

ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Базарова Сабина Зафаровна, студентка

Самаркандского Государственного Медицинского Университета

Научный руководитель: Хайдарова Хатича Рамизовна,

ассистент кафедры Педиатрии лечебного факультета СамГМУ

Аннотация: Бронхиальная астма (БА) у детей является актуальной проблемой в мире и в Узбекистане. БА наиболее распространенное хроническое заболевание нижних дыхательных путей в детском возрасте. Диагностика бронхиальной астмы у детей, в особенности у детей первых пяти лет жизни, часто вызывает трудности. Эксперты Глобальной стратегии по лечению и профилактике бронхиальной астмы (Global Initiative for Asthma, GINA) связывают сложности в постановке диагноза с широкой распространенностью эпизодов свистящих хрипов в грудной клетке, преимущественно в возрасте младше 3 лет; ограниченной возможностью или невозможностью тестирования функции легких. Используемые терапевтические и профилактические методы также имеют возрастную специфичность [1]. В связи с этим основное внимание специалистов уделено новым методам диагностики данной патологии и разработке оптимальной схемы лечения болезни.

Ключевые слова: бронхиальная астма, педиатрия, обструктивный бронхит, Global Initiative for Asthma (GINA), диагностика, терапия.

Введение: БА является наиболее распространенным хроническим заболеванием детского возраста, представляя собой важную проблему здравоохранения. В целом БА страдают от 5 до 10% детского населения, две трети всех пациентов заболевают в первые 3 года жизни. У 50–80% детей с БА первые симптомы появляются в возрасте младше 5 лет [2]. Однако часто до постановки диагноза БА проходит много времени. Ведущей причиной поздней диагностики БА у детей является широкая распространенность хрипов в данной возрастной категории.

В педиатрии наибольшие трудности представляет дифференциальный диагноз между повторными эпизодами обструктивного бронхита и БА, поскольку у 30-85% детей приступы БА провоцируют респираторные инфекции, являющиеся важнейшими триггерами обострений БА у детей. Кроме того, обструктивный бронхит, фенотипически трудно отличимый от приступа БА, является фактором риска развития БА у детей [3].

Огромное значение в диагностике БА, как и других аллергических заболеваний, имеет сбор анамнеза. Следует определить длительность сохранения симптомов, связь их начала со временем года, сменой места проживания, появлением в доме домашнего питомца, возможным затоплением квартиры (плесневые грибы), такими провоцирующими факторами, как действующие сезонно или круглогодично аллергены, неспецифические раздражители (сигаретный дым, холодный воздух, химические пары, резкие запахи, эмоции). Дополнительным фактором риска атопических заболеваний, особенно при неотягощенном семейном аллергоанамнезе, в настоящее время считают кесарево сечение вследствие аномальной бактериальной колонизации новорожденного [4].

Для диагностики БА, согласно рекомендациям Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA), также необходимо оценивать частоту эпизодов свистящего дыхания (например, более одного раза в месяц), наличие кашля или свистящего дыхания, вызванного физической нагрузкой; кашель, особенно ночной, вне вирусных инфекций; отсутствие сезонной вариации в возникновении свистящего дыхания [5].

Бронхиальная астма вероятна у детей с кожными аллергическими проявлениями на первом году жизни, развитием первого эпизода бронхиальной обструкции в возрасте старше 1 года, с высоким уровнем специфических IgE или положительными результатами кожных аллергопроб, эозинофилией периферической крови, имеющих родителей (чаще мать) и в меньшей степени других родственников с атопическими заболеваниями, перенесших 3 и более эпизода бронхиальной обструкции, в особенности без подъема температуры тела и после контакта с неинфекционными триггерами [6]. В связи с этим не мало важными обследованиями в диагностике БА являются: функциональное исследование легких (спирометрия с бронходилатационным тестом предпочтительнее по сравнению с пикфлоуметрией, которая может быть использована при ограниченных ресурсах), аллергообследование (инъекционная кожная проба или определение уровня специфических иммуноглобулинов, исследования для исключения альтернативных диагнозов (например, рентгенография органов грудной клетки), оценка маркеров воспаления дыхательных путей (оксид азота, эозинофилия мокроты), оценка гиперреактивности дыхательных путей (неспецифические бронхиальные провокационные пробы, например, с метахолином, физической нагрузкой) [7,8].

