

**ФОРМЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ
И ПУТИ ИХ ИДЕНТИФИКАЦИИ****В.Б. Акунц***/Кафедра клинической аллергологии НИЗ МЗ РА/
375051, Ереван, ул. Комитаса, 49/4*

Ключевые слова: бронхиальная астма, атопическая, инфекционно-аллергическая, смешанная формы

Проблема бронхиальной астмы (БА) в настоящее время не потеряла своей актуальности. Известно, что возникновение БА может быть обусловлено как иммунологическим, так и неиммунологическим механизмом [1,3,6,8,10]. Предметом обсуждения данной работы является БА, в основе возникновения которой лежит иммунологическая перестройка организма.

Аллергическая БА — заболевание, которое будучи наследственно и экологически обусловленным, протекает с сенсibilизацией организма больного к какому-либо аллергену или группе аллергенов. Болезнь, имея хронический рецидивирующий характер, выражается гиперреактивностью дыхательных путей, вследствие которой сужается просвет бронхов и возникает экспираторное удушье.

За последние годы клиническая аллергология обогатилась новыми методами исследования, дающими возможность более точно идентифицировать не только этиопатогенетические формы БА, но и клинические особенности течения этого тяжелого заболевания [6,8-10].

При раннем распознавании болезни и своевременном направлении к врачу-аллергологу облегчается не только проблема решения этиологической диагностики, но и назначения специфической иммунотерапии. В противном случае при условии неспецифического лечения формируется поливалентная аллергия, что затрудняет специфическую иммунотерапию или делает ее невозможной.

В настоящее время нет общепринятой классификации БА. В этом, на наш взгляд, играет роль тот факт, что БА, являющейся аллергической патологией, занимаются педиатры, терапевты или пульмонологи, владеющие только общеклиническими методами исследования. На современном этапе развития клинической аллергологии имеется возможность раскрыть этиопатогенетические механизмы БА, а это, безусловно, шаг вперед в клинической характеристике БА.

В настоящее время признаны две основные формы заболевания — атопическая (неинфекционно-аллергическая) и неатоическая (инфекционно-аллергическая). При таком делении из поля зрения выпадает смешанная форма сенсibilизации.

Таким образом, хотя обе формы БА имеют, несомненно, аллергический генез, однако они различаются по патогенезу: при атопической форме отмечается немедленная, а при инфекционно-аллергической — замедленная реакция.

При неинфекционно-аллергической БА, как и при других атопических заболеваниях, иммунные процессы определяются не только прямым взаимодействием антигена с антителом, но и образованием антител второго порядка (антител к иммунным комплексам).

Инфекционно-аллергическая форма БА характеризуется сенсibilизацией к бактериальным аллергенам, в первую очередь к микробным аллергенам дыхательного тракта больного (в том числе к условнопатогенным микроорганизмам и сапрофитам).

В педиатрической клинике разграничение этих двух форм астмы у больных часто бывает затруднено, но крайне необходимо, ибо только при их дифференциации можно проводить адекватную терапию. Нередко у одного и того же больного БА имеются признаки атопической и инфекционно-аллергической форм БА, и речь может идти лишь о преобладании того или иного типа БА. Исходя из этих соображений, смешанную форму БА целесообразно делить на две подгруппы. Критерием идентификации этих форм являются, в первую очередь, специфические методы диагностики:

- 1) смешанная форма БА с преобладанием замедленной реакции (инфекционно-аллергическая сенсibilизация);
- 2) смешанная форма БА с преобладанием немедленной реакции (неинфекционно-аллергическая сенсibilизация).

Материал и методы

Настоящее сообщение основано на исследовании 1.192 больных БА (725 мальчиков и 467 девочек), из коих в 395 (33,1%) случаях была атопическая (неинфекционно-аллергическая) форма БА, в 792 (66,9%) — инфекционно-аллергическая. Из 414 больных БА смешанной формы превалировала замедленная реакция. По возрасту и форме болезни больные распределялись следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Возраст больных и форма БА

Возрастная группа	Число больных	Форма БА					
		инфекционно-аллергическая		атопическая		смешанная	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
0-1	8	0	0	6	75,0	2	25,0
1,1-3	317	47	14,8	203	64,0	67	21,2
3,1-6	305	77	25,4	104	34,2	124	40,6
6,1-9	210	74	35,2	29	13,8	107	51,0
9,1-12	215	99	46,0	38	17,6	78	36,4
12,1 и старше	137	86	62,8	15	10,9	36	26,4
Всего	1.192	383	32,1	395	33,1	414	34,7

Результаты и обсуждение

Всем больным БА проведено более 17880 кожных аллергических проб с инфекционными и неинфекционными аллергенами. При их постановке использовали все существующие модификации этих методов исследования, но чаще — прик-тест, скарификационные и внутрикожные аллергические пробы. В результате было получено 2.995 положительных проб, подтвержденных провокационными и другими диагностическими пробами (табл. 2).

