

СЕКЦИЯ «ПЕДИАТРИЯ»

УДК 616.248:616.233]-07-053.2

М. А. Антонова, Ю. А. Праведная

Научный руководитель: ассистент кафедры педиатрии Н. В. Моторенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ

Введение

Бронхиальная астма (БА) – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, которое развивается в результате взаимодействия многочисленных факторов окружающей среды и наследственной предрасположенности [1]. Бронхиальную астму называют болезнью цивилизации. В настоящее время в мире насчитывается около 235 миллионов больных бронхиальной астмой. В Республике Беларусь этот показатель составляет около 0,7 % населения. Из них примерно 10 % – это дети [2]. Заболевание у большинства детей начинается в первые 5 лет жизни и манифестирует рецидивирующими симптомами бронхиальной обструкции (БО) [3].

Характерные клинические симптомы БА – свистящие хрипы, кашель, затруднение дыхания, одышка, связанные с воздействием специфических триггерных факторов и возникающие, преимущественно в ночное время или ранним утром. Они требуют обязательного уточнения семейного и индивидуального анамнеза, оценки симптомов, дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, которые могут протекать с БО [3]. Данная симптоматика заболевания развивается вследствие гиперреактивности бронхов в ответ на действие аллергенов или неспецифических факторов. Генетическая предрасположенность к аллергическим заболеваниям является важным фактором риска развития данной патологии у потомства. Однако, помимо генетической предрасположенности, в развитии аллергического заболевания играют роль и внешние воздействия, которым подвергается организм ребенка на перинатальном и раннем постнатальном этапах жизнедеятельности. Основополагающая этиопатогенетическая особенность БА у детей данного возраста – это атопия, являющаяся по своей природе персональной или семейной тенденцией продуцировать Ig E в ответ на низкие дозы аллергенов, рекуррентные вирусные инфекции, как причины провокации БА и наличие бронхиальной гиперреактивности, появление которой в дебюте астмы обусловлено, в первую очередь, повторными бронхитами вирусной этиологии, что отражает формирование «шокового органа» для реализации аллергического воспаления у ребенка с атопической предрасположенностью, т. е. процесс формирования БА [4].

Цель

Изучить особенности течения бронхиальной астмы у детей до 5 лет.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 104 «Медицинских карт стационарного пациента» (форма № 003/у-07) детей в возрасте до 5 лет, находившихся на лечении в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с января 2022 г. по декабрь

2022 г. с диагнозом «Бронхиальная астма». Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Группу исследования составили 104 ребенка в возрасте до 5 лет. Из них – 76 (73 %) мальчиков и 28 (27 %) девочек. Число городских жителей – 89 (86 %) детей, сельских – 15 (14 %).

Анализируя течение беременности у матери, было установлено, что в 44 (42%) случаях наблюдались осложнения (угроза прерывания беременности, токсикоз первой половины беременности).

На долю детей, находившихся на естественном вскармливании до 1 года, приходится 47 (45,2 %) человек, на искусственном – 57 (54,8 %). Экссудативно- катаральный диатез на первом году жизни наблюдался у 54 (51,9 %) детей.

Семейный аллергоанамнез был отягощен у 76 (73,1 %) пациентов. У 41 (53,9 %) ребенка родственники первой и второй линии имели в анамнезе бронхиальную астму, у 26 (34,2 %) в наследственном анамнезе был аллергический ринит, у 9 (11,8 %) – атопический дерматит. У 28 (26,9 %) детей с бронхиальной астмой наследственный анамнез не отягощен.

Из сопутствующих аллергических заболеваний наиболее часто встречалась пищевая аллергия – у 54 (51,9 %) пациентов, аллергический ринит – у 36 (34,6 %), атопический дерматит – у 23 (22,1 %), аллергический конъюнктивит – у 9 (8,7 %) пациентов.

Впервые диагноз «Бронхиальная астма» был выставлен в возрасте 5 лет – 14 (13,4 %) пациентам, в возрасте 4 лет – 42 (40,4 %), в 3 года – 32 (30,8 %), до 2 лет – 16 (15,4 %) пациентам.

В анализируемой группе аллерген-индуцированную БА имели 24 (23,1 %) ребенка, вирус-индуцированную форму – 11 (10,6 %) и мультитриггерную форму – 69 (66,3 %) пациентов.

Распределение по степени тяжести БА оказалось следующим: легкое персистирующее течение наблюдалось у – 54 (51,9 %) детей; среднетяжелое персистирующее течение БА установлено у 50 (48,1 %) детей. У мальчиков легкое персистирующее течение БА встречалось у 41 (53,9 %) пациента, среднетяжелое – у 35 (46,1 %). Среди девочек легкое персистирующее течение наблюдалось у 13 (46,4 %), среднетяжелое – у 15 (53,6 %) пациенток.

