

ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

В.В. Кулагина¹, О.С. Козлова², Е.В. Сухова¹

¹ ЧУОА ВО «Медицинский университет Реавиз», г. Самара, Россия

² ФГБОУ ВО «Самарский ГМУ» Минздрава России, г. Самара, Россия

Цель работы: сравнительный анализ клинических проявлений и течения бронхиальной астмы у детей, проживающих в городской и сельской местности Самарской области.

Материалы и методы. Нами было проанализировано течение заболевания у 106 городских и 80 сельских детей с диагнозом бронхиальная астма (БА). Оценивались следующие данные: возраст дебюта астмы, степень тяжести и ее динамика, причины обострений и приступов, характер сенсibilизации и сопутствующая патология. Постановка кожных тестов проводилась с использованием серии бытовых, эпидермальных, грибковых и пыльцевых аллергенов. Статистическую обработку данных проводили при помощи пакета программ Statistica 7,0. Значимость различий между группами рассчитана с помощью критерия Манна-Уитни.

Результаты. У детей с БА, проживающих в сельских районах, легкое течение заболевания встречалось достоверно чаще, чем у городских детей: 82,5 и 54,8%, соответственно. Обострения БА с различной частотой встречались у всех городских пациентов, у 25,0% сельских детей за прошедший год обострений не было. У детей, проживающих в городе, на возникновение приступов БА достоверно чаще оказывают влияние физическая нагрузка, эмоции, резкие запахи и метеофакторы.

Заключение. Обострения БА у городских детей возникают достоверно чаще на фоне респираторных заболеваний по сравнению с сельскими детьми. Актуальной является профилактика респираторных заболеваний как триггеров обострений БА у городских детей. У городских детей достоверно чаще, чем у сельских детей, встречались аллергический ринит, пищевая аллергия и сенсibilизация к грибковым и бытовым аллергенам. У всех сельских детей выявлена неправильная техника ингаляции, у 10% детей не было базисной терапии, что требует увеличения времени приема для них.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, клиническое исследование, уровень контроля.

Peculiarities of bronchial asthma in children living in urban and rural areas of the Samara area

V.V. Kulagina¹, O.S. Kozlova², E.V. Sukhova¹

¹ Private institution educational organization of higher education «Medical University Reaviz», Samara, Russia

² State Medical University, Ministry of Health of Russia, Samara, Russia

To conduct a comparative analysis of the course of bronchial asthma in children in urban and rural areas of the Samara region.

Materials and methods. We analyzed the course of the disease in 106 urban and 80 rural children with a diagnosis of bronchial asthma. The following data were evaluated: the age of asthma debut, the severity and its dynamics, the causes of exacerbations and seizures, the nature of sensitization and comorbidities. The formulation of skin tests was performed using a series of household, epidermal, fungal and pollen allergens. Statistical data processing was performed using the Statistica 7,0 software package. The significance of differences between groups was calculated using the Mann-Whitney test.

Results. Children with asthma living in rural areas had a mild course of the disease significantly more often than urban children: 82.5% and 54.8%, respectively. Exacerbations of asthma with varying frequency occurred in all urban patients, 25.0% of rural children had no exacerbations over the past year. In children of the city, physical stress, emotions, strong odors and meteorological factors reliably influence the occurrence of asthma attacks.

The conclusion. Exacerbations of asthma in children in the city occur significantly more frequently against the background of respiratory diseases as compared to rural children. The prevention of respiratory diseases as triggers of exacerbations of asthma in urban children is relevant. In urban children, allergic rhinitis, food allergies and sensitization to fungal and household allergens were significantly more common than in rural children. All rural children had an inappropriate inhalation technique, 10% of children did not have basic therapy, which requires an increase in the time of admission for them.

Keywords: asthma, children, clinical trial, level of control.

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма (БА) занимает ведущее место в структуре хронических бронхолегочных заболеваний у детей [1, 2].

