**Руина О.В., Конышкина Т.М., Борисов В.И., Колесникова М.А., Строева Е.С.,
Дудукина Ю.А., Зайцева Е.И., Козлова Е.А., Земскова С.Е.**

Клинико-anamnestические особенности у детей с бронхиальной астмой

*ФГБОУ ВО «Приволжский Исследовательский Медицинский
Университет» МЗ РФ
(Россия, Н. Новгород)*

doi: 10.18411/sr-10-04-2019-60

idsp: sciencerussia-10-04-2019-60

Аннотация

Проанализированы клинико-anamnestические особенности 85 детей, госпитализированных в стационар по поводу бронхиальной астмы, в возрасте от 5 до 17 лет. Выявлено, что тяжелое течение заболевания характеризуется более ранним началом. Имеется наследственная отягощенность заболевания. Создание гипоаллергенного режима и проведение базисной лекарственной терапии недооценивается родителями детей с легкой астмой.

Ключевые слова: бронхиальная астма, клиника, анамнез

Abstract

Clinical and anamnetic features of 85 children hospitalized for bronchial asthma, aged 5 to 17 years, were analyzed. Revealed that the severe course of the disease is characterized by an earlier onset. There is a hereditary burden of the disease. The creation of a hypoallergenic regimen and the conduct of basic drug therapy is underestimated by parents of children with mild asthma.

Key words: bronchial asthma, clinic, anamnesis.

Введение. На сегодняшний день бронхиальной астмой страдает около 300 млн. людей в мире [1, 2]. Распространенность этого заболевания среди детей и подростков России составляет около 10% [3]. Целью лечения бронхиальной астмы является достижение контроля над заболеванием, однако у части пациентов достичь этого не удается [4].

Цель и задачи исследования: сбор анамнеза и анализ клинико-эпидемиологических особенностей у детей, госпитализированных в отделение по поводу бронхиальной астмы.

Материалы и методы. Обследование детей выполнено на базе соматического отделения многопрофильной больницы г. Нижнего Новгорода. Были обследованы 85 детей, страдающих бронхиальной астмой, госпитализированных в стационар в 2017 г. Из них 58 мальчиков и 27 девочек, в возрасте от 5 до 17 лет, средний возраст пациентов составил 12,5±2,15 лет. Из них у 15 детей диагностирована бронхиальная астма тяжелого течения, у 19 детей – легкого персистирующего течения и у 51 – бронхиальная астма средней тяжести. Легкая интермиттирующая астма у госпитализированных в стационар детей не регистрировалась. Не выявлено зависимости тяжести заболевания от пола. 62 детей находилось в периоде обострения заболевания, 23 ребенка – в состоянии ремиссии. Верификация диагноза проводилась в соответствии со стандартами и рекомендациями [5].

Всем детям было выполнено анамnestическое, общеклиническое, аллергологическое обследование, исследование функций внешнего дыхания.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы Excel 2010, использовали методы описательной статистики с оценкой значимости различий показателей по t-критерию Стьюдента. Данные представлялись в виде M±m, где M – среднее арифметическое, а m – ошибка среднего. Для изучения корреляционных связей между выборками применялся критерий хи-квадрат. Достоверными считались различия при p<0,05.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного обследования выявлены клиничко-анамнестические особенности детей с бронхиальной астмой.

При анализе клиничко-анамнестических особенностей в первую очередь выявлена отчетливая наследственная предрасположенность к данному заболеванию, что согласуется с данными литературы [2, 3]. Так, отягощенность по аллергическим заболеваниям регистрируется более чем у половины детей с бронхиальной астмой. Доля пациентов, имеющих наследственную отягощенность по линии матери, достоверно выше, чем доля детей, имеющих отягощенность по аллергическим заболеваниям со стороны отца (46% против 29%, $p=0,02$).