Целью лечения бронхиальной астмы является достижение стойкой ремиссии и высокого качества жизни у всех пациентов вне зависимости от тяжести заболевания. Подход к лечению БА в настоящее время ориентирован преимущественно на степень контроля заболевания и базируется на –

ограничении контакта с аллергенами (комплекс элиминационных мероприятий), терапии обострения заболевания и базисной противовоспалительной терапии. Для лечения БА у детей используются такие же классы препаратов, как и у взрослых. Однако применение существующих препаратов у детей связано с определенными ограничениями, касающимися как терапии острой астмы (обострения заболевания), так и базисной (контролирующей) терапии. Базисная терапия воздействует на хронический аллергический воспалительный процесс в бронхах, тем самым уменьшает вероятность развития бронхообструкции и формирование необратимой структурной перестройки стенки бронха [8,9]. К средствам базисной терапии относятся: глюкокортикостероиды (ингаляционные и системные); антагонисты лейкотриеновых рецепторов; пролонгированные р2-агонисты в комбинации с ингаляционными глюкокортикостероидами; кромоны (кромоглициевая кислота, недокромил натрия); пролонгированные теофиллины. Объем базисной терапии определяется тяжестью и уровнем контроля бронхиальной астмы, возрастом пациентов, характером сопутствующей патологии [10,11].

Благодаря современным научным достижениям, понимание патогенеза бронхиальной астмы вышло на новый уровень, стало возможным ее эффективное лечение. В последние годы в большинстве стран мира и в нашей стране в клиническую практику внедрены высокоактивные, эффективные и патогенетически обоснованные препараты и средства их введения, которые в значительной степени позволяют решать задачу контроля течения бронхиальной астмы и поддержания качества жизни больных на достаточно высоком уровне.

Заключение:

БА у детей характеризуется эпидемиологическим и клиническим своеобразием. Сложность ее диагностики связана, прежде всего, с высокой частотой регистрации свистящих хрипов, необходимостью исключения большого числа острых и хронических заболеваний, протекающих с бронхообструктивным синдромом. Для врача-педиатра, аллерголога-иммунолога и пульмонолога необходима определенная диагностическая настороженность в отношении данного заболевания, формированию которой может способствовать детальный и прицельный сбор анамнеза и критериальный подход к диагностике детской БА.

Существенный прогресс в лечении бронхиальной астмы был достигнут при введении базисной (контролирующей) терапии, воздействующей на хронический аллергический воспалительный процесс в бронхах, тем самым уменьшающей вероятность развития бронхообструкции и формирования необратимой структурной перестройки стенки бронха.

Литература:

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2006 г.). Под ред. АГ. Чучалина. М.: Атмосфера, 2007: 103.
2. Лучихин Л.А., Тетцоева З.М., Богданец С.А. Иммуноterapia препаратом ИРС 19 больных острым и хроническим синуситом // Вестник оториноларингологии. 2004. № 4. С.44–47.
3. Овсянников Д.Ю. Острый бронхиолит у детей. Вопросы практической педиатрии, 2010, 5(2): 75-84.
4. Овсянников Д.Ю., Фурман Е.Г., Елисеева Т.И. Бронхиальная астма у детей. Под ред. Овсянникова Д.Ю. М.: РУДН; 2019. 211 с.
5. Пушко Л.В., Овсянников Д.Ю., Кампос Е.С. и др. Трудности диагностики аллергического бронхолегочного аспергиллеза: клиническое наблюдение. VII Всероссийская научно-практическая конференция. Инфекционные аспекты соматической патологии у детей. Сборник аннотированных докладов. М., 2014: 194-201.
6. Haydarova H.R. THE IMPORTANCE OF PROBIOTICS IN CHILDREN'S IMMUNITY// International Journal of Medical Sciences And Clinical Research. VOLUME 04 ISSUE 01. January 27, 2024, PAGES: 42-46
7. Rossenwasser LI, Sly PD, Stein R, Stick S, Szeer S, Taussig LM, Valovirta E, Vichyanond P, Wallace D, Weinberg E et al. International consensus on (icon) pediatric asthma. Allergy, 2012, 67: 976-997.
8. Sears MR. Descriptive epidemiology of asthma. Lancet, 1997, 350(11): 1-4.
9. Suissa S., Ernst R, Benayoun S. et al. Low-Dose Inhaled Corticosteroids and the Prevention of Death from Asthma // NEJM. — 2000; 343: 332-336.
10. Haydarova , X.,&Abdurahmonova, R..(2023). IMMUNITETNI SHAKLLANTIRISHDA PROBIYOTIKLARNING ROLI. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 3(2 Part 2), 75–79.
11. Shohat M, Levy G, Levi I et al. Transient tachypnea of of the newborn and asthma. Arch. Dis. Child, 1989, 64: 277-279.