



По някои актуални проблеми на детската пулмология

Респираторните заболявания продължават да са водеща причина за морбидитет и морталитет при деца. Патологията е изключително разнообразна и включва астма, пневмонии и усложненията им, чужди тела, бронхиектазии, бронхиолит, нарушения в съня, усложнения от експозиция на тютюнев дим, остра травма на белите дробове, повтарящи се аспирации, BPD, CF, хронична дихателна недостатъчност, невро-мускулни заболявания, ILD, вродени малформации на респираторния тракт и др. Механизмите, които определят тези нарушения, невинаги са добре изучени. Няма диагностични критерии за много детски белодробни болести, за някои от тях е непозната точната еволюция на заболяването. Съществува непосредствена нужда от иновативни научни изследвания във всички дисциплини, насочени към подобряване на оценката, диагностиката и лечението на детските белодробни болести.

Годишно повече от 1 милион деца в света под 5-годишна възраст умират от пневмония – едно от най-честите заболявания сред децата и една от най-честите причини за хоспитализация: обща честота – 4–6 случая на 100 деца годишно (0–5 години – 4%, 5–9 години – 2%, 9–15 години – 1%). Етиологични проучвания през последните 15 години при деца доказват, че най-честите причинители при ППО са *Streptococcus pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae* – честотата на *Streptococcus pneumoniae* варира от 4 до 21%, а *Mycoplasma pneumoniae* се открива при 23% от децата на възраст 3–4 години. Има съобщения за *Chlamadia pneumoniae* като причинител на ППО при деца в предучилищна възраст. Емпиричното начално лечение е задължително поради липсата на бактериологична етиологична диагноза, на този етап. Съществуват редица диагностични трудности при децата: хракка най-често не може да се вземе, някои патогени трудно се култивират – *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, назофарингеалните култури не са информативни поради високия процент на асимптомно носителство. Не е оправдано забавянето на лечението в очакване на микробиологично потвърждение. Резултатите от лечението при неправилен първи избор на антибиотик са: за пациента – реинфекция/рецидив на инфекцията с резистентни микроорганизми, а за обществото – селекция на резистентни щамове и разпространението им в детски градини, училища, гържава.

Напредъкът в неонаталната интензивна медицина (специално на интензивната респираторна терапия) доведе до увеличаване на преживяемостта на децата, родени с много ниско тегло и в ранна гестационна възраст. Различията произтичат от различните критерии и различните групи деца. 1.5% от преживелите апаратна вентилация деца са с тегло 1500–3000 g, 83% от преживелите деца с ХМБ – с тегло под 750 g. В резултат на това бронхопулмоналната дисплазия (БПД) се обособи като основното хронично белодробно заболяване при новородените.

Алергичната астма е активно проучвана, много по-малко се знае за неатопичните форми на свиркане – „типични“ и „атипични“. Астмата е хронична и вариабилна болест; вариабилна при различните пациенти и вариабилна във времето при един и същи пациент. За постигане на добър контрол е необходим гъвкав подход, който да корелира с тежестта на заболяването. В по-малка възраст обаче, при липса на сенсибилизация към алергените, не можем да бъдем сигурни, че „свиркащото дишане“ (характерен симптом на бронхиалната обструкция) е еквивалент на астмата. В полза на бронхиална астма са: фамилната обремененост, атопията, свиркащото дишане, наличието на „пусков момент“, обратимостта на бронхиалната обструкция от лечението с бронходилататори, сезонността на оплакванията. Атипичното свиркане се асоциира с персистиращи симптоми, които най-често не са причинени от вирусна инфекция. Често срещани рискови фактори при тези атипични форми са вродените малформации на големите дихателни пътища (трахео-бронхомалация, стенози на дихателните пътища) и аспирацията при гастроезофагеален рефлукс. Винаги трябва да се изключи муковисцидоза (CF). Има спешна необходимост от достоверни диагностични тестове за аспирация на храна с/без гастроезофагеален рефлукс, за да се оцени разпространението на тези състояния сред детската популация и ролята им при атипичните форми на свиркане в ранното детство. Нужни са рандомизирани проучвания за рисковете и ползите от антирефлуксните медикаменти при лечението на атипично неатопично свиркане.

БЪДЕЩЕТО НА ДЕТСКАТА ПУЛМОЛОГИЯ ще изисква мултидисциплинарни екипи, които може би ще включват минимум: опитен детски пулмолог, оториноларинголог, неонатолог, детски кардиолог, рентгенолог и биолог, запознат със специфичните механизми на развитие на белите дробове, физици, нанотехнолози, генетици, имунолози, социални работници, еколози, юристи и психолози.

Проф. Пенка Переновска

Главен редактор