

Диференциална диагноза на острата и хроничната кашлица

Доц. Пенка Переновска

Детска клиника, УМБАЛ „Александровска“, София

Един от характерните и ранни симптоми на хроничните белодробни заболявания е кашлицата - рефлекторен акт, насочен към самоочистване на дихателните пътища от слуз, гной, кръв, чужди тела и т. н.

Познаването на причините за кашлицата и на нейната характеристика има важно клинично значение и определя избора на диагностичния план и терапевтичното поведение на лекуващия лекар.

Според протичането си, кашлицата се подразделя на:

Остра кашлица

Острата кашлица се дефинира като кашлица с продължителност, по-малка от 3 седмици. Като правило, при повечето пациенти острата кашлица е самоограничаваща се и се повлиява от антитусивни средства, често без намесата на лекар. Ето защо в много по-голяма степен, отколкото при хроничната кашлица, точната честота на острата кашлица е неизвестна. Ако се отчитат провадените без рецепта антитусивни средства, острата кашлица е много чест симптом. Най-честата причина за остра кашлица е инфекция, в частност т. нар. „настинка“, дължаща се на вирусни инфекции на горните дихателни пътища от носа до ларинкса.¹ В повечето случаи кашлицата преминава без специфично лечение. При персистиране на симптомите и преминаване на

кашлицата в хронична вероятността за инфекциозна генеза намалява рязко. При диференциалната диагноза на острата кашлица е съществено да не се пропуснат потенциално животозастрашаващи състояния, като белодробен тромбемболизъм и остра сърдечна недостатъчност. Ето защо е необходимо пълна анамнеза, обстоен физикален статус и при нужда - рентгенологично изследване.

На табл. 1 са показани най-честите причини за остра кашлица.

Рецидивиращата кашлица се среща най-често при:

- повишена реактивност на бронхите;
- гренаж на горните дихателни пътища;
- случайна аспирация;
- чести рецидиви на инфекциите на горните дихателни пътища;
- бронхопулмонална дисплазия;
- идиопатична белодробна хемосидероза.

Хронична и продължителна кашлица

Продължителната кашлица се определя като кашлица, траеща над 3 седмици, като единствен симптом и чиято причина не е установена от физикалния преглед или рутинните изследвания (рентген и спирометрия). Продължителна кашлица може да се развие след вирусна инфекция на горните дихателни пътища („постинфекциозна кашлица“). Тя включва и причините, описани по-долу, но със симптоми, траещи по-малко от 8 седмици. Ето защо твърде често причините за хронична и продължителна кашлица могат да се припокриват.

Хроничната кашлица се определя като кашлица с продължителност над 8 седмици. При продуктивната кашлица фокусът на лечение е насочен към хиперсекрецията на дихателните пътища, докато при непродуктивната кашлица диагнозата и лечението са насочени към самата кашлица. Поне два подлежащи механизма са включени при непродуктивната кашлица: повишената чувствителност на кашличен рефлекс при атопична кашлица и кашлица, дължаща се на ГЕР и АСЕ-инхибитори. Вторият механизъм включва контракция на гладките мускули в бронхиалната стена, характерна за кашличен вариант на астма. При влажната кашлица е необходимо получаването на храчка (ако това е възможно) за *цитологично и микробиологично из-*

Сериозни заболявания с рентгенологични изменения

Сърдечно-съдови: белодробен тромбемболизъм, застойна сърдечна недостатъчност
Инфекции: пневмония, плеврит, туберкулоза
Тумори: първични и метастази в белите дробове
Имуноалергични: интерстициална белодробна болест
Пневмоторакс

Инфекции с нормална рентгенологична находка

Настинка, остър бронхит, микоплазмени инфекции, хламидиална инфекция, пертусис, грип, екзацербация на ХОББ, остър синусит, RSV-инфекция, инфекции с човешки метапневмовирус

Начало на заболявания, водещи до персистираща, хронична кашлица

Бронхиална астма, атопична кашлица, синусит, ГЕРБ, АСЕ-инхибитори, кашлица-вариант на астма

