

Шварацкая О.В., Каличевская М.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г.

Днепр, Украина

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРЫХ
РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

В статье обговариваются факторы, влияющие на респираторную заболеваемость детей с бронхиальной астмой, а также особенности клинического течения ОРВИ у таких детей.

Ключевые слова: бронхиальная астма, ОРВИ, дети

Shvaratska O.V., Kalichevska M.V.

SE "Dnepropetrovsk Medical Academy of MoH of Ukraine", Dnepr,

Ukraine

**MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF UPPER RESPIRATORY
TRACT INFECTIONS IN CHILDREN WITH ASTHMA**

The article discusses risk factors of respiratory tract diseases in children with asthma, along with clinical features of upper respiratory tract infections in such children.

Key words: asthma, upper respiratory tract infections, children.

Бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных респираторных заболеваний детского возраста. По данным исследований ISAAC, до 20 % детей в популяции могут страдать бронхиальной астмой [4]. Известно, что такие дети более подвержены риску возникновения респираторных инфекций, чем их здоровые сверстники [2]. Присутствует и обратная закономерность: для 80 % случаев обострений бронхиальной астмы у детей триггером являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) [4]. Учитывая, что заболеваемость и распространенность ОРВИ среди детского населения в общем является существенно высокой [1; 3], дети с бронхиальной астмой

являются особо уязвимой категорией пациентов. Увеличение частоты обострений астмы ассоциировано с возрастанием экономической нагрузки на государство и семью в связи с увеличением затрат на медицинское обслуживание и числа дней временной нетрудоспособности родственников больного ребенка, связанной с необходимостью ухода за ним. Также частые ОРВИ на фоне бронхиальной астмы приводят к увеличению стоимости лечения, повышают лекарственную нагрузку на организм ребенка и увеличивают вероятность побочных эффектов медикаментозной терапии и аллергических реакций.

Учитывая изложенное, целью исследования стало изучение факторов, влияющих на респираторную заболеваемость детей с бронхиальной астмой, а также клинических особенностей течения ОРВИ у таких детей.

Для достижения поставленной цели было проведено клинικο-лабораторное обследование 146 детей в возрасте от 3-х до 7-ми лет, в период острой респираторной вирусной инфекции. Из них 112 детей болели бронхиальной астмой (основная группа), а 34 ребенка не имели каких-либо проявлений аллергии в анамнезе и выступали в качестве контрольной группы. Диагнозы БА и ОРВИ устанавливались в соответствии с действующими протоколами МЗ Украины, согласно этим нормативным документам проводилась и терапия указанных заболеваний. Всем пациентам проводилось объективное клиническое обследование, а также, для определения истоков респираторной заболеваемости, производился ретроспективный анализ медицинской документации ребенка и анкетирование родителей.

Средний возраст детей основной группы составил $5,1 \pm 0,2$ года, средняя продолжительность заболевания бронхиальной астмой – $1,9 \pm 0,2$ года. Количество мальчиков преобладало над количеством девочек вдвое и составляло 67,4 % против 32,6 %. 19,4 % обследованных детей имели интермиттирующую форму бронхиальной астмы, 16,1 % –

персистирующую легкой степени тяжести и 64,5 % – персистирующую средней тяжести форму заболевания. Течение астмы как полностью контролируемое было оценено только у 9,7 % больных, остальные имели частично контролируемое (50,0 %) или неконтролируемое течение (9,7 %). У оставшихся 30,6 % детей диагноз бронхиальной астмы был выставлен впервые, поэтому контроль течения не оценивался. Также 77,4 % детей основной группы имели и другие аллергические заболевания: 59,6 % – атопический дерматит, 43,5 % – аллергический ринит, 19,4 % – крапивницу.

Обострения бронхиальной астмы возникали в течение года дважды и чаще у 72,1 % детей, а 4 и больше обострения в год отмечали 27,9 % детей. При этом острые респираторные вирусные инфекции как триггерный фактор обострения аллергического процесса имели значения в 95,2 % больных, а в 69,3 % детей с ними было связано больше 50,0 % обострений бронхиальной астмы.

Проведенный анализ семейного анамнеза у обследованных детей не только подтвердил тезис о генетической детерминированности развития БА, высказанный многими исследователями, но и показал влияние генеалогических факторов на темпы ее развития. Наследственная отягощенность обнаружена у 66,1 % детей с БА, тогда как в группе контроля этой показатель составил 47,1 %, ($p < 0,05$). В структуре заболеваний ближайших родственников детей, болеющих БА, достоверно преобладали аллергические заболевания и заболевания органов дыхания, которые в общем составляли 73,2 % всей патологии и встречались у родственников 50,0 и 21,0 % детей с БА соответственно, в отличие от контрольной группы, где частота указанных видов патологии составила 8,8 и 5,9 % соответственно ($p < 0,05$). Отягощенная наследственность по респираторным формам аллергии встречалась вдвое чаще отягощенности по кожным формам (40,3 и 21,0 % соответственно), что отражает

определенную органоспецифичность наследуемой атопической предрасположенности.

