



Библиотека
врача-специалиста

Пульмонология

И.В. Лещенко

Острый бронхит



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

Классификация

Общепринятой классификации не существует. До сих пор ведутся исследования для формирования единой классификации ОБ. Условно можно выделить этиологический и функциональный классификационные признаки заболевания:

- вирусный;
- бактериальный.

Возможны и другие (более редкие) этиологические варианты:

- токсический;
- ожоговый.

Токсический и ожоговый ОБ рассматривается не как самостоятельное заболевание, а как синдром системного поражения в рамках соответствующей нозологии.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, в зависимости от этиологии ОБ классифицируется следующим образом:

- J20.0 Острый бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*;
- J20.1 Острый бронхит, вызванный *Haemophilus influenzae*;
- J20.2 Острый бронхит, вызванный стрептококком;
- J20.3 Острый бронхит, вызванный вирусом Коксаки;
- J20.4 Острый бронхит, вызванный вирусом парагриппа;
- J20.5 Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом;
- J20.6 Острый бронхит, вызванный риновирусом;
- J20.7 Острый бронхит, вызванный эховирусом;
- J20.8 Острый бронхит, вызванный другими уточненными агентами;
- J20.9 Острый бронхит неуточненный.

Клиническая картина

Клинические проявления ОБ нередко имеют сходные симптомы с другими заболеваниями. Заболевание может начинаться с першения в горле, дискомфорта в груди, сухого мучительного кашля. Одновременно повышается температура тела, появляется общее недомогание, пропадает аппетит. В 1-й и 2-й день мокроты обычно нет. Через 2–3 дня кашель становится с мокротой. Диагностика ОБ предполагает исключение иных сходных по синдромам острых и хронических заболеваний. Предварительный диагноз ставится методом исключения и основывается на клинической картине болезни [18]. Наиболее частые симптомы и изменения данных физикального обследования при ОБ приведены в табл. 3 и 4.

Таблица 3. Симптомы острого бронхита [56]

Симптомы	Частота встречаемости, %
1. Кашель	92
2. Выделение мокроты	62
3. Ринорея	50
4. Боль в горле	50
5. Слабость	48
6. Головная боль	46
7. Затекание слизи из носа в верхние дыхательные пути	42
8. Одышка	42
9. Озноб	38
10. Свистящее дыхание	35
11. Гнойные выделения из носа	33
12. Мышечные боли	32

Симптомы	Частота встречаемости, %
13. Лихорадка	30
14. Повышенная потливость	29
15. Боль в придаточных пазухах носа	28
16. Боль в грудной клетке	17
17. Затруднение дыхания	14

Таблица 4. Данные объективного обследования, характерные для острого бронхита [56]

Симптомы	Частота встречаемости, %
1. Гиперемия глотки	45
2. Увеличение шейных лимфатических узлов	19
3. Дистанционные хрипы	18
4. Сухие свистящие хрипы при аускультации	17
5. Болезненность придаточных пазух при пальпации	16
6. Гнойные выделения из носа	15
7. Заложенность ушей	15
8. Увеличение миндалин	11
9. Температура тела более 37,8 °С	9
10. Экспираторная одышка	9
11. Ослабление дыхательных шумов	7

Практически у всех больных с ОБ наиболее частым клиническим симптомом является **кашель (92%)**. Если продолжительность кашля более 3 нед, принято говорить о персистирующем или хроническом кашле (что не эквивалентно термину «хронический» бронхит), что требует провести дифференциальную диагностику ОБ с другими причинами длительного кашля.

Диагноз ОБ выставляют при наличии остро возникшего кашля, продолжающегося не более 3 нед (вне зависимости от наличия мокроты), при отсутствии признаков пневмонии и хронических заболеваний легких, которые могут быть причиной кашля [38]. Поэтому **диагноз «острый бронхит» является диагнозом исключения** [38].

Итак, кашель — основной клинический признак у больных ОБ. Больные с жалобой на кашель являются одними из частых посетителей врача первичного звена, особенно в осенне-зимний период. Прямых эпидемиологических исследований, изучающих частоту возникновения кашля независимо от характера болезни, не проводилось. Однако, изучая распространенность некоторых заболеваний, для которых кашель является характерным их проявлением, можно сказать, что им страдают 10–20% взрослых [11]. У 10–38% больных, направленных к пульмонологу, фигурирует кашель неизвестной причины [22]. Пилотное исследование по протоколу GARD (Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases — Всемирный альянс по борьбе с хроническими респираторными заболеваниями) выявило, что частота жалоб на кашель увеличивается с возрастом [39].

