

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616-079.4+616-039.31 + 616-079.7

ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАШЛЯ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА С КОКЛЮШЕМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Т.Ю. КУЗНЕЦОВА
Ю.И. ЖУРАВЛЕВ
Т.Н. ПОНОМАРЕНКО
В.Н. ТХОРИКОВА

*Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет*

e-mail: zhuravlev@bsu.edu.ru

В статье анализируется случай коклюша, выявленный в условиях поликлиники. Рассмотрены факторы, затрудняющие диагностику коклюша у взрослых, особенности эволюции кашлевого синдрома. Предложены пути решения проблемы своевременной диагностики коклюша у взрослых в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: кашель, коклюш, дифференциальный диагноз.

Кашель – нередкий симптом в практике терапевта. Он сопровождает практически все заболевания верхних и нижних дыхательных путей, а также может носить экстрапульмональную природу [1]. В связи с многообразием причин кашля врач-терапевт поликлиники часто испытывает трудности в правильной его интерпретации. Одной из причин длительного приступообразного изнуряющего кашля у взрослых может быть коклюш [2].

Коклюш в современных условиях сохраняет свою актуальность в связи с повсеместным распространением, достаточно тяжелым клиническим течением, наличием серьезных осложнений со стороны дыхательной и нервной систем, сохранением носительства возбудителя среди взрослых и детей. Наиболее высокой заболеваемость остается среди детей первых двух лет жизни, на долю которых приходится от 41 до 63% в структуре заболевших. Вместе с тем за последние годы отмечен рост заболеваемости коклюшем среди взрослых и показана значительная роль взрослых как источников инфекции в семейных очагах, детских дошкольных коллективах, стационарах разного профиля. Частота заболеваний взрослых составляет от 10 до 23%, при этом, как правило, коклюш у взрослых протекает в виде легких и стертых форм, что сильно затрудняет их диагностику и своевременную изоляцию [4, 5].

У женщин, заболевших коклюшем, вероятность проявления клинических симптомов болезни несколько выше, чем у мужчин. Инкубационный период может длиться от 5 до 21 дня, но обычно составляет 7-10 дней. Иммунитет, полученный после перенесенного заболевания, сохраняется пожизненно, поствакцинальный – несколько лет, трансплацентарный иммунитет быстро угасает [3].

Возбудители коклюша и паракоклюша (*B. pertussis* и *B. parapertussis*) могут вызывать острый бронхит у ранее иммунизированных взрослых людей. Известно, что после перенесенной инфекции формируется стойкий пожизненный иммунитет, тогда как после плановой вакцинации в детском возрасте напряженность поствакцинального иммунитета снижается уже через 3 года, а спустя 10-12 лет он полностью исчезает. Говоря о диагностике острого бронхита, необходимо упомянуть и о возможности инфекции *B. pertussis*, особенно при длительном сохранении кашля. У 10-20% взрослых пациентов, которых кашель беспокоит дольше 2-3 нед., обнаруживаются антитела к *B. pertussis*. Исключая случаи, когда имел место очевидный контакт обследуемого с больным коклюшем или длительно (более 2-3 недель) кашляющим ребенком, у взрослого пациента дифференцировать “коклюшный” и “некоклюшный” кашель на основании анализа клинических данных практически невозможно. Это касается отсутствия различий в длительности кашля, частоте кашлевых пароксизмов (в том



числе и ночью), характере и количестве отделяемой мокроты, наличии или отсутствии лихорадки, симптомов инфекций нижних дыхательных путей и др. Подобное сближение клинических проявлений острого вирусного бронхита и коклюша у взрослых связывается с проведенной в детском возрасте вакцинацией, что и объясняет отсутствие характерной симптоматики коклюша: кратковременные эпизоды спастического кашля, сменяющиеся свистящим судорожным вдохом (репризы) и нередко сопровождающиеся рвотой [4].

Очевидно, для коклюшной инфекции в современных условиях, как и для гепатитов В, С и ВИЧ-инфекции, характерен так называемый «феномен айсберга», когда значительное число случаев коклюша остаются нераспознанными, регистрируемый уровень заболеваемости не отражает фактического распространения инфекции, что существенно снижает эффективность эпидемиологического наблюдения [3, 6].

В рутинной практике врач-терапевт поликлиники, наблюдая острый или подострый кашель, чаще всего оперирует «дежурными» диагнозами: фарингит, ларингит, трахеит, острый бронхит или обострение хронического бронхита. Между тем в практике встречаются случаи коклюша у взрослых, ведущей жалобой у которых выступает кашель, который не укладывается в рамки этих заболеваний. Кроме того, кашель, как симптом коклюша, может ввести в заблуждение специалиста-пульмонолога, давая почву для постановки диагноза кашлевого варианта бронхиальной астмы. Это ярко демонстрирует следующий клинический случай.

