

Бронхіальна астма у дітей раннього віку

Про особливості діагностики та лікування цього захворювання розповідає Леся Беш, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри педіатрії № 2 ЛНМУ ім. Данила Галицького, керівник Львівського міського дитячого алергологічного центру



Леся Беш

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ

Бронхіальна астма (БА) — це самостійне хронічне захворювання, обов'язковими патогенетичними ознаками якого є хронічний запальний процес і пов'язана з ним гіперреактивність бронхів, що зумовлені імунологічними (сенсibiliзація та алергія) механізмами. Основна клінічна ознака БА — утруднене дихання або напад ядухи внаслідок бронхоспазму, набряку слизової оболонки бронхів та гіперсекреції.

У розвитку БА виділяють дві групи причин: ті, які зумовлюють виникнення захворювання, і ті, що призводять до його загострення (тригери, або чинники ризику).

Серед чинників, які зумовлюють виникнення БА, розрізняють:

1. Чинники схильності — генетично детермінована здатність до алергічних захворювань.
2. Причинні чинники (алергени), що сенсibiliзують дихальні шляхи і зумовлюють початок захворювання.
3. Сприятливі чинники, які підвищують ризик виникнення хвороби на фоні впливу причинних чинників, а саме: куріння; забруднення навколишнього середовища; респіраторні вірусні інфекції; шкідливі антенатальні чинники і перинатальна патологія.

Чинниками (тригерами), які зумовлюють повторні загострення хвороби, є алергени, холодне повітря, фізичне навантаження, респіраторні вірусні інфекції, метеочинники, емоційні навантаження (стреси).

АСТМА ЧИ НЕ АСТМА?

Найскладнішою є діагностика БА в ранньому дитячому віці, оскільки епізоди, що супроводжуються свистячими хрипами та каш-

лем, — це найчастіші симптоми різноманітних захворювань органів дихання у дітей перших років життя.

Упродовж тривалого часу на сторінках спеціальної педіатричної літератури триває активна дискусія, в якій одні автори пояснюють появу бронхообструктивного синдрому переважно інфекцією і оцінюють прогноз здебільшого як сприятливий, інші ж наполягають на провідній ролі механізмів, пов'язаних з алергією. Деякі дослідники взагалі вважають, що бронхообструктивний синдром завжди є проявом БА.

Отож, існують суперечності, які визначають складність проблеми діагностики БА у дітей. Деякі автори підкреслюють факт недостатньої діагностики захворювання, що призводить до запізненого початку базисного протизапального лікування і надмірного призначення антибіотиків. Зважаючи на те, що БА є хронічним запальним захворюванням, його пізня діагностика обумовлює більш важкий перебіг недуги і ризик виникнення необоротних змін (ремоделінг) у бронхах. Натомість опоненти цих авторів переконують, що «не все, що свистить», є БА, і у більшості дітей перших років життя спостерігають поступове зникнення рецидивних епізодів свистячого видиху.

За даними багатьох дослідників, бронхообструктивний синдром реєструють у 10–30% дітей раннього віку, тобто хоча б один раз у житті він виникає у кожної 4-ї дитини віком до 3 років. Це пояснюється анатомо-фізіологічними особливостями органів дихання, внаслідок чого запальний набряк та гіперсекреція блокують вузькі дихальні шляхи.

Поміж морфологічних особливостей органів дихання, що спричиняють високу частоту бронхообструктивного синдрому в цьому віці, насамперед виділяють такі: вузькість дихальних шляхів, недостатню еластичність легень, податливість хрящів бронхіального дерева, недостатню ригідність грудної клітки, схильність до розвитку набряків, гіперсекрецію в'язкого слизу, слабкий розвиток гладких м'язів бронхів, легку уразливість слизової оболонки бронхів, недорозвинутий миготливий епітелій тощо.

Через слабкий розвиток гладких м'язів бронхів у дітей раннього віку бронхоспазм зрідка виступає морфологічним підґрунтям обструкції під час нападу БА. Водночас важливе значення мають гіперсекреція слизу і набряк стінки бронхів, що проявляється своєрідною клінічною картиною «вологої астми». З віком характер нападів змінюється та формується клінічна картина з переважанням бронхоспазму — так звана суха астма.

