

В. П. Костроміна, О. А. Речкіна, Л. Б. Ярошук, В. О. Стриж,
К. О. Мельник, А. С. Дорошенкова

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ ПРИ РІЗНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

ДУ "Національний інститут фіззіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України"

Бронхообструктивний синдром (БОС), як поліетіологічний стан, та бронхіальна астма (БА), як найбільш поширена патологія дитячого віку, яка супроводжується обструкцією дихальних шляхів, є серйозною медичною і соціальною проблемою. За поширеністю, тяжкістю перебігу, складністю діагностики, терапії і реабілітації, соціальними і економічними проблемами БА займає провідне місце серед «захворювань століття» [1, 2].

Однією з актуальних проблем клінічної педіатрії на сучасному етапі її розвитку залишається проблема БОС. У широкому сенсі слова БОС є комплексом ідентичних клінічних симптомів різного походження з різними патофізіологічними механізмами розвитку, що проявляються порушенням бронхіальної прохідності. При цьому БОС не може претендувати на роль самостійної нозологічної одиниці, не дивлячись на його найважчі клінічні прояви. БОС досить часто зустрічається у дітей перших трьох років життя, що пов'язано з анатомо-фізіологічними особливостями організму в даний період. Синдром бронхіальної обструкції у дітей, що виникає при бронхітах, бронхіолітах, бронхіальній астмі, муковісцидозі, кістозній гіпоплазії легень тощо зустрічається часто: на 1000 дітей перших 3 років життя приходиться 200–250 випадків [3, 4]. Свистячі хрипи на фоні гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) хоч би 1 раз у житті мають 50 % дітей у віці до 6 років. Рецидивуючий перебіг бронхообструкції характерний для 25 % дітей. У дітей з обтяженим родинним анамнезом після алергії і хворіючих ГРВІ частіше 6 раз на рік БОС розвивається в 30–50 % випадків [5].

Важливість проблеми БОС, зокрема БА, сумнівів не викликає, при цьому актуальним питанням залишається диференціальна діагностика захворювань, що проявляються синдромом бронхіальної обструкції, насамперед, це стосується ранньої діагностики бронхіальної астми у дітей.

Мета дослідження: удосконалення диференціальної діагностики бронхообструктивного синдрому у дітей на підставі визначення найбільш інформативних клінічних показників і даних сімейного та особистого анамнезу хворого на основі ретроспективного вивчення архівної медичної документації та аналізу анкети опитувальників.

Матеріали і методи

Нами було проведено ретроспективне вивчення архівної медичної документації 60 дітей, які лікувались у клініці з приводу захворювань, що супроводжувалися синдромом бронхіальної обструкції, протягом 2009 р. та проведено аналіз заповнених 43 анкет-опитувальників, де вивчався сімейний та індивідуальний анамнез.

Збір даних загального та алергологічного анамнезу проводили за допомогою розширеної анкети, розробленої нами на підставі схеми збору алергологічного анамнезу. Аналіз був проведений у таких напрямках: стан здоров'я матері; характер перебігу вагітності та пологів; особливості стану здоров'я дітей у період новонародженості і на першому році життя; характер вигодування; особливості преморбідного фону; наявність ексудативного діатезу та його зв'язок із продуктами харчування; перенесені захворювання, особливо на першому році життя; характер перебігу попередніх епізодів БОС. Враховуючи суттєвий вплив спадковості на схильність до алергічних захворювань, у всіх обстежених вивчали алергологічний сімейний анамнез.

З практичної точки зору, в залежності від етіологічно-патогенетичних механізмів ми виділили 4 варіанти бронхообструктивного синдрому: інфекційний, що розвивається в результаті вірусного і (або) бактеріального запалення в бронхах і бронхіолах; алергічний, що виникає внаслідок спазму і алергічного запалення бронхіальних структур з переважанням спастичних явищ над запальними; обтураційний, який спостерігається при аспірації чужорідного тіла, при здавленні бронхів; гемодинамічний, що виникає при серцевій недостатності за лівошлунковим типом.

За перебігом бронхообструктивний синдром був гострим, затяжним, рецидивуючим. За вираженістю обструкції виділяли: легкий ступінь обструкції (1 ступінь), середньотяжкий (2 ступінь), тяжкий (3 ступінь).

Робота виконана за кошти держбюджету.

Результати та їх обговорення

Аналіз анамнестичних даних показав, що переважна більшість (78,9 %) дітей з рецидивним БОС мали обтяжену спадковість у вигляді ускладненого акушерського анамнезу у матерів протягом даної вагітності (26,3 %), патологічних пологів із асфіксією новонародженого (36,8 %). У частини матерів проводилась стимуляція пологової діяльності, або пологи були швидкими та стрімкими. Отже, у значної частини хворих на рецидивуючий ОБ спостерігався вплив різних анте- та інтранатальних несприятливих факторів.

