



За заболяванията на дихателната система в детската възраст

Всеки лекар знае, че почти 80% от патологията на децата, с която се среща ежедневно, е свързана със заболявания на дихателната система. Тази честота се дължи на някои анатомо-физиологични особености на детския организъм, като намалено съдържание на гладкомускулни влакна по хода на бронхите, хиперплазия на жлезите на бронхиалната лигавица, относително по-богата васкуларизация, относително по-тесни дихателни пътища (бронхиоли!), намалена еластична способност на белия дроб като цяло – намалени вентилация и перфузия, слабо развита диафрагмална мускулатура с намалена екскурзионна способност на диафрагмата.

Ние като педиатри знаем, че децата боледуват от остри респираторни заболявания със средна продължителност на болестта 5.5–6.8 дни както следва: от 0 до 4 години – 5.0–7.95–12 и до 14 (през първата година в детско заведение) пъти годишно, във възрастта 4–10 години – 2.2–5.3 пъти годишно, във възрастта 10–14 години – 2.4–5.02 пъти годишно и след това като възрастни – 1.7 пъти в годината. Основен симптом на респираторните инфекции е кашлицата. И тук има физиологични норми – всяко здраво (минимум през последните 4 седмици) дете има средно 34 изкашляния дневно, като нормално кашлицата продължава с постепенно намаляващ интензитет в рамките на 4 седмици след прекарана респираторна инфекция.

Причината за честото боледуване на децата е и постепенното съзряване на имунитета – наличие на физиологична хипогамаглобулинемия, през 4–11 месец и около 1-годишна възраст детето е с най-нисък IgG, като нормите за възрастни се достигат към 7–8 години; IgM достига нормите на възрастните около 1 година; IgA, включително sIgA (честота 1:333), достигат нормите на възрастните около 6–7 години; IgE към 6–7 години, а комплементарна зрялост настъпва около 1-годишна възраст. В периода на съзряване на имунитета и честото боледуване възниква въпросът дали детето не страда от имуноен дефицит. Тук отговорът е ясен – никога, ако детето се развива добре и инфекциите не изискват хоспитализация! И все пак, имуноен дефицит трябва да се подозира при две или повече преживяни системни бактериални инфекции (менингит, остеомиелит, сепсис); при три или повече сериозни респираторни или документирани бактериални инфекции (гноен отит, абсцес на кожата, гноен лимфаденит) в рамките на 1 година; при инфекции, които засягат необичайни за възрастта органи – чернодробен или мозъчен абсцес; при инфекции, причинени от необичайни причинители – *Aspergillus*, *Serratia marsenscens*, *Nocardia*, *Pseudomonas cepacia*; при инфекции, причинени от обичайни причинители, но протичащи много тежко; при повтарящи се микотични и/или опортюнистични инфекции.

И докато с острите инфекции съвременната педиатрия се справя с бъдеща инвалидизация, чрез препоръки за отглеждане и качеств

вени лекарства, то проблем остава водещата по тежест и честота муковисцидоза. Честотата ѝ варира в различните популации, но средно за Европа е около 1:3 500. След откриването на генетичния дефект през 1988 г. би трябвало честотата да намалява с използването на пренатална диагностика. За съжаление, това все още не се случва, тъй като муковисцидозата е многократно заболяване, с различна тежест на изява, което понякога забавя диагнозата на първото дете и се допуска раждане на второ болно дете. Може би е уместно всяко дете с рецидивиращи инфекции на белия дроб, съчетани или не с ателектаза, хемоптоез, пневмоторакс, носни полипи, синусит, *сog pulmonale*, ДН, бронхопулмонална аспергилоза, всяко дете с оплаквания от храносмилателната система, като хронична диария, *tessoni ileus*, мекониален перитонит, обструкция на дебело черво, пролапс на ректума, „необяснимо“ подуване на корема, волвулус, панкреатит, билиарна цироза, удължена жълтеница, стеатоза на черния дроб, ГЕР, холелитиаза, ингвинална херния, изоставане в растежа на базата на малабсорбция, хипопротеинемични отоци, дефицит на мастнорастворими витамини – А, К, Е, D, тежки електролитни нарушения, да се подозира за муковисцидоза. Тук правилото, че е по-добре излишен потен тест, отколкото пропуснат важи с пълна сила. Своевременната диагноза на муковисцидозата би намалила заболяемостта от това, фатално в днешно време заболяване.

И нещо за бронхиалната астма като заболяване, което диагностицирано навреме и лекувано адекватно, спира инвалидизацията на пациента. Известен факт е, че честотата се повишава драстично и не случайно алергичните заболявания са обявени за „епидемията“ на 21 век. След въвеждането на ИКС, LABA, SABA, левкотриени в терапевтичната схема на болестта, след въвеждане на ФИД, БДТ, ВЕД и FeNo за мониториране на болестта, неоправдано в днешно време е да губим дете с астма или да станем причина за неговата инвалидизация.

Това бяха някои споделени с вас мисли за респираторните заболявания на дихателната система в педиатрията. Следват сериозни научни статии, които ще ви направят по-сигурни и прецизни в ежедневната ви практика.

Доц. Мирослава Бошева
Катедра по педиатрия и медицинска генетика, Медицински университет, Пловдив