

Огляди літератури

УДК: 616.248-053.4/.6 (477.8)

ДИТЯЧА І "ДОРΟΣЛА" БРОНХІАЛЬНА АСТМА: ЧИ ІСНУЄ ЗВ'ЯЗОК?

©І.З. Мушак, Л.В. Беш

Львівський національний медичний університет

імені Данила Галицького

РЕЗЮМЕ. В статті представлено огляд даних сучасних літературних джерел, а також власні спостереження авторів щодо взаємозв'язку бронхіальної астми у дітей та дорослих, її наслідки у дітей, можливості і частоту трансформації в бронхіальну астму дорослих.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: бронхіальна астма, наслідки, діти, дорослі, взаємозв'язок, трансформація.

Бронхіальна астма (БА) посідає одне із провідних місць за поширеністю серед алергічних захворювань органів дихання. Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать про те, що від 4 до 8% населення страждають на БА [23]. Серед дітей цей показник складає 5-10%, серед дорослих – коливається в межах 5-6% [23]. Зростання частоти даної патології серед дитячого і дорослого населення, її ранній початок, тяжкість перебігу, наступність у роботі дитячих і дорослих лікарів пояснюють зацікавлення проблемою вікової еволюції бронхіальної астми, взаємозв'язку "дитячої" і "дорослої" астми.

На жаль, існуюча практика діагностики і обліку БА, яка відтворена в показниках офіційної статистики, часто демонструє відсутність безперервності і наступності в спостереженні за цією патологією. Причинами подібних ситуацій найчастіше є несвоєчасна діагностика, неадекватне лікування і відсутність чітких критеріїв, які дозволили б прогнозувати розвиток важкої форми захворювання [9]. Статистичні показники, як правило, базуються на даних, отриманих на підставі підрахунку хворих, які звертаються в лікувальні заклади. А такі дані в більшості випадків не відповідають справжній поширеності захворювання, оскільки багато хворих з різних причин не звертаються вчасно в медичні заклади, а нерідко і лікарі не діагностують астму, ховають її за діагнозом рецидивний обструктивний бронхіт, особливо на ранніх стадіях захворювання.

Незважаючи на труднощі в отриманні якісних епідеміологічних даних, дослідження останніх років вказують на збільшення поширеності БА в Україні. Тенденція до зростання частоти захворювання протягом останніх 2-3 десятиліть реєструється і серед дітей, і серед дорослих [2, 14].

Існує думка, що в дитячому віці хлопчики хворіють на БА частіше, ніж дівчатка. Однак, вихо-

дячи з найсучасніших літературних даних, ймовірність підвищеного ризику розвитку захворювання для хлопчиків пов'язана не зі статтю, а з більш вузьким просвітом дихальних шляхів, підвищеним тонусом бронхіального дерева і, можливо, більш високим рівнем IgE, що сприяє розвитку обструкції бронхів у відповідь на дію різних подразників [5]. Така гіпотеза підтверджується тим, що ця відмінність зникає після досягнення 10-річного віку, коли співвідношення діаметр/довжина бронхів стає однаковим в обох статевих групах, ймовірно, через характерні для пубертатного віку зміни розміру грудної клітки у хлопчиків. Після досягнення пубертатного віку БА частіше діагностується у дівчат, ніж у хлопців [5].

Найскладнішою є діагностика БА в ранньому дитячому віці, оскільки епізоди свистячих хрипів та кашель – найбільш часті симптоми при різноманітних захворюваннях органів дихання у дітей перших років життя. За даними багатьох дослідників, бронхообструктивний синдром (БОС) у дітей раннього віку (ДРВ) реєструється у 10-30 % дітей, тобто хоча би один раз в житті бронхоспазм виникає у кожної 4-ї дитини до 3 років [13, 28]. Це обумовлено анатомо-фізіологічними особливостями органів дихання, внаслідок чого запальний набряк та гіперсекреція легко блокують вузькі дихальні шляхи. Серед морфофункціональних особливостей органів дихання, що зумовлюють високу частоту БОС у цьому віці, насамперед, виділяють такі: вузькість дихальних шляхів, недостатня еластичність легень, податливість хрящів бронхіального дерева, недостатня ригідність грудної клітки, схильність до розвитку набряків, гіперсекреція в'язкого слизу, слабкий розвиток гладкої мускулатури бронхів, легка ранимість слизової оболонки бронхів, недорозвинутий миготливий епітелій тощо.

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

Але не лише в цьому справа. На сьогодні доведено, що особливе місце у формуванні підвищеної бронхіальної реактивності й розвитку БОС відіграють нейрорефлекторні механізми [16]. Їх основою є функціонування вегетативної нервової системи (ВНС). У дітей першого року життя переважають функції парасимпатичного відділу ВНС, що призводить до звуження бронхів, розширення судин, підвищеного потовиділення. Все це в свою чергу клінічно проявляється пас-тозністю, розвитком набряків, підвищеною про-дукцією в'язкого густого секрету бокалоподібни-ми клітинами слизової оболонки бронхів, гастроєзофагальним рефлюксом.