Распространенность респираторных аллергических заболеваний, таких как БА, увеличивается среди детского населения, что является серьезной проблемой для системы здравоохранения и экономики страны [3].

Наиболее надежные и сравнимые данные о распространенности аллергической патологии во многих странах мира были получены благодаря общепринятой международной программе ISAAC (International Study Asthma and Allergies in Childhood), являющейся в настоящее время мировым стандартом эпидемиологического изучения БА и других аллергических заболеваний у детей. Так, распространенность БА в России по результатам исследований II фазы ISAAC составила в среднем у подростков 13–14 лет 5,3%, у первоклассников 7–8 лет – 4,7% [4].

Несоответствие между распространенностью БА среди детской популяции в РФ и реальным числом диагностированных больных может стать причиной неадекватной и отсроченной антиастматической терапии [5]. Несвоевременная диагностика БА ведет к усугублению ее тяжести и лишает ребенка адекватной терапии.

БА – чрезвычайно гетерогенное заболевание с множеством различных клинико-патогенетических вариантов течения [6, 7].

Варианты течения БА зависят от взаимодействия генетической составляющей и факторов окружающей среды, формирующих в итоге фенотипические особенности БА в зависимости от возраста, сроков дебюта и вариабельности аллергического воспалительного процесса в бронхах.

Сенсибилизация к ингаляционным аллергенам также влияет на тяжесть течения заболевания и обострения астмы [8]. Нет достаточных доказательств, что домашние животные являются фактором риска заболевания или имеют защитный эффект. Показана более низкая распространенность астмы среди детей, живущих на фермах, однако не идентифицировано никаких специфических причин, которые дают защитный эффект [9, 10].

Поэтому и получены противоречивые результаты в отношении распространенности симптомов и

степени тяжести у детей с БА в городской и сельской местности. В некоторых исследованиях показана меньшая частота заболевания в городе, в других – на селе, что требует при сопоставлении показателей учитывать место проживания детей, возможные экологические проблемы региона [2].

Так, по данным Н.А. Арестовой, в г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области в структурной характеристике БА у детей преобладали легкие формы заболевания; среднетяжелые и тяжелые формы БА встречались в городском районе в 2,5 раза, а в сельском в 4 раза реже по сравнению с легким течением заболевания [11].

Исследования, проведенные в Забайкалье, выявили, что в структуре тяжести БА у сельских подростков преобладали легкие формы заболевания [12].

Результаты изучения распространенности БА и симптомов её клинических проявлений у школьников г. Владимира и области с использованием адаптированной программы международного изучения распространенности аллергических заболеваний ISAAC выявили, что у школьников города в 1,8 раза чаще регистрируется легкое течение заболевания [13]. У сельских детей, проживающих в Дагестане, БА протекала более тяжело [14].

Интересными представляются и зарубежные публикации по данной теме. Так, анкетирование, проведенное в Польше, выявило заметно более высокую распространенность аллергических состояний у городского населения. Респонденты из крупных городов, особенно дети в возрасте 6–7 и 13–14 лет, имели заметно более высокий риск развития БА [15].

Рядом австралийских авторов были изучены тенденции госпитализации при астме в период с 2010 по 2015 год среди сельских и городских австралийцев. В результате была выявлена более высокая заболеваемость БА в городских районах по сравнению с сельской местностью [16].

По данным канадских авторов, перекрестное исследование по распространенности БА в городской и сельской местности выявило, что распространенность БА в сельской местности, как правило, ниже. Но, несмотря на это, распространенность и риск возникновения одышки и наличия более 3 эпизодов одышки в течение последних 12 месяцев среди тех, кто сообщал об астме, были выше в сельских районах [17].