На прием к терапевту в октябре 2013 г. обратилась пациентка И., 42 г. с жалобами на першение в горле, сухой приступообразный кашель, преимущественно ночью. Больна 10 дней. Из анамнеза выяснилось, что две недели назад вернулась из поездки г. Москву. По возвращении, стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Переохлаждений не отмечает, аллергические реакции, контакт с инфекционными больными отрицает. Повышения температуры тела не было. Самостоятельно принимала АЦЦ-лонг без существенного эффекта. В анамнезе – ОРВИ, вертеброгенная люмбалгия.

При объективном осмотре: правильного нормостенического телосложения, умеренного питания. Кожные покровы чистые, цвета легкого загара, видимые слизистые розовые, чистые, обычной влажности. Щитовидная железа эластичная, подвижная, не увеличена. Слизистая оболочка задней стенки глотки умеренно гиперемирована, отделяемого нет, дыхание через нос свободное. Грудная клетка симметричная, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторно – легочный звук, дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, правильного ритма, относительные границы сердца не расширены. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 68 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги, край острый эластичный, селезенка не пальпируется. Периферические лимфоузлы не пальпируются, отеков нет. Температура тела 36,7°C.

Терапевтом установлен диагноз: ОРВИ, фарингит. Пациентка направлена на консультацию к оториноларингологу, который поставил диагноз: острый фарингит, острый трахеит. Назначено лечение: амоксицилав 500 мг 3 р/сут, коделак 1 таблетка 2 раза в сутки, стрепсилс 6 таблеток в сутки.

Во время повторного приема терапевтом через 4 дня (14 сутки болезни) ведущей жалобой оставался приступообразный сухой кашель, преимущественно в вечернее и ночное время, отмечает появление «перехвата дыхания» во время кашля, свистящего дыхания и осиплости голоса. Заметного эффекта от проведенного лечения не отмечает. Объективно – соматический статус без динамики. В крови лейкоцитоз – $11,9 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 3 мм/час, другие лабораторные показатели – в пределах нормы. Выполнена обзорная рентгенография легких – без патологии. Амоксицилав отменен. Рекомендована консультация пульмонолога.

На 17 сутки болезни осмотрена пульмонологом совместно с терапевтом. Ведущей жалобой оставался приступообразный сухой кашель в предутренние часы. Во время кашля отмечала возбуждение, чувство нехватки воздуха, страх потерять сознание. Несколько раз кашель завершался рвотой. Некоторое облегчение кашля наступало после глотка воды. Жалобы эмоционально окрашены. При уточнении анамнеза выяснилось, что несколько раз в молодости пациентка отмечала зудящие высыпания на коже, которые проходили самостоятельно и особо не привлекали ее внимания. Установлено также, что пациентка на протяжении года, в связи с семейными обстоятельствами, испытывает умеренный стресс, отмечает эпизоды неустойчивого настроения, тревожности. Объективный статус по сравнению с выше описанным динамики не претерпел. С учетом полученных данных высказано предположение о кашлевом варианте иммунной (атопической) бронхиальной астмы, не исключалась также психосоматическая природа кашля на фоне маскированной депрессии. Для исключения диагноза бронхиальной астмы, в качестве терапии *ex juvantibus*, назначен цетиризин 10 мг в сутки и ингаляции раствора беродуала 2 мл через небулайзер утром и вечером, а также – во время приступа кашля. Коделак и стрепсилс отменены. Рекомендовано также аллергологическое обследование.

На 19 сутки болезни на приеме у терапевта сохраняется ведущая жалоба – приступообразный сухой кашель в ночное время. Аллергологические тесты с аллергенами плесени, домашней пыли, клеща – отрицательные. К лечению добавлены дексаметазон 8 мг в сутки внутримышечно в течение трех дней и эреспал 8 мг х 2 раза в сутки.



На следующий день (20 сутки болезни) во время осмотра терапевтом в динамике, несмотря на проводимое лечение, сохраняются жалобы на приступообразный кашель с отделением скудного количества густой светлой мокроты. Кашель сопровождается «перехватыванием» дыхания, дважды на высоте приступа кашля наблюдалась рвота и предобморочное состояние. В крови лейкоцитоз – $14,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 4 мм/час. Соматический статус без динамики. Сообщила, что назначенное лечение, в том числе – ингаляции беродуала, заметного влияния на кашель не оказали. Терапевтом поставлен диагноз острый бронхит. Беродуал, дексаметазон и эrespал отменены, принято решение повторить курс антибактериальной терапии, назначен кларитромицин по 500 мг в сутки внутрь. К лечению добавлен также амброксол 30 мг 3 раза в сутки внутрь.