Таким чином, не тільки анатомо-фізіологічні особливості органів дихання, але й характер вегетативної орієнтації дітей перших трьох років життя зумовлюють значну частоту і характер клінічних проявів БОС у цьому віковому періоді.

На думку деяких дослідників, чим молодша дитина, тим більша ймовірність того, що епізоди неодноразових свистячих хрипів не є астмою [3, 29, 34]. Повторний бронхообструктивний син-дром у ДРВ розвивається при багаточисленних вроджених та набутих станах: це різноманітні

вади розвитку нижніх дихальних шляхів та су-дин легень, муковісцидоз, первинна циліарна дискінезія, туберкульозний бронхоаденіт, сто-ронні тіла трахеї та бронхів, гастроєзофагальний рефлюкс, набуті стенози трахеї, новоутвори се-редостіння тощо [15, 16].

Доведено, що більшість вказаних вище зах-ворювань вперше проявляють себе на фоні респіраторної інфекції [18, 21]. Бронхіальна ас-тма у ДРВ, як правило, також дебютує на фоні гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ) у вигляді обструктивного бронхіту [18, 27, 30]. В такій ситуації практично дуже важко розрізнити чи бронхообструктивний синдром розвивається на основі вроджених дефектів респіраторного тракту або інфекційного запалення відносно вузьких дихальних шляхів, чи він є маніфеста-цією ранньої БА.

Причини, які спричиняють бронхообструктив-ного синдрому (БОС) у дітей, представлено у таблиці 1 [16, 27].

Критерії диференційної діагностики брон-хообструктивного синдрому (БОС) у дітей пред-ставлено у таблиці 2 [27].

Таким чином, немовлята і малі діти з реци-

Таблиця 1. Причини БОС у дітей залежно від віку

Вік дитини	Причини
Новонароджені, немовлята і діти раннього віку	Бронхіальна астма Гострий обструктивний бронхіт чи бронхіоліт Бронхолегенева дисплазія Вроджені аномалії і вади органів дихання Езофагогастральний рефлюкс Вроджені вади серця і великих судин Аспірація стороннього тіла
Незалежно від віку	Бронхіальна астма Обструктивний бронхіт Аспірація стороннього тіла Муковісцидоз Пухлини середостіння і легень Туберкульоз Імунодефіцити

дивами свистячого видиху звичайно становлять для педіатра значну діагностичну проблему.

Протягом багатьох років на сторінках спец-іальної педіатричної літератури триває активна дискусія, в процесі якої одні автори пояснюють появу БОС переважно інфекцією і оцінюють прогноз в основному як сприятливий, інші вка-зують на провідну роль механізмів, пов'язаних з алергією, а декотрі взагалі вважають, що БОС – це завжди прояв БА [30].

Таким чином, існують протиріччя, які визна-чають складність проблеми діагностики БА у дітей.

Ряд авторів підкреслюють факт недодіаг-ностики астми, що призводить до запізнілого початку протизапального лікування і надмірно-го вживання антибіотиків. Оскільки астма є хро-нічним запальним захворюванням, така пізня діагностика призводить до посилення тяжкості хвороби і збільшення ризику виникнення незво-ротних змін у бронхах [30].

З іншого боку опоненти стверджують: "Не все, що свистить, є астма" [33]. У більшості дітей, в яких протягом перших років життя діагностува-лися рецидивні епізоди свистячого видиху, спо-стерігається їх поступове зникнення.

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

Таблиця. 2 Діагностичні критерії захворювань, що супроводжуються розвитком БОС у дітей

Нозологічні одиниці	Діагностичні критерії
Інфекційний обструктивний бронхіт чи бронхіоліт	Вірусологічні та бактеріологічні дослідження
Бронхолегенева дисплазія	Анамнез навколородовий, рентген, газометрія
Муковісцидоз	Вміст хлоридів у поту
Аспірація стороннього тіла	Анамнез, рентгенографія, бронхоскопія
Гастроезофагальний рефлюкс	24-годинна рН-метрія
Імунодефіцити	Імунологічні дослідження
Синдром нерухомих війок	Гістологічні дослідження слизової оболонки носа або бронхів
Вади розвитку дихальних шляхів	Рентгенографія, бронхоскопія, бронхографія, комп'ютерна томографія
Вади розвитку системи кровообігу	Рентгенографія з контрастуванням стравоходу, ехокардіографія
Туберкульоз	Туберкулінова проба, рентген, бронхоскопія, бактеріологія
Пухлини середостіння	Рентгенографія ОГК, бронхоскопія, комп'ютерна томографія

Не існує однозначної думки не тільки стосовно прогнозу розвитку астми, але й підходів до її діагностики у ДРВ. На думку D. Pauwels, P. Shashalt (1986), в практичній діяльності немає і, напевно, не може бути загального погодження в питанні, де закінчується "бронхіт" і де починається "астма" [22].