Недавние исследования американских ученых показали, что распространенность БА среди детей и подростков в сельских районах очень похожа на городскую и более тесно связана с социально-экономическими факторами и факторами окружающей среды, чем с географическим положением и плотностью населения. Кроме того, существуют серьезные препятствия на пути оказания надлежащей помощи при астме, которые зачастую являются более серьезными для тех, кто живет в сельской местности, включая страховой статус, отсутствие первичной медицинской помощи, специалистов по заболеваниям легких и дефицит знаний как среди пациентов, так и среди врачей [18].

В связи с этим актуальным является изучение региональных особенностей течения БА у детей, проживающих в городских и сельских районах, так как в ведении пациентов с БА необходимо учитывать место проживания и те ингаляционные ирригаторы и аллергены, которые являются причинно-значимыми в развитии обострения у конкретного ребенка.

Целью исследования был сравнительный анализ клинических проявлений и течения бронхиальной астмы у детей, проживающих в городских и сельских местностях Самарской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было проанализировано течение БА у 106 городских и 80 сельских детей в возрасте от 3 до 17 лет, проживающих в городах и селах Самарской области. Диагноз «бронхиальная астма» был установлен в соответствии с критериями, изложенными в Национальных клинических рекомендациях [2]. Оценивались следующие данные: возраст дебюта астмы, степень тяжести и ее динамика, причины обострений и приступов, характер сенсibilизации и сопутствующая патология. Постановка кожных тестов (скарификационное тестирование) проводилась со стандартным набором водно-солевых экстрактов аллергенов, содержащих 10000 PNU в 1 мл раствора. Использовались серии быто-

вых, эпидермальных, грибковых аллергенов (производства ГУ НИИВС им. И.И. Мечникова РАН, г. Москва, Россия), а также пыльцевых аллергенов (производства НПО «Аллерген», г. Ставрополь, Россия). Статистическую обработку данных проводили при помощи пакета программ Statistica 7,0. Значимость различий между группами рассчитана с помощью критерия Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Были проанализированы данные течения заболевания у 186 детей с диагнозом БА: 106 городских детей – 75 мальчиков и 31 девочка (70,8 и 29,2% соответственно) и 80 сельских детей – 52 мальчика и 28 девочек (65,0 и 35,0% соответственно). Среди пациентов, страдающих БА, преобладали мальчики как среди городских, так и среди сельских жителей. Средний возраст дебюта БА у городских детей составил $5,4 \pm 2,36$ лет, у сельских детей – $7,8 \pm 1,34$ лет, различия статистически недостоверны.

Структура тяжести течения БА у детей представлена в таблице 1.

Среди детей с БА, проживающих в сельских районах, преобладали пациенты с легким течением болезни – 82,5%, среди городских детей с БА легкое течение отмечено у 54,8%, различия статистически достоверны ($p < 0,05$). У 39,6% городских детей БА имела среднетяжелое течение, что достоверно выше подобного показателя у детей из сельской местности ($p < 0,05$). Тяжелое течение БА достоверно чаще встречалось у 5,6% городских детей, у сельских детей этот показатель составил 2,5% ($p < 0,05$). Таким образом, полученные данные наглядно свидетельствуют о более легком течении БА у детей, проживающих в сельских районах.

При анализе течения БА было выявлено, что у 14 (13,2%) городских детей и 12 сельских детей (15%) вследствие регулярной базисной терапии, а также лечения сопутствующей патологии ЛОР-органов, в динамике отмечено более легкое течение астмы. У 8 городских детей (7,5%) выявлено утя-

Сведения об авторах:

Кулагина Вера Викторовна – к.м.н., доцент кафедры клинической медицины ЧУОА ВО «Медицинский университет Реавиз», 443001, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 227, e-mail: vvkam@mail.ru.

Козлова Ольга Сергеевна – к.м.н., доцент кафедры общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии ФГБОУ ВО «Самарский ГМУ» Минздрава России, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89.

Сухова Елена Викторовна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой клинической медицины ЧУОА ВО «Медицинский университет Реавиз», 443001, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 227.

