

УДК:616.248:616.3 – 06 – 058 – 053.2

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ
ТРАВНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ.**

Калічевська Марина Володимирівна

*Кандидат медичних наук, асистент, Державний заклад
«Дніпропетровська медична академія Міністерства Охорони Здоров'я
України», м. Дніпро, Україна
e-mail: marinak256@i.ua*

Шварацька Ольга Вікторівна

*Кандидат медичних наук, доцент, Державний заклад
«Дніпропетровська медична академія Міністерства Охорони Здоров'я
України», м. Дніпро, Україна
e-mail: belavka@i.ua*

Корнілова Галина Іванівна

*Завідуюча педіатричним відділенням, Комунальний заклад
«Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня №6»ДОР»,
м. Дніпро, Україна*

Анотація. *Наявність супутньої патології травного тракту у дітей супроводжується більш тяжким перебігом бронхіальної астми з нижчим рівнем контролю її симптомів. Своєчасно виявлення, лікування та медико-соціальна реабілітації дітей з коморбідною патологією сприяє підвищенню якості життя у даного контингенту хворих.*

Ключові слова: *бронхіальна астма, патологія травного тракту.*

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОЙ
ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.**

Каличевская Марина Владимировна

*Кандидат медицинских наук, ассистент, Государственное
учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства
Здравоохранения Украины», г.Днепр, Украина
e-mail: marinak256@i.ua*

Шварацкая Ольга Викторовна

Кандидат медицинских наук, доцент, Государственное учреждение

«Днепропетровская медицинская академия Министерства

Здравоохранения Украины», г.Днепр, Украина

e-mail: belavka@i.ua

Корнилова Галина Ивановна

Заведующая отделением педиатрии, Коммунальное учреждение

«Днепропетровская детская городская клиническая больница №6» ДООС»,

г.Днепр, Украина

Аннотация. *Наличие сопутствующей патологии пищеварительного тракта у детей сопровождается более тяжелым течением бронхиальной астмы с низким уровнем контроля ее симптомов. Своевременно выявление, лечение и медико-социальная реабилитации детей с коморбидной патологией способствует повышению качества жизни у данного контингента больных.*

Ключевые слова: *бронхиальная астма, патология пищеварительного тракта.*

HEALTH AND SOCIAL ASPECTS OF COMORBID PATHOLOGY OF THE DIGESTIVE TRACT IN CHILDREN WITH ASTHMA.

Kalichevskaya Marina Vladimirovna

PhD, Assistant Professor, State Establishment «Dnipropetrovsk medical

academy of Ministry of Health of Ukraine», Dnepr, Ukraine

e-mail: marinak256@i.ua

Shvaratska Olha Viktorovna

Candidate of medical sciences, Associate Professor, State Establishment

“Dnipropetrovsk medical academy of Ministry of Health of Ukraine”,

Dnepr, Ukraine

e-mail: belavka@i.ua

Kornilova Galina Ivanovna

CC «Dnipropetrovsk City Hospital № 6 «DRC», Dnepr, Ukraine

Abstract. *The presence of concomitant pathology of the gastrointestinal tract in children is accompanied by a more severe course of asthma with a low level of control of its symptoms. Early detection and treatment of comorbid pathology and medical and social rehabilitation of children contribute to improving the quality of life in this cohort of patients.*

Keywords: *asthma, gastrointestinal tract pathology.*

Бронхіальна астма (БА) є вагомою медико-соціальною проблемою для педіатрії, що обумовлено її суттєвим впливом на якість життя хворих і значними економічними втратами [1]. Незважаючи на значні досягнення в лікуванні, діагностиці та профілактиці БА, спостерігається неухильне зростання її розповсюдженості у дітей, збільшується кількість тяжких, резистентних до медикаментозної терапії форм захворювання [3, 6]. Сьогодні БА асоційована з ризиком інвалідизації та смертності. Згідно з даними ВООЗ, серед 15 мільйонів пацієнтів, що є інвалідами, 1 % становлять хворі на БА. Ця патологія не тільки впливає на психічні, фізичні та соціальні аспекти життя хворої дитини, але й морально і фінансово виснажує членів її сім'ї [2, 6].

