

joasă, intervalul a fost de 0-31,25%. Un punct separat în realizarea scalei KOOS este aprecierea durerii în viziunea pacienților. Scorul mediu calculat la pacienții din lotul de studiu a fost de 48,7 % (i-v 9 - 80,5%), apreciată medie-înaltă. Am fost interesați să apreciem durerea prin VAS de către pacient și de către doctor și, ulterior, să comparăm cu datele asupra durerii obținute prin aplicarea indicelui KOOS. Rezultatele denotă că durerea de cea mai înaltă intensitate a fost apreciată de către pacienți prin scala VAS de 56,1 mm vs durerea apreciată prin VAS de medic - 53,5 mm, urmată de durerea calculată după KOOS (ajustat la VAS), ceea ce a constituit 53,3 mm. De notat că valori similare mai obiective asupra durerii am obținut la evaluarea ei de către pacient prin indicele KOOS și de medic prin scala VAS.

Concluzii

1. La pacienții cu osteoartrita genunchiului domeniile cele mai implicate sunt: activitățile fizice intense și posibilitatea practicării sportului, cu un scor mediu de 32,9% , dar și cel al tulburării funcționalității articulare prin tumefiere și redoare matinală, cu scor mai mare - 38,4%.

2. Osteoartrita genunchiului are impact asupra calității vieții pacienților cu scorul mediu 47,9% care este calificat drept calitate a vieții joasă.

3. La compararea datelor obținute prin scorurile VAS și KOOS a fost constatată o supraapreciere a durerii de către pacienți prin VAS și obiectivizarea ei prin VAS, apreciat de medic și KOOS de pacient. Scorul pe domeniul activităților de zi cu zi a constituit 49,3%, activitățile cotidiene fiind limitate de osteoartrita genunchiului.

Sindromul de tuse cronică la copil în practica medicului de familie

S. Șciuca

Department of Pediatrics, Nicolae Testemițanu State Medical and Pharmaceutical University
 93, Burebista str., Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: +37322 552391. E-mail: ssciuca@rambler.ru
 Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

Chronic cough syndrome of children in the practice of the family doctor

Cough is the most frequent paediatric cause of addressing the family doctor. Every third child with health problems consults the family doctor with symptoms of cough. Chronic cough is defined the cough that persists longer than 4-8 weeks. Diseases evolving chronic cough in children are chronic bronchitis, bronchial asthma, lung disease with atypical infections, bronchopulmonary malformations, hereditary diseases with lung defects, tuberculosis and other pathological condition.

Key words: chronic cough, child, family doctor.

Синдром хронического кашля у детей в практике семейного врача

Кашель является наиболее частой педиатрической причиной обращения к семейному врачу. Каждый третий ребенок, который консультируется у семейного врача с проблемами здоровья, имеет симптомы кашля. Хронический кашель определяется как кашель, который сохраняется более 4-8 недель. Заболевания, которые протекают с признаками хронического кашля у детей это хронический бронхит, бронхиальная астма, атипичные инфекции бронхолегочной системы, пороки развития респираторного тракта, наследственные заболевания с поражением легких, туберкулез и другие патологические состояния.

Ключевые слова: хронический кашель, ребенок, семейный врач.

Introducere

Actualitate. Tusea este cea mai frecventă cauză pediatrică de adresare la medicul de familie. Fiecare al treilea copil cu probleme de sănătate, consultat de medicul de familie, prezintă simptome de tuse în context morbid.

Drept tuse cronică este definită tusea, care persistă mai mult de 4-8 săptămâni.

Incidența maladiilor, care evoluează cu tuse cronică la copil (bronșita cronică, astmul bronșic, maladii bronhopulmonare cu infecții atipice, malformațiile bronhopulmonare, boli ereditare cu afectare pulmonară, tuberculoza și alte stări patologice) constituie la nivel mondial 0,8-8,6‰ și la nivel național - 1,9-3,2‰.