Таблица 1. Сравнительная структура степени тяжести детей с БА, проживающих в городских и сельских населенных пунктах

Тип населенного пункта	Число детей с легким течением БА	Число детей со средне-тяжелым течением БА	Число детей с тяжелым течением БА
Город	58 (54,8%)	42 (39,6%)	6 (5,6%)
Село	66 (82,5%)	12 (15%)	2 (2,5%)

желение течения БА из-за нерегулярного применения базисной терапии, а также наличия грибковой сенсibilизации.

При анализе причин обострения БА выявлены следующие особенности (таблица 2). Причина обострения БА у городских детей почти в половине случаев – только респираторные инфекции, у сельских детей – в 35,0% случаев. Также среди детей города (43,4% пациентов) обострение БА чаще было на фоне и респираторных инфекций, и поллиноза, у сельских детей реже – в 30,0% случаев. Частота обострений заболевания только на фоне поллиноза у детей, проживающих в городе и селе, практически не отличалось (9,4 и 10% соответственно). При этом у 20 сельских детей (25,0%) за прошедший год обострений не было.

Бронхиальная гиперреактивность является характерным признаком БА и определяется как уменьшение проходимости дыхательных путей в ответ на специфические стимулы [2].

Эпизоды бронхиальной гиперреактивности были вызваны физической нагрузкой у 87 городских детей (82,1%) и у 50 сельских детей (62,5%), различия статистически достоверны ($p < 0,05$). Приступы БА на фоне эмоционального напряжения отмечены у 34 детей, проживающих в городе (32,1%), против 12,5% у сельских детей ($p < 0,05$). Резкие запахи провоцировали бронхоспазм только у детей, проживающих в городе (10,3%). На изменение метеоусловий реагировали 19 городских детей (17,9%) и 10 детей, проживающих в сельской местности (12,5%). Таким образом, у детей с БА,

проживающих в городских условиях, проявления бронхиальной гиперреактивности встречаются достоверно чаще.

При анализе сопутствующей аллергической патологии у детей, страдающих БА, выявлено достоверное преобладание основных аллергических заболеваний у пациентов, проживающих в городах области. Так, аллергический ринит был диагностирован у 77,8% городских детей и у 35,0% сельских пациентов – различия статистически достоверны ($p < 0,05$), проявления поллиноза отмечены у 38,7 и 25,0% детей соответственно. Атопический дерматит встречался у 10,4% городских и 5,0% сельских детей с БА. Лекарственная аллергия была выявлена только у 4,5% городских детей. Пищевая аллергия достоверно чаще встречалась у городских детей по сравнению с сельскими – в 30,2 и 5,0% случаев соответственно ($p < 0,05$).

Также нами был проанализирован характер сенсibilизации у городских и сельских детей с БА (таблица 3), который также выявил достоверные различия по частоте и спектру. Так, у городских детей сенсibilизация к бытовым аллергенам была выявлена в 81,1% случаев и только в 30,0% у сельских детей, различия статистически достоверны ($p < 0,05$). Сенсibilизация к грибковым аллергенам у городских детей была выявлена в 11,3% случаев и в 3,0% случаев у детей сельской местности, различия статистически достоверны ($p < 0,05$), сенсibilизация к эпидермальным аллергенам была выявлена в 26,4 и 15% случаев соответственно.

Таблица 2. Причины обострений БА у детей, проживающих в городе и селе

Причина обострений БА	Число городских детей	Число сельских детей
Респираторные инфекции	50 (47,2%)	28 (35,0%)
Поллиноз	10 (9,4%)	8 (10%)
Респираторные инфекции и поллиноз	46 (43,4%)	24 (30%)
Отсутствие обострений	–	20 (25%)

Таблица 3. Характер сенсибилизации у городских и сельских детей с БА (%)

Показатель	Грибковые аллергены	Сорные травы	Злаки	Пыльца деревьев	Эпидермальные аллергены	Бытовые аллергены
Город	11,3*	22,6	16,98*	33,0	26,4	81,1*
Село	3,0	25,0	35,0	40,0	15	30,0

Примечания: 1. Значимость различий между группами рассчитана с помощью критерия Манна-Уитни.