Дані сімейного алергологічного анамнезу у цій групі хворих виявив спадкову обтяженість за алергічними захворюваннями лише у 21,1 % хворих, при цьому в рівній пропорції по лінії матері та по лінії батька. Спадкову та вроджену патологію бронхолегневої системи було виявлено у 10,5 % хворих. Житлово-побутові умови у хворих цієї групи були незадовільні у 21,1 % пацієнтів, у помешканні наявні тварини у 47,4 %. Тютюнопаління у сім'ї, в т.ч. у матері, було у 47,4 % випадків. Серед хворих

з рецидивуючим ОБ було виявлено в анамнезі широке поширення ГРВІ — у 52,6 % дітей.

У всіх хворих на БОС попередні епізоди бронхообструкції розпочиналися на фоні ГРЗ і вперше дебютували на 1-ому році життя у 16,7 %, на 2-ому році — у 42,1 %, в більш старшому віці — у 36,8 % хворих. Однак, у деяких пацієнтів (15,8 %) симптоми БОС розвивалися за даними анамнезу в результаті зміни метеоумов та після контакту з харчовими алергенами.

Синдром бронхообструкції у переважної частини хворих (63,2 %) розвивався на 2-3 день ГРЗ і зберігався протягом 5-7 днів, а іноді й більш тривало. Він проявлявся сухим (63,2 %), інколи нападаподібним кашлем (31,6 %), що посилювався при фізичних та емоційних навантаженнях. 15,8 % пацієнтів скаржилися на «свистяче» дихання, 5,3 % — на напади задухи, 15,8 % хворих — на задишку переважно при фізичному навантаженні й 1 пацієнт — у стані спокою. У хворих із БОС тривалість клінічних проявів бронхообструкції у більшості випадків не перевищувала в середньому ($4,1 \pm 0,3$) дні, хоча хрипи у легенях вислуховувалися більший відрізок часу.

Аналіз анкет 24 дітей, хворих на бронхіальну астму, дозволив встановити обтяжений по алергії сімейний анамнез у 62,5 % хворих, у родоводі матері й батька з однаковою частотою, що в 3 рази частіше, ніж у дітей групи порівняння (21,1 %). З 15 хворих 40 % випадків мали обтяжений сімейний алергологічний анамнез у родоводі й матері, й батька. Сімейна спадковість щодо захворювань органів дихання була обтяжена у 20,8 % хворих із бронхіальною астмою.

Тривожним фактором ризику є висока питома вага тютюнопаління членів сім'ї, що за даними анкет спостерігалось у переважної більшості хворих обох груп, при переважанні у 1,5 рази серед групи хворих з БА (70,8 % проти 47,4 %).

У незадовільних житлових умовах мешкало 33,3 % дітей з БА та 21,1 % пацієнтів з рецидивним БОС, що з одного боку сприяє прогресії сенсibiliзації дитини до алергенів, а з іншого — до частих інфекційних захворювань.

Ускладнення антенатального (токсикоз вагітності, загроза її переривання з наступною госпіталізацією та терапією) та інтранатального періоду спостерігалися у 29,1 % та 37,5 % хворих із БА відповідно. Аналогічна закономірність виявлена була й серед хворих групи порівняння.

Індивідуальну обтяженість з алергії мали: харчову — 41,6 % та 15,8 % хворих відповідно 1 та 2 груп; медикаментозну — 2 (8,3 %) пацієнта 1 групи, що свідчить про ранній дебют алергічних реакцій та захворювань у дітей з БА. Це підтверджується ранніми проявами atopічного дерматиту в обстежених хворих на БА, частота яких майже у 1,5 рази перевищує наявність його у дітей з рецидивним БОС.

Аналіз особливостей перебігу синдрому бронхообструкції у дітей, що знаходилися під спостереженням, виявив значні різниці у терміні розвитку його. Серед хворих з бронхіальною астмою вперше почали хворіти ГРЗ на 1-ому році життя 33,3 % пацієнтів і мали явища обструкції; на 2-3-ому році життя — 41,6 % хворих, інші — в більш старшому віці, тобто $\frac{3}{4}$ хворих із БА часто хво-

рили в перші 3 роки життя і мали синдром бронхіальної обструкції. Діти з БА демонстрували більшу частоту рецидивів БОС за рік (більше 47,5 % випадків), ніж хворі з рецидивуючим БОС (31,5 %).

Причиною епізодів бронхообструкції у хворих на рецидивний БОС були переважно інфекційні фактори. У групі дітей з БА обструкція бронхів виникала не тільки на фоні інфекційних факторів, але й під впливом алергічних факторів (контакт із тваринами, дія грибків, деяких харчових алергенів). У 16,4 % хворих епізоди БОС були зумовлені зміною метеоумов.

У переважної більшості хворих на бронхіальну астму час появи обструкції практично співпадав з початком ГРЗ, а клінічні прояви БОС мали максимальні прояви у перші 1-2 доби. Тривалість вираженості симптоматики БОС при лікуванні у пацієнтів з БА переважно складає 3-5 днів, тоді як у хворих групи порівняння 5-7 днів.

