**УДК: 616.248-053.2**

**БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

*Кайбагорова Н.Н.*

*ГККП «Рудненская станция скорой медицинской помощи»*

В статье представлены сведения о бронхиальной астме у детей школьного возраста на догоспитальном этапе. У родственников больных детей выявлен высокий процент аллергических заболеваний. Первые проявления заболевания у детей чаще приходились на ранний возраст (1-3 года – 39%), тогда как диагноз бронхиальной астмы выставлен спустя 1,5-2 года. Провоцирующими факторами обструкции являлись: респираторно-вирусная инфекция, физическая нагрузка, отрицательные эмоции, аллергический компонент. Для детей школьного возраста характерны свои клинические особенности приступа бронхиальной астмы: вынужденное положение больных и рецидивы удушья после улучшения состояния.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, дети, школьный возраст, приступный период

**BRONCHIAL ASTHMA AT CHILDREN OF SCHOOL AGE AT THE PRE-HOSPITAL STAGE**

*Kajbagorova N.N.*

**Abstract** In article data on bronchial asthma at children of school age at a pre-hospital stage are presented. At relatives of sick children the high percent of allergic diseases is revealed. The first manifestations of a disease at children fell on early age (1-3 years – 39 %) whereas the diagnosis of bronchial asthma is exposed 1,5-2 later more often. Provoking factors of obstruction were: respiratory and virus infection, physical activity, negative emotions, allergic component. For children of school age the clinical features of an attack of bronchial asthma are characteristic: compelled position of patients and asthma recurrence after condition improvement.

**Key words:** bronchial asthma, children, school age, attack period

**МЕКТЕП ЖАС ШАМАСЫНЫҢ БАЛАЛАРЫНДА ГОСПИТАЛҒА ДЕЙIНГI КЕЗЕҢДЕГI ТЫНЫС ДЕМIКПЕСI**

*Н.Н.Кайбагорова*

Бапта мектеп жас шамасының балаларында госпиталға дейiнгi кезеңде тыныс демiкпесi туралы хабар-ошар елестеткен. Балалардың ауруларының бауырластарында аллергиялық ауруларды биiк пайыз айқындалған. Аурулар алғашқы әсер ету балаларда (1-3 жыл - 39%) ерте жас шамаларына жиiрек дәл келдi, тыныс демiкпесiнiң диагнозы сонда 1, 5-2 жылдан кейiн салынған. Обструкционизмдар арандататын факторлармен болып табылды: респиратор - вирустық инфекциясы, дене күш жүктеме, терiс эмоциялар, аллергиялық компонент. Тыныс демiкпесiнiң баса көктеуiн тән өз клиникалық ерекшелiктерiнiң мектеп жас шамасының балалары үшiн: аурулардың мәжбүр жағдайы және тұншықтырудың қайталанатындары күйдi жақсартудан кейiн.

**Негiзгi сөздер**: тыныс демiкпесi, балалар, мектеп жас шамасы, ұстамалы ауру тобы

Бронхиальная астма (БА) продолжает оставаться одной из сложнейших проблем современной медицины ввиду значительного распространения и повсеместно продолжающегося роста [1]. Как правило, начинаясь в детском возрасте, заболевание продолжает занимать лидирующие позиции среди хронической бронхолегочной патологии и в зрелом возрасте нередко становится причиной инвалидности [2]. По мнению Намазовой Л.С., тяжелые инвалидизирующие формы БА более характерны для возрастных групп от 10 до 17 лет (2011) [3]. Неуклонно растет смертность от БА, причем 80% смертей приходится именно на школьный возраст [4].

В целом в популяции детей, больных БА, школьный возраст составляет 36-40% [5]. Школьный возраст один из критических этапов в жизни человека, когда происходит гормональная перестройка и половое созревание ребенка, завершаются процессы миелинизации проводящих путей нервной системы, активно идет становление личности [6].

Благодаря последовательному внедрению программы (GINA), регламентирующей лечение БА у детей, все чаще у детей школьного возраста встречается более легкое течение заболевания, однако, именно у них с легкой БА могут развиваться тяжелые обострения и 30-40% госпитализаций педиатрами скорой медицинской помощи (СМП) приходится на долю пациентов с легкой формой [7]. Однако дети школьного возраста, трудно поддающиеся контролю, чаще госпитализируются с тяжелыми обострениями.

**Цель исследования -** установить клинико-анамнестические особенности течения приступного периода бронхиальной астмы у детей школьного возраста на догоспитальном этапе.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 100 больных детей бронхиальной астмой в приступном периоде, обратившихся за СМП, в возрасте от 7 до 15 лет, средний возраст - 10,9±0,14 лет, средний стаж болезни - 8,05±0,33 года. В половом аспекте преобладали мальчики – 69%.