Що ж робити в такій неоднозначній ситуації?

У цьому плані цікавими є дослідження доктора Fernando D. Martinez і співавторів [26], які розпочалися в Арізоні у 1984 р. Вони дозволили оцінити еволюцію свистячого видиху в дітей

від народження до досягнення 6-річного віку. Аналіз отриманих результатів показав, що сама поява епізодів свистячого видиху в перші три роки життя не становить ризику розвитку бронхіальної астми у старшому віці, якщо дитина немає атопічного анамнезу. Ризик значно зростає при наявності атопічної патології в родині [26].

Результатом роботи групи F.D. Martinez стало створення алгоритму оцінки ризику розвитку астми у дітей раннього віку, який представлений в таблиці 3.

Якщо одночасно спостерігаються 1-й і 2-й

Таблиця 3. Алгоритм оцінки ризику розвитку бронхіальної астми у дітей раннього віку (Martinez F.D. et al., 1995)

Великі критерії	Малі критерії
1. Госпіталізація з приводу важкого варіанту бронхіоліту чи нападів свистячого дихання.	1. Тривалі слизисті виділення з носа, які не пов'язані з ГРВІ
2. Три і більше нападів свистячого видиху, зумовлені вірусною інфекцією протягом останніх 6 місяців.	2. Свистяче дихання, не пов'язане з вірусною інфекцією чи переохолодженням
3. Астма у батьків	3. Еозинофілія > 5%
4. Атопічний дерматит у дитини	4. Чоловіча стать

великі критерії або один із двох перших великих критеріїв плюс один з інших великих критеріїв, або один з перших великих критеріїв і два малі, то ризик розвитку астми є дуже високим.

Згідно з даними інших авторів, астму у дітей раннього віку можна запідозрити за наявності чотирьох епізодів свистячого дихання протягом 12 місяців, незалежно від причини, яка викликала бронхообструкцію, і наявності атопії [30].

Інші вважають, що слід діагностувати астму незалежно від віку навіть при першому інциденті свисту, якщо він виник у наслідок дії алергенів [27].

Труднощі у розпізнаванні бронхіальної аст-

ми у дітей раннього віку, посилюються ще й неможливістю здійснення функціональної оцінки органів дихання і лабільністю симптоматики (у маленьких дітей значно швидше розвиваються дихальна недостатність і емфізема).

На підставі сучасних літературних даних і багаторічного досвіду власних клінічних спостережень ми вважаємо, що діагноз обструктивного бронхіту можна встановити на підставі таких ознак:

- перший епізод свистячого дихання зареєстрований у віці < 12 міс.;
- епізоди свистячого дихання, чітко пов'язані з вірусною інфекцією;

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

- напади свистячого дихання реєструються рідше ніж 3-4 рази на рік;
- не вдається знайти характерних проявів атопії в анамнезі у дитини;
- відсутність атопічних захворювань у родині.

У таких дітей епізоди бронхообструкції, як правило, стихають до досягнення 4-5-річного віку.

Значно менший шанс щодо регресії БОС мають діти у яких:

- 1) епізоди БОС діагностуються частіше, ніж 4 рази протягом року і не завжди їх супроводжує вірусна інфекція (напади після контакту з якимсь конкретним алергеном);
- 2) нічний кашель;
- 3) кашель після фізичного навантаження;
- 4) швидке зменшення кашлю або інших клінічних ознак БОС після вживання бронхолітичних препаратів;
- 5) сезонний характер загострень;
- 6) обтяжений атопією сімейний анамнез;
- 7) атопічний дерматит в анамнезі у дитини;
- 8) еозинофілія і підвищення рівня загального IgE;
- 9) позитивні результати специфічної алергодіагностики.

У таких випадках треба думати про БА.

Дані стосовно прогнозу і наслідків БА у ДРВ є неоднозначними. Деякі дослідження свідчать про несприятливий прогноз захворювання, якщо астма розвивається у дітей, молодших 3 років (крім тих випадків, якщо вона розпочалась на фоні вірусних інфекцій) [35].

Аналіз даних літератури свідчить, що особливо важливим, свого роду переломним періодом щодо прогнозу БА, є пубертатний вік (ПВ) [7]. У цей віковий період від БА страждають близько 10-50 % дітей, у яких в ранньому дитинстві реєструвалися повторні епізоди бронхообструктивного синдрому [19, 41].

Звертає на себе увагу складна і неоднозначна ситуація стосовно перебігу захворювання у підлітків. За даними деяких авторів, поширеність БА у пубертатному віці вища, ніж у 20-30 річних молодих людей [4].

За даними Астаф'євої Н.Г. [1], в природний перебіг БА у підлітків можуть втручатись різноманітні фактори, від яких залежить прогресування захворювання, реакція на лікування і взагалі рівень співпраці між лікарем і пацієнтом (комплаєнс). Серед цих чинників особливо значимими є: супутня соматична патологія, вживання психоактивних речовин (алкоголь, тютюнокуріння, наркотики), ВІЛ-інфікування, "ендокринна революція", перший статевий досвід, психологічна неврівноваженість.