КАШЕЛЬ

Кашель (tussis) — сложнорефлекторный акт, в норме способствующий очищению дыхательных путей от избыточного секрета и чужеродных частиц [22]. С точки зрения механики кашель является форсированным трехфазным экспираторным маневром, обычно при закрытых голосовых связках, сопровождающийся характерными звуками. Механизмы кашлевого рефлексы представлены на рис. 1.

Кашлевой рефлекс состоит из 5 компонентов [22, 37].

1. Кашлевые рецепторы — рецепторы блуждающего нерва в кашлевых рефлексогенных зонах, стимулирующиеся медиаторами воспаления; быстро реагирующие рецепторы (между эпителиальными стенками воздухоносных путей), стимулирующиеся вдыханием пыли, газов, холодного воздуха; и другие участки (вне дыхательных путей). От этих рецепторов раздражение передается на афферентные нервы.
2. Афферентные нервы — чувствительные ветви блуждающего нерва, передающие возбуждение в центр кашля в стволе мозга.
3. Медуллярный кашлевой центр — находится в продолговатом мозге. При участии полисинаптических связей ретикулярной формации этот центр организует скоординированную реакцию дыхательной мускулатуры через эфферентные нервы.

Основные раздражители кашлевых рецепторов [37]:

- изменения во вдыхаемом воздухе (колебания температуры и влажности — холодный или сухой воздух);
- аэрополлютанты (дым, пыль, крошки во вдыхаемом воздухе);
- мокрота;
- назальная слизь;
- аллергены;
- воспаление;
- механическое воздействие (инородное тело, давление опухоли);
- гипервентиляция;
- гипeroxия;
- гастроэзофагеальный рефлюкс;
- лекарства: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), β -блокаторы, цитостатики.

Различают физиологический и патологический кашель.

Физиологический кашель обеспечивает механизм выведения трахеобронхиального секрета. Патологический, или неадекватный, тяжелый кашель вызывает многочисленные осложнения [37].

Физиологический кашель. При накоплении избыточного количества трахеобронхиального секрета мукоцилиарный аппарат осуществляет перемещение слизистой пленки со скоростью около 6 мм/мин, вынося из дыхательных путей частицы пыли, микрогранулы, клеточные элементы (мукоцилиарный клиренс). Острый по своему течению кашель можно считать физиологическим. «Кашель — сторожевой пес бронхиального дерева».

Патологический (неадекватный) кашель не всегда выполняет защитную функцию: чем он тяжелее, тем выше риск осложнений. В патогенезе кашля развивается «порочный круг»: «сам кашель ведет к кашлю». Кашель повышает ирритацию, а ирритация ведет к повышению кашля.

В современной литературе кашель подразделяют на следующие типы [8, 73]:

- по времени возникновения: утром, днем, вечером, ночью;
- по периодичности: частый, периодический, постоянный, приступообразный, болезненный, безболезненный;
- по характеру: непродуктивный (сухой), продуктивный (влажный);
- по интенсивности: покашливание, легкий, сильный;
- по звучности: беззвучный, покашливание, грубый;
- по продолжительности: эпизодический кратковременный или приступообразный постоянный;
- по течению: острый кашель до 3 нед, подострый от 4 нед до 8 нед, хронический более 8 нед.

Обзор взаимосвязи анатомической локализации, механизма образования и характеристик кашля приведен в табл. 5.

Таблица 5. Анатомическая локализация и механизмы образования и характеристика кашля [73]

