

УДК 616.248-071.1-053.2:614.876

Н.Г. Чумаченко

Клініко-анамнестичні особливості бронхіальної астми у дітей з екологічно несприятливого регіону

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2016.3(67):98-101; doi 10.15574/PP.2016.67.98

Мета — визначити клініко-анамнестичні особливості бронхіальної астми в дітей з екологічно несприятливого регіону.**Пацієнти та методи.** Проаналізовано 125 медичних карт стаціонарних хворих дітей з бронхіальною астмою. Організовані діти становили 85,6% (107), неорганізовані — 14,4% (18), із них було 60,8% (76) хлопчиків та 39,2% (49) дівчаток. Вікова структура дітей така: I група — діти віком до 5 років склали 32% (40), II група — від 6 до 14 років — 63,2% (79), III група — від 15 до 18 років — 4,8% (6).**Результати.** Встановлено, що кожна друга дитина до 5 років та кожна третя дитина віком від 6 до 14 років мала обтяжений алергологічний анамнез. У віковій групі до 5 років інтра- і перинатальні фактори реєструвались у кожній четвертій дитині та значно частіше в анамнезі спостерігалися обструктивні бронхіти. Найбільшу групу коморбідних захворювань становили алергічний риніт, який зустрічався удвічі частіше у віковій групі 6–14 років (77,2%, $p < 0,05$) проти групи дітей до 5-річного віку, та аденοїдні вегетації різного ступеня, які частіше відмічалися до 5-річного віку (25%) проти (20,3%) дітей старшої вікової групи. Сезонність загострень бронхіальної астми в дітей, госпіталізованих до стаціонару, припадала на теплий період року і становила 64,7% (77).**Висновки.** Таким чином, отримані дані є підтвердженням важливої ролі обтяженого алергологічного анамнезу, інтра- і перинатальних факторів, наявності алергічного риніту у формуванні бронхіальної астми в дітей з екологічно несприятливого регіону.**Ключові слова:** бронхіальна астма, фактори ризику, діти.

Вступ

Бронхіальна астма (БА) залишається однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем сучасної педіатрії [3, 6, 12, 14]. Показники захворюваності на БА варіюють у різних країнах та популяціях і становлять від 1% до 18%. У дітей цей показник коливається в межах 5–10% у популяції і залежить від віко-статевих характеристик та має стійку тенденцію до зростання [11, 14, 16]. За даними офіційної статистики МОЗ України, за 2015 р. поширеність БА серед дітей становила 0,49%, що в 10 разів менше за світові дані. Це свідчить насамперед про проблему гіподіагностики цього захворювання в нашій країні [1, 3, 14].

Актуальність БА в дітей обумовлена також її суттєвим впливом на якість життя хворих, ранньою інвалідизацією дітей та значними економічними втратами [3, 4, 7, 13].

Погіршення екологічного стану довкілля і значне підвищення рівня сенсibiliзації призводять до зростання поширеності алергічної патології і респіраторних захворювань алергічного генезу як у дорослих, так і в дітей. За літературними даними, дебют БА відзначається у 50–60% дітей протягом перших 3 років життя і у 60–70% — до 6-річного віку [15, 10]. Саме цей віковий період є найтяжчим у верифікації діагнозу БА [8, 14, 15].

За визначенням, БА — це хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, яке супроводжується гіперреактивністю бронхів і повторними епізодами свистячого дихання (wheezing), ядухи, відчуттям стиснення в грудях і кашлем. Ключовим патогенетичним механізмом БА є розвиток запалення слизової оболонки бронхіального дерева, яке приводить до ремодулювання дихальних шляхів і розвивається дуже швидко — при персистуванні симптомів алергічного запалення протягом року, що пояснює необхідність раннього виявлення хворих і призначення протизапальної терапії. У зв'язку з цим діагностика БА в дітей раннього віку проводиться клінічно і базується на ретельній оцінці різноманітних симптомів, внутрішніх і зовнішніх факторів, а також на фізикальних даних [8].

Високим фактором ризику виникнення астми в дітей є наявність atopії, що характеризується як вроджена схильність до гіперпродукції загального і специфічного IgE та розвитком подальшої гіперчутливості до алергенів [2].

Якщо розглядати atopію з позиції поняття «алергічний марш», то алергічні хвороби є етапами розвитку

одного системного процесу [5]. Дітям віком до 2 років притаманні прояви харчової алергії й atopічного дерматиту, який у 30–50% випадків може передувати алергічним проявам із боку дихальних шляхів або поєднується з ними. У подальшому зростає роль інгаляційних алергенів із розвитком дерматореспіраторного синдрому, алергічного риніту з можливою наступною трансформацією в БА [10].

