

СРС на тему

«Дифференциальная диагностика кашля у детей»

Факультет: Общая медицина

Группа: 57-2

Студент: Есетова Г.А.

Преподаватель:

План:

1. Введение;
2. Определение;
3. Этиология;
4. Патогенез;
5. Виды кашля;
7. Заключение;
8. Литература.



Введение

- Кашель - это хорошо всем известный, но весьма сложный по своему механизму рефлекс, направленный на восстановление проходимости дыхательных путей.



ЭТИОЛОГИЯ

Причин возникновения кашля у детей довольно много:

- Инфекционно-воспалительный процесс в верхних отделах дыхательных путей (острые респираторные вирусные инфекции, ангины, фарингиты, синуситы, обострение тонзиллита, ларингиты).
- Инфекционно-воспалительный процесс в нижних отделах дыхательных путей (ларинготрахеиты, трахеиты, бронхиты, пневмонии).
- Ирритативное воспаление слизистых респираторного тракта.
- Аллергическое воспаление слизистых респираторного тракта.
- Бронхоспазм.
- Обструкция дыхательных путей вязким бронхиальным секретом, аспирированными инородными телами, жидкостями, эндогенными и экзогенными образованиями и т.д.
- Отек легочной паренхимы.
- Другие факторы.



Физиология

- **Кашлевой акт** состоит из трех отдельных фаз, для совершения которых требуются определенные механические возможности легких и грудной клетки.
- **В первой фазе**, фазе вдоха, раздражение нервных окончаний вызывает глубокий вдох и механическое увеличение объема легких.
- **Во второй**, очень короткой фазе развивается напряжение выдыхательных мышц при закрытой голосовой щели. Это фаза компрессии.
- **Третья фаза** называется фазой изгнания. Как только внутригрудное давление достигает наибольшей высоты, голосовая щель несколько приоткрывается. С началом выдоха воздухоносные пути вследствие сокращения мышц бронхов сужаются. Перепончатый отдел бронхов и трахеи инвагинируются в их просвет. Воздух из дыхательных путей с силой устремляется наружу. Внутрибрюшное давление при этом больше внутригрудного и диафрагма резко поднимается вверх. Благодаря сужению бронхов скорость воздушной струи очень высока. Воздушная струя увлекает инородные тела, слизь, гной из разветвлений воздухоносных путей и переносит их в межчерпаловидное пространство гортани, в ротовую полость и наружу.



Сухой (непродуктивный) кашель

- не ведет к отхождению мокроты и субъективно ощущается как навязчивый. Возникает он в начале воспаления слизистых, когда еще нет мокроты, а также при фибринозных наложениях в трахее и бронхах. Кашель при вирусных фарингитах возникает при поражении только самых верхних отделов дыхательных путей – глотки, при этом очень характерно наличие назойливого частого сухого кашля, сопровождающегося чиханием. Никакой функциональной нагрузки этот кашель не несет и очень изматывает пациента .



“Лающий” кашель

- с металлическим обертоном (оттенком) возникает при ларингите и трахеите и связан с изменениями голосовых связок. Такой тип также характерен для психогенного кашля. Особого внимания он требует при так называемом «ложном крупе». "Ложный круп" или стенозирующий ларинготрахеит - сопровождается сужением (стенозом) верхнего отдела дыхательных путей. Суть заболевания состоит в отеке подвязочного пространства и уменьшения просвета для прохождения воздуха. К этому обычно присоединяется отек слизистой гортани и очень вязкая мокрота. Состояния эти могут возникать от двух главных причин - острой респираторной инфекции и аллергии. Для вирусного крупа характерно постепенное нарастание клинических явлений, предшествующая температура, нарастание кашля. Аллергический ларинготрахеит возникает внезапно, с большим отеком и вследствие этого резким сужением гортани, зато так же быстро и проходит при правильно оказанной помощи.



Влажный кашель

возникает при образовании мокроты, с отхождением которой он прекращается, возникая вновь при ее накоплении. Он обычно наблюдается при бронхитах (сменяет сухой кашель), при пневмонии. Влажный кашель также может быть мучительным при вязкой мокроте (муковисцидоз), именно в этих случаях используют муколитики и отхаркивающие средства. Более «глубокий» на слух кашель типичен для бронхоэктазов. Поверхностный кашель возникает при скоплении мокроты в трахее и гортани. Воздействие любого повреждающего фактора (как инфекционного, так и неинфекционного) на слизистые оболочки дыхательных путей вызывает реакцию острого воспаления, для которой характерно значительное увеличение количества и площади распространности бокаловидных клеток, выделяющих слизистый секрет.