Анатомическая локализация и характеристика процесса	Механизм образования кашля	Характеристика кашля и сопутствующие симптомы
Ринит, синусит	Раздражение кашлевых рецепторов постназальным затеканием секрета	Острый или хронический кашель с ощущением постназального затекания, частое откашливание назального секрета (очищение верхних дыхательных путей), заложенность носа
Инфекции, опухоли глотки	Раздражение глоточных кашлевых рецепторов	Сухой кашель, сопровождающийся болью в горле, частое откашливание секрета
Ценкерровский дивертикул	Раздражение дыхательных путей компрессией дивертикулом или путем аспирации содержимым дивертикула	Дурной запах изо рта, регургитация непереваренной пищи, дисфагия
Инфекции, инородные тела, опухоли, аллергические процессы в гортани	Механическое раздражение или гиперреактивность кашлевых рецепторов гортани	Хриплый или лающий кашель, изменение голоса, стридор
Перенапряжение голосовых связок	Раздражение голосовых связок	Кашель при разговоре или пении
Острый трахеобронхит	Гиперреактивность кашлевых рецепторов, гиперсекреция желез	Самая распространенная причина острого кашля
Коклюш	Чрезмерное раздражение кашлевых рецепторов на фоне некротизирующего воспаления слизистой оболочки дыхательных путей	Пароксизмы кашля, заканчивающиеся громким шумным инспираторным звуком (криком), отхаркивание слизистой
Хронический бронхит	Гиперсекреция, цилиарная дисфункция	Хронический продуктивный кашель курильщика, преимущественно по утрам после пробуждения
Бронхоэктазы	Гиперсекреция, постоянные выделения в бронхоэктазах	Откашливание большого количества дурно пахнущей мокроты, кровохарканье
Муковисцидоз	Как при бронхоэктазах, секрет более вязкий	Хронический кашель с раннего детства, прогрессирующая одышка, кровохарканье

Продолжение табл. 5

Анатомическая локализация и характеристика процесса	Механизм образования кашля	Характеристика кашля и сопутствующие симптомы
Опухоли трахеи и бронхов	Механическое раздражение кашлевых рецепторов опухолью, секретом, вторичные инфекции	Изменение характеристик кашля у длительно курящего больного, кровохарканье
Бронхиальная астма	Гиперреактивность дыхательных путей, бронхоспазм, повышенная секреция	Периодический или постоянный кашель с или без хрипов/одышки
Аспирация	Раздражение кашлевых рецепторов аспиратом, вторичные инфекции	Ночной кашель, частая изжога, расстройство глотания
Инородные тела	Механическое раздражение кашлевых рецепторов, инфекционные осложнения	Анамнестически аспирация инородным телом (больной может не помнить об этом)
Вдыхание раздражающих газов и аэрозолей	Химическое раздражение кашлевых рецепторов	Начало кашля сразу после воздействия раздражающего вещества
Пневмония	Раздражение периферических кашлевых рецепторов, повышенная секреция	Первоначально сухой кашель обычно сопровождается изменением характера мокроты в зависимости от этиологии пневмонии; общие симптомы инфекции
Абсцесс легкого	—	Внезапное начало или увеличение гнойности мокроты, единомоментное отделение большого количества гнойной мокроты, часто дурно пахнущей
Туберкулез или другие хронические инфекции	—	Хронический, обычно продуктивный кашель, кровохарканье
Хронические инфильтративные или фиброзирующие заболевания легких	Раздражение периферических кашлевых рецепторов, деформация дыхательных путей	Хронический сухой кашель, прогрессирующая одышка
Отек легких (кардиогенный и некардиогенный)	Гиперсекреция, гиперреактивность дыхательных путей от отечной жидкости	Острый кашель с тяжелой одышкой, пенистая кровавая мокрота
Бульбарные нарушения	Как при аспирации	Во время еды или питья

Анатомическая локализация и характеристика процесса	Механизм образования кашля	Характеристика кашля и сопутствующие симптомы
Эзофаготрахеальная и эзофагобронхиальная фистулы	Раздражение кашлевых рецепторов при прохождении проглатываемой пищи/жидкости через фистулу в дыхательные пути	Кашель при проглатывании пищи/жидкости
Левожелудочковая недостаточность	Как при отеке легких	Как при отеке легких, ночной кашель с пробуждением
Аневризма аорты, дилатация левого предсердия	Компрессия дыхательных путей	Сухой кашель
Тромбоземболия легочной артерии	По большей части механизм неизвестен; возможно, раздражение периферических или плевральных кашлевых рецепторов при инфаркте легкого	Острый кашель, одышка, кровохарканье
Опухоли средостения	Компрессия и деформация дыхательных путей	Непродуктивный кашель, часто с зависимостью от положения тела
Плевральный выпот	Раздражение плевральных кашлевых рецепторов, деформация дыхательных путей при большом выпоте	Сухой кашель, боль в груди, одышка
Наружный слуховой проход, барабанная перепонка	Стимуляция рецепторов волосами, ушной серой, инородными телами	Редко встречающаяся причина кашля, при отсутствии видимых причин необходим осмотр ЛОР-органов; диагноз-исключение
Психогенный кашель	Привычный кашель (так называемый респираторный тик)	Сухой кашель, проходящий во сне
Преднамеренный кашель	Преднамеренный кашель для привлечения внимания или какой-либо другой личной выгоды	Сухой и шумный кашель, отмечающийся только в присутствии других людей
Лекарственно-индуцированный кашель	Часто неизвестен, зависит от конкретного препарата	Сухой, раздражающий и часто прекращающийся кашель; исчезает при прекращении приема подозреваемого препарата (диагноз-исключение)

