

УДК 616.248 – 053.5+616.3

Войтенкова Ольга Валентиновна, кандидат медицинских наук, доцент

доцент кафедры пропедевтики детских болезней

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России

Россия, г. Смоленск

Донцова Аделина Александровна

студент

4 курс, педиатрический факультет

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России

Россия, г. Смоленск

**ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОРАЖЕНИЙ
ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Аннотация: Проведен анализ частоты и характера патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей, с бронхиальной астмой по результатам комплексного клинико-инструментального обследования. Для своевременной диагностики заболеваний желудочно – кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой необходимы тщательный сбор анамнеза и проведение инструментального обследования органов пищеварения. Установлены факторы риска развития поражений пищеварительной системы у детей, страдающих бронхиальной астмой.

Ключевые слова: бронхиальная, дети, желудочно-кишечный тракт

The analysis of the frequency and character of pathology of the upper digestive tract in children with bronchial asthma based on the results of a comprehensive clinical and instrumental examination was carried out. For timely diagnosis of diseases of the gastrointestinal tract in children with bronchial asthma, it is necessary to carefully collect anamnesis and conduct an instrumental examination of the digestive organs. Risk factors for developing digestive system lesions in children with bronchial asthma have been established.

Keywords: *bronchial asthma, children, digestive tract, risk factors, diagnostics.*

Актуальность. В настоящее время одной из актуальных проблем в педиатрии как у нас в стране, так и во всём мире является рост числа аллергических заболеваний. Это явление связано с влиянием различных факторов: неблагоприятным состоянием экологии; повышенным потреблением высокоаллергенных продуктов, консервантов населением, особенно матерью во время беременности и кормления грудью; ростом патологии пищеварительной системы у детей. Среди аллергических заболеваний у детей высокий удельный вес занимает бронхиальная астма (БА) [4-8]. Следует отметить, что аллергический процесс у ребёнка с атопией не ограничивается только проявлениями со стороны органов дыхания, а часто выливается в так называемый, «атопический марш» [5]. В настоящее время одним из наиболее часто встречающихся вариантов является сочетание поражений бронхолегочной и пищеварительной систем. Для профилактики развития заболеваний ЖКТ необходимо выявить факторы риска, способствующие возникновению гастроэнтерологических заболеваний у детей с БА.

Цель исследования: изучение клинико-функциональных особенностей патологии пищеварительной системы у детей и подростков с бронхиальной астмой в целях выявления факторов риска, способствующих возникновению гастроэнтерологических заболеваний.

Задачи:

1. Установить клинико-функциональные особенности нарушений желудочно-кишечного тракта у детей, с бронхиальной астмой.
2. Выделить факторы риска развития патологии пищеварительной системы у детей с бронхиальной астмой.
3. Определить ведущие этиологические факторы развития сопутствующей гастродуоденальной патологии у детей, с бронхиальной астмой.

Пациенты и методы исследования.

Всего обследовано 187 детей в возрасте от 7 до 18 лет. Основную группу составили 107 детей, с БА, группу сравнения - 80 детей без БА с патологией желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит, гастродуоденит,

функциональная диспепсия, язвенная болезнь 12-перстной кишки. Распределение детей основной группы по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение детей основной группы по возрасту и полу.

Пол \ Возраст	Мальчики		Девочки		Всего	
	n	%	n	%	n	%
7-11 лет	24	22,4	5	4,7	29	27,1
12-14	27	25,2	11	10,3	38	35,5
15-18 лет	33	30,9	7	6,5	40	37,4
Всего	84	78,5	23	21,5	107	100

В обеих группах преобладали дети старшего школьного возраста (12-18 лет).

Диагноз бронхиальной астмы был выставлен на основании данных анамнеза, клинической симптоматики, исследования функциональных показателей дыхания. У большинства обследованных пациентов была диагностирована бронхиальная астма легкой степени тяжести - 68,2%, достоверно реже ($p < 0,05$) среднетяжелая (21,5%) и тяжелая форма (10,3%). Всем пациентам проведено комплексное клиничко-инструментальное исследование желудочно-кишечного тракта: УЗИ органов брюшной полости, ЭФГДС с прицельной биопсией, интрагастральная рН-метрия, ИФА к антигенам *H.pylori*.

Результаты и их обсуждение. При изучении факторов риска установлено, что у детей с бронхиальной астмой большую роль в патогенезе заболевания играет отягощенная наследственность, как по аллергии, так и по заболеваниям гастроэнтероанальной зоны, особенно при их сочетании по материнской и отцовской линии (табл.2).

Таблица 2. Характер наследственности у детей с бронхиальной астмой.

Число наблюдений	по линии отца, n		по линии матери, n	
	n	%	n	%
Заболевания				
Аллергические	38	50	44	46,3
Гастроэнтерологические	23	30,3	20	21,1
Аллергические и гастроэнтерологические	15	19,7	31	32,6
Всего:	76	100	95	100

Важное значение в формировании атопии придается неблагоприятному течению антенатального периода. По данным акушерского анамнеза, в основной группе только у 12 (11,2%) матерей, а в группе сравнения - у 18 (22,5%) беременность протекала физиологически. При патологическом течении беременности и родов, как в основной группе, так и в группе сравнения преобладали: гестозы (39% и 42%, соответственно), угроза прерывания беременности (24,2% и 27,4%, соответственно) и родоразрешение путем кесарева сечения (10,5% и 12,9%, соответственно). Кроме того, у матерей во время беременности и кормления грудью, часто отмечались те или иные проявления аллергии, которые коррелировали с частотой атопии в виде поражения кожи у детей раннего возраста и более ранней манифестации обструктивного синдрома.