Коклюшеподобный (судорожный) кашель

- столь же навязчив, как истинный коклюшный, но не сопровождается репризами (повторами). Приступ судорожного кашля может возникать при сдавлении трахеи увеличенными лимфатическими узлами, опухолью. Внезапный судорожный кашель и цианоз появляются у ребенка при попадании инородного тела в гортань. Следует помнить, что окончание приступа не всегда связано с выкашливанием инородного тела. Если какой-либо предмет попадает в мелкий бронх, кашель может прекратиться и повториться вновь при его перемещении в крупный бронх или трахею. Подозрение на инородное тело в трахеобронхиальном дереве должно возникать в том случае, если приступ кашля появляется внезапно, во время игры ребенка с мелкими предметами или в процессе еды. Помимо указанного, судорожный кашель возникает при муковисцидозе, ларинготрахеите, а также при атипичных пневмониях



Коклюш

- При этой детской инфекции кашель возникает из-за того, что возбудитель коклюша раздражает непосредственно кашлевой центр. Он размножается в тканях нервной системы. Больной коклюшем может закашлять от всего - от громкого звука, яркого света, беспокойства. Кашель при коклюше очень характерный - он начинается с громкого свистящего вдоха, длится приступообразно несколько минут, ребенок просто «заходится» кашлем. Он часто при этом высовывает язык так, что возникают надрывы его уздечки. При коклюшном кашле от сильного напряжения могут происходить кровоизлияния в склеры глаз и кожу грудной клетки. У маленьких детей приступы коклюшного кашля (репризы) могут сопровождаться остановкой дыхания. Коклюшный кашель отличается от влажного отсутствием облегчения после нескольких кашлевых толчков; кашлевые толчки следуют один за другим, доводя ребенка до изнеможения и заканчиваясь типичными репризами – звуковым феноменом, связанным с поступлением воздуха на вдохе через спазмированную голосовую щель. Нередко приступ кашля заканчивается рвотой. Для диагностики кашель вызывают давлением пальцами на трахею или шпателем на корень языка



Кашель стокато (отрывистый)

- характерен для респираторного хламидиоза у детей первых месяцев жизни: сухой, отрывистый, звонкий, следует приступами, но без реприз. Проходит при правильном этиотропном лечении основного процесса



Спастический кашель

- возникает на фоне бронхиальной обструкции, он мало продуктивен, навязчив, часто имеет в конце свистящий оберто́н. Противокашлевые средства в данном случае бесполезны, необходимо использовать спазмолитики. Кашель при обструктивном бронхите, так же как и при бронхиальной астме - часто возникает вместе с одышкой. Суть этого состояния - образование в бронхах очень вязкой мокроты и затрудненное ее откашливание. Бронхи спазмируются вокруг этой вязкой мокроты, при этом особенно страдает выдох. В отличие от "ложного крупа", где затруднен и удлинен вдох, здесь именно выдох становится особенно трудным. Если состояние не улучшается, нарастает одышка - нельзя медлить с вызовом к ребенку скорой помощи



Битональный кашель –

- глубокий кашель с двойным звуком: высоким свистящим тоном и более низким сиплым тоном во время кашлевого толчка. Возникает при туберкулезных грануляциях из лимфобронхиального свища, иногда при инородных телах крупных бронхов. Является показанием для бронхоскопии.



Кашель при глубоком вдохе

- возникает при раздражении плевры и сопровождается болью; в тяжелых случаях показаны обезболивающие средства. Такой же кашель возникает при повышении ригидности легких (аллергический альвеолит), а также бронхиальной гиперреактивности (приступ бронхиальной астмы).



Кашель при приеме пищи

- возникает при дисфагии, желудочно-пищеводном рефлюксе или бронхопищеводном свище; в последнем случае он сопровождается обильной пенистой мокротой. Показано рентгенконтрастное исследование пищевода.