Прикладом проблемного вживання ліків при БА може бути відмова підлітків від інгаляційної терапії, пов'язана з особливостями становлення психоемоційного статусу в цьому віці, значним впливом оточення на поведінку підлітка, небажанням його виглядати хворим в очах однокласників [1]. Все це суттєво впливає на перебіг БА в цьому віковому періоді.

Підлітковий вік є одним з факторів ризику смерті від БА [38]. Згідно з даними багатьох досліджень чинниками ризику летального кінця також є: тяжкий перебіг захворювання, помилки лікарів (неправильна терапія, відсутність плану лікування та письмових рекомендацій для хворих), низький соціальний статус сім'ї хворого [20].

Багатьма дослідниками відзначається зростання частоти смертей серед осіб молодого віку, хворих на БА [38, 31]. Водночас спостерігається деяке зменшення кількості драматичних наслідків при астмі в дітей у віці до 10 років [36]. За даними багатьох епідеміологічних досліджень, критичним є препубертатний та пубертатний періоди, оскільки близько 80 % смертей при БА припадає на віковий інтервал 11-16 років [37]. Так, в 1990-1992 рр. в Англії смертність від астми у віці 10-14 років була в 3 рази вище ніж у 5-9-річних, а у віковій групі 15-19 років – в 6 разів вище ніж у 5-9-річних [31]. За спостереженнями Коростовцева Д.С. і Макарової І.В., в Санкт-Петербурзі у 1976 – 1998 роках фатальні наслідки БА також переважали у підлітків [11, 12].

Сьогодні багато говорять і пишуть про "атопічний марш". Це поняття розглядається як природний розвиток атопічних проявів у дитини, яка дорослішає, з одночасним прогресуванням клінічних ознак атопічного захворювання від атопічного дерматиту (АД) до бронхіальної астми та алергічного риніту (АР) [4].

Дослідження Rhodes et al. [43] дітей із сімей з атопією протягом 22 років показало, що найбільша поширеність АД (до 20 %) спостерігається у дітей до 1 року зі зниженням до 5% на кінець дослідження. В цей період повільно зростала поширеність АР від 3 % до 15 %, а також збільшувалась кількість дітей, котрі мали обструктивний синдром протягом року (від 5% в грудному віці до 40% на кінець дослідження). Сенсibiliзація до алергенів при алергологічному обстеженні виявлялась від 1 до 6 алергенів та зростала в міру того, як зростала дитина (максимум 36% до 22 років). Основним фактором ризику розвитку БА у дорослих була рання сенсibiliзація до харчових продуктів протягом першого року життя або до аероалергенів в перші два роки життя.

Автори вказаного вище дослідження довели, що тяжкість перебігу атопічного дерматиту є

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

фактором ризику розвитку БА. У дітей з тяжким перебігом АД у 70% розвивається БА, тоді як у разі легкого перебігу - у 30%. Подібні результати отримали й інші дослідники, зокрема Leung D.Y., 2001 [39]. У багатьох дослідженнях доведено існування серйозного кореляційного зв'язку між підвищенням рівня загального та специфічного IgE і розвитком та тяжкістю АД, БА та АР (Oettgen HC et al., 2001, Schafer T et al., 1999, Burrows B et al., 1989).

На сьогодні існує велика кількість досліджень, які вивчали можливості прогнозування виникнення БА, виявлення її ранніх проявів, клінічні особливості та прогноз у хворих різних вікових категорій, а також виявляли головні чинники ризику, що сприяють розвитку алергічних захворювань на певних етапах формування людського організму [14, 20]. Однак отримані результати є неоднозначними.

Вивчення особливостей перебігу БА та факторів, що впливають на прогноз захворювання в молодому віці показало, що прогноз БА у дітей залежить від тяжкості перебігу хвороби, статі, віку, початку захворювання, проведеного лікування, супутніх алергічних захворювань, зловживання антибіотиками, частоти та ступеня тяжкості нападів, наявності ускладнень, хронічних вогнищ інфекції та мікотичного ураження дихальних шляхів [31, 36, 37].

Японськими авторами простежені віддалені результати перебігу БА, яка розпочалась в дитячому віці. Зміни у перебігу БА зареєстровані у 38% обстежених, легкий перебіг – у 19,3%, середньої тяжкості – у 28,6%, тяжкі – у 12,5%, летальні випадки – у 1,6%. Згідно з даними окремих авторів, протягом останніх років спостерігається зростання частоти випадків смерті дітей та підлітків під час важких приступів ядухи [4].

На думку Ковальчук М.П. [10], наслідки БА визначаються генетичними факторами, імунологічною реактивністю організму, факторами довкілля, мікроекологією середовища житла, кліматогеографічними факторами, ступенем урбанізації, рівнем санітарно-гігієнічної культури, соціально-екологічними чинниками.