Caracteristica subiectului

Etiologie. Tusea cu caracteristici cronice este prezentă în

pneumoniile trenante, care sunt definite prin lipsa dinamicului radiologic pulmonar pozitiv timp de 6 săptămâni - 6 luni, perioadă suficientă pentru instalarea unor fenomene morfologice ireversibile în țesutul pulmonar. Pneumoniile segmentare, care evoluează cu component atelectatic, sindromul de lob mediu (o variantă a pneumoniei segmentare cu component atelectatic), starea de atelectazie pulmonară segmentară, lobară prelungită se prezintă clinic cu tuse persistentă și evoluție trenantă cu riscuri de cronicizare și dezvoltare a fenomenelor de fibroză pulmonară.

Aspirațiile de corp străin din căile respiratorii, care se pot produce la copiii de vârstă mică în circumstanțele unei securități nesigure, pot cauza urgențe pediatriche cu riscuri vitale în faza de penetrație, iar persistența corpului străin în bronhiile contribuie la instalarea fenomenelor cronice pulmonare cu sindrom de tuse

cronică. Aspirațiile recurente gastrice în boala de reflux gastroesofagian, fistula traheobronșică, tulburările de deglutiție prin afecțiuni neurologice induc procese inflamatorii în căile aeriene cu caracter persistent.

Pneumoniile destructive, pleuro-pneumoniile cu incapsulare și reorganizare a revărsatului pleural pot determina formarea aderențelor pleurale, rezoluții necalitative și instalarea sechelelor fibrozante cu manifestări bronhopulmonare cronice.

Astmul bronșic (tuse în perioadele de accese, tuse în faza intercritică), bronșita cronică (tuse persistentă), displazie bronhopulmonară – sunt cauze primare ale tusei cronice la copil.

Anomaliile arborelui bronșic, aginezia, aplazia și hipoplazia pulmonară, sechestrarea pulmonară, chisturile pulmonare congenitale, dischinezia ciliară, sindromul Kartagener, anomaliile vaselor pulmonare evoluează cu tuse persistentă. Fibroza chistică (mucoviscidoza), deficitul de α_1 -antitripsină, hemosideroză pulmonară, pneumonitele interstițiale cronice sunt maladii cronice bronhopulmonare, iar tusea este un semn clinic primordial al acestor maladii.

Cauzele congenitale ale tusei cu caracteristici cronice la copilul sugar sunt malformațiile bronhopulmonare, fistula traheoesofageană, anomaliile vaselor pulmonare, fibroza chistică, dar și unele cauze infecțioase (virus respirator sincițial, citomegalovirus infecție, tuse convulsivă, chlamidioză respiratorie).

Cauzele neinfecțioase ale tusei persistente la copilul de vârstă mică ar putea fi: corpi străini în căile respiratorii, astm bronșic, sindromul secretelor retrnazale (drip-sindrom), fibroza chistică, tabagismul pasiv; etiologiile infecțioase – infecțiile atipice respiratorii, pneumonia, tuberculoza.

La copilul preșcolar și școlar sindromul de tuse poate fi indus de cauze neinfecțioase (bronșită astmatică, sinuzita și rinita cronică, refluxul gastroesofagian, tuse psihogenă, tabagism pasiv sau activ) și cauze infecțioase (micoplasmoză respiratorie, tuse convulsivă, tuberculoză), bronșită cronică, bronșiectazii. În perioada adolescenței, printre cauzele importante de tuse cronică pot fi menționate astmul bronșic, boala de reflux gastroesofagian, tusea psihogenă, tabagismul, etiologiile infecțioase atipice, bronșită cronică, bronșiectazii, tuberculoză.

Germeii cu potențial etiologic pentru exacerbările infecțioase bronhopulmonare sunt *Hemofilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *St. haemoliticus*, *Stafilococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Legionella*, *Serratia*, *Branhamella catarrhalis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*.

Factorii de risc predispozanți (bagajul genetic) pentru maladiile bronhopulmonare cronice sunt afecțiunile cronice bronhopulmonare la ascendenți (maladii ereditare cu afectare respiratorie la rude, boli bronhopulmonare cronice la părinți, decese în perioada neonatală și a sugarului din cauze pulmonare), atopie familială (boli alergice, în special, cu localizare rinosinuzală, bronhopulmonară). Apartenența copiilor cu tuse cronică la grupul sangvin A(II) este considerată un factor de risc genetic pentru realizarea maladiilor cronice bronhopulmonare.

