

CHRONICKÝ KAŠEL U DĚTÍ

MUDr. Tomáš Kočí

AstmaCentrum Česká Lípa

Chronický kašel představuje častý diagnostický a terapeutický problém praktického lékaře. K úspěšné léčbě chronického kašle je nutné nalezení jeho příčiny (příčin) a kauzální léčba. Principem diagnostického protokolu je postupné vylučování nejčastějších příčin. Nejčastějšími příčinami jsou povirový kašel, syndrom zadní rýmy, bronchiální astma a gastroesofageální reflux.

DEFINICE

Chronický kašel je kašel přetrvávající obvykle více než 6 týdnů bez zjevné nebo potvrzené příčiny. Někdy je považován za diagnostickou jednotku pouze v případě negativního výsledku vyšetření rtg plic. Chronický kašel může být svým charakterem suchý/dráždivý nebo produktivní s expektorací.

MECHANIZMY VZNIKU KAŠLE

hyperreaktivita horních dýchacích cest (povirový kašel, zadní rýma)

bronchiální hyperreaktivita (astma bronchiale)

esofago-bronchiální reflex zprostředkovaný n. vagus (gastroesofageální reflux – GER)

zvýšená citlivost receptorů pro kašel

NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY CHRONICKÉHO KAŠLE U DĚTÍ

poinfekční („povirový“) kašel

syndrom zadní rýmy (PNDS – z anglického „post nasal drip syndrom“) – chronická sinusitis, adenoidní vegetace, chronická alergická i nealergická rýma...

astma bronchiale

gastroesofageální reflux (GER)

(často několik příčin současně)

DALŠÍ PŘÍČINY CHRONICKÉHO KAŠLE

- iritace dráždivými látkami (kouření – i pasivní)
- infekce (chlamydie, pertusse, tbc...)
- cystická fibróza, porucha cilií
- vrozené anomálie
- vdechnuté cizí těleso, aspirace
- intersticiální plicní proces
- imunodeficience
- kardiogenní příčina
- psychogenní kašel (diagnóza per exclusionem)

TYPICKÁ ZÁVISLOST NĚKTERÝCH PŘÍČIN KAŠLE NA VĚKU DÍTĚTE

KOJENCI

vrozené anomálie, GER, cystická fibróza

PŘEDŠKOLÁCI

adenoidní vegetace, cizí těleso, bronchiální astma

STARŠÍ DĚTI

chronická alergická i nealergická rýma, bronchiální astma, psychogenní kašel

DIAGNOSTICKÝ POSTUP (POSTUPNĚ – DO NALEZENÍ PŘÍČINY)

důkladná anamnéza a klinické vyšetření

rtg plic (ve většině případů)

ORL vyšetření (včetně adenoidní vegetace a paranazálních dutin)

spiometrické vyšetření (věk nad 5 let)

alergologické vyšetření

vyšetření GER

DALŠÍ SPECIALIZOVANÁ VYŠETŘENÍ

bakteriologie, sérologie (infekce?)

chloridy v potu (cystická fibróza?)

bronchoskopie (cizí těleso? vrozená anomálie?)

imunologie (imunodeficience?)

kardiologické vyšetření (kardiogenní?)

psychologické vyšetření (psychogenní?)

SYNDROM ZADNÍ RÝMY – VYŠETŘENÍ A LÉČBA U DĚTÍ**příznaky:** ucpaný nos, purulentní výtok z nosu, kašel, event. bolesti hlavy, chrápání**vhodné vyšetření:** endoskopie nosní, případně rtg (počítačová tomografie – CT) vedlejších dutinléčba medikamentózní: $\pm$ ATB $\pm$ lokálně dekongescens $\pm$ lokální steroid $\pm$ antihistaminika – dle etiologie

léčba chirurgická: endoskopická (adenotomie, event. jiný zákrok)

POSTUP PŘI PODEZŘENÍ NA ASTMA BRONCHIALE („COUGH VARIANT“)

vyšetření bronchiální hyperreakivity: bronchodilatační test – po průkazu obstrukce při spiometrickém vyšetření bronchoprovokační test – 6 minut běh nebo test inhalací histaminu (specialista)

domácí měření a monitorování maximální výdechové rychlosti výdechoměrem (PEF)