Вивчені також окремі фактори ризику БА, що швидко прогресує [30]. Серед них – наявність активного "еозинофільного" ендобронхіту та / або збереження його після лікування, наявність супутнього активного неспецифічного інфекційного процесу в бронхах, невиправдане призначення пероральних глюкокортикостероїдів (ГКС) при невикористаних можливостях інгаляційної ГКС-терапії, несприятлива атмосфера у сім'ї.

На підставі багаторічного досліджень виз-

начено фактори підвищеного ризику смерті у дітей з БА, а саме: тяжкий перебіг хвороби, повторні астматичні статуси та штучна вентиляція легень (ШВЛ) в анамнезі, вік 12-16 років, поєднання БА з епілепсією або іншими ураженнями ЦНС, низький соціальний, культурний та економічний рівень сім'ї, помилки в тактиці лікування хворого (недооцінка тяжкості перебігу хвороби, недооцінка тяжкості астматичного статусу, переодозування адреноміметиків та / або теофілінів, відсутність або не ефективні схеми базисної протизапальної терапії, неадекватна ГКС-терапія в період астматичного статусу) [4]. Зокрема, дослідники відзначають, що ризик смерті прямо залежить від ступеня тяжкості хвороби і значною мірою визначається ятрогенними факторами.

Таким чином, бронхіальна астма у дітей різних вікових груп характеризується певними особливостями перебігу. Дані стосовно прогнозу захворювання не є однозначними.

Протягом останніх років інтенсивно вивчається взаємозв'язок "дитячої" і "дорослої" астми. Перші спроби оцінити наслідки БА у дітей при досягненні ними дорослого віку було зроблено ще в п'ятдесятих роках.

Так, в роботі Когана Б.Б. (1959) зазначено, що з 378 дітей, які знаходились під спостереженням, 18,5% захворіли на БА у віці до 10 років і напади ядухи у них спостерігались в дорослому віці.

В одній з перших монографій, присвячених БА у дітей, Звягінцева С.Г. (1958) відмічала, що лише у 1/3 пацієнтів (32,3%) з 207 хворих, які були обстежені катамнестично, не спостерігались напади БА при досягненні дорослого віку. Ще в цій ранній роботі підкреслювалась необхідність обережного ставлення до поняття "видужання" при цьому захворюванні, оскільки у дітей, в яких астма вважалась такою, що завершилась в період реєстративного дозрівання, через 3-7 років знову реєструвалися напади ядухи.

Аналогічної точки зору дотримувався Chaire J. (1971), який вважав, що одужання при БА у дітей – це тільки клінічна ремісія, яка може порушуватись під дією різних подразників.

Проведення довготривалих досліджень стосовно взаємозв'язку "дитячої" та "дорослої" астми в наступні роки (1988-1989) показало, що БА зникає у 30-50% дітей в пубертатному періоді, але часто відновлюється в дорослому віці. Більше того, навіть якщо клінічні ознаки БА відсутні, функція легень у цих пацієнтів часто залишається порушеною, присутні ознаки гіперреактивності бронхів.

У 90-х роках дослідники продовжували вивчати фактори, які впливають на перебіг та на-

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

слідки БА. Так, за даними Jenkins M. et al. (1994), Osvald H. (1994), тяжкі напади астми, великий об'єм необхідної медичної допомоги, значна кількість днів госпіталізації корелювали з несприятливими наслідками захворювання.

Тривалі катамнестичні спостереження за 110 дітьми, хворими на БА, результати яких опубліковані Кашлінською О.А. (1991), показали, що серед 80% обстежених з легким та середньотяжким перебігом захворювання у 49 % спостерігалася тривала ремісія протягом 6 і більше місяців, причому у 19 % пацієнтів напади ядухи були відсутні більше 3 років.

На думку Petru V. et al. (1991), Jenkins M. et al. (1994), прогноз БА у хлопчиків більш сприятливий, ніж у дівчаток. Гулева Л.І. і співав. (1992) провели катамнестичне спостереження за 100 пацієнтами, хворими на БА з дитинства. Покращання перебігу захворювання відзначене у 2/3 юнаків і менше, ніж у половини дівчат. Водночас Novak D. et al. (1989) вважали, що вплив статі на наслідки БА є спірним.

Неоднозначно також оцінюється вплив віку пацієнта в момент розвитку захворювання на наслідки БА. Одні автори (Kjellman B., Гулева Л.І., Кац П.Д., 1990-1996) достовірно частіше відзначали сприятливі наслідки у разі раннього початку захворювання, а інші (Martin A. et al., Petru V. et al., 1989) стверджували, що дебют БА в ранньому віці корелює з несприятливими наслідками захворювання.

Дані найсучаснішої літератури стосовно взаємозв'язку астми у дітей та дорослих також є суперечливими.

