

KAŠLAJÍCÍ DÍTĚ V PRIMÁRNÍ PÉČI

Doporučený postup

**MUDr. Tomáš Kočí¹, MUDr. Helena Honomichlová², MUDr. Olga Roškotová³,
MUDr. Václav Miláček⁴, MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.⁵, MUDr. Bohumil Procházka⁶,
MUDr. Vladimír Němec⁷, MUDr. Jarmila Seifertová⁸**

¹Astmacentrum, Česká Lípa

²Dětská respiračně-alergologická ordinace, Plzeň

³ordinace PLDD, Litoměřice

⁴Dětské oddělení, Kutná Hora

⁵Dětská klinika FN, Olomouc

⁶ordinace PLDD a kardiologie, Kutná Hora

⁷Dětské oddělení, Pardubice

⁸ordinace PLDD, Kladno

Kašel je jedním z nejčastějších důvodů návštěvy lékaře v primární péči. Je to příznak, který obtěžuje nejen dítě, ale i celou rodinu. Skupina lékařů při České pediatrické společnosti vytvořila doporučený postup, jak přistupovat ke kašlajícímu dítěti v primární péči. Doporučila postupné vyšetřování podle klinického nálezu a pravděpodobnosti vyvolávající příčiny kašle. Vhodná je kombinace specifických vyšetřovacích postupů a využití léčebného pokusu. Úkolem lékaře je nepodcenit „běžný kašel“ ani nevyšetřovat zbytečně.

Dělení kašle

Kašel akutní: bez ohledu na léčbu netrvá déle než 1 týden.

Kašel subakutní: bez ohledu na léčbu netrvá déle než 3–4 týdny.

Kašel chronický: trvající více než 4 týdny, někdy se uvádí až 8 týdnů.

Patofyziologie vzniku kašle: vzniká stimulací senzorických receptorů ve sliznici laryngu, tracheobronchiálního stromu, ale i v horní části gastrointestinálního traktu, v pleuře i v perikardu (receptory jsou i v zevním zvukovodu).

Stimulační podněty mohou být mechanické, chemické a termické. Sníží-li se práh dráždivosti receptorů, stává se reflex kašle reflexem patologickým.

Nejčastější příčiny akutního kašle

- virové nebo bakteriální infekce horních cest dýchacích
- inhalace dráždivých látek
- zánět paranasálních dutin
- infekce dolních dýchacích cest a plicního parenchymu
- aspirace

Nejčastější příčiny chronického kašle

- parainfekční a postinfekční kašel (RS viry, parainfluenza, mykoplazmata, chlamydie, cytomegaloviry, pertuse, parapertuse)
- chronická rhinosinusitis (syndrom zadní rýmy)
- obstrukce v nosohltanu (adenoidní vegetace)
- astma bronchiale (zvýšená bronchiální reaktivita)
- gastroesofageální reflux (GERD)
- chronická bronchitida
- hypotonická dyskineza průdušnice
- psychogenní kašel
- vrozené vývojové vady
- nepoznaná aspirace cizího tělesa zaklíněného v bronchiálním stromu

Klinický obraz kašle

- pokašlávání při sekretu v nosohltanu – **faryngeální kašel**
- štěkavý kašel při postižení hrtanu – **laryngeální kašel**
- hrubý, dráždivý kašel – **tracheální**
- dusivý kašel s expectorací nebo i bez ní – **kašel z postižení dolních dýchacích cest**

Varovné známky při akutním kašli: cyanóza, sufokace, náhlý začátek obtíží.

Varovné známky při chronickém kašli: neprospívání, zvracení, dušnost, noční kašel.

Vyšetření

Vyšetřujeme pacienta postupně podle klinického nálezu a pravděpodobnosti vyvolávající příčiny. Kombinujeme specifické vyšetřovací postupy. V každém kroku informujeme pacienta a jeho doprovod. Nesmíme podcenit „běžný kašel“, ale ani nesmíme vyšetřovat nadbytečně.

