

Е.Н. Погудина

ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ЛЁГКОМ ВАРИАНТЕ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ

Кировская государственная медицинская академия **Введение**

В современной литературе достаточно хорошо освещены вопросы диагностики бронхиальной астмы у детей при среднетяжёлом и тяжёлом течении болезни. Лёгкий же вариант бронхиальной астмы у детей во многих случаях своевременно не распознаётся, так как периодически появляющиеся эпизоды затруднённого дыхания и признаки бронхиальной обструкции могут быть проявлением другой патологии органов дыхания. В этой связи заслуживают внимания данные, полученные нами при комплексном обследовании большого контингента детей с лёгким течением atopической бронхиальной астмы, которые могут помочь в диагностике заболевания.

Результаты

Среди наблюдаемых нами больных (77 пациентов в возрасте 5-14 лет) преобладали в два раза мальчики. Длительность заболевания у детей колебалась от 1 до 5 лет. У большинства больных (79,2%) бронхиальная астма была диагностирована в дошкольном и младшем школьном возрасте.

У большинства наблюдаемых детей с бронхиальной астмой (77,9%) отмечалась наследственная отягощённость в отношении аллергических заболеваний. В раннем возрасте у 57,1% пациентов регистрировались проявления экссудативно-катаральной аномалии конституции. У 92,3% больных была диагностирована патология ЛОР органов (аллергический ринит и риносинусит, аденоидит), у 33,8% - atopический дерматит, у 37,7% - пищевая и у 22,1% больных - лекарственная аллергия. При постановке кожных скарификационных аллергопроб у всех больных бронхиальной астмой обнаруживались признаки сенсибилизации к бытовым, эпидермальным и пыльцевым аллергенам. Развитию бронхиальной астмы у наблюдаемых детей могли способствовать следующие факторы: наличие токсикоза во время беременности у матери (35,1%), признаки антенатальной гипоксии (35,2%), ранний перевод на смешанное и искусственное вскармливание (41,5%), частые респираторно-вирусные инфекции (84,4%), перенесённая пневмония (36,4%) и обструктивный бронхит (32,2%), плохие жилищно-бытовые условия в ряде семей (15,9%), содержание в квартире животных и птиц - кошка, собака, хомячок, попугай (39,0%), комнатных растений (41,5%), пассивное табачное курение (50,2%).

Обострения заболевания у наблюдаемых пациентов отмечались 6-12 раз в год и проявлялись астматическими приступами лёгкой степени тяжести, возникновение которых могло быть связано с воздействием причинно-значимых аллергенов, респираторно-вирусной инфекцией или резкими перепадами температур. У всех больных приступы отмечались в дневное время суток, но у 15,6% пациентов они могли возникать и ночью. У 40,2% больных констатировалось повторение лёгких приступов астмы в течение одного дня. Возникновению приступа у 19,5% пациентов предшествовала эмоциональная неустойчивость и повышенная утомляемость, беспокойный сон и пониженный аппетит. У всех больных до начала приступа отмечалась заложенность и зуд в носу, водянистое или слизистое отделяемое из носа, многократное чихание и покашливание, чувство першения в горле, после чего через 15-45 минут развивался приступ астмы.

Во время приступа, продолжительность которого колебалась от 15-20 минут до 1 часа, больные предъявляли жалобы на затруднённое дыхание и нехватку воздуха, кашель. Общее состояние у них оставалось удовлетворительным. Учащения вспомогательной мускулатуры в акте дыхания не обнаруживалось, отмечался коробочный оттенок перкуторного звука, выслушивалось умеренное количество рассеянных сухих хрипов на фоне жёсткого дыхания с удлинённым выдохом, небольшое приглушение тонов сердца. У всех больных во время приступа отмечались эпизоды кашля с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой, в которой при микроскопическом исследовании выявлялось большое количество лейкоцитов, эозинофилов, эпителиальных клеток; у 13,0% больных в мокроте обнаруживались кристаллы Шарко-Лейдена и спирали Куршмана. В мазках из носового секрета у всех больных выявлялось большое количество эозинофилов.

В периоде обострения болезни у детей с лёгким течением бронхиальной астмы констатировалось понижение флуометрических показателей (признаки нарушения бронхиальной проходимости), изменения на рентгенограмме (повышение прозрачности легочных полей и усиление бронхосудусного рисунка), на ЭКГ (тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо и расширение зубца R), изменения гемограммы (умеренный моноцитоз и выраженная эозинофилия). Изменения показателей иммунологической реактивности у пациентов в периоде обострения заболевания проявлялись признаками относительной недостаточности клеточного звена иммунитета, повышением уровней сывороточных иммуноглобулинов основных классов (G, A, M) и гипериммуноглобулинемией E, снижением неспецифической антитабактериальной резистентности (ФАН, ФИ, НСТ-тест) и противовирусной резистентности (ИФН-альфа), высокими уровнями провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 бета и ФНО-альфа) в сыворотке крови.

В периоде ремиссии заболевания, продолжительность которой составляла 1-2 месяца, пациенты жалоб не предъявляли, клинические проявления болезни у них отсутствовали, изменений при флуометрическом, рентгенологическом и электрокардиографическом исследованиях не обнаруживалось. Однако у них выявлялась эозинофилия, отмечался высокий уровень сывороточного иммуноглобулина E, снижение показателей ФАН и уровня ИФН-альфа, повышение уровней ИЛ-1 бета и ФНО-альфа в сыворотке крови.

Заключение

Представленные выше данные свидетельствуют о том, что для распознавания бронхиальной астмы при лёгком течении заболевания необходимо осуществлять комплексное обследование ребёнка, включающее тщательное изучение анамнеза, проведение общеклинических, клинико-лабораторных, инструментальных, аллергологических и иммунологических исследований. Использование всего диагностического комплекса при лёгком течении бронхиальной астмы у детей имеет, на наш взгляд, чрезвычайно важное значение, потому что позволяет решить основные вопросы лечебной тактики и плана ведения таких больных, снизить риск развития среднетяжёлой и тяжёлой форм болезни.

Summary

DIAGNOSTICS OF MILD BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Ye. N. Pogudina

The diagnostic complex is recommended in mild bronchial asthma. It should include a detailed and thorough investigation of anamnesis, clinical checkup, laboratory tests, instrumental evaluation, allergic and immunological studies. The above diagnostic complex enables the physicians to make an early diagnosis, to develop efficient treatment of patients and to lower the risk of progress of the disease to moderate and severe forms.