Между тем, отсутствие заметного эффекта от проведенной ранее терапии антибиотиками, бронхо- и муколитиками, глюкокортикостероидами вызывало сомнения в правильности «дежурных» диагнозов: фарингит, трахеит, острый бронхит, а также – бронхиальная астма и психосоматическая природа кашля. В пользу этого свидетельствовали и отсутствие указаний в анамнезе на хроническое легочное заболевание, стойкость кашлевого синдрома, его динамика в течение суток (преимущественно ночью), скудость физикальных данных, в том числе, – со стороны верхних и нижних дыхательных путей. В связи с этим круг заболеваний, требующих дифференциальной диагностики кашля, был расширен. В него попал и коклюш, так как за время наблюдения за пациенткой характер кашля был достаточно хорошо изучен: ночные приступы в виде толчков, сменяющиеся вдохом со свистящим дыханием (репризами), сопровождающиеся рвотой; сопутствующий кашлю лейкоцитоз в крови на фоне замедленной СОЭ. Пациентка И. была опрошена на предмет прививок в детстве, однако о них она ничего не знала.

В тот же день (на 20 сутки болезни) пациентке было назначено обследование на наличие антител к коклюшу и паракоклюшу методом РПГА. Исследование выявило повышенный титр антител к *V. pertussis* – 1:320 (при норме – менее 1:160), а через 14 дней (на 34 сутки болезни) – 1:640. В то же время титр антител к *V. parapertussis* составил в динамике 1:80 (при норме 1:80). Таким образом, диагноз коклюша был подтвержден лабораторно. Пятидневный курс лечения кларитромицином, амброксолом был завершен, затем назначен синекод 15 мл х 4 раза в сутки. Явления кашля постепенно купировались. Общая продолжительность заболевания коклюшем у И. составила 1,5 мес.

Этот клинический случай показывает, что сложившееся представление о коклюше как «детской» болезни, относительная редкость заболевания у взрослых, низкая настороженность в отношении инфекционных заболеваний, не типичное течение коклюша у взрослых, «не отягощенный» эпидемиологический анамнез значительно затрудняют своевременную диагностику заболевания, как врачом-терапевтом, так и пульмонологом, в условиях поликлиники. Острый и подострый кашель у взрослых, безусловно, чаще всего выступает в качестве основного симптома при поражении верхних (ларингит, фарингит, трахеит) или нижних (бронхит, ХОБЛ, бронхиальная астма, пневмония) дыхательных путей. Между тем, сухой приступообразный кашель, наблюдающийся более 2-3 недель и не поддающийся антибактериальной, бронхо- и муколитической терапии должен наводить на мысль о коклюше.

У пациентки И. при первичном обращении кашель на ранних этапах эволюции заболевания носил не типичный для развернутой фазы коклюша характер, что послужило основанием для постановки диагноза фарингит, а в дальнейшем, – бронхит и бронхиальная астма. И только на поздних фазах, на 20 сутки болезни, он приобрел специфические черты – приступообразный характер, с репризами и рвотой на пике приступа. Тем не менее, ретроспективный анализ случая показывает, что кашель с самого начала заболевания наблюдался на фоне высокого лейкоцитоза и замедления СОЭ, характерных для коклюша симптомов.

Решение проблемы своевременной диагностики коклюша у взрослых видится в повышении уровня осведомленности и клинической настороженности врачей-терапевтов, пульмонологов в отношении этого заболевания, а также – совершенствовании подходов к диагностике, например с использованием стандартного эпидемиологического определения случая коклюшной инфекции [6].

Литература

1. Овчаренко, С. Кашель: симптом легочных и внелегочных заболеваний / С. Овчаренко // Врач, 2012, № 2. – С. 2.
2. Кашель: от симптома к синдрому, диагнозу / О. И. Пикуза [и др.] / Практическая медицина, 2010. – № 6 (45). – С. 34-37.
3. Селезнева, Т. С. Эпидемиологические аспекты коклюшной инфекции на современном этапе / Т. С. Селезнева, И. Э. Борисова // Эпидемиология и вакцинопрофилактика, 2008. – № 3. – С. 18-21.
4. Синопальников, А. И. Острый бронхит у взрослых / А. И. Синопальников // Атмосфера. Пульмонология и аллергология, 2005. – № 3. – С. 15-20.
5. Сипачева, Н. Б. Эпидемиология и вакцинопрофилактика коклюша / Н. Б. Сипачева, Е. В. Русакова, Т. А. Семенов // Здоровье населения и среда обитания, 2011. – № 12. – С. 34-36.
6. Стандартное эпидемиологическое определение случая коклюша и его использование при расследовании вспышки коклюшной инфекции / И. В. Фельдблюм [и др.] // Здоровье населения и среда обитания, 2011. – № 3. – С. 24 – 28.



PROBLEM OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF COUGH IN ADULTS WITH WHOOPING COUGH (CLINICAL OBSERVATIONS)

**T.YU. KUZNETSOVA
YU.I. ZHURAVLEV
T.N. PONOMARENKO
V.N. TKHORIKOVA**

Belgorod National Research University

e-mail: zhuravlev@bsu.edu.ru

The article analyzes the case of pertussis, revealing in a clinic. The factors complicating the diagnosis of pertussis in adults, particularly the evolution of the cough syndrome. The ways of solving the problem of timely diagnosis of pertussis in adults in the outpatient setting.

Key words: cough, whooping cough, differential diagnosis.