Factorii de risc favorizanți endogeni pentru tusea cronică, persistentă sunt maladiile ORL (sinuzite cronice, vegetații adenoidale, amigdalite cronice), distrofii nutriționale (malnutriții, paratrofie), rahitism și sechele postrahitismale cu deformații ale toracelui, boli somatice asociate, maladii cronice extrarespiratorii decompensate (MCC, imunodeficiențe secundare), deformații ale toracelui (scolioză, spate plat, cutie toracică în carenă, torace infundibular), care și pot favoriza producerea bronhopatiilor cronice

din perioada copilăriei. Alergia alimentară cu manifestări cutanate, respiratorii, digestive, urgențele alergice defavorizează drastic reactivitatea organismului și homeostazia imunologică, contribuie la dezvoltarea imaturităților morfofuncționale ale organismului copilului cu manifestări ale tusei cronice. Refluxul gastroesofagian cu microaspirații recurente cu conținut gastric la copii, produce un impact nefast în persistența proceselor bronșitice. Helminții prin proprietăți alergizante și datorită unui ciclu, care include și sistemul respirator, printr-o recurență multiplă, pot instala un teren favorizant pentru bolile cronice ale tractului respirator în vârsta pediatrică. Tulburările de nutriție, anemiile carentiale, hipovitaminozele au un potențial favorizant important pentru instalarea maladiilor cronice bronhopulmonare la copii.

Factorii de risc favorizanți exogeni, care creează precondiții pentru boli cronice bronhopulmonare: alimentația artificială în perioada sugarului, părinți tușitori cu maladii cronice respiratorii (sursă permanentă de germeni pneumotropi prin expectorații), aeropulanți habituali, produse chimice casnice, noxe industriale, gaze de eșapament, vapori, fum din arderea lemnului, petrolului, gazelor. Un impact alergizant major habitual pentru sistemul bronșic al copilului îl produc factorii biologici, mușcaturile, igrasia, alergenii animalelor și păsărilor ce conviețuiesc în mediul de habitat al copilului. Condițiile nesatisfăcătoare de habitat (temperaturi subnormale, umiditate sporită, ventilație necalitativă a locuințelor), condiții igienice și socioeconomice precare, supraaglomerarea sunt factori de risc cu impact favorizant proceselor cronice bronșice.

Familiiile de fumători cu obiceiuri tabagice constituie un mediu, în care copilul contactează mai frecvent bronșite, pneumonii cu ambiții de perpetuare și cronicizare. Este dovedită relația dintre bronhopatiile cronice ale copilului și părinții fumători. Tabagismul este un factor de risc în sporirea incidenței și exacerbărilor bronșitei cronice, în special, pentru școlarii și adolescenții care fumează. Părinții fumători, de regulă, prezintă și maladii cronice respiratorii, fiind și o sursă permanentă de germeni pneumotropi prin tuse cronică cu expectorații, flegmă.

În lista factorilor de risc se impun a fi menționate abuzurile farmacoterapeutice din asistența terapeutică a copiilor bolnăvicioși cu accent pe remediile antibacteriene (antibiotice), antiinflamatoare nonsteroidiene, efectele adverse de tip alergic ale cărora sunt binecunoscute, favorizând prin aceasta mecanismele patogenice în evoluția maladiilor cronice cu sediu în sistemul respirator.

O problemă actuală în practica pediatrică este categoria de copii cu infecții respiratorii repetate, cu episoade infecțioase tenante sau grave, care fac parte inițial din grupul de copii frecvent bolnavi, iar ulterior multe cazuri clinice evoluează spre procese cronice ale sistemului respirator cu sindrom de tuse cronică. Infecțiile respiratorii se caracterizează prin contagiozitate foarte mare, deaceia, incidența lor este în relație directă cu numărul și gradul expunerii, iar cei mai afectați sunt copiii ce frecventează instituțiile preșcolare și preuniversitare. Recurențele infecțiilor respiratorii, în special, a celor de etiologie virală, produc efecte de deteriorare a mecanismelor de protecție locală în sistemul bronhopulmonar, inițierea unor fenomene morfologice cu tipaj cronic și simptomatologie respiratorie persistentă.