Приступая к дифференциальному диагнозу кашля, необходимо помнить о некоторых положениях (правилах), которые относятся к любому диагностическому поиску. Следует попытаться патогенетически объяснить имеющиеся симптомы у больного, так как выявление такой связи повышает их диагностическую ценность [61].

Рекомендуемые вопросы при проведении дифференциальной диагностики кашля [23].

- Как давно появился кашель?
- Кашель сухой или с мокротой?
- Какое количество мокроты отделяется за сутки?
- Каков характер мокроты?
- Отмечалась ли в мокроте примесь крови?
- Есть ли выделения из носа?
- Связана ли работа с профессиональными вредностями?
- Имеется ли среди родных и близких длительный кашель или туберкулез, рак, БА?
- Принимает ли пациент ингибиторы АПФ, β -блокаторы, цитостатики?

В первую очередь длительность кашля будет определять дальнейший диагностический поиск. Разграничив остроту патологического процесса, далее необходимо приступить к определению характера течения, для этого выясняется наличие отделяемого при кашле и его качественные характеристики (гнойность мокроты, наличие примесей). После подробного описания кашля следует приступить к поиску сопутствующих симптомов. Только после этого можно приступать к целенаправленному поиску этиологического фактора.

Таким образом, в диагностическом плане необходимо отталкиваться в первую очередь от длительности кашля. Мгновенно предположить локализацию процесса даже с учетом звуковых и иных характеристик кашля можно с некоторой условностью, и далеко не всегда выводы окажутся правильными. Выяснить длительность кашля технически гораздо проще и быстрее, чем определить локализацию процесса или его качественные характеристики, а диагностический поиск может сильно измениться.

Причины кашля

Причины острого кашля:

- 1) инфекции верхних и нижних дыхательных путей [22, 23, 61]:
 - а) ОРВИ и грипп;
 - б) ОБ;
 - в) пневмония;

- г) коклюш;
- д) постинфекционный кашель [73];
- 2) вдыхание раздражающих веществ (дым, пыль);
- 3) аспирация инородного тела.

В практике врача амбулаторного звена правильный диагноз ставится только по данным расспроса (жалобы, анамнез) у 45–50% больных; расспроса и физикального осмотра — у 80–85% больных. У 15–20% пациентов для постановки диагноза необходимо углубленное лабораторное и инструментальное исследование. Считается, что наиболее часто причины кашля могут быть установлены путем расспроса и физикального обследования пациента [23].

В истории жизни особое внимание уделяется образу жизни (вредным привычкам). Чаще всего появлению кашля предшествует курение по крайней мере 20 сигарет в день на протяжении 20 и более лет [51]. Также необходимо узнать подробности аллергоанамнеза, переносимость различных лекарственных средств.

При физикальном обследовании последовательно рассматриваются все анатомические области, где локализуются рецепторы рефлекторной дуги кашлевого рефлекса: полость рта, носа и его придаточных пазух, ушей, гортани, дыхательной и сердечно-сосудистой системы [79].

Только лишь кашлем наиболее часто могут проявляться: инфекции (ОБ, внебольничные пневмонии, туберкулез), аспирация инородного тела, анафилаксия, интерстициальные заболевания легких, опухоль, аневризма аорты [25].

Если при остром кашле появляются дополнительные симптомы: одышка, лихорадка, боль в грудной клетке, потеря веса, необходимо проведение рентгенографии органов грудной клетки в двух стандартных проекциях. Если появляется кровохарканье, то необходимо проведение рентгенографии органов грудной клетки в двух стандартных проекциях и бронхоскопии.

При нормальной рентгенограмме грудной клетки причинами кашля могут быть: ОРВИ (вызванные респираторно-синтициальным вирусом, риновирусом, вирусом гриппа, вирусом парагриппа, аденовирусом, респираторным коронавирусом, метапневмовирусом); ОБ; аспирация инородного тела; ингаляция токсических газов.