Дослідження поширеності та прогнозу БА базуються на вивченні популяцій високого ризику, які представлені в університетських або спеціалізованих клініках. Дані таких хворих не відтворюють природного перебігу астми в дитинстві і не дають точної інформації про вплив статі, часу початку захворювання, тютюнокуріння на наслідки хвороби. Еволюції проявів астми у дітей присвячено невелику кількість популяційних епідеміологічних досліджень, вони переважно не передбачали повторних визначень функції легень і суттєво відрізнялися за кратністю огляду контингенту обстежених [40].

Згідно з британським когортним дослідженням (Strachan et al., опубліковано в 1996р. в BMJ), у 43% дітей з БА від народження і до 33 років відмічались напади утрудненого дихання (wheezing). Вважається, що утруднене дихання – найбільш частий симптом, який супроводжує БА.

У роботі Українцевої С.В. [24] вперше встановлено, що астма, яка почалася в дитинстві, і

астма, яка виникла в старшому віці, не є генетично самостійними патологічними станами.

Гулева Л.І. [6] вказала, що БА, яка почалася в дитинстві, гетерогенна в прогностичному відношенні. Позитивна динаміка відмічається у 53,7%, переважно у осіб чоловічої статі, носіїв антигену HLA B14, які захворіли в дошкільному віці. Для тих, хто захворів у шкільному і особливо у підлітковому віці, характерні рецидивний перебіг захворювання, причому переважно у осіб жіночої статі, носіїв антигену HLA B8.

S. Friberg [32] і співавтори відзначили, що у обстежених ними дорослих, хворих на середньотяжку і тяжку форму бронхіальної астми, захворювання у 100% випадків почалося в дитинстві.

Однак, результати досліджень, що стосуються взаємозв'язку “дитячої” та “дорослої” астми неоднозначні. Так, Лешукович Ю.В. [17] вважає, що бронхіальна астма у дорослих не є продовженням “дитячої” астми. За даними S. Popesku, серед 150 хворих на бронхіальну астму лише у 28% випадків захворювання почалося в дитячому віці [42].

Існують не лише повідомлення про взаємозв'язок бронхіальної астми у дітей та дорослих, але й встановлено ряд факторів, що впливають на наслідки БА, яка почалася в дитинстві [4, 8].

За даними Захарова П.П., Розинової Н.Н. [8], наслідки різних форм хронічних запальних захворювань легень, які почалися в дитячому віці, залежать від характеру захворювання, особливостей морфологічних змін у легенях та їх поширеності, своєчасно розпочатої та раціональної терапії.

За даними Zeiger R.S., Dawson C., Weiss S. (1999), тривалість захворювання корелює зі ступенем порушення функції зовнішнього дихання (ФЗД). Дослідження, проведені у 1041 дитини з легким та середньотяжким перебігом БА, виявили значиму кореляційну залежність між тривалістю астми та ступенем порушення легеневої функції, бронхіальною гіперреактивністю, частотою симптомів астми та потребою в короткотривалих бронходилататорах.

Смоленов І.В., Смірнов Н.А. (2001) приводять дані досліджень, в яких вказується, що астма, яка виникла в дитинстві, продовжує негативно впливати на показники легеневої функції і в більш старшому віці. В цих дослідженнях проводилася оцінка швидкісних показників видиху у пацієнтів з БА у віці від 7 до 28 років. Діти були поділені на контрольну групу і 4 підгрупи залежно від тяжкості симптомів астми. У пацієнтів, в яких відмічались найбільш тяжкі прояви захворювання, реєструвалися найменші показники ОФВ₁, ОФВ₁/ФЖЄЛ

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

і МОШ₂₅₋₇₅, як в дитячому, так і в дорослому віці. При цьому ЖЕЛ в цій групі хворих була більше ніж, в контрольній групі при досягненні 14 і 21 року і достовірно не відрізнялась при досягненні 28 років. Згідно з даними цього дослідження, існують суттєві відмінності в показниках легеневої функції залежно від статі дитини.

“Трансформація” дитячої астми в дорослу відбувається в контингентах високого ризику, але проведено мало популяційних досліджень, присвячених виявленню факторів ризику хронізації та рецидивування астми” (Malcolm R. Sears et al., 2003). Автори провели проспективне дослідження 1139 дітей від народження і до досягнення ними 26-річного віку. За даними цього дослідження, факторами, які сприяють хронізації та рецидивуванню обструкції в дитячому віці є: жіноча стать, ранній вік початку утрудненого дихання, сенсibiliзація до кліщів домашнього пороку та котів, гіперреактивність дихальних шляхів, тютюнокуріння у віці до 21 року та порушення функції легень. Утруднене дихання (wheezing) – найчастіший симптом БА, але більшість дітей із затрудненим диханням не страждають від БА в дорослому віці [26].

