

# Продължителна кашлица

Клиничен  
случай



Фиг. 1

**31-годишен чернокож мъж** е с оплаквания от кашлица, започнала около четири месеца преди прегледа, когато все още е бил пушач. Макар да е прекъснал тютюнопушенето, кашлицата се влошила. Тя е била продуктивна с оскъдни жълтеникави експекторации, без подобрение след курс с азитромицин. Пациентът не е имал температура, загуба на тегло, задух или умора. Не е бил изложен професионално на прах или химикали; работил е като пожарникар. Има анамнеза за алергичен ринит, за който приемал фексофенадин/псевдоефедрин. Фамилна обремененост за рак на белите дробове и астма.

Пациентът е в запазено общо състояние. Назалната лигавица е оточна, хиперемиран орофаринкс. Няма аускултаторна белодробна находка. Проведена е рентгенография на гръден кош (виж Фиг. 1).

## Въпрос:

*Въз основа на анамнезата, клиничния преглед и резултатите от проведените изследвания, кое от следните е най-вероятната диагноза?*

- А. Бронхогенен карцином.**
- Б. Хистоплазмоза.**
- В. *Pneumocystis jiroveci* пневмония.**
- Г. Саркоидоза.**
- Д. Туберкулоза.**

## Обсъждане

ВЕРЕН ОТГОВОР:

### Г: САРКОИДОЗА

Саркоидозата е хронично мултисистемно грануломатозно заболяване с неизвестна етиология. Обикновено засяга млади хора и такива на средна възраст и се среща три до четири пъти по-често при чернокожите. Най-често срещаните симптоми включват кашлица, диспнея и гръдна болка. Рентгенограмата на гръдния кош класически разкрива двустранна хилусна аденопатия със или без паренхимни засенчвания. В по-напреднали случаи възпалените възли могат да бъдат по-малки и може да има данни за белодробна фиброза и загуба на паренхимен обем. Плевралното засягане е рядко.

Поставянето на диагнозата изисква характерни клинични и радиологични данни, хистологична демонстрация на неказеиращи грануломи в засегнатите органи и изключване на алтернативно обяснение за оплакванията. Оралните кортикостероиди са медикаменти на първи избор за лечение на саркоидоза. Алтернативните средства включват метотрексат, циклофосфамид, азатиоприн, хлороквин и антагонисти на TNF. Пациентите могат да получат спонтанна ремисия или ходът на болестта да е хроничен и да настъпи прогресивна загуба на белодробната функция. Коефициентът на смъртност, коригиран според възрастта, е 4.32 на 1 милион души.

**Бронхогенният карцином** е малко вероятна причина за хронична кашлица. Трябва да се има предвид при настоящи и бивши пушачи, с промяна в характера на кашлицата или поява на хемоптиза. Радиологичните находки могат да варират от плеврално удебеляване до нодули, лобарен колапс, консолидация, едностранно илусно разширяване или плеврален излив.

**Хистоплазмозата** е ендемична за районите с речни долини. Инфекцията при имунокомпрометирани пациенти обикновено е

безсимптомна, но може да е налице повишена температура, студени тръпки, суха или продуктивна кашлица, артралгия и обрив. Диагнозата се основава на високи или повишаващи се серумни титри на допълнителните свързващи антитела. Радиографиите могат да покажат неправилно дефинирани засенчвания, зони на консолидация, хилусна аденопатия, белодробни възли, паренхимни инфилтрати и медиастинална фиброза. Грануломите обикновено казеират.

**Pneumocystis jiroveci** (по-рано *Pneumocystis carinii*) е опортюнистичен патоген, който често заразява имунокомпрометирани пациенти, като тези със СПИН. Характерни симптоми са треска, непродуктивна кашлица, непропорционален задух, които не се повлияват от прилагане на стандартни антибиотици. Общи радиологични находки са двустранни, дифузни интерстициални инфилтрати без хиларна аденопатия. Възможно е да има пневматоцеле или пневмоторакс, но липсват плеврални изливи. Рентгенограмата е нормална при около 5-10% от пациентите с *P. jirovecii* инфекция. Диагнозата се потвърждава, ако организъмът бъде идентифициран в храчка. Адекватни проби могат да бъдат получени чрез бронхоалвеоларен лаваж.

Пациентите с **туберкулоза** обикновено съобщават за бавно прогресиращи симптоми на неразположение, треска, нощни изпотявания, загуба на тегло и хронична кашлица. Рентгенографските аномалии включват уголемяване на хилусните и паратрахеалните лимфни възли, инфилтрати, ателектаза, плеврален излив и формиране на каверни. Кожният туберкулинов тест идентифицира инфекцията с *Mycobacterium tuberculosis*, но не може да различи латентна от активна инфекция. Диагнозата може да бъде потвърдена, ако *M. tuberculosis* се идентифицира с помощта на клетъчни култури или чрез техники за амплификация на ДНК или РНК. ■

Състояние	Характеристики
Бронхогенен карцином	Находката варира и може да включва едностранно хилусно увеличение; периферно белодробно засенчване; лобарен или сегментарен колапс; нодули; консолидация; плеврално задебеляване; плеврален излив; разширение на медиастиnum; увеличена сърдечна сянка; повдигане на диафрагмата; деструкция на ребра.
Хистоплазмоза	Недобре отграничени засенчвания; зони на консолидация; паренхимни инфилтрати; пулмонални нодули; хилусна аденопатия; формиране на каверни; медиастинална фиброза.
<i>Pneumocystis jiroveci</i> пневмония	Двустранни дифузни интерстициални инфилтрати без хилусно засягане; възможно е да има пневмоторакс; липсва плеврална реакция; рентгенограмата може да е нормална.
Саркоидоза	Стадий I: Двустранно хилусно увеличение, обичайно симетрично; паратрахеалните лимфни възли са увеличени; спонтанна резолуция в рамките на една година в мнозинството случаи. Стадий II: Комбинация от хилусно увеличени паренхимни засенчвания, които често са дифузни. Стадий III: Дифузно пулмонално засенчване без данни за хилусна аденопатия. Стадий IV: Пулмонална фиброза; загуба на обем; рядко плеврално засягане.
Туберкулоза	Малки хомогенни инфилтрати; увеличение на хилусни и паратрахеални лимфни възли; ателектази от компресия на дихателните пътища; каверни; плеврален излив.