Рядко при здрави хора

Аспирация и чужди тела в дихателните пътища

Табл. 1

Заболяване	Кашлица	Храчки	Кръвохрак
Бронхиална астма	Суха, пристъпна	Слузести при пристъп	Много рядко
Аспирирано чуждо тяло	Суха или влажна	Слузести	Понякога
Бронхиектазии	Влажна	Гнойни или слузесто-гнойни	Често
Белогробна хемосидероза	В криза – влажна	Слузести	Като правило
Хипоплазия на белия дроб	Влажна	Непостоянно – гнойни или слузесто-гнойни	Понякога
Белогробна поликистоза	Влажна	Обилни, гнойни	Понякога
Муковисцидоза	Влажна, пристъпна, мъчителна, коклюшоподобна	Гнойни, слузесто-гнойни, жилави	Често
Цилиарна дискинезия	Влажна	Гнойни или слузесто-гнойни	Понякога
Имунен дефицит	Влажна	Гнойни	Рядко
Дифузна интерстициална фиброза	По-често суха	Слузести, оскъдни, непостоянно	Понякога
Първична белогробна хипертензия	Може да липсва	Може да липсват	Често
Алфа-1-антитрипсिन дефицит	Суха	Слузести	Много рядко

Табл. 2. Диференциална диагноза на хроничната кашлица и експекторацията при някои хронични белогробни заболявания в детската възраст

следване. Възрастните и по-голяма част от децата в училищна възраст могат да отделят активно храчка. Кашлица може да се предизвика при огледа на устната кухина чрез гразнене на фаринкса с шпатула, а при неуспех – чрез леко притискане на трахеята в областта на югулума. Понякога е възможно фиксирането на малко количество храчка на специален памучен тампон, въведен бързо в назофаринкса по време на кашлица.

Хроничната кашлица се среща при голям брой заболявания и е ценен диагностичен симптом. При някои болни тя продължава месеци и за голяма част от тях е сериозен соматичен и психологичен проблем. Добрият диагностично-терапевтичен алгоритъм може да доведе до успех в над 80% от случаите. Като най-успешен се приема т. н. анатомичен диагностичен протокол на *R. Irvin* и съавтори, според който приблизително 90% от случаите на хронична кашлица се дължат на ринит, бронхиална астма, ГЕР или на комбинация от тях. Въпреки че ГЕР е по-изразен в легнало положение, в някои случаи по-характерно е засилването на кашлицата 10 минути след нахранване – максимална стимулация за отваряне на долния езофагеален сфинктер. В някои

случаи ГЕР може да доведе до ларингеална свръхчувствителност с последваща дисфункция на гласните връзки (в детската възраст се наблюдава в 14%). Манифестира се в 2 разновидности – инспираторен стридор и бифазно свиркане, с внезапно начало и флукуираща сила на симптомите. Провокиращи фактори са инфекции на г.г.п., силни миризми, изпарения, иританти, тютюнев дим. Характерна е и появата на кашлица при говор, смях, пеене. Постназалното стичане (grin) при риносинусит е една от най-честите причини за хронична кашлица. В тези случаи активно трябва да се търсят: ринорея, назална обтурация, кихане, главоболие, чувство за секрет в гърлото и др.

Характерен клиничен симптом при хроничните белогробни заболявания е **експекторацията** (малките деца не отхрачват). Значително количество гнойни храчки се отбелязва обикновено при наличие на кухини в белите дробове – бронхиектазии, поликистоза. Отхрачването при болните с муковисцидоза е мъчително и непълноценно, поради вискозния характер на бронхиалния секрет.

Важен диагностичен признак при хроничните белогробни заболявания е **кръвохракът**. Среща се като правило при белогробна хемосидероза и синдром на Гугнасчер, при паразитози, бронхиектазии, поликистоза, първична белогробна хипертония, туберкулоза, микози. Рецидивираният кръвохрак може да бъде обусловен и от тумори на бронхите и паренхимата, от сърдечно-съдови заболявания, хеморагични диатези. Не трябва да се забравя и за т.н. „лъжлив кръвохрак“, когато кръвта се отделя от носоглътката (табл. 2).

Обобщени, най-честите причини за кашлица при децата – остра и хронична, са представени в табл. 3.