Диагноз бронхиальной астмы и тяжесть течения установлены в соответствии с рекомендациями Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2008).

Анализ статистических данных осуществлялся с помощью программы «STATISTIKA 6.0» для Windows. Математическая обработка результатов исследований проводилась с использованием описательных статистик: вычислялась средняя арифметическая вариационного ряда (М), ошибка средней арифметической (±m), среднеквадратичного отклонения. Различия между средними величинами в сравниваемых группах считались достоверными при p<0,05.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ анамнестических данных выявил у родственников больных БА высокий процент аллергических заболеваний. Наследственная отягощенность по БА чаще встречалась по второй линии родства и среди лиц мужского пола (32%, р=0,0003). Из других проявлений аллергии у родственников встречались: пищевая аллергия (21%, р=0,0146), нейродермит (19%, р=0,0070), поллиноз (16%, р=0,0032). Соматические заболевания среди родственников чаще встречались в семьях детей БА: бронхиальная астма (66%, р=0,0001), болезни органов пищеварения (88%, р=0,0001), болезни костно-мышечной системы (79%, р=0,0046), онкологические заболевания (42%, р=0,0141), заболевания кожи (30%, р=0,0007).

В анамнезе заболевания выявлено, что в результате постановке аллергопроб в период ремиссии БА выявлены положительные реакции на бытовые аллергены (домашняя и библиотечная пыль) – 70%, шерсть животных – 63,3%, эпидермальные и пищевые – 53,3%, цветение деревьев и злаков – 26,6%, в 16,6% случаев пробы были отрицательные.

Первые проявления заболевания у детей чаще приходились на ранний возраст (до 1 года – 14%, 1-3 года – 39%), тогда как диагноз бронхиальной астмы выставлен спустя 1,5-2 года. Диагностике БА предшествовали повторные обструктивные бронхиты (от 2 до 5 раз в год). Провоцирующими факторами в раннем и дошкольном возрасте являлись респираторно–вирусная инфекция (86,3%), пищевая аллергия (15,1%), контакт с домашними животными (8,2%), в младшем школьном – вирусная инфекция (66,7%), физическая нагрузка (33,3%), аллергический компонент (25%). Впервые БА в возникла у 15 детей школьного возраста (11 мальчиков и 4 девочки).

Первые приступы заболевания в этой когорте детей совпадали со значимыми в жизни ребенка событиями (переход в новую школу - 4 подростков, развод родителей - 7, гибель близкого человека - 4). Провоцирующими факторами обструкции являлись: респираторно-вирусная инфекция (78%), физическая нагрузка (51%), отрицательные эмоции (42%), аллергический компонент (33%).

Клинический диагноз бронхиальной астмы выставлен врачами СМП: легкая персистирующая у 96% детей, легкая интермитирующая – 4%. Бронхиальная астма в «чистом» виде регистрировалась у 60 детей, в сочетании с аллергическим ринитом встречалась у 20, с атопическим дерматитом – 13, у 7 - присутствовали все три нозологические единицы.

Около половины детей школьного возраста (48%) обучались в гимназиях и лицеях. Каждый четвертый школьник с БА (23%) постоянно занимались в спортивной секции (плавание, фигурное катание, волейбол, футбол). Свободное время все дети проводили у компьютера (среднее время пребывания от 2 до 6 часов в день), мальчики предпочтение отдавали компьютерным играм, девочки - интернету.

Каждый четвертый школьник с БА являлся курильщиком (р=0,0461). Самый ранний возраст начала курения приходился на 9 лет (2 мальчика и 1 девочка). Табакокурение среди детей школьного возраста чаще встречалось в тех семьях, где курит один из родителей. Достоверно чаще табакокурение встречалось у матерей детей, больных БА (30%). Каждый шестой ребенок проживал в семье, где курят оба родителя (р=0,0479).

Отсутствие доверительных отношений больных БА с родителями и врачом обусловили низкий процент базисного лечения (31%). Собственный пикфлоуметр имели 79% детей, но периодически использовали его только в 24% случаев из 100. Дневник самоконтроля вели 7 человек. Плановое посещение пульмонолога осуществляли 27% детей, однако и эти дети рекомендуемое базисное лечение продолжали не более 1 месяца без должного контроля. Рекомендации врача использовать сальбутамол при начинающемся приступе многие дети (41 из 100) дополняли приемом препарата по собственному усмотрению.