Критерии ранней диагностики при кашле

Внезапный кашель (в течение нескольких секунд) является неотложной ситуацией, так как чаще всего вызван попаданием инородного тела

в дыхательные пути [23]. Может сопровождаться признаками асфиксии (синюшность лица, нарушение сознания, затруднение дыхания, потеря голоса). Если предмет маленьких размеров, то спустя некоторое время острый кашель может пройти. Если не было обнаружено инородное тело, изгнанное из дыхательных путей, есть основания считать, что оно проникло в бронх. Принимаются меры для его обнаружения и извлечения (бронхоскопия, рентгенография легких).

При попадании в дыхательные пути крупного инородного тела неотложной помощью является извлечение его пальцем изо рта. Если тело не найдено, необходимо немедленно положить пациента лицом вниз и совершить несколько ритмичных толчкообразных ударов основанием ладони по области между лопаток. Удар должен быть скользящим (снизу вверх: из межлопаточной области в сторону головы).

Ниже приводятся дифференциально-диагностические признаки некоторых частных заболеваний, сопровождающихся кашлем.

Коклюш и паракоклюш. Коклюш в катаральном периоде трудно дифференцировать от ОРВИ (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, респираторно-синцитиальный вирус и др.). Однако для коклюша не характерны выраженные катаральные явления со стороны носа и ротоглотки; часто заболевание протекает на фоне нормальной температуры. Кашель постепенно прогрессирует, несмотря на проводимое лечение.

Уже в начальном периоде для коклюша характерен высокий лейкоцитоз и лимфоцитоз.

В типичных случаях течения коклюша в спазматическом периоде дифференциальная диагностика не требуется. Течение коклюша у привитых не сопровождается четкими клиническими периодами (катаральным и спазматическим). В этом случае требуется дифференциальная диагностика с острыми респираторными заболеваниями, протекающими с обструктивным синдромом, туберкулезным бронхоаденитом, инородным телом, спазмофилией с ларингоспазмом, редко с БА, опухолями средостения и др.

Характерная цикличность заболевания, типичный спазматический кашель с репризами, гематологические сдвиги, а также эпидемиологические данные помогают врачу своевременно поставить диагноз коклюша. Сложнее дифференцировать коклюш от паракоклюша, при котором кашель также может принимать судорожный характер. Однако паракоклюш протекает значительно легче коклюша. Температура тела практически всегда нормальная.

Коклюшеподобный кашель продолжается от нескольких дней до 2 нед. Гемограмма обычно без изменений. Решающее значение

в диагностике играют бактериологические методы исследования и в меньшей степени — серологические исследования.

У привитых людей болезнь протекает в стертой форме, сопровождается сухим покашливанием, длящимся продолжительное время. Такое течение не опасно для пациента, но пациент является источником инфекции для других.

Инкубационный период паракоклюша 5–15 дней. Заболевание начинается с кашля, который постепенно нарастает и иногда может приобретать судорожный характер с репризами, рвотой. Однако кашель обычно не имеет спазматического характера, и заболевание протекает легко по типу ОРВИ. Температура, как правило, не повышается, общее состояние не нарушается. Гемограмма остается в норме. Кашель продолжается 2–3 нед, редко больше. Осложнений обычно не возникает.

Диагноз паракоклюша на основании только клинических данных невозможен [32]. Решающее значение имеют лабораторные методы исследования: обнаружение паракоклюшной палочки в посевах слизи из зева и нарастание специфических антител в реакциях гемагглютинации, реакция связывания комплемента.

Острый тонзиллофарингит. Основной жалобой является дискомфорт или боль в горле, усиливающаяся при глотании. При неосложненном течении боль, как правило, имеет симметричный характер. При выраженном вовлечении в воспалительный процесс боковых столбов глотки и/или реактивном отеке паратонзиллярной клетчатки возможна иррадиация в ухо, особенно выраженная при глотании. При проведении физикальных методов исследования у больного не обнаруживается какой-либо патологии со стороны легочной системы [4].

Местные проявления:

- гиперемия и отек нёбных миндалин, нёбных дужек, задней стенки глотки (реже — мягкого нёба и язычка);
- налеты на нёбных миндалинах (реже — на задней стенке глотки);
- явления регионарного лимфаденита (увеличение, уплотнение, болезненность подчелюстных, передне- и заднешейных лимфатических узлов);
- петехиальная энантема на мягком нёбе и языке (единственный симптом, который в ранние сроки с большой вероятностью может указывать на стрептококковую этиологию острого тонзиллофарингита).

