



Доц. Мирослава Бошева

## Някои мисли за бронхиалната астма в детската възраст

Проблемът бронхиална астма в детската възраст се коментира непрекъснато, защото от 2002 г. болестта е обявена за социално-значима. Социалната значимост на болестта се определя от драстично повишаващата се честота в развитите страни, особено сред социално слабите популации. Определянето на бронхиалната астма като социално-значима води до риска от подозирането и при всяко „свирене“ на гърдите, а това от своя страна води до опасност от хипердиагностика.

Всеки лекар вече знае, че бронхиалната астма се дължи на хронично възпаление на дихателните пътища, съчетано с бронхиална хиперреактивност към множество стимули (алергени и иританти), което протича с обратима – спонтанно или медикаментозно, с различна по тежест бронхиална обструкция и се демонстрира клинично с 4 симптома – „свирене“ на гърдите, „необяснима“ кашлица, затруднено дишане и/или „стягане“ в гърдите.

Въпреки познанията за етиопатогенезата на бронхиалната астма, понякога диагнозата в педиатрията е трудна. Затрудненията произтичат от това, че тя е предимно клинична и липсва диагностичен златен стандарт. Дори анамнезата понякога е затруднена, поради това че различното фенотипно „свиренето“ в гърдите се определя от родителите, а функционалното изследване на белия дроб е трудно и за България почти недостъпно във възрастта под 5–6 години.

В подкрепа на диагнозата се явява подробната анамнеза за известните рискови фактори, а именно: фамилност за атопия, наличие на други алергични прояви у индивида, повторяемост в характера на пристъпа на БОС и добър отговор на бронходилататори по време на симптоми и/или по време на ФИД, местоживее в урбанизиран район, затлъстяването, недоносеността или раждане с малко за гестационната възраст тегло, честите контакти и/или боледуване от ОВИ в малката възраст, тютюнопушенето в дома, тютюнопушенето от детето, ранната експозиция на широкоспектърни антибиотици. От друга страна е доказано, че продължителността на кърменено намалява риска от развитие на бронхиална астма! Диагнозата става твърде вероятно при повече от един от следните симптоми – „свирене“ в гърдите, хронична кашлица, без друг придружаващ симптом (10% от тинейджърите), затруднено дишане, „стягане“ в гърдите (по време на физическо усилие и/или през нощта), особено ако симптомите се повтарят често, ако се влошават през нощта и призори, ако симптомите се получава като отговор, или се влошава при – физическо и/или емоционално усилие, излагане на влажен или студен въздух, контакт с домашни любимци, алергени и иританти, ако симптомите се наблюдават без придружаваща вирусна инфекция и ако пациентът страда от алергичен ринит или има други придружаващи симптоми на алергия извън пристъпа на БОС.

В подкрепа на диагнозата, но без категорично значение, са от полза и някои изследвания – еозинофилия в ДКК, КАП от 4-седмична възраст, измерването на сутрешен и вечерен PEF и отчитане на вариациите му, ФИД – БДТ, ФИД по време на пристъп, тотални IgE (нямат диагностична стойност), специфични IgE (методът не е по-специфичен и достоверен от КАП).

Изключително важно за диагнозата е отчитането и на анамнестични данни и симптоми, които говорят категорично против бронхиална астма, а именно: ако симптомите на БОС се проявяват само по време на инфекции, с липса на всякакви други симптоми извън периода, ако се касае за изолирана кашлица, без „свирене“, и/или „стягане“ в гърдите или влажна кашлица, ако физикалното изследване на белия дроб винаги е нормално, дори и по време на оплаквания от кашлица и „свирене“, ако ФИД и PEF са нормални по време на изъва на симптомите, ако липсва ефект от терапия за БА, ако се касае за „свирене“ в гърдите още от раждането или веднага след това, ако пациентът има хронична хрема с повтарящи се средни отити и ако аускултаторно се установява едностранна физикална находка в белия дроб.

В диференциалната диагноза, в зависимост от придружаващите симптоми, влизат редица заболявания, които протичат с БОС (табл. 1).

