

## **Бронхиальная астма у детей.**

*А.Д. Макарова, Е.С. Макаров, Н.Е.Хильмончик*

*Гродненский Государственный Медицинский Университет, г. Гродно, Республика Беларусь*

### **Введение**

Несмотря на все успехи современной медицины бронхиальная астма (БА) является серьезной проблемой в здравоохранении во всех возрастных группах и занимает лидирующие позиции среди хронических неспецифических заболеваний легких. За два последних десятилетия остается высокой распространенность и смертность от БА. Распространенность астмы среди населения в разных возрастных группах колеблется от 1 до 18%, но чаще это заболевание выявляется в детском возрасте.

**Ключевые слова:** Бронхиальная астма, бронхообструкция, эозинофилия, фликсотид.

### **Цель работы**

Провести анализ распространенности бронхиальной астмы в когорте детей 1-17 лет для определения ключевых направлений профилактики и диагностики.

### **Материалы и методы**

Материалами для исследования были карты стационарных пациентов (ф003/у), госпитализированных в период с января 2024-го по сентябрь 2024 год в учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница». В работе использовали клинический и статистический методы исследования.

### **Результаты и обсуждение**

За период с января 2024-го по сентябрь 2024 года в 6-е педиатрическое отделение было госпитализировано 164 пациента с диагнозом бронхиальная астма.

Наибольшая доля случаев госпитализации приходилась на весенние месяцы года (36%) и существенно меньшая – на осенние 9,76%. Месяцем с наибольшим числом зарегистрированных случаев бронхиальной астмы был февраль (16,46%), с наименьшим – июль (6,1%). При этом, преобладающее большинство – госпитализированные в младшем школьном возрасте (7-12 лет) – 75 человек. В основном мальчиков (74,4 %). Из всех поступавших – 95,7% были плановые госпитализации. 89,6% исследуемых проживает в городе.

Диагноз Бронхиальной астмы установлен всем, обратившимся за помощью, детям. У 95,7% – IgE-опосредованная. По фенотипу: смешанная – 62,8%, аллергическая – 32,3%, вирус-индуцированная – 3,7%, индуцированная физической нагрузкой – 0,07%, индуцированная приемом нестероидных противовоспалительных средств – 0,07%. По течению: легкая персистирующая – 66,5%, средняя персистирующая – 12,85%, тяжелая персистирующая – 4,5%, интермиттирующая – 16,5%. По фазе заболевания: 82,9% в стадии ремиссии, 17,1% - обострения. По степени дыхательной недостаточности: ДН0 – 93,3%, ДН1 – 4,3%, ДН2 – 2,4%. По степени контролируемости: частично контролируемая – 61,6%, контролируемая – 36,6%, неконтролируемая – 1,8%.

Основные жалобы предъявляли на: приступы бронхообструкции – 31,1%, заложенность носа – 28%, сухой кашель – 27,4%, затрудненное дыхание – 12,2%, свистящее дыхание – 11%, одышка – 11%.

В домашних условиях для базисной терапии и купирования приступов пациенты принимали: монтелукаст – 45,1%, фликсотид – 34,1%, сальбутамол – 31,7%, беродуал – 9,75%, будесонид – 7,3%, пульмовент – 6,7%, , серетид – 6,7%, сальметерол – 2,4%, симбикорт – 1,8%, пульмикорт – 1,8%.

Среди сопутствующих диагнозов, наиболее часто встречались: аллергический ринит – 75,6%, поливалентная сенсibilизация – 60%, атопический дерматит – 8%, гипертрофия миндалин – 2,4%, острый бронхит – 1,2%.

Наследственный анамнез отягощен у 46,3% госпитализированных. Аллергологический анамнез – у 81,7% детей: бытовая сенсibilизация (пыль, клещ домашней пыли) – 50%, аллергия на продукты питания – 43,3%, аллергия на пыльцу растений – 41,5%, аллергия на шерсть домашних животных – 30,5%, аллергия на лекарственные средства – 22%. При этом, домашних животных, как этиологический фактор, имеют 25% пациентов. Физическую нагрузку 29,9% детей переносят плохо.

Среди основных триггеров, обостряющих течение заболевания можно выделить: шерсть домашних животных- 29,3%, пыльца – 28,7%, пыль – 26,2%, физическая нагрузка – 19%, ОРИ – 14,6%, лекарственные средства – 11%, пищевые продукты – 8,5%, холод – 6,1%, эмоциональное напряжение – 5,5%, резкие запахи – 1,2%.

При лабораторной диагностике у госпитализированных преобладают: рост СРБ – 15,2%, эозинофилия – 11,6%, лейкоцитоз – 10,4%, ускорение СОЭ – 6,7%. Рост общего IgE наблюдался у 61,6% детей. В результатах риноцитогаммы обнаружено увеличение количества плоского эпителия в носовой слизи – 72,6%, эозинофилия носовой слизи – 36%.

При проведении аллергологического исследования выявлена сенсibilизация к пыльце лиственных и хвойных деревьев – 37,8%, эпителию и шерсти домашних животных – 34,75%, пыльце смеси трав – 33%, клещам домашней пыли (*D. Pteronyssinus*, *D. Farinae*) – 20,7%, плесневым грибам (*Mucor mucedo*, *Aspergillus fumigatus*) – 9,75%, пищевым продуктам – 9,75%, амбарному клещу (*Glycophagus domesticus*) – 6,1%, пыльце злаков – 5,5%, *Candida albicans* – 3,66%. Антиген Covid19 ни у кого выявлен не был.

В инструментальной диагностике были выявлены: признаки острого бронхита – 5,5%, сегментарной пневмонии – 0,07%; фиброзные изменения в легких – 2,4%, признаки острого бронхита – 1,8%, долевой ателектаз – 0,07%; нарушение трахеобронхиальной проходимости по обструктивному типу – 22,6%, по рестриктивному – 6,1%, по смешанному – 11,6%.

В стационаре дети получали следующее лечение: физиотерапевтическое лечение и лечебная физкультура – 94,5%, фликсотид – 17,1%, аллерген-специфическая иммунотерапия – 15,8%, пульмовент- 11%, монтелукаст – 9,75%, сальбутамол – 8%, флутиказон – 4,9%, дексаметазон – 4,3%, лоратадин – 3,65%, серетид – 3%, эуфиллин – 3%, преднизолон – 2,4%, симбикорт – 1,8%, будесонид – 1,3%. Среднее время пребывания в стационаре составило 14 дней. Все дети выписаны с улучшением показателей.

## **Выводы**

При своевременном выявлении заболевания бронхиальная астма у детей и правильном подходе к терапии можно свести к минимуму количество приступов и значительно улучшить качество жизни ребенка. Это связано с тем, что организм ребенка постоянно и динамично развивается. Поэтому если создать условия, при которых бронхи начнут нормально реагировать, и иммунитет будет адекватно работать, то ребенок полностью избавится от заболевания, которому не будет места во взрослой жизни.

## **Литература**

А.Тюрин, Н. Бронхиальная астма у детей / Н. А.Тюрин. - М.: Медицина, 2016. - 234 с. Айткужина, Б.

Бронхиальная астма / Б. Айт-кужина. - Москва: СИНТЕГ, 2014. - 812 с.

Супрун В.С., Симонова В.Г. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: ПОНЯТИЕ, СИМПТОМЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ // Международный студенческий научный вестник. – 2022. – № 6.