Відсоток асоціації БА та патології гастродуоденальної зони в дитячому віці за даними різних авторів складає від 50 до 100 % [7]. Сучасні наукові дослідження доводять, що одним з чинників ризику неконтрольованого перебігу БА є наявність супутньої патології травного тракту [4, 8]. Особливо наочно такий вплив проявляється у разі поєднання БА та гастроезофагальної рефлюксної хвороби [5, 9]. Проте вплив гастродуоденальних захворювань, які є найпоширенішою патологією травного тракту у дітей, на перебіг БА залишається недостатньо вивченим.

У літературі зазначається, що в більшості дітей, які мають коморбідні захворювання, спостерігаються психологічні порушення, які часто призводять до погіршення стану чи безуспішного лікування [2, 8]. Тому важливе значення в сучасній педіатрії надають своєчасному виявленню,

лікуванню та медико-соціальній реабілітації хворих з коморбідною патологією. Наявний стан проблеми зумовив актуальність дослідження.

Мета дослідження: оцінка впливу супутньої патології травного тракту на перебіг та рівень контролю БА у дітей.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 120 дітей і підлітків у віці від 6 до 18 років з встановленим діагнозом «бронхіальна астма». Критеріями включення дітей у дослідження були: верифікований діагноз БА; інформована згода на участь у дослідженні. З метою вивчення впливу патології травного тракту на перебіг БА та ступінь контролю її симптомів, ми розділили дітей на 2 групи. До I групи було включено 78 дітей, у яких при клініко-ендоскопічному обстеженні виявлена патологія травного тракту. У II групу увійшло 42 дитини, хворі на БА, без супутньої патології травного тракту. Обстеження хворих включало комплекс анамнестичних, загальноклінічних, біохімічних, інструментальних, імунологічних і гістологічних методів. В якості критеріїв контролю БА використовували рекомендації Глобальної ініціативи з лікування та профілактики БА (GINA). Рівень контролю оцінювався за даними тесту контролю БА у дітей (the Childhood Asthma Control Test). Фіброезофагогастродуоденоскопію з прицільною біопсією проводили апаратом Pentax LH-150p (Японія).

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою методів варіаційної статистики, реалізованих в пакеті прикладних програм «STATISTICA 6.1».

Результати дослідження та їх обговорення. Патологія ВБТТ була виявлена в 65 % дітей, хворих на БА. Середній вік дітей у I групі становив $12,74 \pm 0,41$ року, у II групі – $11,42 \pm 0,49$ року ($p > 0,05$). Аналіз вікового складу дітей I групи виявив переважання дітей старшого шкільного і підліткового віку (66,7 %), тоді як у II групі розподіл за віком був відносно рівномірним. Ризик розвитку супутньої патології ВБТТ у дітей, хворих на БА, був вищим в осіб чоловічої статі (OR 2,64; 95 % CI 1,19 – 5,8; χ^2 4,9, $p = 0,025$).

Серед дітей, хворих на БА із супутньою патологією травного тракту, у 92,3 % випадків остання мала органічний характер. У 76,9±4,8 % випадків було наявне ураження кількох відділів травного тракту. У структурі патології ВВТТ при БА найчастіше зустрічались хронічний гастродуоденіт (71,8±5,1 %), гастроезофагальна рефлюксна хвороба з рефлюкс-езофагітом (37,2±5,5 %), рідше діагностувалася виразкова хвороба цибулини дванадцятипалої кишки (15,4±4,1 %) та функціональна диспепсія (7,7±3,0 %). Клінічна картина уражень шлунково-кишкового тракту у дітей, хворих на БА, характеризувалась больовим синдромом низької інтенсивності з переважанням скарг диспепсичного характеру.