Диагностичен подход

При снемане на анамнезата трябва да се изясни епидемиологичната обстановка, времето на поява на кашлицата, нейната продължителност, повлияването от приложеното лечение и евентуалната ѝ промяна в динамика. Необходимо е да се уточни характера на кашлицата, както и връзката ѝ с различни ситуации – хранене, сън, физическо

За всички деца
Инфекция на ГДП
Бронхит, пневмония
Новородени и кърмачета
Аспирация
Бронхиолит
Хламидиална пневмония
Коклюш*
Вродени аномалии
(напр. трахеоезофагеална фистула)*
Предучилищна възраст
Риносинусит*
Бронхиална астма*
Круп
Чуждо тяло в ДП *
Ученици и по-големи
Риносинусит*
Бронхиална астма*
Психогенна кашлица*
Бронхиектазии*
Туберкулоза*
* причина за хронична кашлица

Табл. 3. Главни причини за кашлица при деца по възрастови групи

усилие, вдишване на алергени, аспирация на чужди тела и т. н. При наличие на експекторация са важни количеството и видът на храчките.

Необходимата допълнителна информация от **анамнезата** може да включва:

- наличие на астма, екзема, уртикария, алергичен ринит в семейството;
- повишена честота на оплакванията в определен сезон или в зависимост от пускови фактори;
- малабсорбционен синдром или муковисцидоза във фамилията;
- симптоми при кърмене, насочващи към аспирационен синдром;
- „респираторна грама“ при аспирация на чуждо тяло;
- промяна на характера на кашлицата по време на сън;
- тютюнопушене (активно или пасивно) и др.

Обективното изследване на болния има важно значение в диференциалната диагноза. Ноктите тип „часовниково стъкло“ и пръстите „барабани палки“ се срещат често при бронхиектазии и са характерни за болните с муковисцидоза. Разширеният предно-заден диаметър на гръдния кош насочва към персистираща обструкция на дихателните пътища. „Свиркащото“ дишане свидетелства за астма, но може да е свързано и с ХОББ, съдов пръстен, аспирирано чуждо тяло, муковисцидоза и др. Персистиращата ексудативна физикална находка на едно и също място в продължение на месеци и години е указание за необратими морфологични промени и е патогномонична за наличие на бронхиектазии.

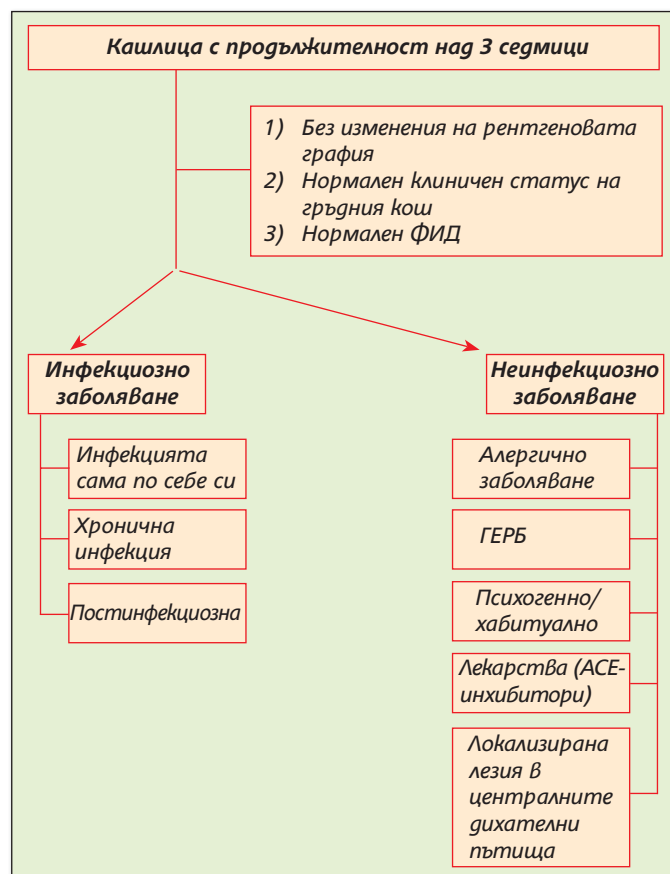
Рентгеновата диагностика е важна първа стъпка в диференциалната диагноза, особено при хронична кашлица. Възможностите на образната диагностика са повишени след въвеждане на **КАТ** и **ЯМР** на белите дробове.