Класификацията на болестта, степените на тежест и терапевтичния алгоритъм по време на пристъп и като поддържащо лечение са регламентирани от GINA.

Прогнозата на болестта зависи от редица фактори. Ако майката е болна от астма, това прави прогнозата на болестта сериозна. Колкото по-рано се изяви болестта, толкова се увеличава вероятността за „израстване“ на астмата в една трета от случаите в училищна възраст, особено за деца до 3 години, без фамилност за атопия и без придружаващи симптоми извън ОВИ. Полът на пациента също е от значение – във възрастта преди пубертета преобладават момчета, но те имат по-добра прогноза. Астмата се среща по-често и протича по-тежко при деца със зълтлъстяване. Колкото по-чести и по-тежки са симптомите, толкова по-лоша е прогнозата. Наличието на придружаващи алергични заболявания като екзема с/без алергичен ринит, както и доказването на IgE към съответни алергени, положителните КАП и еозинофилията в ДКК правят прогнозата по-сериозна.

В заключение, споделям клинични случаи и преповтарям вече известни истини в детската пулмология, че не всяка хронична кашлица с/без „свирене“ на гърдите е астма, че бронхиалната астма е болест, протичаща с повтаряемост на симптомите и не съществува риск от пропускането ѝ в България, но съществува реална опасност от хипердиагностика. С оглед на това е уместно диагнозата бронхиална астма в ранната детска възраст да се поставя в болнична обстановка за изключване на редица заболявания, протичащи с астмоподобна клиника.

Клиничен случай: Момиче на 4-месечна възраст постъпва по повод кашлица, температура и ДН. Брат на 6 години, лекуван от 4-годишна възраст за тежка бронхиална астма. От обективното изследване: хипотрофия първа степен, тахидиспнея, скъсен перкуторен тон вдясно върхово, където дишането е отслабено на фона на изразен БОС, хепатомегалия на 4 см, оперативен цикатрикс на корема от операция за мекониум илеус в периода на новороденото. От параклиничните изследвания: алкалоза, хипонатремия, хипопротеинемия, ателектаза в десен горен лоб на фона на емфизем (+) потен тест. Диагнозата на детето бе класическа муковисцидоза, но за съжаление такава се постави и на брата на детето. Детето загина на 8-месечна възраст и тази трагедия не би сполетяла семейството, ако с лека ръка не бе поставена диагнозата бронхиална астма на братчето.

**Доц. Мирослава Бошева**

*Катагера по педиатрия и медицинска генетика, Медицински университет, Пловдив*

<b>Симптоми от раждането или перинатални дихателни проблеми</b>	■ CF, BPD, цилиарна дискинезия, аномалии на бронхо-пулмоналната система
<b>Фамилност за белодробно или друго хронично заболяване</b>	■ CF, невромускулно заболяване
<b>Хронична Влажна кашлица</b>	■ CF, бронхиектазии, ГЕРБ, цилиарна дискинезия, имунен дефицит, риносинусит
<b>Повръщания</b>	■ ГЕРБ, аспирации
<b>Дисфагия</b>	■ Нарушения в гълтането с аспирации
<b>Задъхване</b>	■ Паника
<b>Инспираторен стридор</b>	■ Заболявания на ларинкса и трахеята
<b>Патологичен плач или глас</b>	■ патология на ларинкса, включително на гласните връзки
<b>Едностранна белодробна находка</b>	■ Аномалия, постинфекциозна патология, бронхиектазии, туберкулоза
<b>Пръсти като барабани палки и нокти като часовниково стъкло</b>	■ CF, бронхиектазии
<b>Изооставане във физическото развитие</b>	■ CF, имунен дефицит, ГЕРБ
<b>Патологична рентгенова находка в белия дроб</b>	■ Аномалия на бронхопулмоналното дърво, аспирации, чуждо тяло в дихателните пътища, бронхиектазии, туберкулоза, постинфекциозни промени

Табл. 1.