Бронхіальна астма та алергічний риніт часто поєднуються, і риніт є головним фактором ризику розвитку астми. Взаємозв'язок цих двох нозологій пояснюється єдиним морфологічним субстратом у верхніх і нижніх дихальних шляхах, загальними тригерами і патогенетичними механізмами, зокрема, розвитком алергічної реакції негайного типу, яка перебігає у дві фази — ранню і пізню. У реакції ранньої фази беруть участь тучні клітини (мастоцити) і базофіли, на яких фіксуються специфічні IgE антитіла. При приєднанні до цих антитіл відповідних алергенів із мастоцитів вивільняються медіатори запалення, які призводять до бронхоспазму, гіперсекреції слизу, посилення кровотоку в бронхах і збільшення проникності судин, як наслідок — розвивається набряк слизової оболонки та порушується функція легень [9].

Незважаючи на численні фундаментальні дослідження механізмів патогенезу, розробку нових ефективних лікарських препаратів, освіченість хворих та лікарів, створення спеціальних програм Всесвітньої організації охорони здоров'я, до теперішнього часу залишаються не до кінця з'ясованими питання ранньої діагностики та ефективного лікування. Дотепер залишається проблемою пізня та несвоєчасна діагностика БА в дітей, встановлення правильного діагнозу запізнюється на 5–6 років [13, 15].

Мета роботи — визначити клініко-анамнестичні особливості БА в дітей з екологічно несприятливого регіону.

Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих дітей з БА, які проходили лікування в дитячій міській лікарні м. Дніпродзержинськ.

Щорічно у стаціонарі дитячої лікарні проходять лікування до 3 тис. дітей, питома вага хворих із бронхолегеневою патологією коливається в межах 48–51%.

Проведено аналіз 125 медичних карт стаціонарних хворих дітей з БА. За даними медичних карт, організовані

Таблиця 1

Фактори ризику розвитку бронхіальної астми у хворих дітей, які проходили стаціонарне лікування, абс. (%)

Фактор ризику	I група n=40	II група n=79	III група n=6	Усього n=125
Атопія по лінії матері	7 (17,5)	8 (10,1)	0	15 (12,0)
Атопія по лінії батька	3 (7,5)	8 (10,1)	0	11 (8,8)
Атопія в роду	10 (25,0)	10 (12,7)	0	20 (16,0)
Інтра- і перинатальні фактори	10 (25,0) *	5 (6,3)	0	15 (12,0)
Гострі респіраторні захворювання	10 (25)	14 (17,7)	0	24 (19,2)
Обструктивний бронхіт	15 (37,5) *	16 (20,0)	0	31 (24,8)
Гострі респіраторні захворювання, обструктивний бронхіт	4 (10,0)	6 (7,6)	0	10 (8,0)
Атопічний дерматит	7 (17,5)	8 (10,1)	0	15 (12,0)
Алергічний риніт	15 (37,5) *,**	61 (77,2)	5(83,3)	81 (64,8)
Харчова алергія	3 (7,5)	4 (5,5)	0	7 (5,6)
Медикаментозна алергія	0	2 (2,5)	0	2 (1,6)
Захворювання шлунково-кишкового тракту	1 (2,5)	7 (8,9)	1(16,7)	9 (7,2)
Захворювання серцево-судинної системи	2 (5,0) **	6 (7,6) **	2(30,3)	10 (8,0)
Хронічний тонзиліт	2 (5,0)	7 (8,9)	0	9 (7,2)
Аденоїдні вегетації різного ступеня	10 (25,0)	16 (20,3)	0	26 (20,8)
Ендокринна патологія	0	3 (3,8)	0	3 (2,4)
Сенсибілізація до хатнього пилу	4 (10,0)	10 (12,7)	2(30,3)	16 (12,8)
Сенсибілізація до шерсті котів, собак	3 (7,5)	6 (7,6)	1(16,7)	10 (8,0)
Сенсибілізація до бур'янистих трав, тополиного пуху	7 (17,5)	20 (25,4)	2(30,3)	29 (23,2)

Примітки: * – статистично значущі відмінності між показниками I та II груп, $p < 0,05$; ** – статистично значущі відмінності з показниками III групи, $p < 0,05$.

діти становили 85,6% (107 осіб), а неорганізовані – 14,4% (18 осіб), із них 60,8% (76) хлопчиків та 39,2% (49) дівчаток.

