

možném počínajícím bronchiálním astmatu, které může mít podobu suchého záchvatovitěho kašle přítomného i v noci. Vyvolávajícím činitelem kašle může být tělesná zátěž, změna prostředí (chlad / teplo a naopak), poloha (EERD), koničky, domácí a pracovní prostředí či zvířata. Část chronických kašlů je spojená také s dlouhodobou expektorací sputa.

Fyzikální vyšetření hrudníku, laboratorní vyšetření a skiagram hrudníku

Pomáhá v rozpoznání obstrukce v dýchacích cestách, když při auskultaci slyšíme prodloužený výdech, pískoty anebo vrzoty. Pokud slyšíme nález nad laryngem a tracheou, jedná se o stridor, kdy jde o urgentní situaci vyžadující okamžité řešení. Pokud je nález pískotů a vrzotů ve výdechu, jde o postižení bronchů a bronchiolů pod bifurkací trachey. Často se zapomíná na to, aby si pacient během fyzikálního vyšetření odkašlal, a tím se jasně ukáže, zda jde o stagnující hlen nebo má tendenci k vykašlání. Důležitý symptom je také chrapot nebo změna hlasu. U intersticiálních plicních procesů v progresi slyšíme často typický krepitus, který se podobá zvuku, když se šlape v čerstvě napadaném sněhu. U pneumonií je slyšet někdy jenom trubicové dýchání, u rozsáhlejších je možné slyšet krepitus indux v začátku a pak krepitus redux při resorpci velké pneumonie. U pneumonií a bronchiektázií se uvádí také přítomnost inspiračních přízvučných chrůpků, což ale je synonymem pro krepitus. Poklep pomůže v diferenciální diagnóze pleurálního fluidothoraxu, větší atelektázy, při výrazné infiltraci (temný), nebo u pneumothoraxu (hypersonorní). Důležitá je inspekce hlavy (pátrat po cyanóze, známkách stékání hlenu v nosohltanu apod.), krku (pulzace, syndrom horní duté žíly, zvětšené krční lymfatické uzliny, Hornerovou trias), hrudníku (vyplněné nadklíčkové jamky jako známka emfyzému u CHOPN, soudkovitý hrudník), případná traumata a další nálezy. Sputum je nutné vyhodnotit i vizuálně, jeho barvu, vazkost, jestli zapáchá, zda v něm není příměs krve i jeho množství za 24 hodin. Vysoce viskózní sputum může mít někdy tvar odlitků bronchů. Mikroskopické a kulturační vyšetření ranního sputa pro mikrobiologii je stále tím

základním testem patřícím do běžné praxe praktického lékaře a napomáhá jeho diferenciálně diagnostické rozvaze. K rozlišení akutního virového nebo bakteriálního zánětu pomohou i další laboratorní vyšetření, konkrétně vyšetření CRP, FW nebo nález leukocytózy s posunem doleva, které svědčí pro bakteriální původ zánětu. U bakteriální infekce je vhodné vyšetření nespecifické flóry ze sputa. Sérologické vyšetření je nutné v případě podezření na atypického původce respirační infekce (mycoplazmata, chlamydie, *Bordetella pertussis*), kde jsou jednoznačně lepší molekulárně genetické metody (PCR). U dalšího atypického původce, kterým je *Legionella pneumophila*, je nutné i vyšetření moči. Z moči se dá také vyšetřit přítomnost antigenu *Streptococcus pneumoniae*, jednoho z nejčastějších patogenů v respiračních cestách, což využívají hlavně pediatři. Skiagram hrudníku je nutné udělat vždy, když kašel trvá více než 3 týdny nebo jde o podezření na zápal plic. Je doposud považován za „zlatý standard v diagnostice plicních afekcí“. Doporučuje se ve dvou projekcích zado-přední a boční. I když je dle velkých statistik až v 93 % negativní, pomůže odhalit zánětlivé nebo jiné změny v plicním parenchymu. Pokud vzbudí podezření na maligní proces, kterým je nejčastěji v této lokalitě karcinom plic, je nutné udělat CT nebo HRCT (výpočetní tomografie s vysokou rozlišovací schopností). HRCT pomáhá v diferenciální diagnostice bronchiektázií, rozpadových procesů (TBC, absces, aspergilóza), intersticiálních plicních procesů, akutní pneumonie u covidu-19 nebo u postcovidového intersticiálního postižení plic.

Spirometrie a další diagnostická vyšetření

Pomohou odhalit ventilační poruchu, která může být obstrukční, restriční nebo smíšená. U zjištěné obstrukce je vhodné udělat bronchodilatační test, nejčastěji s aplikací 400 mcg salbutamolu (Ventolin aerosol čtyři vdechy, nejlépe přes spacer), aby se zjistilo, jestli je obstrukce reverzibilní. Původní představa, že pokud je zlepšená hodnota FEV₁ (objem vzduchu vydechnutý za 1 sekundu) o 10 % oproti výchozí hodnotě (5), tak jde jednoznačně

o bronchiální astma, již neplatí. Pozitivní bronchodilatační odpověď může být až ve 25 % u chronické obstrukční plicní nemoci (dále jen CHOPN) (6, 7). Nadále však platí starý medicínský axiom, že ne vše co píská je astmatem“. U plicních fibróz je obvykle ventilací porucha s převahou restriktce, která se objeví až v pokročilejších stadiích nemoci, proto je nutné vyšetřit difúzní plicní kapacitu, která může být snížena i u CHOPN od stádia 2/B, zejména u emfyzematózního fenotypu nemoci. S otorinolaryngologem konzultujeme případy kašle s podezřením, že vychází z postižení horních cest dýchacích. Při podezření na postižení paranazálních dutin je vhodné jejich rtg vyšetření. Bronchoskopické vyšetření je nutné při podezření na maligní proces a stále platí pravidlo, že se musí udělat u každé hemoptýzy, aby mohl být včas odhalen karcinom plic jako jeho příčina. Nutným se stává toto vyšetření i v případě chronického kašle, jehož příčina výše uvedenými metodami nebyla odhalena. U chronického kašle, který pacient mívá v noci v poloze ležmo, může jít častěji o extraezofageální reflux (EET), než klasický gastroezofageální reflux (GERD). V těchto případech je nutná konzultace s gastroenterologem, radiologem nebo otolaryngologem. Potřebné je udělat 24hodinovou pH-metrii jícnu nebo ezofagogastroskopii. Dalšími diagnostickými postupy jsou také manometrie jícnu, vyšetření pepsinu ve slinách (PepTest), ORL vyšetření, kde se najdou známky zadní laryngitidy. Jestliže se výjimečně nedokáže ani jedním z těchto vyšetření příčina kašle, je vhodné u neurotiků nebo lidí, kteří mají nějaký tik, zvážit i psychogenní původ kašle a poslat pacienta na psychologické vyšetření.

Nejčastější příčinou kašle jsou záněty horních cest dýchacích, jakým je například běžné nachlazení, které je v anglosaské literatuře nazýváno „common cold“. Dále různé typy rhinosinusitid, které jsou z cca 80–90 % virového původu (rhinovirů je více než 300) a léčba je proto jenom symptomatická. U akutních onemocnění dolních dýchacích cest jde nejčastěji o laryngotracheitidu, tracheobronchitidu, bronchiolitidu nebo o pneumonii. Plicní absces nebo tuberkulóza jsou dnes již podstatně méně