Острый ларингит. Основными симптомами острого ларингита являются острая боль в горле, охриплость, кашель, затруднение дыхания,

ухудшение общего самочувствия. Для острых форм характерно внезапное начало заболевания при общем удовлетворительном состоянии или на фоне небольшого недомогания. Температура тела остается нормальной или повышается до субфебрильных цифр при катаральном остром ларингите. Фебрильная температура, как правило, отражает присоединение воспаления нижних дыхательных путей или переход катарального воспаления гортани во флегмонозное.

Для инфильтративных и абсцедирующих форм острого ларингита характерны сильные боли в горле, нарушение глотания, в том числе жидкости, выраженная интоксикация, нарастающая симптоматика стеноза гортани [71]. Выраженность клинических проявлений напрямую коррелирует с тяжестью воспалительных изменений.

Общее состояние больного становится тяжелым. При отсутствии адекватной терапии возможно развитие флегмоны шеи, медиастинита, сепсиса, абсцедирующей пневмонии и стеноза гортани. В этих случаях независимо от причины, вызывающей острый стеноз гортани, клиническая картина его однотипна и обусловлена степенью сужения дыхательных путей.

Резко выраженное отрицательное давление в средостении при напряженном вдохе и нарастающее кислородное голодание вызывают симптомокомплекс, который заключается в появлении шумного дыхания, изменении ритма дыхания, западении надключичных ямок и втяжении межреберных промежутков, вынужденном положении больного с запрокинутой головой, опущении гортани при вдохе и подъеме при выдохе:

- при трахеите — громкий, глубокий, сопровождается выраженной болезненностью за грудиной;
- при бронхите — грудной, громкий, начинается с повышения температуры, не болезненный, сопровождается обильным выделением слизистой мокроты; при осмотре — распространенные влажные хрипы.

Внебольничная пневмония. Кашель глубокий, влажный с выделением мокроты, возможна болезненность (при плевропневмонии) в реберной области, сбоку или сзади, провоцируется глубоким вдохом, уменьшается при положении больного на больном боку.

Подозрение на пневмонию должно возникать при наличии у больного лихорадки в сочетании с жалобами на кашель, одышку, отделение мокроты и/или боли в грудной клетке. Больные, переносящие пневмонию, часто жалуются на немотивированную слабость, утомляемость, сильное потоотделение по ночам [29].

При физикальном исследовании классическими объективными признаками пневмонии являются укорочение (тупость) перкуторного звука

над участком воспаления легкого, локально выслушиваемое бронхиальное дыхание, фокус звучных мелкопузырчатых хрипов или крепитации, усиление бронхофонии и голосового дрожания. У части пациентов объективные признаки внебольничной пневмонии могут отличаться от типичных или отсутствовать вовсе (примерно у 20% больных).

Плеврит. Как правило, кашель сопутствует сухому плевриту. Он сухой, без выделения мокроты и очень болезненный; усиливается при глубоком вдохе, может перейти в одышку, если начинает нарастать плевральный выпот.

Основным дифференциально-диагностическим симптомом будет боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании. Боли в грудной клетке, одышка вначале отмечаются при незначительной физической нагрузке, потом и в покое, ощущение тяжести в грудной клетке на стороне поражения, сухой кашель [40].

При сухом фибринозном плеврите отмечается боль в грудной клетке на стороне поражения, которая усиливается при дыхании, кашле, при наклоне в противоположную сторону, снижается при иммобилизации грудной клетки.

Осмотр больного дает дополнительную информацию: при сухом фибринозном плеврите отмечается отставание грудной клетки при дыхании. Наличие асимметрии грудной клетки с увеличением в объеме пораженной стороны (характерно для экссудативного плеврита), при этом межреберные промежутки могут быть увеличены, что придает сглаженность грудной клетке на стороне поражения. Больной, принимая вынужденное положение, старается лежать на больном боку, уменьшая тем самым неблагоприятные последствия давления выпота на легкое и средостение. При очень больших выпотах больные принимают полусидячее положение.

Аскаридоз. Для клинической картины ранней фазы инвазии особенно характерно поражение легких (синдром Леффлера). Появляющийся кашель чаще сухой, реже с отделением студной мокроты и примесью крови. Иногда кашель может иметь астматическую окраску, быть удушательным по своему характеру. Дополнительно могут выявляться одышка и боли в груди, особенно сильные при возникновении плеврита, выслушивается большое количество разнообразных хрипов, однако притупление перкуторного звука выявляется сравнительно редко. При повторной рентгеноскопии легких отмечаются множественные «летучие инфильтраты» Леффлера, которые быстро меняют конфигурацию и, исчезая в одном месте, появляются в другом [57].

