

УДК 616.23/.248-053.5

## **БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Драчев И. И.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### ***Введение***

В мире астмой страдают около 300 млн человек, летальность от которой составляет от 0,2 до 18 %. Распространенность БА растет во всех странах и колеблется от 1 до 18 % [2]. Согласно официальной статистике, основанной на данных по обращаемости, в Республике Беларусь заболеваемость БА составила в 2014 г. 0,82 %, в России от 1 до 1,5 %. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в России, заболеваемость астмой среди детей и подростков составляет 5 %, среди взрослых — 9 % [1].

Бронхиальная астма — хроническое заболевание дыхательных путей, патогенетическую основу которого составляет аллергическое воспаление и гиперреактивность бронхов, характеризующееся повторными эпизодами бронхиальной обструкции, обратимой спонтанно или под влиянием проводимого лечения, проявляющейся одышкой, свистящими хрипами в легких, нередко слышимыми на расстоянии, кашлем, чувством стеснения в груди, чаще ночью и (или) ранним утром.

Бронхиальная астма развивается у детей, имеющих генетическую предрасположенность к астме. К факторам, способствующим развитию бронхиальной астмы являются разнообразные аллергены, воздушные поллютанты, респираторные инфекции [3].

### ***Цель***

Изучить наследственность, физическое развитие и аллергологический статус детей младшего школьного возраста с бронхиальной астмой.

### ***Материал и методы исследования***

Исследование проводилось на базе учреждения «Гомельская областная клиническая больница».

Было проанализировано 50 медицинских карт стационарного пациента детей 6–10 лет, которые находились на лечении в детском пульмонологическом отделении с диагнозом бронхиальная астма.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

В детском возрасте БА чаще развивается у мальчиков, в подростковом и взрослом — у женщин [1], что подтвердило наше исследование: анализируемую группу составили 17 (34 %) девочек и 33 (66 %) мальчика.

Астма с преобладанием аллергического компонента (J45.0) — основная нозологическая форма у всех госпитализированных детей.

Планово госпитализировано 37 (74 %) детей, экстренно — 13 (26 %). Большинство детей (46; 92 %) госпитализировано в стационар в состоянии средней тяжести, в тяжелом состоянии госпитализировано 4 (8 %) детей. Степень тяжести определялась степенью дыхательной недостаточности (ДН): ДН 1 степени наблюдалась у 6 (12 %) детей, ДН 2 степени не была выявлена, ДН 3 степени — у 2 (4 %) детей. У 42 (84 %) детей, госпитализированных в стационар с диагнозом бронхиальная астма, дыхательной недостаточности не было.

Бронхиальная астма — хроническое аллергическое заболевание с наследственной предрасположенностью [3]. Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям отмечена у 22 (44 %) детей. У 11 (50 %) детей аллергией страдает отец, у 2

(9,1 %) — мать, у 2 (9,1 %) — бабушка, у 1 (4,5 %) — бабушка. Аллергические заболевания у тети, дяди, сестры, брата отметили 8 (27,3 %) детей.

Дети младшего возраста с бронхиальной астмой имеют различные показатели физического развития. Среднее гармоничное физическое развитие имели только 13 (26 %) детей. Низкое гармоничное — 2 (4 %), высокое гармоничное — 12 (24 %) детей. Среднее дисгармоничное (за счет дефицита массы тела 1 степени) физическое развитие имел 1 (2 %) ребенок, 2 степени — 1 (2 %) ребенок, за счет избытка массы тела 1 степени — 4 (8 %) ребенка. Низкое дисгармоничное физическое развитие с избытком массы тела 1 степени отмечено у 1 (2 %) ребенка. Высокое дисгармоничное физическое развитие с избытком массы тела 1 степени имели 6 (12 %) детей, высокое резко дисгармоничное физическое развитие с избытком массы тела 2 степени — 11 (22 %) детей.

Все дети имели астму с преобладанием аллергического компонента, клиническую картину которой во многом определяет сенсibilизация. Общий иммуноглобулин Е определяли 40 (80 %) детям. Нормальные показатели получены у 8 (20 %) детей. У 32 (80 %) детей общий иммуноглобулин Е был повышен (42,2–815,3 МЕ/мл).

Кожные пробы позволяют определить чувствительность к специфическим аллергенам. Скарификационные пробы были проведены только 2 детям. У всех детей определялись положительные пробы к аллергенам домашней пыли, клещам и шерсти собаки, кошки.

Эффективным методом выявления гиперчувствительности замедленного типа является реакция лизиса лейкоцитов (РЛЛ), которая обладает строгой специфичностью, дает возможность количественного учета степени сенсibilизации организма.

Реакция лизиса лейкоцитов проведена 35 (70 %) детям. Положительный результат на домашнюю пыль получен у 20 (57,1 %) детей, клещ — у 10 (28,6 %) детей, шерсть собаки — у 11 (31,4 %), шерсть кошки — у 11 (31,4 %) детей, на муку, овсяную крупу, гречневую крупу, молоко, курицу, рыбу, глюкозу положительный результат имели 11 (31,4 %) детей к каждому пищевому продукту.