Високоразделителната КТ е скъпа процедура, която трябва да се използва при диагностични затруднения и има стойност за доказване на кисти, кухини, бронхиектазии, дифузни паренхимни заболявания. Неинвазивното ултразвуково изследване дава възможност за прецизиране на размерите на плеврални изливи, големи кисти, плеврални шварти.

При съмнение за специфичен процес в диагностичния план се включва и проба Mantoux с 5 ME.

Гастроезофагеален рефлукс може да бъде доказан чрез рН-метрия.

Функционалното изследване на дишането (най-добре сутрин на гладно или 2-3 часа след хранене) позволява не само да се диференцират различните дихателни нарушения, но и да се обективизират компенсаторните възможности на болния. Най-често се среща т. н. **обструктивен** тип на вентилаторна недостатъчност (ВН). Класически пример за бронхообструктивен синдром е астматичният пристъп. Обструктивният тип на ВН се среща и при ХОББ, вродени аномалии на бронхите и белия дроб, първичен имунодефицит, муковисцидоза, дефицит на α 1-антитрипсин. Рестриктивните нарушения възникват в резултат на редуциране на дихателна



Фиг. 1. Подход при хронична кашлица

та повърхност - дифузна интерстициална фиброза, хемосидироза, саркоидоза, хипоплазия. Разделянето на вентилаторните разстройства на обструктивни и рестриктивни е условно. Много патологични процеси в белите дробове предизвикват едновременно и двата типа ВН - муковисцидоза, хронична пневмония, вродени аномалии, склеродермия и др.

Имунологичните изследвания намират все по-голямо приложение в диагностиката на хроничните белодробни заболявания. Нарушенията в локалния имунитет (особено липсата на секреторен IgA) способстват както възникването на инфекциозния процес в белите дробове, така и хронифицирането му. Принципно значение за по-нататъшното терапевтично поведение има и установяването на аутоимунни антители.

В повечето случаи е необходима консултация от оториноларинголог.

Бронхоскопията (или фибробронхоскопията) дава възможност за:

- оценка на анатомичната структура на трахеобронхиалното дърво (откриване на вродени аномалии, тумори, грануляции, чужди тела);
- оценка на състоянието на бронхиалната лигавица (хиперемия, кръвене, ерозии);
- оценка на бронхиалния секрет – гноевиден, серозен, хеморагичен, симптоми, съмнителни за бронхиектазии;
- откриване и отстраняване на чужди тела в дихателните пътища;
- извършване на диагностично-лечебен бронхоалвеоларен лаваж;

- цитологично, микробиологично, вирусологично, имунологично изследване на лаважната течност.

Задължително условие е бронхологичното изследване (особено при децата) да се извършва от опитен екип, с мониториране на жизненоважните показатели.

Алгоритъмът на диагностичен подход при острата и хронична кашлица при възрастни пациенти е представен на фиг. 1 и фиг. 2.

Противокашлични средства (Libexin) могат да бъдат назначени само на болни с мъчителна, почти непрекъсната суха кашлица, която изтощава болния и го лишава от нормален сън.

Експекторантите улесняват отделянето на мукус от горния и долния респираторен тракт.

Муколитиците намаляват вискозитета на бронхиалните секрети и улесняват тяхното отделяне от респираторния тракт:

ТИОЛИ (*N-acetylcysteine, Carbocysteine, Erdosteine, Mesna*)

N-Acetylcysteine (NAC) разкъсва дисулфидните мостове в мукуса, има бърза резорбция при перорален прием, метаболизира се основно в черния дроб и червата. NAC не се препоръчва при астматици.

Carbocysteine е мукорегулатор - повлиява биосинтеза на мукуса (повишава сиаломуцините за сметка на фукомуцините). Наблюдавано е значително намаление на вискозитета на мукуса, повишаване на мукоцилиарния транспорт и на течливостта на спутума, както и нормализиране на бронхиалния епител след перорален прием на carbocysteine.

Erdosteine модулира продукцията на мукус, намалява вискозитета му и има противовъзпалителни свойства.

БЕНЗИЛАМИНИ (*Bromhexine, Ambroxol*)

Bromhexine увеличава количеството на спутума, намалява вискозитета на бронхиалния секрет, стимулира мукоцилиарния транспорт, повишава лизозомалната активност.