Втім, річ не тільки у цьому. Доведено, що особливу роль у формуванні підвищеної бронхіальної реактивності та розвитку бронхообструктивного синдрому відіграють нейрорефлекторні механізми, основою яких є особливості функціонування вегетативної нервової



ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ І БА У ДІТЕЙ ПЕРШИХ РОКІВ ЖИТТЯ ЗАЛИШАЄТЬСЯ НАДЗВИЧАЙНО СКЛАДНОЮ ПРОБЛЕМОЮ. ЗА ДАНИМИ РІЗНИХ АВТОРІВ, У 75–85% ВИПАДКІВ БА ДЕБЮТУЄ У РАНЬОМУ ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

системи. У дітей першого року життя переважають функції її парасимпатичного відділу, що призводить до звуження бронхів, розширення судин і підвищення потовиділення. Усе це, своєю чергою, проявляється пастозністю, виникненням набряків, підвищеним продукуванням в'язкого густого секрету келихоподібними клітинами слизової оболонки бронхів, гастроєзофагеальним рефлюксом.

Отже, не лише анатомо-фізіологічні особливості органів дихання, але й особливості вегетативного тону у дітей перших трьох років життя зумовлюють у них високу частоту й особливості клінічних проявів бронхообструктивного синдрому.

На думку деяких дослідників, чим молодша дитина, тим вища ймовірність того, що повторні епізоди бронхообструктивного синдрому не є БА і зумовлені іншими причинами, зокрема, різноманітними вадами розвитку нижніх дихальних шляхів і судин легень, муковісцидозом, первинною цилиарною дискінезією, туберкульозним бронхоаденітом, стороннім тілом в трахеї та бронхах, гастроєзофагеальним рефлюксом, новоутвореннями середостіння тощо.

Доведено, що більшість перелічених захворювань і станів уперше проявляються на фоні респіраторної інфекції. БА у дітей раннього віку зазвичай також дебютує на фоні ГРВІ. Така неоднозначна ситуація обумовлює не тільки потребу проводити складну диференціальну діагностику, але й здійснювати тривале спостереження за перебігом хвороби.

Диференціальна діагностика обструктивного бронхіту і БА у дітей перших років життя залишається надзвичайно складною проблемою. За даними різних авторів, у 75–85% випадків БА дебютує у ранньому дитячому віці. Тривалий час її маскує «обструктивний бронхіт», і лише через 2–5 років встановлюють правильний діагноз. І це при тому, що рання діагностика і своєчасно розпочате лікування значною мірою визначають прогноз захворювання. На думку D. Pauwels і P. Shashalt (1986), у практичній діяльності немає і, мабуть,

не може бути загального погодження у питанні, де закінчується «бронхіт» і де починається «астма».

РИЗИКИ РОЗВИТКУ

У цьому контексті цікавими є дослідження, проведені Fernando D. Martinez і співавт. (Аризона, 1984), результати яких дозволили оцінити еволюцію свистячого дихання у дітей від народження до досягнення ними 6-річного віку. Аналіз показав, що сама поява епізодів свистячого видиху протягом перших трьох років життя не становить ризику розвитку БА у старшому віці, якщо в дитини відсутній atopічний анамнез. Ризик значно зростає за наявності atopічної патології у членів родини.

Відповідно до даних інших авторів БА у дітей раннього віку можна запідозрити за наявності atopії і 4 епізодів свистячого дихання протягом 12 міс незалежно від причини, за якої виникла бронхообструкція. Деякі дослідники вважають, що БА слід діагностувати незалежно від віку навіть під час першого випадку свистячого дихання, якщо він виник внаслідок дії алергенів.

Отож, ці ознаки у немовлят і дітей віком до 3 років становлять для педіатра значну діагностичну проблему, оскільки однозначної думки щодо прогнозу розвитку БА і підходів до її діагностики не існує. «Немає єдиного рецепта щодо встановлення діагнозу бронхіальної астми у дітей раннього віку, немає специфічних маркерів, потрібні тривале спостереження і ретельна диференціальна діагностика» (Practical Alergology).

Попри це, опираючись на сучасні літературні дані і власний досвід, можна стверджувати, що діагноз БА слід припустити за наявності таких ознак:

- епізоди бронхообструктивного синдрому діагностують частіше ніж 4 рази протягом року, і не завжди їх супроводжує вірусна інфекція;
- нічний кашель;
- кашель після фізичного навантаження;
- зменшення вираженості кашлю або інших клінічних ознак бронхообструктивного синдрому після застосування бронхолітичних препаратів;
- сезонний характер загострень;
- обтяжений atopією сімейний анамнез;
- atopічний дерматит в анамнезі у дитини;
- еозинофілія і підвищення рівня загального IgE;
- позитивні результати специфічної алергодіагностики.

Підготувала Лариса Дедишина