Неумение отдифференцировать начинающийся приступ от неприятных ощущений другого происхождения, чаще ваготонической направленности (волнение, духота в помещении, нехватка воздуха, необъяснимая тревога, боли в сердце) обусловили прием β2-агонистов короткого действия у 14 детей в возрасте 7-11 лет и у 10 – 12-15 лет. С целью симуляции приступа препарат использовали дети 11-14 лет (боязнь вызова на уроке – 4, ссора родителей – 7, для пропуска школы – 3). Двое детей школьного возраста 14-15 лет считали, что сальбутамол устраняет изжогу.

Среднее физическое развитие отмечалось у 62% детей школьного возраста, ниже среднего – 22%, дисгармоничное развитие за счет избытка массы тела выявлено у 16% детей.

При клиническом осмотре в периоде ремиссии БА у 43% детей отмечалась бледность кожных покровов, у 23% – выраженный периорбитальный цианоз. Затруднение носового дыхания отмечалось в 47% случаев, из них у каждого второго – слизистое отделяемое. Сухие свистящие хрипы на выдохе регистрировались у 21 из 100 детей школьного возраста, во всех этих случаях проведенная ингаляция беродуалом была эффективна.

Систолический шум функционального характера на верхушке сердца у половины больных БА был обусловлен аномалией хордального аппарата, которая в половине случаев сочеталась с пролапсом митрального клапана I степени без нарушения гемодинамики. Чаще выявлялся у больных БА множественный кариес зубов (90%), что объясняется нарушением правил гигиены при использовании ингаляционных глюкокортикостероидов.

У детей БА диагностировались болезни нервной системы (64%), психические расстройства и расстройства поведения (51%), патология желудочно-кишечного тракта (63%), лямблиоза кишечника.

Семьи детей с БА характеризовались высоким образовательным уровнем родителей. Полную семью имели только 39% детей школьного возраста. В 27 семьях дети проживали с небиологическими родителями, с которыми не сложилось дружеских отношений.

У детей 7-11 лет в периоде предвестников встречались изменения поведения: беспокойство отмечали 57,3%, раздражительность - 31,2%, слабость - 31,2%, сонливость - 22,2% детей. Нарушение сна беспокоило 12,1% обследуемых, возбуждение отмечалось в 10,1% случаев. Угнетенного состояния, испуга, эйфории у данной группы детей не было. Вегетативные расстройства у большинства детей (28,7%) выражались в бледности кожных покровов (53,4%), тахикардии (7,7%). Покраснение лица было всего у 2,5% пациентов, головная боль – у 5,2% человек. Явления поллиноза в данный период беспокоили почти всех обследуемых детей данной группы. Так, ринит отмечали 82,2%, зуд в носу – 59,8%, першение в горле – 64,5% пациентов. Заложенность носа и чихание беспокоили соответственно 91,2% и 72,3% детей. Тяжесть и заложенность груди при незатрудненном вдохе и выдохе беспокоили 41,8% обследуемых.

У обследуемых детей БА (11-15 лет) период предвестников практически не наблюдался. У тех пациентов, которые ощущали данный период, клинические проявления носили характер поллиноза: наиболее часто отмечались першение в горле (22,3%), зуд в носу (21,2%) и ринит (19,2%). Заложенность носа отмечали 11,2% детей.

При астматическом приступе у детей встречалось возобновление удушья после улучшения состояния.

Таким образом, у родственников больных детей школьного возраста бронхиальной астмой выявлен высокий процент аллергических заболеваний. Первые проявления заболевания у детей чаще приходились на ранний возраст (1-3 года – 39%), тогда как диагноз бронхиальной астмы выставлен спустя 1,5-2 года. Провоцирующими факторами обструкции являлись: респираторно-вирусная инфекция, физическая нагрузка, отрицательные эмоции, аллергический компонент. Для детей школьного возраста характерны свои клинические особенности приступа бронхиальной астмы: вынужденное положение больных и рецидивы удушья после улучшения состояния.

**Список использованной литературы:**

1 Цыбулькин Э.К. Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 160 с.

2 Новик Г.А. Бронхиальная астма у детей. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. — СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2009. — 352 с.

3 Жуков В.Н. Эффективность оказания неотложной помощи детям с обострением бронхиальной астмы // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2006. № 2. С. 282.

4 Сависько А.А., Батюшин М.М., Лебеденко А.А., Семерник О.Е. Прогнозирование риска развития неконтролируемого течения бронхиальной астмы у детей // Фундаментальные исследования. 2011. № 6. С. 154-157.

5 Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» / Российское респираторное общество. – М.: Атмосфера, 2008. – 108 с.

6 Gagro A. Asthma in children // Acta Med Croatica. 2011;65(2):169-79.

7 Lindemeyer RG, Satpute NS, Katz SH. Evaluation of bronchial asthma as risk factor for early childhood caries // N Y State Dent J. 2011 Nov;77(6):18-21.