Вікова структура дітей така: діти віком до 5 років становили 32% (40 дітей), від 6 до 14 років – 63,2% (79 осіб), від 15 до 18 років – 4,8% (6 підлітків).

Хворі діти, які проходили стаціонарне лікування, були розподілені на три групи залежно від віку: I групу становили діти молодшого віку (до 5 років), II групу – від 6 до 14 років, III групу – від 15 до 18 років. У цих дітей проаналізовано фактори ризику розвитку БА.

Проведено статистичний аналіз отриманих результатів. При виконанні основного завдання порівняння двох незалежних груп за однією ознакою використано методи непараметричної статистики (критерій χ^2 за Пірсоном, χ^2 з поправкою Єйтса). При порівнянні відносних частот у двох групах застосовано процедуру «Різниця між двома пропорціями». Величину рівня значущості (p) обрано рівною 0,05, що відповідає критеріям медико-біологічних досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті аналізу факторів ризику розвитку БА в дітей (табл. 1) встановлено, що обтяжений сімейний анамнез за критерієм наявності атопії був у 36,8% дітей з БА: по лінії матері – у 12% випадків; по лінії батька – у 8,8%; атопія в роду (у тітки, брата, бабусі, дідуся та ін.) – 16%. Атопія у I групі становила 50% проти 32,9% у II групі ($p > 0,05$). Із зазначених даних можна зробити висновок, що кожна друга дитина до 5 років та кожна третя дитина віком від 6 до 14 років, яка знаходилась на стаціонарному лікуванні з приводу БА, мала обтяжений алергологічний анамнез.

Інтра- і перинатальні фактори (гестози та анемія вагітних, внутрішньоутробна гіпоксія, передчасні та патологічні пологи, народження в асфіксії, перинатальне ураження центральної нервової системи) відмічались в 12% випадків, при цьому у I групі реєструвалися в кожній четвертій дитині ($p < 0,05$).

Атопічний дерматит до року частіше зустрічався у I групі і становив 17,5% проти 10,1% II групи ($p > 0,05$).

За даними анамнезу, у всіх пацієнтів (до встановлення діагнозу) гострі респіраторні захворювання спосте-

рігалися в 19,2% випадків, обструктивні бронхіти – у 24,8%, часті гострі респіраторні захворювання й обструктивні бронхіти – у 8%. Якщо розглянути ці фактори в розрізі груп, то у I групі значно частіше реєструвалися гострі респіраторні захворювання й обструктивні бронхіти (відповідно 25% і 37,1% проти 17,7% і 20% у II групі; $p < 0,05$).

Відсоток сенсибілізації у хворих дітей з БА до хатнього пилу та бур'янистих трав із віком збільшувався та становив: у I групі – 10% і 17,5%, у II групі – 12,7% і 25,4%, у III групі – 30,3% і 30,3%, але не мав статистичних відмінностей між групами ($p > 0,05$).

Харчова алергія реєструвалась у 5,6% випадках захворювань, і значної різниці у перших двох групах не було, медикаментозна – у 1,6%, була тільки зазначена у II групі – 2,5% ($p > 0,05$).

Із супутньої патології в дітей з БА реєструвалися алергічний риніт, хвороби шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, ендокринна патологія, хронічний тонзиліт, аденоїдні вегетації різного ступеня.

Алергічний риніт відмічався у 64,8%, при цьому у II групі хворих він зустрічався у 2 рази частіше і становив 77,2% проти 37,5% дітей I групи ($p < 0,05$).

Друге місце в структурі супутньої патології займала така нозологічна група, як аденоїдні вегетації різного ступеня (20,8%), при цьому в I групі вони реєструвалися у кожного четвертого, а у II групі – у кожного п'ятого пацієнта ($p > 0,05$).

Значно рідше із супутньої патології зустрічались хвороби серцево-судинної системи – 8%, шлунково-кишкового тракту – 7,2%, хронічний тонзиліт – 7,2%, ендокринна патологія – 2,4% ($p > 0,05$).

До стаціонару міської дитячої лікарні всі діти були направлені: дільничним педіатром – 48,8% (61); бригадою швидкої медичної допомоги – 23,2% (29); за переведенням із відділення інтенсивної терапії – 4% (5); за самозверненням – 24% (30).

Через малу чисельність III групи подальший аналіз проведено в перших двох групах.