Ambroxol е метаболит на Bromhexine - муколитик/експекторант. Повишава количеството и намалява вискозитета на трахео-бронхиалния секрет, подобрява мукоцилиарния транспорт, стимулира синтеза и секрецията на сурфактанта. Намалява бронхиалната свръхреактивност

ПРОИЗВОДНИ НА ПИПЕРАЗИНА (*Eprazinone*)

Eprazinone е муколитик/експекторант, който намалява вискозитета на мукуса по неизвестен механизъм. Проявява антитусивен ефект.

ПРОТЕИНИ (*Dornase alfa*)

Dornase Alpha е по-ефективен от acetylcysteine за намаляване на мукусния вискозитет при пациенти с муковисцидоза като подобрява почистването от секретите, улеснява антибиотичната пенетрация, намалява честотата и тежестта на респираторните инфекции.

Секретолитиците специфично **стимулират** отделянето на бронхиалните секрети.

Прилагат се перорално (сиропи, разтвори, капсули, таблетки) или чрез инхалации.

Известни са и растителни екстракти, използвани при кашлица: *rad. Primulae, flos. Hederae, rad. Saponariae, Hedera helix*.

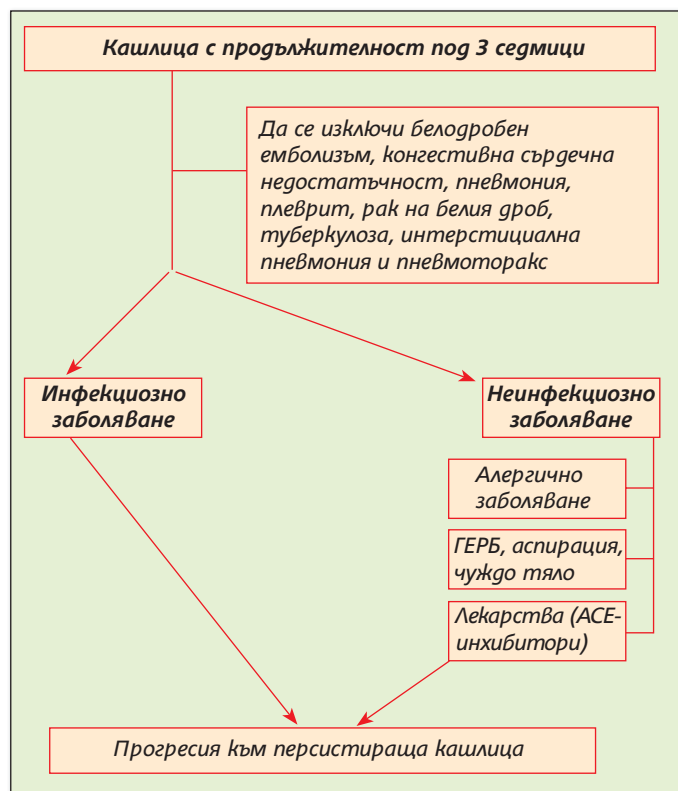
Кашлицата е мощен физиологичен механизъм за почистване на дихателните пътища от чужди материали и излишни секрети. Тя е рефлексен отговор в резултат на раздразване на определени рецептори в лигавицата на дихателните пътища и защитен феномен. Поради това, потискането на кашлицата при болни с хиперсекреция е неоправдано. При повече от 90% от пациентите острата кашлица е симптом на остра респираторна инфекция. Първите ориентири в диференциалната диагноза могат да бъдат анамнестичните данни за характера на кашлицата, нейната продължителност и периодичност. Честотата на кашлицата и нейната интензивност се определят до голяма степен от характера и активността на възпалителния процес, както и от обема на морфологичните промени в белите дробове.

Непознаването на анатомо-физиологичните особености на респираторния тракт в различните периоди от живота води до терапевтични грешки и до съчетаването на медикаменти с разнопосочно действие

Литература

1. Каганов С. Ю. – Хроническите заболявания на легките у деца и критериите за тяхната диагностика, Москва, *Медицина*, 1979
2. Костов К., Янков К. – Проблемът хронична кашлица при възрастни – диагностичен подход и лечение – сп. *Наука Пулмология*, 2007, бр. 2, стр. 53-59.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.



Фиг. 2. Подход при остра кашлица