

Клінічно-анамнестичні особливості бронхіальної астми раннього початку в дитячому віці

О.В. Бєлашова, к.м.н., асистент,
кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

З даними сучасних літературних джерел, дебют бронхіальної астми (БА) у переважній кількості хворих спостерігається вже в ранньому віці [1, 2, 4, 8, 10]. У дітей цього віку є декілька фенотипів БА, одним з яких є ранній транзиторний «wheezing», що має сприятливі наслідки, характеризується появою нападів бронхіальної обструкції впродовж перших 3-5 років життя та зникненням рецидивів бронхообструктивного синдрому (БОС) надалі і не асоціюється з позитивним родинним алергологічним анамнезом та атопією [1, 3, 4]. Основними факторами ризику в такому випадку виступають переважно інфекційні чинники (особливо віруси) та анатомо-фізіологічні особливості дихальних шляхів дітей раннього віку, меншою мірою – висока лабільність бронхів [5, 6, 12, 13].

Інший фенотип БА в дітей раннього віку – це персистуючий «wheezing», що характеризується повторними нападами бронхіальної обструкції, які дебютують після три-п'ятирічного віку. Клінічна диференціація зазначених фенотипів є достатньо складною проблемою, особливо в дітей раннього віку.

Мета дослідження. Визначення клінічно-анамнестичних особливостей бронхіальної астми раннього початку для оцінки їх діагностичної цінності у своєчасній верифікації діагнозу.

Матеріал і методи

Проведено ретроспективну оцінку результатів клінічно-лабораторного обстеження 100 пацієнтів з БОС. Діагноз ретроспективно через 3 роки після комплексного обстеження верифікувала група експертів, представлена практичними лікарями та співробітниками кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету. Першу (основну) сформували 40 дітей раннього віку, в яких верифікували БА. Частка хлопчиків у цій клінічній групі становила 68%. Група порівняння – 60 дітей із проявами обструктивного бронхіту, серед яких хлопчиків було 67%. Переважання хлопчиків серед дітей обох клінічних груп порівняння узгоджується з даними літератури [9, 10, 12]. Середній вік пацієнтів першої групи спостереження сягав $2,3 \pm 0,06$ року, дітей групи порівняння – $2,2 \pm 0,1$ року ($p > 0,05$). В анамнезі хворих на бронхіальну астму дітей до проведення комплексного обстеження в середньому відзначено 2,7 епізодів бронхообструктивного синдрому (БОС), а у хворих на обструктивний бронхіт – 2,5 випадків. Таким чином,

групи порівняння були зіставними за основними клінічними характеристиками. Оцінка виразності нападу бронхіальної обструкції проводилася за критеріями бальної системи, прийнятими Російською програмою (1997) та Українським консенсусом (1998) з проблеми астми в дітей (табл. 1). Робота виконана згідно з вимогами до рандомізованого порівняльного дослідження у паралельних групах за методом «дослід-контроль». Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою методів варіаційної статистики, використовуючи програму StatSoft Statistica v 5.0, з позиції клінічної епідеміології: оцінювали атрибутивний ризик, відносний ризик та пропорційність шансів з обчисленням довірчих інтервалів для відносного ризику та пропорційності шансів (95% ДІ) [11]. При встановленні діагностичної цінності тестів визначали: їх чутливість, тобто ймовірність того, що тест буде позитивним за наявності хвороби; специфічність, тобто ймовірність того, що тест буде негативним, коли хвороба є; передбачувану позитивну та негативну цінність, тобто ймовірність того, що хвороба є або її немає в тих випадках, коли тест позитивний чи негативний.

Результати дослідження

Проведений порівняльний аналіз результатів комплексного обстеження хворих на бронхіальну астму та обструктивний бронхіт показав, що суттєвих відмінностей у перинатальному періоді й періоді новонародженості в групах порівняння не виявлено. При вивченні перинатальної патології дітей, хворих на БА, виявлено перинатальну гіпоксично-ішемічну енцефалопатію в $19,0 \pm 3,9\%$ випадків, пологову травму – у $6,0 \pm 2,3\%$ спостережень. У дітей, хворих на обструктивний бронхіт, вказані патологічні стани траплялися відповідно у $12,0 \pm 4,2\%$ ($p > 0,05$) та $4,0 \pm 2,5\%$ випадків ($p > 0,05$). Тобто, як видно з представленого аналізу, між групами спостереження не виявлено суттєвих відмінностей щодо частоти виникнення патології перинатального періоду.

