

Современные представления о бронхиальной обструкции у детей

Петрова Анжелика Игоревна

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный(-е) руководитель(-и) – доктор медицинских наук, профессор Гаймоленко

Инесса Никандровна, Читинская государственная медицинская академия, Чита

Синдром острой бронхиальной обструкции у детей раннего возраста уже на протяжении полувека находится в поле пристального внимания исследователей и практических врачей, что связано с гетерогенностью его генеза, высокой распространенностью и трудностями дифференциальной диагностики.

В генезе бронхиальной обструкции (БО) основное значение имеет отек слизистой оболочки бронхов, ее воспалительная инфильтрация, гиперсекреция вязкой слизи, за счет чего возникают нарушение мукоцилиарного клиренса и обструкция бронхов. Дети раннего возраста имеют анатомо-физиологические особенности респираторной системы, предрасполагающие к возникновению обструкции. Основными среди них являются наличие гиперплазии железистой ткани, секреция преимущественно вязкой мокроты, относительная узость дыхательных путей, меньший объем гладких мышц, низкая коллатеральная вентиляция, недостаточность местного иммунитета, плоский купол диафрагмы.

Важную роль в возникновении БО играет респираторная вирусная инфекция. К числу вирусов, наиболее часто вызывающих бронхиальную обструкцию, относят респираторно-синцитиальный вирус (около 50%), вирус парагриппа, микоплазму пневмонии, реже - вирусы гриппа и аденовирус. Среди факторов окружающей среды, особое значение придается пассивному курению. Под влиянием табачного дыма происходит гипертрофия бронхиальных слизистых желез, нарушается мукоцилиарный клиренс. Другим важным неблагоприятным фактором является загрязнение окружающей атмосферы индустриальными газами, а также органической и неорганической пылью. Формированию БО у детей раннего возраста способствуют также факторы преморбидного фона (токсикозы беременных, осложненные роды, гипоксия в родах, недоношенность, отягощенный аллергологический анамнез матери, гиперплазия тимуса, перенесенная церебральная ишемия, ранее искусственное вскармливание).

Однако, несмотря на множество факторов риска БО, остается неясной степень их значимости в развитии астмы у детей старшего возраста. В связи с этим продолжают попытки выделения фенотипов свистящего дыхания для раннего выявления детей с одышкой, угрожаемых по развитию БА. В 2008 г. рабочей группой Европейского респираторного общества (European Respiratory Society – ERS) было предложено разделить синдром БО у детей дошкольного возраста на фенотипы: эпизодический (вирусный) – свистящие хрипы наблюдаются в течение ограниченного периода, часто связаны с инфекциями верхних дыхательных путей и с отсутствием симптомов между эпизодами; мультитриггерный – эпизодический синдром БО с наличием симптомов между эпизодами, например во время сна, на фоне физической активности, смеха, при плаче. Однако в 2014 г. при обновлении отчета ERS признано, что временная структура бронхиальной обструкции в отношении триггеров (т.е. эпизодического или мультитриггерного) является не единственной характеристикой, которую необходимо учитывать при ведении детей с БО, требуется также оценивать тяжесть, частоту эпизодов наличие аллергических коморбидных заболеваний (экзема, аллергический ринит, пищевая аллергия), и историю семьи пациента.

Таким образом, у детей раннего возраста необходимо проведение дифференциальной диагностики клинически гетерогенных фенотипов свистящего дыхания и симптомов бронхиальной обструкции, скрывающих множество патологических состояний.