Госпіталізація до стаціонару з 22 год. до 10 год. становила 35,2% (44 дитини), при цьому госпіталізація дітей

Таблиця 2

Доба загострення на час госпіталізації до стаціонару, абс. (%)

Вікова група	Доба захворювання			
	I доба	II доба	III доба	після III доби
I група, n=40	17 (42,5)	17 (42,5)	3 (7,5)	3 (7,5)
II група, n=79	23 (29,1)	22 (27,8)	9 (11,4)	25 (31,7)*

Примітка: * – статистично значущі відмінності між показниками I та II груп, p<0,05.

Таблиця 3

Сезонність загострень бронхіальної астми в дітей, госпіталізованих до стаціонару для проведення невідкладних заходів, абс. (%)

Вікова група	Місяць				
	I, II, XII	III, XI	IV, V	VI, VII, VIII	IX, X
I група, n=40	9 (22,5)	5 (12,5)	8 (20,0)	10 (25,0)	8 (20,0)
II група, n=79	16 (20,3)	12 (15,2)	17 (21,5)	18 (22,7)	16 (20,3)
Усього, n=119	25 (21,0)	17 (14,3)	25 (21,0)	28 (23,5)	24 (20,2)

з I групи у зазначений період була вищою і складала 42,5% (17 дітей) проти 34,2% (27 дітей) II групи.

За даними таблиці 2, у перші дві доби захворювання госпіталізувалася до стаціонару кожна третя дитина із загостренням БА, відсоток госпіталізованих I групи в перші дві доби становив по 42,5%, що значно вище проти II групи – відповідно 29,1% та 27,8%. Проте відсоток госпіталізованих після третьої доби захворювання у II групі значно зростає порівняно з I групою (p<0,05), що можна пояснити спробою корекції лікування в пацієнтів старшої вікової групи в амбулаторних умовах та пізнім зверненням.

Стан дітей при надходженні до стаціонару був тяжким та середнього ступеня тяжкості: у I групі – відповідно 20% (8) і 80% (32); у II групі – 11,4% (9) і 88,6% (70), (p>0,05).

При вивченні клінічних особливостей перебігу БА в госпіталізованих хворих встановлено, що всі пацієнти скаржилися на кашель (100%). При цьому сухий нав'язливий кашель відмічався в переважній кількості хворих I (87,5%) та II (83,6%) груп (p>0,05). Утруднене дихання зі свистом (wheezing) частіше виявлялося серед пацієнтів I групи – 97,5% проти 79,7% II групи (p<0,05). У кожного п'ятого хворого II групи спостерігалася підвищення температури тіла, у пацієнтів I групи температурна реакція відмічалася у 12,5% (p>0,05).

Невідкладна допомога проводилася відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної діагностики – «Бронхіальна астма у дітей», затвердженого наказом МОЗ України від 08.10.2013 р. № 868.

У результаті проведеного лікування позитивна динаміка в клінічній картині відмічалася на другу добу стаціонарного лікування в кожного другого пацієнта I групи та кожного третього пацієнта II групи. Зі стаціонару хворі виписувалися в задовільному стані та з поліпшенням, при цьому середній термін лікування в I групі становив 9,05 ліжко-дня проти 10,1 ліжко-дня в II групі.

За даними медичних карт стаціонарних хворих дітей з БА проаналізовано сезонність загострень у I та II вікових групах (табл. 3).

Сезонність загострень БА у дітей в обох групах припадала на теплий період року – період цвітіння (IV–X міся-

ці) – і становила 64,7% (77), що стало підтвердженням атопічної природи захворювання.

На думку дослідників, народження дитини у сезон цвітіння рослин сприяє розвитку атопічної форми БА [4, 17]. Отримані дані підтверджують цю гіпотезу і в м. Дніпродзержинськ – народжені діти в період цвітіння у I групі становили 65% (26), у II групі – 64,5% (51).

Для своєчасного встановлення діагнозу БА в дітей різних вікових груп необхідний ретельний збір анамнестичних даних з уточненням сімейного анамнезу про наявність алергопатології, наявності алергічного риніту, частоти й характеру перебігу респіраторної патології та інших клінічних проявів алергічних захворювань.