Встановлено, що клінічні прояви ексудативно-катарального діатезу частіше траплялися в дітей із бронхіальною астмою (74%), ніж у хворих на обструктивний бронхіт (33,3%, $p < 0,01$). Позитивний алергологічний сімейний анамнез значно частіше був у хворих на БА (66%), ніж у однолітків з групи порівняння (13%, $p < 0,05$). Алергічна патологія в сибсів також вірогідно частіше виявлялася в дітей із БА (21%), ніж у хворих на

Таблиця 1. Виразність бронхообструктивного синдрому в дітей груп порівняння (у балах)

Симптоми	Бали вираженості бронхіальної обструкції			
	0	1	2	3
Свідомість	Збережена	Деяке збудження	Збудження, переляк, загальмованість	Різка збудженість, пригнічення, кома
Активність	Звичайна	Збережена	Обмежена	Вимушене положення в ліжку
Кашель	Немає	При стимуляції	Рідкий, спонтанний	Пароксизмальний
Наявність ціанозу	Немає	Легкий періодичний (при навантаженні, на повітрі)	При фізичному навантаженні	Генералізований у стані спокою
Частота дихання	Вікова норма	Збільшення на 20% від норми	Збільшення на 40% від норми	Збільшення більш ніж на 40% від норми
Ритм дихання	Ритмічне	Аритмічне при навантаженні	Аритмічне під час навантаження, при вдиханні 40-60% кисню	Аритмічне в стані спокою
Втягування податливих ділянок грудної клітки	Немає	Верхнє (або крила носа)	Верхнє, нижнє	Верхнє, нижнє, міжребер'я
Співвідношення вдих/видих	Норма	Сумнівне переважання видиху	Явне збільшення видиху	Повне переважання видиху
Хрипи в легенях (експіраторного характеру)	Немає	Сумнівні	Явні під стетоскопом	Дистантні
Хрипи в легенях (інспіраторного характеру)	Немає	Сумнівні	Явні під стетоскопом	Зменшення або зникнення
Перкусія	Легеневий звук	Коробковий відтінок	Виразений коробковий відтінок	Сильно виразений коробковий відтінок
Частота серцевих скорочень	Вікова норма	Збільшення на 20% від норми	Збільшення на 40% від норми	Збільшення більш ніж на 40% від норми

обструктивний бронхіт (11,6%, $p < 0,05$). Вказівки на позитивний сімейний алергологічний анамнез можна розглядати як доволі чутливий тест (81%). З урахуванням цього було визначено ризик наявності бронхіальної астми в дітей із обтяженим сімейним алергологічним анамнезом, показники якого становили: атрибутивний ризик – 41,0%, відносний ризик – 26,0% (95% ДІ: 16,4-37,1; $p < 0,01$), пропорційність шансів – 5,6 (95% ДІ: 0,3-2,9; $p < 0,01$).

Слід зауважити, що суттєвих розбіжностей за характером вигодовування в грудному віці в групах порівняння не встановлено. Водночас у хворих на БА частіше траплялися вказівки на виникнення епізодів бронхіальної обструкції в літньо-осінню пору року (56%), а в групі порівняння вони виявлялися вдвічі рідше (25,0%, $p < 0,05$). Вказівки на сезонність виникнення повторних епізодів БОС під час диференціювання бронхіальної астми від обструктивного бронхіту можна розглядати як достатньо чутливий (81,5%) тест із помірно передбачуваною цінністю негативного результату (75%), що дає підстави використовувати його в комплексі з іншими анамнестичними даними як скринінговий тест. За наявності вказівок на виникнення повторних епізодів БОС у літньо-осінню пору року атрибутивний ризик наявності БА у обстежених становив 39,0%, відносний ризик – 19,0% (95% ДІ: 12,2-23,4), відношення шансів розвитку бронхіальної астми – 8,2 (95% ДІ: 1,8-8,7; 9,7; $p < 0,01$).

Виявлено, що клінічна характеристика епізодів БОС у хворих на бронхіальну астму суттєво не відрізнялася

від таких у дітей із обструктивним бронхітом, хоча в перші 2 дні тяжкість нападів була виразнішою у представників першої групи (табл. 2).

Попри брак статистично значущих відмінностей у представників основної групи відзначено більш виражену зворотність синдрому бронхіальної обструкції під впливом дезобструктивного лікування. У цілому, такі прояви БОС, як візинг, значно подовжений видих, тахіпное, тахікардія в стані спокою, сухий нав'язливий кашель, що турбує переважно вночі та рано-вранці, а також порушення загального стану, слід розглядати як недостатньо чутливі (52-75%) і мало специфічні тести (34-67%) у диференціюванні бронхіальної астми від обструктивного бронхіту в дітей раннього віку.

Таким чином, обструктивний бронхіт і перші епізоди БА раннього початку клінічно дуже схожі та відрізняються швидше за якісною характеристикою бронхообструктивного синдрому. Так, помірною чутливістю у діагностиці бронхіальної астми виявилися при значній клінічній виразності (оцінка в 2-3 бали кожної ознаки) такі симптоми, як: коробковий відтінок перкуторного звуку над легеневими полями (75,5%), подовжений видих (80,0%), наявність сухих свистячих дистантних хрипів (74,3%), тахіпное (75%). Значний ступінь виразності наведених симптомів супроводжувався достатньо високим атрибутивним ризиком (32-36%) та вірогідними показниками пропорційності шансів (5,6) наявності в дітей БА надалі.