Vyšetřovací postup

1. důsledná anamnéza
2. objektivní vyšetření
3. základní laboratorní vyšetření
4. rtg plic
5. další konziliární vyšetření

1. Anamnéza

V rodinné anamnéze si všímáme výskytu atopie, astma bronchiale, ekzému, výskytu imunodeficiency.

V osobní anamnéze sledujeme novorozenecké období, druh výživy, předchozí výskyt onemocnění – jeho sezonní výskyt, průběh, výskyt ekzému.

V nynějším onemocnění zaznamenáme délku kašle, jeho denní variabilitu, toleranci námahy, vliv teplot na kašel, výskyt předchozích infekcí, výskyt rýmy, chrápání dítěte ve spánku, vliv jídla na vznik kašle.

Sociální prostředí a celkový režim dítěte může mít také vliv na vznik a trvání obtíží.

2. Při **objektivním vyšetření** postupujeme důsledně dle doporučení

- **pohled** (nepřehlédnout palčkovité prsty)
- **pohmat** (zaměříme se na lymfatické uzliny)
- **poklep, poslech**
- zaznamenáme **parametry růstu a vývoje**

Základní laboratorní vyšetření: sedimentace červených krvinek (FW), krevní obraz s diferenciálním rozpočtem, C reaktivní protein

3. **Sérologie** (chlamydie, mykoplasma, pertuse, viry)

4. **Rtg plic**

5. **Konziliární vyšetření**

- **otorhinolaryngologické vyšetření** (vedlejší nosní dutiny, adenoidní vegetace)
- **spirometrie** (bronchodilatační, bronchoprovokační test)
- **alergologické vyšetření**
- **imunologické vyšetření**
- **potní test**
- **gastroezofageální reflux** (výskyt ve všech věkových kategoriích až 15 %)
- **pneumologické vyšetření**
- **kardiologické vyšetření**
- **psychologické vyšetření**

Terapie

Léčíme racionálně kauzálně dle zjištěné etiologie.

Nelze-li zjistit etiologii, léčíme dle příznaku symptomatologicky.

Postinfekční kašel (RS viry, viry parainfluenzy, adenoviry, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*: výskyt 11–25 %, pertusoidní kašel – trvá i několik měsíců): postinfekční kašel má dobrou prognózu, spontánně ustupuje, v léčbě využíváme inhalační formu ipratropia bromidu, eventuálně kortikoidy.

Syndrom zadní rýmy (chronická rhinosinusitis, AV): léčíme dle doporučení ORL specialistů – adenotomie vhodná při zvětšené vegetaci, eventuálně cíleně antibiotika, alergologické vyšetření a eliminace alergenu.

Astma bronchiale: základem jsou inhalační kortikosteroidy, někdy antileukotrieny. Můžeme využít diagnostickou léčbu, kterou přerušíme za 2–3 měsíce.

GERD-refluxní choroba jícnu: v terapii doporučujeme antirefluxní mléka, zvýšenou polohu, režimová opatření. Z medikamentózní léčby využíváme inhibitory protonové pumpy, prokinetika.

Chronická bronchitida: léčba je dle zjištěné základní příčiny.

Symptomatická léčba neproduktivního kašle: antitusika kodeinová a nekodeinová, ipratropium bromid.

Symptomatická léčba produktivního kašle: dostatečná hydratace, Ambroxol, Bromhexin, N-acetylcystein a karbocystein, Erdostein.

Prevence

Pokud možno se snažíme vždy odstranit příčinu kašle! Předpoklad pro úspěšnou léčbu je spolupráce se specialisty a dobrá spolupráce pacienta a jeho rodiny. Nezapomínáme na poučení o správné životosprávě.

Literatura

1. Bush A. Paediatric problems of cough pulmonary pharmacology + therapeutics 2002; 15: 309–315.
2. Koleček V. Chronický kašel, Vltavín, Praha 2000.
3. Morice AH. The diagnosis and management of chronic cough. Eur Respir J 2004; 24: 481–492.
4. Pohunek P. Kašel v ordinaci PLDD. Causa subita 2002; 5(8): 359–362.

MUDr. Jarmila Seifertová

Praktický lékař pro děti a dorost

Litevská 2720, Kladno 2

e-mail: j.seifertova@gmail.cz