Таким образом, острый кашель остается актуальной диагностической проблемой как в амбулаторном, так и в стационарном звене,

и в то же время является наиболее частым симптомом при ОБ. Среди вопросов, на которые необходимо в первую очередь дать ответ, вопрос о продолжительности кашля у больного. Именно этот критерий будет определять дальнейший диагностический поиск. Особенность диагностики острого кашля в этом аспекте в том, что любой подострый или хронический кашель когда-то был «острым» по продолжительности. Поэтому нельзя ограничиваться лишь указанными выше причинами, так как вероятно, что «острый» кашель является дебютом хронического заболевания, например кашлевого варианта БА.

Причины длительного кашля:

- длительный кашель, связанный с заболеваниями органов дыхания;
- длительный кашель у больных с артериальной гипертензией и заболеваниями сердца;
- длительный кашель у больных с заболеваниями соединительной ткани;
- длительный кашель у курильщиков;
- длительный кашель у людей определенных профессий;
- длительный кашель у больных с атопией, аллергией или при наличии повышенной чувствительности к ацетилсалициловой кислоте;
- длительный кашель и лихорадка с выделением гнойной мокроты;
- другие причины длительного кашля.

Причины длительного кашля, связанные с заболеваниями органов дыхания:

- БА.
- Хронический бронхит.
- ХОБЛ.
- Хронические инфекционные заболевания легких.
- Туберкулез.
- Синусит.
- Синдром постназального затека (затекания носовой слизи по задней стенке глотки в дыхательные пути) (*Post nasal drip syndrome*).
Диагноз постназального затека может быть заподозрен у больных, которые описывают ощущение затекания слизи в глотку из носовых ходов или частую потребность «очищать» глотку путем покашливания. У большинства пациентов выделения из носа слизистые или слизисто-гнойные. При аллергической природе постназального затека в носовом секрете обычно обнаруживаются

эозинофилы. Причинами постназального затека могут быть общее охлаждение организма, аллергический и вазомоторный риниты, синуситы, раздражающие факторы внешней среды и лекарственные средства (например, иАПФ).

- Саркоидоз.
- Рак легкого.
- Плеврит.

Дифференциальная диагностика проводится с использованием клинических, функциональных, лабораторных, эндоскопических методов и методов лучевой диагностики.

Длительный кашель у больных с заболеваниями сердца:

- прием ингибиторов АПФ (альтернативой служит подбор другого ингибитора АПФ или переход на антагонисты ангиотензина II); β-адреноблокаторы (даже селективные) особенно у больных с атопией или гиперреактивностью бронхиального дерева;
- сердечная недостаточность (кашель в ночное время). В дифференциальной диагностике помогает рентгенография органов грудной клетки и эхокардиография.

Длительный кашель у больных с заболеваниями соединительной ткани:

- фиброзирующий альвеолит, иногда в сочетании с ревматоидным артритом или склеродермией. Необходима компьютерная томография (КТ) с высокой разрешающей способностью, исследование функции внешнего дыхания с определением функциональной остаточной емкости легких, диффузионной способности легких и рестриктивных изменений;
- влияние лекарственных средств (препараты, принимаемые при ревматоидном артрите, препараты золота, сульфасалазин, метотрексат).

Длительный кашель у курильщиков:

- наиболее вероятными причинами являются ОБ с затянувшимся течением (более 3 нед) или хронический бронхит;
- особая настороженность в отношении курящих лиц старше 50 лет, особенно отмечающих кровохарканье. У этой категории пациентов необходимо исключить рак легкого.

Длительный кашель у людей определенных профессий (профессиональные заболевания):

- асбестоз (рабочие на стройках, а также лица, работающие в больших автомастерских). Необходимо проведение лучевой диагностики и спирометрии, консультация профпатолога;

- «легкое фермера». Подозрение у работников сельского хозяйства (гиперчувствительный пневмонит, обусловленный воздействием заплесневелого сена), возможна БА;
- профессиональная БА, начинающаяся с кашля, может развиваться у лиц различных профессий, связанных с воздействием химических агентов, органических растворителей в мастерских по ремонту автомобилей, химчистках, при производстве пластика, в зубных лабораториях, стоматологических кабинетах и т.д.