Водночас жоден клінічний компонент цього синдрому не мав разом із тим достатньої чутливості та специ-

Таблиця 2. Клінічна оцінка тяжкості бронхіальної обструкції в дітей груп порівняння (у балах)

Клінічні групи	Кількість дітей	Дні лікування						
		1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й
Бронхіальна астма	100	12,5 ± 0,3	11,9 ± 0,4	11,3 ± 0,1	9,5 ± 0,2	6,9 ± 0,5	4,5 ± 0,2	3,4 ± 0,5
Обструктивний бронхіт	60	10,9 ± 0,6	10,8 ± 0,2	10,6 ± 0,4	9,1 ± 0,5	7,1 ± 0,4	5,0 ± 0,3	4,8 ± 0,6
<i>P</i> між групами		< 0,05	< 0,05	< 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

фічності для самостійного його використання з метою підтвердження бронхіальної астми. Все ж таки ієрархія ризиків наявності цього захворювання при певних клінічних знахідках дає змогу використовувати їх надалі для проведення диференційного діагнозу з обструктивним бронхітом, а також при визначенні прогнозу нападу бронхіальної астми та призначенні адекватного стартового лікування.

Висновки

1. Позитивний сімейний та конституційний алергологічний анамнез, а також значно виражений бронхообструктивний синдром є чутливими (72%-81%), але мало специфічними (42%-67%) діагностичними критеріями бронхіальної астми в дітей раннього віку.

2. Ризик наявності в майбутньому бронхіальної астми в дітей раннього віку з першими проявами БОС за умови обтяженого сімейного (особливо за родоводом матері) та власного алергоанамнезу становить: атрибутивний ризик – 41,0%, відносний ризик – 26,0% (95% СІ: 16,4-37,1; $p < 0,01$), пропорційність шансів – 5,6 (95% СІ: 0,3-2,9; $p < 0,01$).

3. Значна виразність БОС при госпіталізації дитини в стаціонар асоціюється з достатньо високими показниками атрибутивного ризику (32-36%) при вірогідних показниках пропорційності шансів (5,6) наявності бронхіальної астми в майбутньому.

Література

1. Класифікація бронхіальної астми у дітей // Здоров'я України. – 2010. – Тематичний номер, грудень. – С. 30.
2. Клінічні настанови з діагностики та лікування бронхіальної астми у дітей // Здоров'я України. – 2010. – Тематичний номер, жовтень – С. 39-41.
3. Ласица О.И., Охотникова Е.Н. Современные аспекты этиопатогенеза, клиники, диагностики и дифференциальной диагностики бронхиальной астмы у детей раннего возраста. Метод. рекоменд. – К., 2000. – 31 с.
4. Ласица О.Л., Ласица Т.С., Недельська С.М. Алергологія дитячого віку: Навч. посібн. – К.: Книга плюс, 2004. – 367 с.
5. Ласица О.Л., Охотникова О.М. Діагностика та лікування бронхіальної астми у дітей: Навч.-метод. посібн. – К., 2006. – 157 с.
6. Лечение аллергических болезней у детей / Под ред. И.И. Балаболкина // М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 352 с.
7. Охотникова О.М. Бронхіальна астма у дітей грудного віку: клінічні риси, особливості перебігу, ускладнення гострого періоду, діагностичні підходи // Перинатологія та педіатрія. – 2006. – № 2 (26). – С. 31-36.
8. Уманец Т.Р., Лапшин В.Ф. Бронхіальна астма і фенотипи свистящих хрипов у дітей // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2010. – № 2. – С. 66-69.
9. Baldwin L., Roche W.R. Does remodeling of the airway wall precede asthma? // Paediatr. Resp. Rev. – 2004. – № 3. – P. 315-320.
10. Ducharme F., Chabot G., Polychronakos C. et al. Safety profile of frequent short courses of oral glucocorticoids in acute pediatric asthma: impact on bone metabolism, bone density, and adrenal function // Pediatrics. – 2008. – Vol. 111, № 23. – P. 76-83.
11. Fletcher R.H., Fletcher S.W., Wagner E.H. Clinical epidemiology – the essentials. – Baltimore; London: William & Wilkins, 1982. – 223 p.
12. GINA guidelines on asthma and beyond / Bousquet J., Clark T.J.H., Hurd S. et al. // Allergy. – 2007. – Vol. 62 (2). – P. 102-112.
13. Pepe C., Foley S., Shannon G. et al. Differences in airway remodeling between subjects with severe and moderate asthma // J. Allergy Clin. Immunol. – 2005. – Vol. 116. – P. 544-549.