2. *Статистически значимые различия между группами при ($p < 0,05$).

Сенсибилизация к пыльцевым аллергенам представлена следующим образом: к сорным травам и пыльце деревьев практически одинакова у городских и сельских детей, к злаковым травам достоверно чаще встречалась у детей из сельской местности ($p < 0,05$).

Анализ сопутствующей соматической патологии показал преобладание неатопических заболеваний у городских детей с БА – вегетососудистая дистония была выявлена у 10,4% детей, и ни у одного ребенка сельской местности, патология ЛОР-органов – у 35,8 и 15,0% соответственно, различия статистически достоверны ($p < 0,05$). Патология желудочно-кишечного тракта выявлена у городских детей в 5,6% случаев и ни у одного ребенка сельской местности, экзогенно-конституциональное ожирение – в 4,7 и 1,0%, соответственно, курение в 4,7% случаев и ни у одного ребенка сельской местности.

У сельских детей был выявлен ряд особенностей приверженности терапии: только 2 ребенка из 10 выполняют все врачебные рекомендации, у всех детей выявлена неправильная техника ингаляции, 10% детей не получали регулярной базисной терапии, только β_2 -агонисты короткого действия по требованию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В проведенном исследовании приняли участие 186 детей с диагнозом БА. Средний возраст постановки диагноза БА у городских и сельских детей статистически не отличался ($5,4 \pm 2,36$ лет и $7,8 \pm 1,34$ лет соответственно).

Среди всех обследованных больных 66,7% приходится на долю детей с легкой астмой, причем легкое течение БА достоверно чаще преобладало у детей сельской местности.

Среди немногочисленных пациентов с тяжелым течением заболевания преобладали дети, проживающие в городе (5,6%).

Обострения БА с различной частотой встречались у всех городских пациентов. У 25,0% сельских детей за прошедший год обострений не было. Обострения БА у детей города возникают достоверно чаще на фоне респираторных заболеваний, в том числе при их сочетании с обострением поллиноза по сравнению с сельскими детьми: 90,6 и 65,0% соответственно. В связи с этим актуальной является профилактика респираторных заболеваний как триггеров развития обострений у детей с БА, проживающих в городских условиях.

У городских детей достоверно чаще, чем у сельских детей, была выявлена сенсибилизация к грибковым и бытовым аллергенам. Отличалась структура пыльцевой сенсибилизации.

У детей города эпизоды бронхиальной гиперреактивности возникают достоверно чаще при физической нагрузке, на фоне эмоций, при вдыхании резких запахов и на фоне изменения метеоусловий, чем у сельских детей.

У городских детей достоверно чаще, чем у сельских детей, встречалась вегетососудистая дистония, патология ЛОР-органов, в том числе аллергический ринит и пищевая аллергия. Лекарственная аллергия не была диагностирована ни у одного ребенка сельской местности.

У сельских детей было выявлено ряд особенностей, связанных с выполнением плана лечения: только 2 ребенка из 10 выполняют все врачебные рекомендации, у 100% детей выявлена неправильная техника ингаляции. У 10% детей не было регулярной базисной терапии, только β_2 -агонисты короткого действия по требованию, что, несомненно, требует увеличения времени приема пульмонолога для сельских детей. Также особое внимание следует уделять детям со среднетяжелым течением астмы, у которых чаще наблюдается неконтролируемое течение заболевания.

В процессе динамического наблюдения за детьми было выявлено, что у сельских детей в 15% слу-

чаев благодаря пересмотру базисной терапии и регулярному ее применению, а также лечению сопутствующей патологии ЛОР-органов, отмечено более легкое течение астмы. У 7,5% городских детей выявлено более тяжелое течение астмы из-за нерегулярного применения базисной терапии, а также наличия грибковой сенсибилизации, у 13,2% детей отмечено более легкое течение астмы.

