕРХ пацієнта скеровують до гастроентеролога для призначення ефективної протирефлюксної терапії або її корекції.

У пацієнтів, рефрактерних до інгаляційних кортикостероїдів, необхідно перевірити комплаєнс та техніку інгаляційної терапії. Якщо причина персистуючого кашлю полягає не в супутній патології і не в відсутності комплаєнсу або неправильного використання інгаляторів, застосовують підсилення терапії. Це збільшення дози інгаляційних кортикостероїдів або приєднання до терапії β_2 -агоністів пролонгованої дії. Наступним кроком в лікуванні пацієнтів з торпідним

перебігом кашльової астми є призначення антагоністів лейкотриєнових рецепторів (монтелукаста), і, при необхідності, як терапія відчаю, використання агресивної протизапальної терапії — системних кортикостероїдів.

Як і в терапії класичної астми, призначення β_2 -агоністів пролонгованої дії в монотерапії є неприйнятним. Що стосується використання теофілінів, кромонів та антигістамінних препаратів, то, за даними літератури, немає переконливих доказів їх позитивного ефекту при кашльовому варіанті бронхіальної аст-

ми. Використання протикашльових препаратів в якості симптоматичної терапії недоцільно у даної групи хворих.

Таким чином, лікар, що консультує пацієнта с хронічним кашлем, повинен запідозрити у хворого бронхіальну астму. Бронхіальна астма — це гетерогенне захворювання, яке перебігає як в класичній, типовій формі, так і має особливий — кашльовий — варіант. Правильно встановлений діагноз і своєчасна адекватна терапія дозволяє пацієнту досягти контролю над симптомами та уникнути ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. "Про затвердження інструкцій надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія" [Текст] / Діагностика, клінічна класифікація та лікування бронхіальної астми. — Київ. — 2007. — С. 31-62.
2. Феценко, Ю. И. Современная стратегия ведения бронхиальной астмы [Текст] / Ю. И. Феценко, Л. А. Яшина // Астма та алергія — 2007. — № 3 — 4 — С. 8-11.
3. Яшина, Л. А. Достижение контроля бронхиальной астмы — современная стратегия [Текст] / Л. А. Яшина // Здоров'я України. — 2008. — № 3/1 — С. 10.
4. Conditions Associated With an Abnormal Nonspecific Pattern of Pulmonary Function Tests [Text] / Robert E. Hyatt [et al.] // Chest. — 2009. — Vol. 135. — P. 419-424.
5. Dicipinigitis, Peter V. Chronic Cough Due to Asthma [Text] / Peter V. Dicipinigitis // Chest. — 2006. — Vol. 129. — P. 75S-79S.
6. Global strategy for asthma management and prevention [Text] / National Institutes of Health National Heart & Lung and Blood Institute // — 2007. — 96 p.
7. Kang, Hee. Maximal Airway Response to Methacholine in Cough-Variant Asthma [Text] / Hee Kang [et al.] // Chest. — 2005. — Vol. 128. — P. 3881-3887.
8. Koh, Y. Y. Development of wheezing in patients with cough variant asthma during an increase in airway responsiveness [Text] / Y.Y. Koh [et al.] // Eur Respir J. — 1999. — Vol. 14. — P. 302-308.
9. The diagnosis and management of chronic cough [Text] / A.H. Morice [et al.] // Eur Respir J. — 2004. — Vol. 24. — P. 481-492.

ВАРИАНТЫ НЕТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: КАШЛЕВАЯ АСТМА

Л. А. Яшина, М. А. Полянская, С. Г. Ищук

Резюме

Бронхиальная астма — актуальная проблема здравоохранения. Отсутствие контроля над заболеванием приводит к значительному ухудшению качества жизни пациентов, инвалидизации, а в части случаев — к смерти больных. Материалы статьи посвящены особому варианту течения бронхиальной астмы — кашлевой астме. Изложены патогенез, клиническая картина, особенности диагностики и дифференциальной диагностики кашлевой астмы, а также подходы к терапии этого заболевания.

THE VARIANTS OF ATYPICAL CLINICAL COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA: COUGH-VARIANT ASTHMA

L. A. Yashyna, M. A. Polianska, S. G. Ishchuk

Summary

Bronchial asthma is an actual problem of public health. Absence of the disease control results in decrease life quality, disability and even death of the patients. This article devotes to separate variant of bronchial asthma — cough-variant asthma. Pathogenesis, clinical features, diagnostics and differential diagnostics and the methods of the treatment were expounded.