Висновки

На основі проведеного аналізу медичних карт стаціонарних хворих дітей БА, які проходили лікування в дитячій міській лікарні м. Дніпродзержинськ, визначено, що кожна друга дитина до 5 років та кожна третя дитина віком від 6 до 14 років мала обтяжений алергологічний анамнез. У віковій групі до 5 років інтра- і перинатальні фактори реєструвалися в кожній четвертій дитини та значно частіше в анамнезі спостерігалися обструктивні бронхіти. Найбільшу групу коморбідних захворювань становили алергічний риніт, який зустрічався у 2 рази частіше у віковій групі 6–14 років (77,2%, p<0,05) проти групи дітей до 5-річного віку, та аденондні вегетації різного ступеня, які частіше реєструвалися до 5-річного віку (25%) проти (20,3%) дітей старшої вікової групи. Сезонність загострень БА в дітей, госпіталізованих до стаціонару, припадала на теплий період року – період цвітіння (IV–X місяці) – і становила 64,7% (77), що стало підтвердженням атопічної природи захворювання.

Результати проведеного ретроспективного аналізу слід використовувати при вирішенні питань діагностики алергічної патології в дітей з екологічно несприятливих регіонів, при організації медичної допомоги хворим, а також при розробці заходів первинної та вторинної профілактики.

Перспективи досліджень полягають у постійному вивченні та аналізі факторів ризику розвитку БА в дітей в умовах антропогенного навантаження з метою раннього виявлення дітей груп ризику щодо формування та прогресування захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипкін Ю.Г. Вплив факторів навколишнього середовища на стан здоров'я дітей раннього віку / Ю.Г. Антипкін, Ю.Г. Резніченко, М.О. Ярцева // Перинатологія і педіатрія. — 2012. — № 1 (49). — С. 48—51.
2. Балаболкін І.І. Актуальні проблеми алергології дитячого віку на сучасному етапі / І.І. Балаболкін // Педіатрія. — 2012. — Т. 91, № 5. — С. 81—88.
3. Беш Л.В. Бронхіальна астма у дітей / Л.В. Беш // Здоров'я ребенка. — 2012. — № 8 (43). — С. 8—20.
4. Вибрані питання діагностики та лікування бронхіальної астми в дітей / Л.О. Безруков, О.К. Колосова, Л.А. Іванова [та ін.]. — Чернівці: Місто, 2011. — 203 с.
5. Воронцова І.М. Алергическая иммуноterapia у детей: сравнительный анализ подкожного и сублингвального методов введения аллергенов / И.М. Воронцова, Е.С.Коровкина // Педіатрія. — 2015. — № 4. — С. 158—163.
6. Геппе Н.А. Новые международные рекомендации по бронхиальной астме у детей PRACTALL / Н.А. Геппе, В.А. Ревякина // Атмосфера. Пульмонология и алергология. — 2008. — № 1. — С. 60—67.
7. Маркери запалення та апоптозу клітин індукованого мокротиння у дітей з бронхіальною астмою та рецидивуючим бронхітом / Ю.Г. Антипкін, В.Ф. Лапшин, Т.Р.Уманець [та ін.] // Журнал НАМН України. — 2015. — Т. 21, № 1. — С. 108—114.
8. Недельская С.Н. Диагностика бронхиальной астмы у детей раннего возраста: возможности, проблемные вопросы, дифференциальная диагностика / С.Н. Недельская, Д.А. Ярцева // Здоров'я дитини. — 2013. — № 2 (45). — С. 108—111.
9. Охотникова Е.Н. Бронхиальная астма и аллергический ринит у детей до 6 лет: особенности терапии коморбидной патологии / Е.Н. Охотникова, Е.В. Шарикадзе // Современная педіатрія. — 2015. — № 8 (72). — С. 110—116.
10. Охотникова Е.Н. Механизмы формирования и особенности течения аллергического марша у детей / Е.Н. Охотникова // Здоров'я України. — 2010. — № 1, квітень (тематичний номер). — С. 17—18.
11. Сучасна класифікація бронхіальної астми у дітей / Ю.Г. Антипкін, В.Ф. Лапшин, Т. Р. Уманець [та ін.] // Перинатологія і педіатрія. — 2011. — № 1 (45). — С. 8—11.
12. Уманець Т.Р. Клініко-анамнестичні особливості фенотипів бронхіальної астми у дітей / Т.Р. Уманець // Перинатологія і педіатрія. — 2011. — № 2 (46). — С. 69—71.
13. Уманець Т.Р. Фактори ризику формування бронхіальної астми у дітей / Т.Р. Уманець, В.Ф. Лапшин // Здоров'я України. — 2013. — Листопад. Тематичний номер. — С. 12—13.
14. Уманець Т.Р. Фенотипи формування бронхіальної астми у дітей дошкільного віку / Т.Р. Уманець // Астма і алергія. — 2012. — № 1. — С. 18—22.
15. Фактори ризику виникнення бронхіальної астми у дітей / В.П. Костроміна, О.О. Речкіна, К.О. Мельник [та ін.] // Астма і алергія. — 2013. — № 2. — С. 21—24.
16. Global strategy for asthma management and prevention (GINA 2011) [Electronic resource]. — Access mode : http://www.ginasthma.org/pdf/GINA_Report_2011.pdf. — Title from screen.
17. Ly N.P. Family history, environmental exposures in early life, and childhood asthma / N.P. Ly, J.C. Celedon // J. Allergy Clin. Immun. — 2007. — Vol. 120. — P. 271—272.