Таким образом, в настоящее время по-прежнему остается актуальным персонализированный подход к ведению пациентов с БА. Необходимо учитывать место проживания детей, а также делать акцент на пропаганду здорового образа жизни, профилактику респираторных инфекций, санацию очагов инфекции ЛОР-органов, рациональную организацию быта с исключением ингаляционных раздражителей и контактов с аллергенами, соблюдение врачебных рекомендаций по терапии БА.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Pocket guide for asthma management and prevention (for Adults and Children Older than 5 Years) Global initiative for asthma. A pocket guide for health professionals updated 2019.* <http://www.ginasthma.org>. P. 36.
2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 5-е изд., испр. и доп. М: Оригинал-макет, 2017. С. 160.
3. *Changes in the prevalence of asthma, eczema and hay fever in pre-pubertal children: a 40-year perspective* / G. McNeill, N. Tagiyeva, L. Aucott et al. // *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* 2009. Vol. 23, № 6, P. 506–512.
4. Батожаргалова Б.Ц., Мизерницкий Ю.Л., Подольная М.А. Метаанализ распространенности астмоподобных симптомов и бронхиальной астмы в России (по результатам программы ISAAC) // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* 2016. № 4. С. 59–69.
5. *Диагностика и терапия бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста. Место небулизированных ингаляционных глюкокортикостероидов в терапии бронхиальной астмы и крупа* / Консенсус по результатам совета экспертов Педиатрического респираторного общества / Н.А. Генне, Н.Г. Колосова, О.В. Зайцева и др. // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* 2018. Т. 63. № 3. С. 124–132.
6. Сизякина Л.П., Чурюкина Э.В. Клинико-иммунологическая характеристика фенотипа бронхиальной астмы с синдромом вторичной иммунной недостаточности // *Российский аллергологический журнал.* 2015. № 2. С. 11–14.
7. *Клинико-иммунологические особенности фенотипа бронхиальной астмы с ожирением у детей* / Э.В. Чурюкина, А.А. Лебеденко, Г.А. Галкина и др. // *Аллергология и иммунология в педиатрии.* 2018. № 3 (54). С. 14–20.
8. *The effect of atopy on asthma severity and asthma control in children with asthma* / F. Yavuzylmaz, S. Ozdogan, A. Kaya et al. // *S.E.E.A.H. Tip Bulteni.* 2017. Vol. 51, № 1. P. 56–62.
9. *What can we learn about asthma and allergy from the follow-up of the RHINE and the ECRHS studies?* / E. Omenaas, C. Svanes, C. Janson et al. // *Clin. Respir. J.* 2008. Vol. 2. (Suppl. 1). P. 45–52.
10. Генне Н.А. Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей // *Педиатрия.* 2012. Т. 91. № 3. С. 76–82.
11. Арестова Н.А. Распространенность и факторы риска формирования бронхиальной астмы у детей на примере Санкт-Петербурга и Ленинградской области: автореф. дис. канд. мед. наук. Спб., 2009. 21 с.
12. Батожаргалова Б.Ц., Мизерницкий Ю.Л. Бронхиальная астма у подростков в сельской местности Забайкальского края: динамика распространенности и гендерные различия // *Тихоокеанский медицинский журнал.* 2011. № 2. С. 66–68.
13. Рыжова Е.Г. Клинико-эпидемиологический мониторинг бронхиальной астмы у детей и альтернативные подходы к вопросу лечения, реабилитации, профилактики: дис. д-ра мед. наук. М., 2005. 271 с.
14. Далхаева М.Т. Эколого-эпидемиологические особенности бронхиальной астмы в городах и сельской местности Дагестана в возрастном аспекте: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2016. 20 с.
15. *Allergies in urban versus countryside settings in Poland as part of the Epidemiology of the Allergic Diseases in Poland (ECAP) study – challenge the early differential diagnosis* / E. Krzych-Falta, K. Furma czyk, B. Piekarska et al. // *Advances in Dermatology and Allergology.* 2016. Vol. 5. P. 359–368.