У детей с бронхиальной астмой также достоверно чаще в сравнении с контрольной группой в анамнезе встречалось патологическое течение ante-, intra- и неонатального периодов. Среднее количество негативных антенатальных факторов также была достоверно выше в группе детей с бронхиальной астмой по сравнению с контролем ($2,61 \pm 0,22$ против $1,62 \pm 0,36$, $p < 0,05$).

Достоверно в группах исследования отличался средний показатель продолжительности грудного вскармливания, который составил $8,1 \pm 0,96$ месяца в группе детей с бронхиальной астмой и $12,84 \pm 0,84$ месяца в группе детей без аллергических заболеваний ($p < 0,001$). Согласно современным данным, удлинение срока грудного вскармливания способствует более поздней клинической манифестации аллергической патологии у детей с атопической предрасположенностью. В группе детей с бронхиальной астмой только 8,1 % не имели отклонений в состоянии здоровья в течение первого года жизни (против 52,9 % в контрольной группе, $p < 0,01$). Среднее количество отклонений в состоянии здоровья, которые возникали на первом году жизни, у детей с бронхиальной астмой составила $2,23 \pm 0,19$, а у детей без аллергической патологии – $0,71 \pm 0,15$ ($p < 0,001$). 74,2 % детей с бронхиальной астмой впервые перенесли ОРВИ на первом году жизни, тогда как в контрольной группе таких детей было только 38,2 % ($p < 0,01$). Средний возраст первого респираторного заболевания у детей с бронхиальной астмой составил $8,10 \pm 0,65$ месяцев, а у детей контрольной группы – $11,79 \pm 1,11$ месяцев ($p < 0,01$), что по сроку подобно среднему сроку прекращения грудного вскармливания в группах. Проведенный корреляционный анализ подтвердил наличие средней силы связей между возрастом возникновения первого респираторного заболевания и продолжительностью грудного вскармливания ($r = 0,36$, $p < 0,05$). Определенное влияние на развитие бронхиальной астмы имели

медико-социальные факторы, а именно воспитание в малообеспеченных (17,7 % детей, болеющих БА, против 2,9 % детей контрольной группы, $p < 0,01$) или неполных семьях (22,6 и 14,7 % случаев соответственно, $p < 0,05$).

У детей с БА отмечалась более высокая частота ОРВИ по сравнению с контрольной группой ($7,6 \pm 0,4$ против $3,2 \pm 0,3$ эпизодов в год, $p < 0,05$). Выявлены различия в продолжительности периода лихорадки, а также отдельных проявлений катарального синдрома между детьми исследуемых групп. Обострение БА на фоне данного эпизода ОРВИ наблюдалось в 77,4 % детей I группы, что обусловило повышенную частоту развития дыхательной недостаточности у этих детей, а также задержку нормализации аускультативной картины в легких по сравнению с детьми без аллергии. В 64,2 % детей основной группы, у которых бронхиальная астма сопровождалась другими аллергическими заболеваниями, произошло также их обострение. Острый гнойный средний отит, острый аденоидит, синуситы также достоверно чаще встречались у детей с БА, при этом сочетание бактериальных и аллергических осложнений наблюдалось у 35,2 % из них. Соответственно, дети основной группы имели вероятно высшее по сравнению с контролем общую продолжительность эпизода ОРВИ и получали большее количество лекарственных средств, в том числе антибактериальных препаратов.

Таким образом, факторами, влияющими на характер респираторной заболеваемости у детей с бронхиальной астмой, являются как медицинские (отягощенная наследственность, патологическое течение ante-, intra- и неонатального периодов жизни), так и медико-социальные факторы (сокращенная продолжительность грудного вскармливания, воспитание в неполных или малообеспеченных семьях). У детей, болеющих БА, наблюдается высокая частота бактериальных осложнений и обострений аллергической патологии при ОРВИ, что сопровождается затяжным течением респираторной инфекции.

Список литературы:

1. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-декабрь 2016 года [Электронный ресурс] URL: http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=7804 (дата обращения – 6.11.2017).
2. Зайцева О. В. Бронхиальная астма и респираторные инфекции у детей / О. В. Зайцева // Пульмонология. – 2007. – № 4. – С. 106–111.
3. Кареткина Г. Н. Острые респираторные заболевания: современное комплексное лечение // Лечащий врач. – 2016. – № 10. – С. 25–28.
4. Кузнецова Л. В. Особенности терапии ОРВИ у детей с аллергическими заболеваниями // Український медичний часопис. – 2012. – № 6 (92). – С. 46–51.