Протягом останніх років відзначається не лише ріст захворюваності, але й зростання ча-

стоти тяжких форм бронхіальної астми, які погано піддаються лікуванню, тому надзвичайно актуальною нині є проблема профілактики, індивідуального прогнозу та виявлення факторів ризику розвитку тяжких форм БА у дітей та дорослих. Перспективним напрямком для вирішення цієї проблеми є розробка цільових програм діагностики, лікування та профілактики БА. Запропоновані нині чіткі діагностичні критерії, схеми ступінчастого лікування, основні принципи профілактики, на жаль, є недостатньо ефективними [4, 33].

Таким чином, дані щодо вікової еволюції астми повні протиріч. Такий факт можна пояснити різними підходами до вивчення даної проблеми, недосконалими методиками оцінки прогнозу і наслідків астми (значна кількість результатів базувалася виключно на даних анкетування). Однак не зважаючи на неоднозначне трактування даної проблеми, нині можна вважати, що зв'язок між “дитячою” і “дорослою” астмою існує і він потребує подальшого комплексного вивчення. В цьому плані варто процитувати слова доктора Fernando D. Martinez, 1995 : “Найбільшою перешкодою до розробки заходів профілактики астми є відсутність чіткого розуміння її природного перебігу...” [26].

ЛІТЕРАТУРА

1. Астафьева Н.Г. Бронхиальная астма у подростков // Аллергология. – 2005. – № 2.- С.12-16.
2. Беш Л.В. Бронхиальная астма у подростков. – Львів: ЛДКФ “Атлас”, 1998. – 176с.
3. Богданова А.В. и др. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы у детей // Педиатрия. – 1998. – № 1. – С.66-70.
4. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика // Русский медицинский журнал. – 1998. - N-2. (Приложение).
5. Геппе Н.А., Колосова Н.Г., Снегоцкая М.Н., Малышев В.С. Аллергические болезни у детей (компакт-диск). – Москва, 2005.
6. Гулева Л.И. Некоторые возрастные аспекты формирования и развития бронхиальной астмы: Автореф. дис.... канд. мед. наук :14.01.27/ Госуд. науч. центр пульм. – М., 1996. – 17с.
7. Дрожжев И.Н., Лев Н.С., Костюченко М.В. и соавт. Новые данные о распространенности бронхиальной астмы у детей // Тез. 12 Национального конгресса по болезням органов дыхания; (Москва, 11-15 ноября 2002 г.) М., 2002 С13 – 23.
8. Захаров П.П., Розина Н.Н. Исходы хронических воспалительных заболеваний легких у детей по результатам отдаленных наблюдений (обзор литературы) // Рос. вестник перин. и пед. – 2001. – № 3. – С.30-35.
9. Кашлинская О.А. Система динамического наблюдения детей, больных бронхиальной астмой на основе автоматизированного реестра: Автореф. дисс... канд. мед. наук. — М., 1991. – 17с.
10. Ковальчук М.П. Епидемиологичні дослідження бронхіальної астми у дітей // Педіатрія, акушерство та гінекологія. -1998. -№2.-С.48-50.
11. Коростовцев Д.С., Макарова И.В. Смертность при бронхиальной астме у детей, // Материалы по Санкт-Петербургу за 24 года. I клиническая характеристика умерших больных // Аллергология. – 1999. – №1. – С.19-26.
12. Коростовцев Д.С., Макарова И.В., Циннерлинг А.В., Цинзерлинг В.А. Смертность при бронхиальной астме у детей, // Материалы по Санкт-Петербургу за 24 года. I клиническая характеристика умерших больных // Аллергология – 1999. – №2. – С.10-17.
13. Кролик., Лукина О.Ф., Реутова В.С., Дорохова Н.Ф. Бронхообструктивный синдром при ОРВИ у детей раннего возраста // Педиатрия. – 1990. – №3. – С.8-13.
14. Ласица О.И., Ласица Т.С. Бронхиальная астма в практике семейного врача. – Киев.: ЗАО «Атлант UMS», 2001. – 263с.
15. Ласица О.Л., Охотникова О.М. Бронхообструктивный синдром у детей раннего віку та особливості муколітичної терапії // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. – № 2. – С.27- 31.
16. Ласица О.Л. Бронхообструктивный синдром у дітей та його диференційна діагностика, лікування // В кн.. «Алергологія дитячого віку».- Книга плюс, 2004. – С 106 -120.
17. Лешукович Ю.В. Типовая епидемиологичес-