16. Asthma hospitalisation trends from 2010 to 2015: variation among rural and metropolitan Australians / D. Terry, S. Robins, S. Gardiner et al. // *BMC Public Health*. 2017. Vol. 17. P. 723.
17. Childhood asthma, asthma severity indicators, and related conditions along an urban-rural gradient: a cross-sectional study / J. Lawson, D. Rennie, D. Cockcroft et al. // *BMC Pulmonary Medicine*. 2017. Vol. 17. P. 4.
18. Rural Asthma: Current Understanding of Prevalence, Patterns, and Interventions for Children and Adolescents / R. Estrada, D. Ownby. // *Curr. Allergy Asthma Rep.* 2017, June. Vol. 17, № 6. P. 37. ■

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ЧАСТЫЕ И ДЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ

Р.Ф. Махмутов¹, Т.Ф. Голубова², А.И. Бобровицкая¹, В.Г. Воробьева³, Н.В. Юринок¹, Л.А. Захарова¹

¹ ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, Донецкая народная республика

² ГБУЗРК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, Россия

³ НИИ медицинских проблем семьи МЗ ДНР, г. Донецк, Донецкая народная республика

Изучены некоторые клинико-лабораторные особенности у 110 часто и длительно болеющих детей (ЧБД) в возрасте от 1 года до 17 лет включительно. Число детей первых трех лет жизни – 13 (11,8%), дошкольного возраста – 41 (37,2%), младшего школьного возраста – 36 (32,7%), старшего школьного возраста – 20 (18,3%). Половой состав детей характеризовался преобладанием детей мужского пола 68 (61,8%). В зависимости от особенностей клинических проявлений болезни, основную группу составили 78 (70,9%) часто и длительно болеющих детей с мононуклеозоподобным синдромом; в группу сравнения вошли 32 пациента (29,1%) аналогичного возраста с частыми и рецидивирующими болезнями без мононуклеозоподобного синдрома.

Установлено, что формированию частых и длительных заболеваний с мононуклеозоподобным синдромом у детей способствуют особенности преморбидного фона: нарушение осанки – 62 пациента (79,4%), гипертрофия небных миндалин – 51 (65,4%), аденоидные вегетации – 28 (35,8%) и сопутствующие болезни: астено-невротический синдром – 77 (98,7%), вегетососудистая дисфункция – 19 (24,3%), атопический дерматит – 18 (23,0%), диспластическая кардиопатия вторичного генеза – 17 (21,7%). Высокая частота встречаемости синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани у 17 (21,7%) часто и длительно болеющих детей и особенности микробиоза ротоглотки predisposing к развитию в небных миндалинах воспалительного процесса различной этиологии и формированию хронического очага инфекции с мононуклеозоподобным синдромом.

Ключевые слова: часто и длительно болеющие дети, мононуклеозоподобный синдром, клинические особенности, микробиоценоз.

Some clinical and laboratory peculiarities in children having private and long disease with monounklosophode syndrome

R.F. Makhmutov¹, T.F. Golubova², A.I. Bobrovitskaya¹, V.G. Vorobyeva³, N.V. Yurinok¹, L.A. Zakharova¹

¹ Donetsk National Medical University. M. Gorky, Donetsk, DPR

² State Scientific and Research Institute of Children's Balneology, Physiotherapy and Medical Rehabilitation, Evpatoria, Russia

³ Research Institute of Medical Problems of the Family of the Ministry of Health DPR, Donetsk, DPR

Some clinical and laboratory features of 110 often and long-term ill children (FBD) aged 1 year to 17 years, inclusive, have been studied. Children of the first 3 years of life amounted to 13 (11.8%), preschool age – 41 (37.2%),