Длительный кашель у больных с атопией, аллергией или при наличии повышенной чувствительности к ацетилсалициловой кислоте:

- наиболее вероятный диагноз — БА. Наиболее частые симптомы — преходящая одышка и отделение слизистой мокроты;
- для проведения дифференциального диагноза необходимо провести следующие исследования:
 - измерение пиковой скорости выдоха в домашних условиях;
 - спирометрию с бронходилатационной пробой;
 - при возможности — определение гиперреактивности бронхиального дерева (провокация вдыхаемым гистамином или метаболоидом гидрохлоридом);
 - оценка эффекта ингаляционных глюкокортикоидов.

При наличии длительного кашля и лихорадки, сопровождающихся выделением гнойной мокроты или без нее, необходимо исключить:

- туберкулез легких;
- эозинофильную пневмонию;
- возможно развитие васкулита (например, узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера).

Необходимо проведение рентгенографии органов грудной клетки или КТ, исследование мокроты на микобактерии туберкулеза, мазок и посев мокроты, анализ крови, определение содержания С-реактивного белка в сыворотке крови.

Другие причины длительного кашля:

- саркоидоз (рентгенография органов грудной клетки или КТ для исключения гиперплазии лимфатических узлов дыхательной системы, инфильтратов в паренхиме легких, морфологическое исследование биоптатов различных органов и систем);
- прием нитрофуранов (необходимо анамнестически выяснить у больного, принимает ли он нитрофураны);
- плеврит (необходимо установить основной диагноз, пункция и биопсия плевры, исследование плевральной жидкости);

- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — одна из частых причин хронического кашля, встречающаяся у 40% кашляющих лиц [56]. Многие из этих больных жалуются на симптомы рефлюкса (изжога или кислый вкус во рту). Нередко лица, у которых причиной кашля является гастроэзофагеальный рефлюкс, не указывают на симптомы рефлюкса.

Алгоритм диагностики кашля

Облегчить диагностический поиск лечащему врачу может помочь схема для диагностики кашля у взрослых старше 15 лет в амбулаторных условиях (рис. 2) [61].

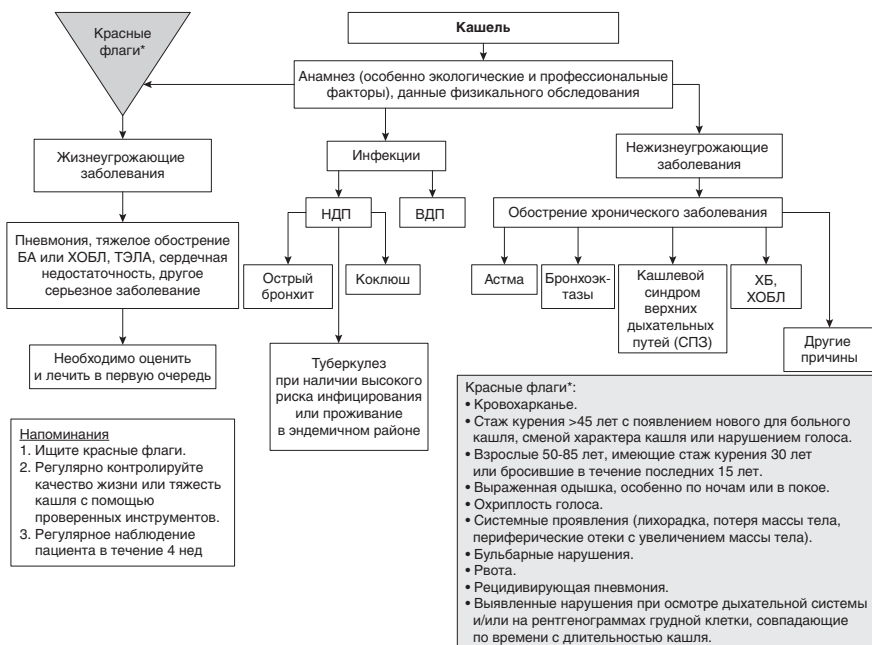


Рис. 2. Алгоритм диагностики острого кашля у больных старше 15 лет. (Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms) [61]. Примечания: БА — бронхиальная астма; ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких; ТЭЛА — тромбоемболия легочной артерии; НДП — нижние дыхательные пути; ВДП — верхние дыхательные пути; ХБ — хронический бронхит; СПЗ — синдром постназального затекания.

*Красные флаги — признаки серьезной патологии