Выявлена также достоверная зависимость ($p=0,002$) тяжести течения бронхиальной астмы от возраста начала заболевания. При тяжелом течении заболевания первые проявления недуга имели место в раннем возрасте у 75% детей, обычно в виде обструктивных бронхитов, ларинготрахеитов, почти у всех детей в дебюте заболевания имели место аллергический ринит, атопический дерматит. При среднетяжелом течении начало заболевания в раннем возрасте отмечено у половины пациентов. При легком течении бронхиальной астмы начало болезни в раннем детском возрасте имело место лишь у 34% больных.

Выявились интересные особенности, связанные с экологическими условиями пребывания ребенка. Доля детей с тяжелым течением бронхиальной астмы, проживающих в сырых и холодных домах, на первых этажах, в цокольных квартирах, составила 35%, со среднетяжелой – 31,2%, с легкой – всего 2,8% ($p=0,01$). Таким образом, можно говорить о том, что неблагоприятные условия проживания ребенка негативно влияют на течение заболевания.

Проявления атопического дерматита имели место в среднем у 70% заболевших. При тяжелом течении их доля возрастала до 85%. У 21% детей проявления атопического дерматита, возникшие в раннем возрасте, сохранялись до настоящего времени. Пищевая непереносимость отмечена у 79% пациентов, анамнестические указания на непереносимость лекарственных препаратов отмечены у 32% пациентов. Из пищевых продуктов наиболее часто отмечались аллергические реакции на морепродукты, курицу и куриное яйцо, коровье молоко, шоколад, кофе, конфеты, рыбу. Из медикаментов наиболее часто отмечалась непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов и антибиотиков. Поллиноз, как правило, возникал в возрасте старше 5 лет и имел место у 40% пациентов. Эпидермальная аллергия имела место у 33% больных, однако у 15%, несмотря на наличие аллергической предрасположенности, проживали дома домашние животные (кошки, хомячки, рыбки, птицы), имелись ковры, домашние растения. Выявлено, что родители пациентов с тяжелым течением заболевания достоверно чаще ($p=0,035$) прислушиваются к рекомендациям медиков по созданию гипоаллергенной среды, чем родители детей с легкой астмой.

Базисную терапию получали все пациенты со среднетяжелым и тяжелым течением болезни. 37,3% (19 детей) со среднетяжелым течением заболевания получали монотерапию будесонидом в средних терапевтических дозах, 5,8% (3 человека) - беклометазоном, 39,3% (20 человек) - комбинации будесонида и формотерола, 17,6% (9 человек) - комбинации будесонида и монтелукаста. При тяжелом течении болезни 66,7% (10 детей) получали комбинации будесонида и формотерола, 20% (3 человека) – будесонид в высокой терапевтической дозе, 13,3% (2 человека) – комбинации будесонида, формотерола и монтелукаста. При бронхиальной астме легкого персистирующего течения 11 человек (57,8%) не получали базисной терапии, и лишь у 42,2% базисное противовоспалительное лечение было назначено. В качестве противовоспалительной терапии использовались низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (будесонид).

Выводы. Тяжелая бронхиальная астма манифестирует раньше астмы легкого течения. У пациентов имеется наследственная отягощенность. Необходимость изменения образа жизни, поддержания режимных мероприятий и проведения базисной терапии, направленной на подавление эозинофильного воспаления дыхательных путей, часто недооценивается родителями детей, страдающих легкой персистирующей бронхиальной

астмой, что может приводить к прогрессированию болезни. Необходима более активная работа врачей с родственниками этих пациентов, проведение астма - школ, разъяснение родителям опасностей и возможных путей развития заболевания.

1. Global Initiative for asthma – NHLBI/WHO Workshop Report. National Heart Lung Blood Institute, updated 2016// www.ginasthma.org.
 2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» , IV издание. Издательский дом «Атмосфера». М., 2012, 182 с.
 3. Chuchalin A.G., Khaltaev N., Antonov N. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation. International Journal of COPD. 2014, v. 9, p. 963-974.
 4. Ненашева Н.М. Клинические фенотипы атопической бронхиальной астмы: диагностика и лечение. Palmarium Academic Publishing. 2012, 319 с.
 5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы 2016 // www.pulmonology.ru.
-