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

- кая характеристика основных форм ХНЗЛ у взрослых // Пульмонология. – 1993. – №3. – С.59-64.
18. Мизерницкий Ю.Л. Бронхиальная астма у детей раннего возраста. // В кн.: Бронхиальная астма у детей / Под ред. С. Ю. Каганова. – М.: Медицина, 1999. – 199-212.
19. Мизерницкий Ю.Л. Клинико-иммунологическая характеристика атопической бронхиальной астмы и острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 1988. – 19с.
20. Огородова Л.М. Тяжелая бронхиальная астма у детей // Consilium medicum. – 2001. – Т.3, №9. – С.23-27.
21. Погорецкая С.А., Файзуллина Р.М., Сибиряк С.В. Клинико-иммунологические аспекты бронхообструктивного синдрома у детей в остром периоде респираторной инфекции // Аллергология. – 2002. – № 3. – С. 18 - 22.
22. Резник И.Б. Бронхиальная астма у детей: диагноз и классификация // Пульмонология. – 1992. – №3. – С.77-82.
23. Розина Н.Н., Ковалевская М.Н., Хмелькова Н.Г. и др. Возрастная эволюция хронических неспецифических заболеваний легких: от ребенка к взрослому // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 1995. – N5. – С.5-11.
24. Украинцева С.В. Генетико-эпидемиологический анализ и предрасположенности к бронхиальной астме: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27/Медико-генет. науч. центр РАМН. – М., 1998. – 16с.
25. Фармакоэпидемиология детской астмы: результаты ретроспективного исследования (ФЭДА-2000) // Пульмонология. – 2001 (Приложение). – 20 с.
26. Asthma and wheezing in the first six years of life / F.D. Martinez et al. // N. Engl. J. Med. – 1995. – V. 332. – P. 133- 138.
27. Breborowich A. Diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej u dzieci w swietle stanowiska ekspertow NHLBI / WHO 2002 // Nowa Pediatria. – 2002. – № 4. – S. 243-246.
28. Brandt P.L., Hoekstra M.O. Diagnosis and treatment of recurrent coughing and wheezing in children younger than 4 years old // Ned. Tijdschr. Geneesk. – 1997. – V. 141. – P.467-470.
29. Brugman S.M., Larsen G.L. Asthma in infants and small children // Chest. – 1995. – V.16, № 4. – P. 637-656.
30. Czy astma oskrzelowa u dzieci jest nadal choroba "niedodiagnostowana"? / Z Doniec., M.A.Wronski, G.Willim i wsp // Acta Pneumonologica et Allergologica Pediatrica. – 2001. – T. 4. – № 1-2. – P. 56-60.
31. Cserhati E., Barouni M., Meezei G. Data on the late prognosis of peadiatric asthma // Schweiz. Med. Wochens. – 1991. – V. 121., suppl. 40. – P.29.
32. Friberg S., Bevegard S. Asthma from childhood adult age. A prospective study of twenty subject with special reference to the clinical course and pulmonary functions // Acta paediatr.Scand. – 1998. – V. 77; №3. – P. 424-431.
33. Global Initiative for Asthma. Update from: NHLB/WHO Workshop report: Global Strategy for asthma management and prevention. Issue January, 1995. Revised 2002.
34. Go R.O., Martin T.R., Lester M.R. A wheezy infant unresponsive to bronchodilators // Ann. Allergy Asthma Immunol. – 1997. – № 78. – P. 449-56.
35. Guidelines for Managing Asthma in Children, AAAAI, NAEPP, NHLB Institute, 1999.
36. Jenkins M., Hoppes J., Bowes G. et al. Factors in childhood as predictors of asthma in adult life // Br. Med. J. – 1994. – V. 309, N- 6947. – P. 90-93.
37. Keilman B., Hesselmar B. Prognosis of asthma in children. A cohort study in to adulthood // Jnt. J. Pediatr. – 1994. – V. 83, N 8. – P. 854-851.
38. Lanier B. Who is dying of asthma and way? // J. Pediatr. – 1988. – V. 115, №5. – P. 838-840.
39. Leung D.Y. Atopic dermatitis and the immune system: the role of superantigen and bacteria // J. Am. Acad. Dermatol. – 2001. – V.45, P. 13. – P. 6.
40. Lewis S., Richards D., Bynner J., Butler N., Britton J. "Prospective study of risk factirs for early and persistent wheezing in childhood", Eur Respir J., P. 349-356
41. Poder G., Mezei G. et al. Bronchial hyperreactivity after infantile obstructive bronchitis // Acta Paediat Hung. – 1985. - V. 26, №2. – P. 133-138.
42. Popescu C., Nicolaescu O. The treatment of bronchial asthma with powdered salbutamol and powdered beclometasone dipropionate // Ambert Pneumoftiziologia.-1994. – № 1. – P. 31-35.
43. Rhoded HL, Thomas P, Sporik R, Holgate ST, Cogswell JJ. A birth cohort study of subjects at risk atopy; a twenty two years follow-up of wheeze and atopic status // Am. J. Respir. Crit Care Med. – 2002. – №165. – P. 176-180.

"PEDIATRIC" AND "ADULT" BRONCHIAL ASTHMA: IS IT INTERRELATED?

I.Z. Mushak, L.V. Besh

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

SUMMARY. The article presents the review of update literature data and findings of the authors' observations on the interrelation between bronchial asthma in pediatric and adult patients, outcomes of the disease in children, possibility and frequency of its transformation into the bronchial asthma in adults.

KEY WORDS: bronchial asthma, outcomes, children, adults, interrelation, transformation.