Положительный результат только к одному аллергену имели 15 (42,9 %) детей: 5 детей к домашней пыли, 3 ребенка к шерсти собаки, по 2 ребенка к гречневой крупе и глюкозе, по 1 ребенку к овсяной крупе, клещу и курице. К двум аллергенам — у 17 (48,6 %) детей, к трем — 3 (8,6 %) ребенка.

Наибольшее количество детей (7; 20 %) имели положительную реакцию лизиса лейкоцитов на комбинацию — домашняя пыль и клещ. Комбинацию: домашняя пыль, шерсть собаки/кошки имели 6 (17,1 %) детей.

Аллергопанель проведена 12 (24 %) детям. Положительный результат на домашнюю пыль получен у 4 (33,3 %) детей, клещ — у 4 (33,3 %) детей, шерсть собаки — у 4 (33,3 %), на молоко, яйцо, картофель, пшеницу, рожь, арахис, плесневой грибок положительный результат имели 6 (50 %) детей к каждому пищевому продукту.

### **Выводы**

У детей основной формой бронхиальной астмы является астма с преобладанием аллергического компонента (J45.0). Большинство детей госпитализируются планово в состоянии средней тяжести. Отягощенную наследственность по аллергическим заболеваниям имеют менее половины детей с бронхиальной астмой, большинство по отцовской линии.

В 46% случаев дети имеют дисгармоничное физическое развитие, из них 34 % — высокое дисгармоничное с избытком массы тела. Больше половины детей с бронхиальной астмой имеют сенсibilизацию к различным антигенам, что подтверждается повышенным уровнем общего иммуноглобулина Е, аллергологическими пробами. Главными факторами, провоцирующими обострение бронхиальной астмы у детей, являются домашние аллергены: домашняя пыль и клещ. На втором месте — шерсть собаки/кошки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Выхристенко, Л. Р.* Бронхиальная астма: пособие / Л. Р. Выхристенко. — Витебск: ВГМУ, 2016. — 67 с.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2011 г.; пер. с англ.; под ред. А. С. Белевского. — М.: Российское респираторное общество, 2014. — 148 с.
3. Клинический протокол диагностики и лечения бронхиальной астмы у детей / В. Ф. Жерносек [и др.]. — Минск, 2014. — 17 с.

УДК 616.379-008.64-053.2

**ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

*Иванова А. А.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор И. Л. Алимова**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Смоленский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Смоленск, Российская Федерация**

***Введение***

В последние десятилетия дебют сахарного диабета (СД) 1 типа чаще встречается у детей младшего возраста. Дальнейшее развитие заболевания во многом зависит от качества соблюдения ребенком диетотерапии и вследствие этого рациональной инсулинотерапии [1, 2].

***Цель***

Оценка фактического питания детей с СД 1 типа в зависимости от возраста пациентов.

***Материал и методы исследования***

Проведено обследование 40 детей с СД 1 типа в возрасте от 6 до 17 лет ( $12,4 \pm 2,7$ ), с длительностью заболевания 1–16 лет ( $6,4 \pm 3$ ), находящихся на базисно-болюсной инсулинотерапии. Все пациенты распределены на 2 группы в зависимости от возраста: 1-я группа — дети от 6 до 12 лет ( $n = 20$ ), 2-я группа — дети от 13 до 18 лет ( $n = 20$ ). Проведено анкетирование пациентов с оценкой характера питания с помощью программы «Оценка питания, редакция 2.0 (2.0.3.8) 2009-2010» [5]. Оценка антропометрических показателей проводилась с помощью программы AnthroPlus [6]. Статистическая обработка проводилась с помощью онлайн программы [7]. Результаты представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения.

***Результаты исследования и их обсуждение***

При сравнительной оценке характера питания было выявлено, что у детей 1-й группы калорийность рациона составила  $2012 \pm 435$  ккал/сут, что соответствовало  $80 \pm 21$  % от возрастной нормы. У детей второй группы среднесуточная калорийность рациона составила  $2836 \pm 710$  ккал/сут, что составляет  $102 \pm 24$  % от возрастной нормы ( $p > 0,05$ ) (рисунок 1).

При индивидуальном анализе установлено, что калорийность рациона превысила возрастную норму у 7 (35 %) детей 1-й группы и 8 (40 %) пациентов 2-й группы.

В сравниваемых группах потребление белка также превышало физиологическую норму и составляло  $125 \pm 35\%$  в 1-й группе и  $133 \pm 43,5$  % во 2-й группе ( $p > 0,05$ ) (рисунок 1). При этом в 1-й группе 12 (60 %) человек превышали физиологическую норму потребления белка, во 2-й группе — 14 (70 %) пациентов.

При анализе данных потребления жиров выявлено, что в 1-й группе общее употребление жиров составило  $156 \pm 48$  % от общей физиологической нормы, у детей 2-й группы