Повышенный уровень специфического Ig E выявлен к бытовым аллергенам (клещи домашней пыли) – в 38,5 % (40), эпидермальным аллергенам (шерсть животных) – в 52,9 % (55), перу подушки – в 40,4 % (42), пищевым продуктам в 51,9 % (54). Среди пищевых аллергенов наиболее значимыми являются аллергены молока и молочных продуктов – в 14,4 % (15), сладости – в 13,5 % (14), злаковые – 8,7 (9) %, орехи – 4,8 % (5). Сенсibilизация к двум и более аллергенам выявлена у 67 (64,4 %) детей.

Повышение уровня общего Ig E в сыворотке крови наблюдалось у 38 (36,5 %) пациентов. У 66 (63,5 %) детей значения общего Ig E в пределах нормы.

Выводы

1. Бронхиальная астма в раннем возрасте чаще встречается у мальчиков (73 %).
2. Большинство пациентов с бронхиальной астмой имеют отягощенный семейный и личный аллергологический анамнез.
3. Бронхиальная астма чаще наблюдается у городских жителей (86 %), чем у сельских (14 %), что связано с неблагоприятной экологической обстановкой и качеством питания.
4. Осложненное течение беременности и искусственное вскармливание на первом году жизни способствует формированию атопии.
5. Среди детей с бронхиальной астмой преобладают пациенты с мультитриггерной формой бронхиальной астмы (66,3 %).
6. Большинство пациентов с бронхиальной астмой (64,4 %) имеют сенсibilизацию к нескольким аллергенам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Испаева, Ж. Б. Гены и роль генетических факторов участвующих в развитии бронхиальной астмы / Ж. Б. Испаева, Р. Б. Бекмагабетова // Вестник КазНМУ. – 2021. – № 2. – С. 33–42.
2. Минина, Е. С. Бронхиальная астма у детей: особенности лечения и реабилитации: монография / Е. С. Минина, В. И. Новикова. – Витебск: ВГМУ, 2017. – С. 9.
3. Терапия бронхиальной астмы у детей: возрастные аллергены / Н. А. Испаева [и др.] // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2021. – № 2. – С. 113–122.
4. Асирян, Е. Г. Оценка иммунологических показателей у детей с бронхиальной астмой в зависимости от продолжительности заболевания / Е. Г. Асирян, Н. Д. Титова, Я. В. Саболевская // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2018. – № 1. – С. 19–24.

УДК 616.8+616.89]:378.6-057.875

Д. Г. Арбатов, С. Н. Чайтнев

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ И АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И СТУДЕНТОВ ГОРОДА ГОМЕЛЯ

Введение

Соматоформная дисфункция – группа психических расстройств невротической природы, для которой характерны симптомы, встречающиеся при соматическом заболевании органа или системы органов, которые имеют вегетативную иннервацию. Наиболее часто пациенты обращаются с жалобами на нарушения в сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной системе, а также желудочно-кишечном тракте к врачам-терапевтам и неврологам [1], которые нередко затрудняются в установлении нозологического диагноза, в который входит синдром вегетативной дисфункции (СВД). Характерной особенностью СВД является факт появления первых симптомов в молодом возрасте [2], чаще у лиц интеллектуального творческого труда.

Расстройства вегетативной нервной системы у детей и подростков являются актуальной проблемой современной педиатрии вследствие широкой распространенности данной патологии, полиморфизма клинических проявлений, трудности диагностики, а также отрицательного влияния на качество жизни, риска формирования ряда хронических заболеваний [3, 4, 5]. У каждого третьего ребенка вегетативные нарушения, несмотря на проведенное лечение, сохраняются в течение многих лет, а у 17–20 % детей с возрастом прогрессируют и приводят к развитию ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, бронхиальной астмы, язвенной болезни желудка и др. [5].

Характерной особенностью последних лет является увеличение доли пациентов с вегетативной дисфункцией. Под влиянием неправильного режима дня, умственного переутомления, чрезмерных физических нагрузок или гиподинамии, высокого уровня личностной тревожности возникает длительное психоэмоциональное напряжение, приводящее к срыву адаптационных процессов и дисфункции вегетативной нервной системы, особенно у подростков [5, 6].

Деятельность студента-медика относится к числу напряженных в эмоциональном плане видов труда, что отражается на уровне их психического и соматического здоровья [7]. Учебная нагрузка студентов, получающих медицинское образование, в среднем в два раза выше, чем у студентов других вузов.

Вегетативные дисфункции, сопровождая хронические заболевания, придают клинической картине последних своеобразную психовегетативную окраску, отягощают их