léčba jako „klasické“ bronchiální astma

POSTUP PŘI PODEZŘENÍ NA GER

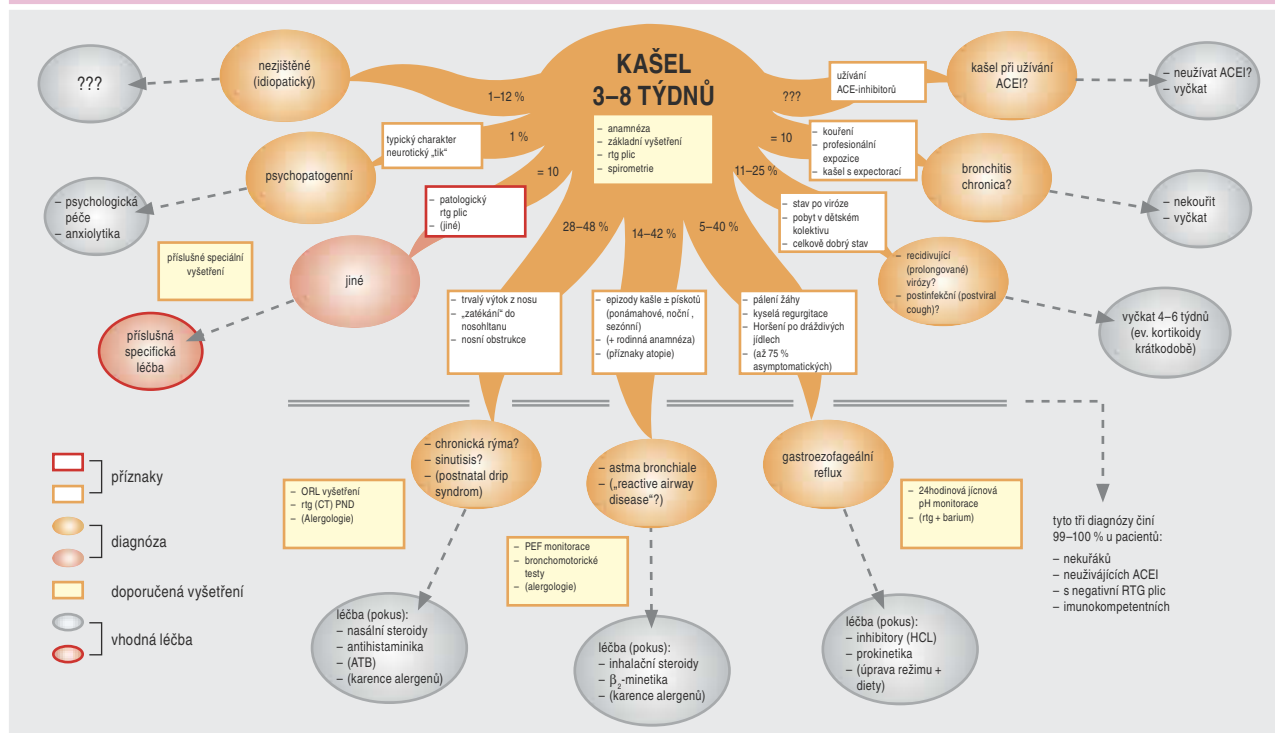
potvrzení diagnózy – 24hodinová jícnová pH metrie, rtg kontrastní vyšetření jícnu, event. sonografie jícnu (gastroenterolog)

režimová a dietní opatření

farmakologická léčba (prokinetika, antagonisté H₂ receptorů a blokátory protonové pumpy)

chirurgická léčba v indikovaných případech

VYŠETŘOVACÍ POSTUP



Principy léčby chronického kašle

- VŽDY snaha o zjištění příčiny a poté KAUZÁLNÍ léčba (jedné nebo více příčin)
- při podloženém podezření na určitou příčinu je možné a vhodné provést terapeutický test – použitím kauzální léčby
- jedině úspěch použité léčby potvrzuje diagnózu – jinak je třeba hledat další příčiny

Symptomatická léčba

- měla by být výjimkou – při neúspěchu hledání kauzální příčiny kašle (vhodná v případě „poinfekčního“ kašle)
- prokazatelně účinná antitusika kodeinového typu mají řadu potenciálních nežádoucích účinků, ostatní antitusika jsou často účinná nedostatečně
- někdy se osvědčuje inhalace ipratropia bromidu
- expectorantia mají účinnost většinou neprokázanou
- antihistaminika 1. i 2. generace jsou účinná častěji při kašli v kombinaci s rýmou – PNDS

Poznámka na závěr

- při přetrvávajícím kašli, není-li riziko z prodlení a není-li anamnesticky nápadné vodítko (kojenec, podezření na aspiraci...), je možno vyčkat 6–8 týdnů, případně podávat symptomatickou léčbu
- při dalším trvání je však nutno pátrat po nejčastějších příčinách, které jsou ve většině případů: syndrom zadní rýmy, bronchiální astma a gastroezofageální reflux
- kauzální léčba těchto častých onemocnění může zabránit jejich progresi a jejich případným komplikacím

Literatura

1. Čáp P., Vondra V. (2000): Kašel. Galerie Vltavin, Praha.
2. Irwin, R. S., et al. (1990): Chronic cough. *Am. Rev. Respir. Dis.* 141: 640-647.
3. Irwin, R. S., et al. (1991): The treatment of cough: a comprehensive review. *Chest* 99: 1477-1484.

4. Kamei, R. K. (1991): Chronic cough in children. *Pediatr. Clin. North Am.* 38: 593-604.
5. Kočí, T. (1997): Chronický kašel. *Respirace* 3: 5-12.
6. Kolek, V. (2000): Chronický kašel. Nakladatelství Vltavin, Praha.
7. Patrick H, et al. (1995): Chronic cough. *Med. Clin. North Am.* 79: 361-372.