Tablou clinic. Tusea uscată caracterizează debutul infecțiilor respiratorii, tusea alergică, tusea psihogenă. Tusea productivă, cu expectorații la copiii mari este prezentă în infecțiile căilor aeriene, bronșită, pneumonie. Tusea „metalică” este tipică pentru traheită, tusea habituală, iar tusea „lătrătoare”, spasmatică – în

laringită, laringotraheită. Tusea paroxistică, în accese chinuitoare se produce la copiii cu tuse convulsivă, corp străin traheobronșic, în fibroza chistică, infecțiile atipice cu *Chlamydia*, *Mycoplasma*. Tusea intermitentă, productivă caracterizează bronșita cronică, malformațiile bronhopulmonare, bronșiectaziile, astmul bronșic. Tusea psihogenă este de tip bizar, ca un claxon, cu caracter dur. Tusea sacadată caracterizează chlamidiaza respiratorie.

Condițiile de apariție a tusei sunt importante pentru evaluarea etiologică și nosologică a patologiei în cauză. Tusea indusă de efort fizic sugerează un astm bronșic, bronșită astmatică, bronșiectazie, fibroză chistică. Tusea declanșată la expuneri de poluanți atmosferici poate fi prezentă în tabagism, hiperreactivitate respiratorie, astm bronșic, iar tusea la expuneri de polenuri – în polinoze respiratorii, rinită alergică, sinuzită alergică, astm bronșic. Sindromul de tuse cronică la expuneri de prafuri caracterizează o sensibilizare alergică respiratorie la praf, astm bronșic atopic. Tusea, care dispare în timpul somnului copilului, este o tuse habituală, psihogenă sau o simulare. Tusea produsă în poziție orizontală a copilului, postprandial este cauzată de regurgitare, reflux gastroesofagian.

Timul de producere a tusei orientează medicul spre un diagnostic cauzal. Astfel, tusea matinală cu expectorații este sugestivă pentru boala bronșiectatică, bronșiectazii congenitale, bronșita cronică. Tusea nocturnă spre dimineață (condiții de hiperexcitare a *n. vagus*) caracterizează exacerbările de astm bronșic la copil, bronșită astmatică și, deseori, este urmată de accese astmatice. Tusea nocturnă productivă repetitivă ar putea orienta spre diagnosticul de sinuzită cronică, iar tusea la începutul somnului, postprandial în poziție orizontală, impune un program explorativ pentru boala de reflux gastroesofagian. Tusea la primele deglutiții alimentare ale nou-născutului este tipică pentru fistula traheo-esofagiană.

Program explorativ. Diagnostic etiologic bacteriologic, virologic al sputei este indicat pentru o maladie a copilului cu tuse cronică. Hemoleucograma prin leucocitoză cu neutrofilie, deviere la stânga a formulei, VSH majorat orientează la o etiologie bacteriană, iar eozinofilia – în boli alergice, parazitare. Citologia sputei pune în evidență spectrul citologic, celulele atipice, fenomene destructive celulare, germeni, fungi.

Radiografia pulmonară este obligatorie pentru o tuse cronică la copil și ar putea fi concludentă prin opacități, atelectazie, destrucții pulmonare, abcese, revărsat pleural, inflamații și dilatații bronșice, adenopatii, hiperinflație, emfizem localizat, tumori mediastinale și pulmonare, timomegalie, devierea mediastinului. Computer tomografia pulmonară, CT cu rezoluție înaltă sunt utile pentru identificarea nivelurilor hidroaerice, bronhiilor dilatate, îngroșării pereților bronșici, chisturilor, formațiunilor tumorale, evaluarea substratului anatomic, morfologic al proceselor patologice pulmonare, mediastinale. Scintigrafia pulmonară va fi utilă pentru diagnosticul tulburărilor de perfuzie pulmonară, fiind un test screening pentru bronșiectazie. ECOgrafia pulmonară este un procedeu informativ explorativ pentru depistarea revărsatului pleural, tumorilor pulmonare, abceselor, chistului hidatic.