Середня тривалість БА в I групі склала 6,8±0,46 року, а в II групі – 3,9±0,48 року ($p<0,05$). При цьому тривалість БА понад 3 роки була у 83,3 % I групи і у 52,4 % II групи ($p<0,01$). У цілому, при тривалості БА до 3 років частота уражень травного тракту становила 39,4 %, тоді як при тривалості понад 3 роки – 84,4 % (OR 4,54; 95 % CI 1,94 – 10,62; χ^2 11,61, $p=0,0014$).

Ступінь тяжкості БА і тривалість захворювання залежали від частоти та глибини уражень слизової оболонки травного тракту. У 43,6 % дітей, хворих на БА з супутньою патологією, при ендоскопічному дослідженні зміни гастродуоденальної слизової оболонки спостерігали деструктивні зміни, в тому числі ерозивний дуоденіт (55,9 %), ерозивний езофагіт (35,3 %), ерозивний гастрит (20,6 %), виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (14,7 %). Частота деструктивних уражень слизової оболонки травного тракту зростала при тривалості БА понад 3 роки (χ^2 4,3; $p=0,038$), а також при середньотяжкому або тяжкому перебігу БА (χ^2 7,5; $p=0,0071$). Функціональна диспепсія зустрічалась тільки при інтермітуючій та легкій персистуючій БА, у той же час, у більш ніж половини дітей із середньотяжкою та тяжкою персистуючою БА спостерігалися ерозивні та виразкові ураження слизової травного тракту.

НР-інфікування виявлено у 47,4 % дітей з БА та супутньою патологією травного тракту, з них у 56,8 % дітей виявляли деструктивні ураження

слизової оболонки травного тракту. У всіх дітей із хронічним ерозивним гастритом та виразковою хворобою дванадцятипалої кишки діагностовано НР-інфекцію, при хронічному ерозивному дуоденіті - в 57,9 %, при ерозивному езофагіті – тільки в 25,0 %. Встановлено прямий зв'язок між частотою НР-інфікування дітей з супутньою патологією травного тракту та тривалістю БА. Середня тривалість БА в НР-позитивних дітей становила $7,80 \pm 0,17$ року, тоді як у НР-негативних – $5,90 \pm 0,26$ року ($p < 0,05$).

За наявності патології травного тракту контроль симптомів астми був гіршим. Контрольований перебіг БА відзначався в 16,7 % хворих, 64,1 % пацієнтів мали частковий контроль над захворюванням і в 19,2 % дітей БА мала неконтрольований перебіг. У той же час на тлі базисної терапії при відсутності патології ВБТТ повний контроль симптомів БА відзначався в 52,4 % хворих, частковий контроль – у 38,1 % пацієнтів, і в 9,5 % дітей БА мала неконтрольований перебіг.

Вагомий внесок у відсутність досягнення контролю БА вносили показники частоти нічних симптомів захворювання. Частота нічних симптомів БА в дітей I групи становила $2,36 \pm 0,17$ проти $0,88 \pm 0,14$ епізоду на місяць у II групі ($p < 0,01$), що супроводжувалось підвищеною потребою у використанні β_2 -агоністів короткої дії (сальбутамолу) для зняття симптомів БА: $8,87 \pm 0,45$ та $5,57 \pm 0,86$ інгаляцій на місяць відповідно ($p < 0,05$). Частота денних симптомів астми у дітей I групи достовірно не відрізнялася від показників II групи. Обмеження фізичної активності і зниження показників функції зовнішнього дихання в дітей обох досліджуваних груп зустрічались з приблизно однаковою частотою, в першу чергу за рахунок дітей з тяжким перебігом БА. Частота госпіталізації за останні 12 місяців склала $(1,21 \pm 0,11)$ у дітей I групи та $(0,93 \pm 0,23)$ у дітей II групи ($p < 0,01$), що свідчить про підвищений ризик несприятливого перебігу БА у дітей із супутньою патологією верхніх відділів

Наявність НР-інфекції суттєво не впливала на частоту денних, нічних симптомів, використання β_2 -агоністів короткої дії. Проте було виявлено

достовірно збільшення частоти загострень БА, які вимагали госпіталізації в стаціонар, у НР-позитивних пацієнтів порівняно з НР-негативними – відповідно $2,27 \pm 0,13$ випадку на рік та $0,73 \pm 0,10$ випадку на рік ($p < 0,05$).