Таблица 2

Положительные аллергические пробы с инфекционными и неинфекционными аллергенами

Вид аллергенов	Абс.	%
Бактериальные	1.545	51,6
Бытовые	610	20,4
Пищевые	588	19,6
Пыльцевые	146	4,9
Эпидермальные	106	3,5
Всего	2.995	100

Данные таблицы свидетельствуют о большой роли в этиологической структуре БА не только инфекционных, но и неинфекционных аллергенов.

Мы не согласны с мнением авторов, считающих, что критерием для разграничения форм БА служит лишь результат кожных аллергических проб, умаляя при этом значение остальных дополняющих достаточно достоверных аллергических методов исследования [10]. В процессе идентификации форм БА нами придавалось большое значение особенностям течения болезни. Руководством при идентификации форм БА служили следующие параметры (табл. 3).

Во время сбора аллергологического анамнеза особое место уделялось проблеме перенесенных аллергических заболеваний и аллергической наследственности. Из 908 больных БА наследственность отягощена у детей, страдавших атопической БА — в 136 (58,87%), смешанной формой — в 176 (47,06%), инфекционно-аллергической формой — в 110 (36,3%) случаях.

Наследственность пробандов была отягощена не только БА, но и другими аллергическими заболеваниями: экссудативный диатез (63,9%), крапивница и отек Квинке (18,7%), аллергический дерматит (3,9%), экзема (2,9%), пищевая аллергия (5,3%), поствакцинальные осложнения (3,6%), нейродермит (1,7%). В аллергологическом анамнезе наиболее частыми были экссудативный диатез, крапивница и отек Квинке.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют не только о роли наследственного фактора в возникновении БА у детей, но и его особом значении при atopической форме, что может служить дифференциальным диагностическим признаком при разных формах БА [4].

Таблица 3

Идентификация форм БА у детей

Признаки	Форма БА	
	атопическая	инфекционно-аллергическая
Наследственность	отягощена чаще	отягощена реже
Ранее перенесенные аллергические заболевания	чаще	реже
Начало болезни	бурное	вялое
Температура тела	в пределах нормы	варьирование между субфебрильной и фебрильной
Мокрота	слизистая	слизисто-гнойная
Эффективность противовоспалительных средств	не эффективно	удовлетворительный эффект
Сопутствующие аллергические заболевания	чаще	реже
Сопутствующие воспалительные заболевания	реже	чаще
Тяжелое течение приступов удушья, переходящее в статус астматический	сравнительно реже	сравнительно чаще
Наличие аллергического ринита	чаще	реже
Наличие аллергического конъюнктивита	чаще	реже
Влияние спазмолитических препаратов	полное	частичное
Лейкоформула	в пределах нормы	нейтрофильный лейкоцитоз
Эозинофилия	нет	чаще
СОЭ	в пределах нормы	чаще умеренно ускорена
Рентген. иссл. грудной клетки	при наличии патологических отклонений — выражаются симметрично	при наличии патологических отклонений — выражаются асимметрично
Рентген. околоносовых пазух	при наличии патологических отклонений — выражаются симметрично	при наличии патологических отклонений — выражаются асимметрично
Наличие хронического тонзиллита	реже	чаще
Результаты специфической диагностики с нейнфекционными аллергенами	да	нет
Результаты специфической диагностики с инфекционными аллергенами	нет	да

Специфическими методами диагностики были определены формы сенсибилизации (нейнфекционная и инфекционная), которые способствовали постановке клинического диагноза [2,5,9]. Анализ клинических особенностей приступного и межприступного периодов позволил констатировать существенные различия этих периодов при atopической и инфекционной формах астмы у детей. Эти особенности, несомненно, отражают специфику этиопатогенеза каждой из этих форм. Так, для atopической формы характерны четко очерченные "классические" приступы удушья, легко купируемые. Болезнь в данном случае проявляет свой "взрывной" характер: начало и течение приступов до полного их развития приобретает "бешеный темп" и купируется спазмолитическими препаратами.