Ночной кашель

- при ОРЗ возникает у детей с синуситом или аденоидитом вследствие попадания слизи в гортань и подсыхания слизистой оболочки при дыхании ртом. Ночной кашель следует дифференцировать с кашлем при эзофагеально-гастральной рефлюксной болезни (наличии гастроэзофагеального рефлюкса) вследствие попадания желудочного содержимого в гортань. При наличии ГЭР у грудных детей обычно находят мокрую подушку с кислым запахом. Ночной кашель характерен для бронхиальной астмы (или как ее эквивалент), он возникает обычно в ранние утренние часы вследствие усиления бронхоспазма; нередко указывает на аллергию к эпидермальным аллергенам (перу подушки)



Утренний кашель

- наблюдается у детей довольно часто. Это объясняется тем, что во время сна снижается чувствительность кашлевого центра и в бронхах скапливается определенное количество мокроты, которую утром, просыпаясь, выделяет больной. Приступ кашля по утрам с последующим отделением мокроты наблюдается также при гайморите. Это обусловлено тем, что только в горизонтальном положении происходит попадание экссудата из околоносовой пазухи в нижерасположенные дыхательные пути, что и ведет к появлению кашля.

- Кашель при физической нагрузке – признак гиперреактивности бронхов, наблюдается у значительной части больных бронхиальной астмой; он встречается также и у детей, страдающих врожденными пороками сердца.
- Кашель с синкопами – кратковременная потеря сознания при приступах кашля из-за снижения венозного притока и уменьшения сердечного выброса.



Психогенный (привычный) кашель

- возникает обычно как реакция на стрессовые ситуации в семье и школе, становясь затем привычным (по механизму условного рефлекса). У части детей психогенный кашель имеет характер тика. Особенности психогенного кашля: регулярность, высокая частота (несколько раз в минуту), металлический оттенок, появление только в дневное время и исчезновение во сне. Как правило, он возникает у детей с рецидивирующим кашлем различной природы (рецидивирующий бронхит, хронический аденоидит, хронический фарингит и др.) при условии, что период кашля затягивается слишком долго. Маленькие дети нередко кашляют во время стресса дома, добиваясь своих целей.. Дети с привычным кашлем требуют углубленного обследования для исключения органической патологии (папилломатоз гортани, инородное тело бронха, легочный процесс)



- В зависимости от длительности, выделяют несколько категорий кашля: а) острый кашель, продолжительность которого менее трех недель, б) затяжной (более 3 недель) и в) хронический кашель — продолжительностью более трех месяцев и более. Острый кашель чаще связан с острой респираторной патологией, а хронический — с возможным сочетанием нескольких болезней. В 2000 г. Richard S. Irvin дополнил классификацию продолжительности кашля и ввел понятие подострого кашля, длящегося более трех недель, но менее восьми недель, хронический же кашель, согласно его классификации, длится более восьми недель.



Затяжной кашель

- (более 2-3 недель) после острых респираторных заболеваний (ОРЗ) наблюдается достаточно часто (более 50% детей с аденовирусной инфекцией кашляют дольше 20 дней). Он связан не столько с затихающим воспалительным процессом, сколько с постинфекционной гиперчувствительностью кашлевых рецепторов. Характерно, что у грудных детей после перенесенного обструктивного бронхита сохранение гиперсекреции слизи обуславливает влажный кашель продолжительностью до 4 недель. В практической работе педиатра дети с длительным, затяжным кашлем представляют собой достаточно сложную проблему. Если ребенок длительно кашляет, его необходимо дополнительно обследовать – проконсультировать у врача-оториноларинголога, пульмонолога, фтизиатра, проверить реакцию Манту. Необходимо провести продолжительную термометрию (не менее 7 дней), сделать клинический анализ крови.



Заключение



Литература

1. Белопольский Ю.А., Оленич В.Б. Педиатрия: Новейший справочник.- М., 2005
2. Василевский И.В. Дифференцированный подход к лечению кашля у детей // Медицинские знания, 2003.- № 6.- С. 13 – 16
3. Бовбель И.Э., Малюгин В.Ю. Профилактика и лечение острых респираторных инфекций у детей в амбулаторных условиях: Учебно-метод.пособие.- Минск, 2005.- 40 с
4. Зернов Н.Г., Тарасов О.Ф. Семиотика детских болезней: Руководство для врачей.- Л., 1984.- 360 с