Клініко-анамнестичні особливості бронхіальної астми у дітей з екологічно небагатоприятного регіону Н.Г. Чумаченко

ГУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», г. Київ

Цель — определить клинико-анамнестические особенности бронхиальной астмы у детей с экологически неблагоприятного региона.

Пациенты и методы. Проанализировано 125 медицинских карт стационарных больных детей с бронхиальной астмой. Организованные дети составили 85,6% (107), неорганизованные — 14,4% (18), из них было 60,8% (76) мальчиков и 39,2% (49) девочек. Возрастная структура детей следующая: I группа — дети в возрасте до 5 лет составили 32% (40), II группа — от 6 до 14 лет — 63,2% (79), III группа — от 15 до 18 лет — 4,8% (6).

Результаты. Установлено, что каждый второй ребенок до 5 лет и каждый третий ребенок в возрасте от 6 до 14 лет имели отягощенный алергологический анамнез. В возрастной группе детей до 5 лет интра- и перинатальные факторы регистрировались у каждого четвертого ребенка и значительно чаще в анамнезе наблюдались обструктивные бронхиты. Наибольшую группу сопутствующих заболеваний составили алергический ринит, который встречался в 2 раза чаще в возрастной группе 6—14 лет (77,2%, $p < 0,05$) по сравнению с группой детей до 5-летнего возраста, и аденоидные вегетации разной степени, которые чаще отмечались до 5-летнего возраста (25%) против детей старшей возрастной группы (20,3%). Сезонность обострений бронхіальної астми у дітей, госпиталізованих на стаціонарне лічення, приходилась на теплий період року і становила 64,7% (77).

Выводы. Таким образом, полученные данные являются подтверждением важной роли отягощенного алергологического анамнеза, интра- и перинатальных факторов, наличия алергического ринита в формировании бронхіальної астми у дітей з екологічно небагатоприятного регіону.

Ключевые слова: бронхиальная астма, факторы риска, дети.

Clinical and anamnestic features of bronchial asthma in children from an ecologically unfavorable region

N.G. Chumachenko

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv

Purpose — to determinate clinical and anamnestic features of bronchial asthma for children from an ecologically unfavorable region.

Patients and methods. There were analyzed 125 medical records of stationary sick children with bronchial asthma. The organized children — 85.6% (107), not organized — 14.4% (18), from them 60.8% (76) boys and 39.2% (49) girls. The children age-structure was divided as follows: the I group — children under 5 years of age — 32% (40), the II group — from 6 to 14 — 63.2% (79), the III group — from 15 to 18 — 4.8% (6).

Results. It was found that every second child under 5 years old and every third child from 6 to 14 years had burdened allergic (allergological) anamnesis. In the age group of children under 5 years intra and perinatal factors were recorded in every fourth child and more often in the anamnesis were registered obstructive bronchitis. The largest group of concomitant diseases made an allergic rhinitis, which occurs more than twice often in the age-group of 6—14 years (77.2%; $p < 0.05$) compared to the group of children under 5 years of age and adenoid vegetation of varying degrees- were more frequent registered before the age of 5 against (25%) the children in the older age group (20.3%). The seasonal asthma exacerbation in children hospitalized on stationary treatment falls on the warm period of the year and amounts to 64.7% (77).

Conclusions. Thus, the received data are confirmation of the importance of the burdened allergic (allergological) anamnesis, intra- and perinatal factors, presence of allergic rhinitis in forming of bronchial asthma in children from an ecologically unfavorable region.

Key words: bronchial asthma, risk factors, children, ecology.

Сведения об авторах:

Чумаченко Нина Григорьевна — мл.н.с. отделения заболеваний органов дыхания и респираторных алергозов у детей ГУ «ИПАГ НАМН України».

Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. +38 (044) 489-56-54.

Статья поступила в редакцию 4.07.2016 г.