Отже, на відміну від синдрому бронхіальної обструкції для дітей, хворих на БА, характерні виражена спадкова обтяженість алергічними захворюваннями; більша частота алергічних реакцій на харчові продукти, медикаменти, часта наявність коморбідних станів (атопічний дерматит, алергічний риніт тощо); більш виражений перебіг епізодів БОС із раннім початком та меншою тривалістю.

Отримані попередні дані дозволяють встановити, що на розвиток бронхіальної астми у дітей впливають: наявність ускладнень антенатального періоду (X_2 розрахункове — 4,42), інтранатального періоду (X_2 розрахункове — 5,21), обтяженість сімейної спадковості алергічними захворюваннями (X_2 розрахункове — 5,80) та індивідуальна обтяженість з алергії (аліментарна та медикаментозна) (X_2 розрахункове — 4,35) (X_2 розрахункове більше, ніж X_2 критичне, $p < 0,05$). У той же час, між виникненням бронхіальної астми та пасивним тютюнопалінням, несприятливими житлово-побутовими умовами, віком, у якому дитина вперше почала хворіти суттєвого зв'язку не встановлено (X_2 розрахункове менше, ніж X_2 критичне, $P > 0,05$). Ці питання потребують подальшого вивчення.

Висновки

1. При аналізі клінічних симптомів за віковими групами було встановлено, чим менше вік пацієнта, тим більш однакові спостерігаються прояви БОС, що значно ускладнює диференціальну-діагностику БА за клінічними ознаками саме у дітей дошкільного віку.

2. При диференціальній діагностиці бронхообструктивного синдрому у дітей особливу роль відіграє ретельно зібраний анамнез, який дає можливість визначити наявність факторів ризику захворювання алергічної природи у дитини (бронхіальної астми), а також визначити ймовірні провокуючі фактори.

3. Найбільш вагомими факторами ризику розвитку бронхіальної астми у дітей є наявність ускладнень антенатального та інтранатального періоду, обтяженість сімейної спадковості алергічними захворюваннями, індивідуальна обтяженість з алергії (аліментарна та медикаментозна), наявні у дитини поліорганні прояви atopії (насамперед алергічний риніт, atopічний дерматит).

4. Ми не виявили суттєвого зв'язку між виникненням бронхіальної астми та пасивним тютюнопалінням, несприятливими житлово-побутовими умовами, віком, у якому дитина вперше почала хворіти. Ці питання залишилися для подальшого вивчення.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ласица, О. И. Бронхиальная астма в практике семейного врача [Текст] / О. И. Ласица, Т. С. Ласица // Киев. : ЗАО «Атлант UMS», 2001. — 263 с.
2. Огородова, Л. М. Факторы риска астмы [Текст] / Л. М. Огородова, Н. Г. Астафьева // Consilium medicum. — 2001. — № 4. — С. 4–8.
3. Безрукова, Т. Л. Прогнозування характеру перебігу бронхообструктивного синдрому в дітей раннього віку [Текст] / Т. Л. Безрукова, Л. В. Колюбякіна, В.С. Хільчевська // Астма та алергія. — 2009. — № 1–2. — С. 87.
4. Зайцева, О. В. Бронхообструктивный синдром у детей [Текст] // Педиатрия. — 2005. — № 4. — С. 94–104.
5. Зубаренко, А. В. Основные принципы этиопатогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики бронхообструктивного синдрома у детей [Текст] / А. В. Зубаренко, О. А. Портнова, Т. В. Стоева // Здоровье ребенка. — 2007. — № 4 (7). — С. 12–15.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ И ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ РАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

*В. П. Костроміна, Е. А. Речкіна, Л. Б. Ярощук,
В. А. Стриж, К. А. Мельник, А. С. Дорошенкова*

Резюме

В статье представлены результаты исследования, выполненного с целью выявления критериев дифференциальной диагностики бронхообструктивного синдрома у детей. Исследование показало, что проявления бронхообструктивного синдрома зависят от возраста ребенка и являются более одинаковыми (похожими) у детей дошкольного возраста. Выявлены факторы риска развития бронхиальной астмы — осложнения антенатального и интранатального периода, наследственные аллергические заболевания, проявления атопии. В то же время, не выявлено связи между возникновением бронхиальной астмы и пассивным курением, неудовлетворительными жилищными условиями, возрастом, в котором ребенок впервые начал болеть.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE RISK FACTORS AND PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF BRONCHIAL OBSTRUCTIVE SYNDROME IN VARIOUS DISEASES IN CHILDREN

*V. P. Kostromina, O. O. Rechkina, L. B. Yaroschuk,
V. O. Strizh, K. O. Melnyk, A. S. Doroshenkova.*

Summary

The results of the study, conducted in order to establish the differential diagnosis criteria of bronchial obstructive syndrome in children, have been presented in the article. It was demonstrated that manifestations of obstructive syndrome depended on the age of a child and they were similar in children of preschool age. The risk factors for asthma such as antenatal and intranatal complications, hereditary allergic diseases, and atopic syndrome have been revealed. At the same time there have not been revealed the link between the occurrence of asthma and passive smoking, adverse living conditions, the age at which child first developed the illness.