Лікування патології травного тракту у хворих на БА супроводжувалось збільшенням кількості дітей з повним контролем над симптомами БА. Так, безпосередньо після закінчення лікування повний контроль мав місце у 35% дітей I групи, а через 6 місяців – 47% хворих. Позитивна динаміка параметрів контролю симптомів БА відзначалася, перш за все, за рахунок зниження частоти денних симптомів, зменшення додаткового використання β_2 -агоністів короткої дії та нічних симптомів.

Наведені дані наочно демонструють негативний вплив супутньої патології травного тракту на перебіг БА у дітей та вказують на необхідність її цілеспрямованого виявлення та своєчасного лікування.

Висновки. Представлені дані свідчать, що наявність супутньої патології травного тракту у дітей супроводжується більш тяжким перебігом БА з нижчим рівнем контролю її симптомів. За наявності деструктивних уражень слизової оболонки шлунково-кишкового тракту негативний вплив на перебіг БА є більш вираженим, ніж при захворюваннях, що проявляються поверхневими змінами слизової оболонки травного тракту. У дітей з неповним контролем БА необхідно цілеспрямовано виявляти захворювання травного тракту для своєчасної діагностики та лікування.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список літератури.

1. Аналіз захворюваності та поширеності бронхіальної астми в дітей різних вікових груп по регіонах України / Ю. Г. Антипкін, Н. Г. Чумаченко, Т. Р. Уманець [та ін.] // Перинатология и педиатрия. – 2016. – №1 (65). – С.95-99.
2. Бархина Т. Г. Сравнительная морфология слизистой оболочки желудка у пациентов с бронхиальной астмой при ингаляционной

глюкокортикостероидной терапии / Т. Г. Бархина, Л. М. Михалева, Н. Н. Щеголева // Архив патологии. – 2013. – № 2. – С. 9-15.

3. Беш Л. В. Особливості перебігу і лікування бронхіальної астми у підлітків / Л. В. Беш // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2013. – № 9-10 (68-69). – С. 28-33.

4. Клименко В. А. Почему не удается достигнуть контроля бронхиальной астмы: коморбидные состояния / В. А. Клименко, А. С. Романова // Клініч. імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2012. – № 2. – С. 8-10.

5. Крючко Т. О. Особливості позастравових проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей / Т. О. Крючко, І. М. Несіна // Здоровье ребёнка. – 2013. – № 4 (47). – С. 16-19.

6. Чернишова О. Е. Диференційований підхід до лікування й вторинної профілактики дітей. хворих на бронхіальну астму на тлі персистуючий інфекцій: автореф. дис... д-ра. мед. наук : 14.01.10 – «Педіатрія» / О. Е. Чернишова ; Київ, 2016. – 43 с.

7. Эрдес С. И. Функциональные особенности желудочно-кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой / С. И. Эрдес, С. Ю. Наумов, И. В. Попова // Рос. педиатр. журнал. – 2005. – №6. – С. 13-15.

8. Comorbidities of asthma: current knowledge and future research needs / M. Cazzola, A. Segreti, L. Calzetta [et al.] // Current Opinion in Pulmonary Medicine. – 2013. – Vol. 19 – P. 36-41.

9. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in patients with difficult to control asthma and effect of proton pump inhibitor therapy on asthma symptoms, reflux symptoms, pulmonary function and requirement for asthma medications / V. Sandur, M. Murugesh, V. Banait [et al.] // JPGM. – 2014. – Vol. 60. – P. 282-86.