ми. Если атопическая БА легко купируется независимо от степени тяжести этого приступа, то инфекционно-аллергическая форма — с большим трудом. Если при атопической форме кашель наблюдается только в начале и в конце приступа, то при инфекционно-аллергической форме также во время приступа. В конце приступа при атопической форме БА мокрота была слизистая, а при инфекционно-аллергической — приобретала слизисто-гнойный характер. У детей с инфекционной формой БА часто отмечалась субфебрильная температура, а при атопии высокая температура свидетельствовала о наличии вирусной или бактериальной инфекции.

Анамнестические данные свидетельствуют, что инфекционно-аллергическая БА часто сочеталась с пневмонией (87%), ОРЗ (6%), хроническим тонзиллитом (27%), ангиной (10%), бронхитом (92%). В этиологической структуре инфекционно-аллергической и смешанной форм БА наблюдалось значительное преобладание бактериальных аллергенов (42,78%), а также их сочетание с другими аллергенами: бытовыми (13,79%), пищевыми (13,4%), лекарственными (5,8%), бытовыми и пищевыми (5,15%), эпидермальными и бытовыми (2,58%), эпидермальными (2,45%).

У всех детей более тяжелые приступы удушья, сопровождавшиеся дистанционными хрипами, чаще отмечались в вечернее и ночное время, что можно объяснить влиянием блуждающего нерва, приводящего в это время суток к усилению отека слизистой оболочки дыхательных путей и сужению просвета бронхиального дерева. При инфекционно-аллергической форме БА к описанному фактору присоединялся и воспалительный отек слизистой. Возможно, этим можно объяснить более тяжелое течение инфекционно-аллергической формы БА у детей, трудно поддающейся лечению, а иногда переходящей в астматический статус.

Клиническая картина экспираторного удушья при инфекционной форме иная. Если пролонгированное затрудненное дыхание встречалось реже (затрудненное дыхание длилось от нескольких часов до нескольких дней), то чаще отмечались приступы, похожие на классический приступ удушья, но с менее четким началом и концом. Атопическая БА приблизительно в 90% случаев сопровождалась аллергическим ринитом, чего не наблюдалось при инфекционно-аллергической форме заболевания.

Таким образом, специфические методы диагностики позволяют дифференцировать разные этиопатогенетические формы БА у детей. При этом необходимо учитывать особенности течения данного заболевания, дающие возможность идентификации форм бронхиальной астмы у детей.

Поступила 27.03.00

ԵՐԵՎԱՆԻ ՄՈՏ ԱԼԵՐԳԻԿ ԲՐՈՆԽԻՏԱԼ ԱՍԹՄԱԶԻ ԶԵԿԵՐԸ ԵՎ ՆՐԱՆՑ ՏԱՐԲԵՐԱԿԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ Վ.Բ. Ակունց

Տարբերակվում է ալերգիկ բրոնխիալ ասթմայի 3 ձև՝ ատոպիկ, վարակական-ալերգիկ և խառը: Խառը ձևը ստորաբաժանվում է 2 ենթաձևերի՝ ատոպիայի և վարակական ֆակտորի գերակայությամբ: Նշված ձևերը և ենթաձևերը հնարավոր է տարբերակել մեկը մյուսից հատուկ ալերգոլոգիական հետազոտություններով և հիվանդության կլինիկական ընթացքով:

FORMS OF ALLERGIC ASTHMA IN CHILDREN AND THE WAYS OF THEIR IDENTIFICATION

V.B. Akunts

There exist 3 forms of allergic bronchial asthma: atopic, infectious-allergic and mixed forms. The mixed form has 2 subforms, depending on the prevalence of the atopic or infectious factor. These forms and subforms can be distinguished by application of special allergologic investigations and observation of the clinical course of the disease.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А.Д. Клини. ед., 1987, 7, с. 23.
2. Адо А.Д., Польнер А.А. Современная практическая аллергология. М., 1963.
3. Адрианова Н.В., Акунц В.Б., Порошина Ю.А. Сов. мед., 1970, 9, с. 16.
4. Акунц В.Б. Мат. II съезда педиатров Армении. Ереван, 1972, с. 179.
5. Акунц В.Б. Педиатрия, 1966, 11, с. 41.
6. Гавалов С.М., Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н. Intern. J. Immunorehabil., Apr, 1999, 11, p. 127.
7. Новиков Д.К. Клиническая аллергология. Минск, 1991.
8. Сепиашвили Р.И., Славянская Т.А. Intern. J. Immunorehabil., Apr. 1999, 11, p. 5.
9. Сепиашвили Р.И., Мачарадзе Д.Ш. Intern. J. Immunorehabil., Apr. 1999, 11, p. 133.
10. Федосеев Г.Б., Хлопотова Г.П. Бронхиальная астма. Л., 1988.