Bronhoscopia se va efectua în secții specializate de pneumologie pentru excluderea anomaliilor arborelui bronșic, corpurilor străini bronșici, polipilor bronșici, tumorilor endobronșice, obstrucții extrinseci, intrinseci, biopsie pulmonară pentru fibroze pulmonare, displazie, destrucție a țesutului pulmonar, celule atipice.

Diagnosticul funcțional prin spirografie ar pune în evidență tulburări ventilatorii obstructive, restrictive, mixte, tulburări de conductibilitate a bronhiilor.

Testul sudorii este indicat copiilor cu tuse cronică, asociată cu

tulburări de nutriție, deficit ponderal pentru excluderea fibrozei chistice. Testul Mantoux la copilul cu tuse cronică este indicat pentru circumstanțe suspecte pentru tuberculoză.

Testele imunologice (IgA, IgM, IgG, limfocite T, limfocite B) sunt indicate pentru imunodeficiențe primare umorale, celulare, mixte, imunodeficiențe secundare, infecția HIV.

Testele alergologice (IgE, IgE specifice, CIC, teste cutanate) sunt utile pentru atopie, maladiile cu genезă alergică, care se produc cu tuse cronică.

Teste coproparazitologice, serologice sunt necesare pentru ascaridoză, enterobioză, toxocaroză, alte parazitoze, care produc afectare pulmonară.

Fibroesofagogastroscoopia va pune în evidență un reflux gastroesofagian sau o fistulă traheo-esofagiană la copilul cu tuse cronică.

Examenul ORL cu radiografia sinusurilor este util pentru polipoză nazală, hipertrofia vegetațiilor adenoide, sinuzitele cronice la copilul cu sindrom de tuse persistentă.

Consultul neuro-psihologic este indicat copilului cu tuse neurogenă, psihogenă.

Tratament. Tactica terapeutică etiotropă impune o selecție diferențiată a medicației în conformitate cu specificul factorilor etiologici, perioada maladiei bronhopulmonare. Tratamentul antibacterian se va efectua doar în cazul unor manifestări ale infecției microbiene (spută purulentă, sindrom hipertermic și subfebrilitate îndelungată, leucocitoză, neutrofilie), preparatele de elecție fiind cele cu acțiuni bactericide asupra florei pneumotrope, cum sunt penicilinele de semisinteză (amoxiciline, peniciline semisintetice în combinație cu clavulanatul de potasiu), cefalosporinele, iar macrolidele (clarithromicina, azithromicina) sunt indicate în infecțiile atipice, dar și la etapele de recuperare a maladiilor, care evoluează cu tuse cronică. Programe terapeutice pentru cauza primară a tusei cronice în caz de boală de reflux gastro-esofagiană, sinuzită cronică, astm, tuse psihogenă, parazitoze, tuberculoză, malformații pulmonare.

Concluzii

Tusea cronică la copil este o problemă frecventă în activitatea medicului de familie și impune programe diagnostice complexe și tratamente etiopatogenice ajustate factorului cauzal.

Bibliografie

1. Brunton S, Carmichael BP, Colgan R. Acute exacerbation of chronic bronchitis: a primary care consensus guideline. *Am. J. Manag. Care.* 2004;10(10):689-96.
2. Chang AB, Glomb WB. Guidelines for evaluating chronic cough in pediatrics. ACCP Evidence Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2006;129:260-286.
3. Șciuca Svetlana. Bronhopatii recurente și cronice la copil. Chișinău, 2002;370.
4. Șciuca Svetlana. Esențial în pneumologia copilului. Chișinău: „Tipografia centrală”, 2007;256.
5. Shields MD, Bush A, Everard ML. Recommendations for the assessment and management of cough in children. British Thoracic Society Cough Guideline Group. *Thorax.* 2008;63(Suppl III):1-15.
6. Woodhead M. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. *Eur. Respir. J.* 2005;26:1138-1180.
7. Zejda E, Leonardi GS, Gurzau E, et al. Respiratory symptoms, bronchitis and asthma in children of Central and Eastern Europe. *Eur. Respir. J.* 2002;20:890-898.
8. Волков ИК, Рачинский СВ. Диагностика и терапия хронических бронхитов у детей. *Ж. Доктор Пу.* 2003;12:73.
9. Таточенко ВК. Практическая пульмонология детского возраста. Москва, 2006;280.