Известно, что функциональные возможности ЖКТ детей первого года жизни адаптированы исключительно для видовоспецифичного, аутолитического питания грудным молоком. Перевод ребёнка на смешанное или искусственное вскармливание увеличивает риск проникновения в организм больших количеств чужеродных белков и формирования сенсibilизации, прежде всего, к белкам коровьего молока с развитием наиболее тяжелых форм аллергии [3]. При анализе характера вскармливания детей в грудном возрасте выявлено, что дети основной группы достоверно чаще ($p < 0,05$) переводились на искусственное вскармливание и только 7,5% из них в первые 12 месяцев жизни находились на естественном вскармливании. Искусственное вскармливание с рождения получали 29% детей, раннее искусственное (до 3 мес) – 39,3%.

Большую роль в формировании БА и сопутствующей патологии играют перенесенные в раннем возрасте заболевания до манифестации БА. У детей, больных БА в анамнезе часто отмечались острые диареи, трактовавшиеся как острые кишечные инфекции, причем, бактериальный возбудитель обнаруживался редко. Острая диарея у детей могла быть интестинальным проявлением пищевой аллергии. Доказательством служит четкая связь обострений кожных проявлений и диарейного синдрома с приемом причинно-значимого аллергена.

Частые респираторные заболевания, расцененные как ОРВИ, отмечены уже на первом году жизни (26,2%), в это же время появлялись первые проявления обструктивного синдрома (17,8%). Можно предположить, что этот симптомокомплекс был полиорганным проявлением аллергии, протекавшей в виде обострения кожного процесса и гастроинтестинальных проявлений.

У всех больных БА проведен сбор анамнеза для выявления симптомов поражения органов пищеварения с использованием разработанных анкет. Анализ показал, что у 17 (15,9%) детей с бронхиальной астмой клинические признаки патологии желудочно-кишечного тракта предшествовали респираторным проявлениям, у 19 (17,7%) - имело место совпадение времени развития патологии, у 71 (66,4%) - симптомы поражения желудочно-кишечного тракта возникли позже.

Наиболее распространенными были три основных синдрома: болевой, желудочной и кишечной диспепсии. Следует отметить, что на момент госпитализации жалобы предъявляли менее одной трети 29 (27,1%) детей, у 69 (64,5%) детей жалобы со стороны пищеварительного тракта имелись в анамнезе и только у 9 (8,4%) детей жалобы отсутствовали. Диспепсические расстройства имели место у 76 (71%) детей с БА и у 56 (70%) в группе сравнения. Наиболее частой жалобой в группе детей с БА была изжога (42,1%). Реже отмечались тошнота и отрыжка - 36,4% и 30,8% соответственно. В группе сравнения из диспепсических расстройств также преобладала изжога 41,3%.

Эндоскопические изменения слизистой оболочки пищеварительного тракта, выявленные у детей с БА, в большинстве случаев носили поверхностный характер (51,4%), реже эрозивный (33,3%) или язвенный (7,8%). У 23 (6,5%) больных имелось сочетанное поражение слизистой оболочки 12-перстной кишки с рефлюкс - эзофагитом. В группе сравнения достоверно ($p = 0,03$) преобладал поверхностный характер изменений (85,1%), реже по сравнению с основной группой диагностировано эрозивное поражение (8,8%) ($p \leq 0,05$). Язвенные дефекты в группе сравнения обнаружены у 4(5%) из 80 детей.

Нарушения моторики в виде гастроэзофагеального рефлюкса диагностированы у 22 (20,6%) детей, дуоденогастрального рефлюкса – у 44 (41,1%),

недостаточность кардии и привратника выявлено у 22 (20,6%) и у 40 (37,4%) детей основной группы, соответственно.

Гистоморфологическое исследование биопсийного материала позволило детализировать изменения гастродуоденальной зоны. Наличие атрофии слизистой оболочки выявлено у 16 (21%) обследованных детей с БА и у 7 (15%) - группы сравнения, что совпало с данными эндоскопии. В обеих группах детей чаще диагностирована слабая (68,7% и 57,1%, соответственно) или средняя (25%, 42,9%, соответственно) степень атрофии. Выраженная атрофия встречалась только у больных основной группы в 6,3% случаев, полученные различия показателей в исследуемых группах статистически достоверны ($p < 0,05$). Отмечены различия по степени активности. Так, у детей основной группы в большинстве случаев выявлялась средняя (47,4%) или слабая степень активности (40,8%) против 23,4% ($p < 0,05$) и 53,2% ($p \geq 0,05$) случаев в группе сравнения, в тоже время в группе сравнения почти в два раза чаще ($p < 0,05$) отмечалась сильная степень активности (17%) в сравнении с основной группой (9,2%). При анализе зависимости выраженности атрофических изменений СОЖ от длительности БА, установлено, что с увеличением длительности заболевания выраженность атрофических изменений в слизистой оболочке желудка нарастает. Тяжелые атрофические изменения слизистой оболочки не были характерны для больных БА, однако частота их и выраженность атрофии нарастали с утяжелением и увеличением продолжительности БА.

Изучена частота ХГ, ассоциированного с хеликобактериозом, у детей с БА. Выявлено, что из 76 случаев диагностированного ХГ и / или ХГД в 46 (60,5%) он был Нр – ассоциированным. При функциональной диспепсии Нр – инфицирование выявлено в 6 случаях. Полученные результаты совпадают с данными других исследователей [1,2], в которых указывается, что поражение ГДЗ при всех клинических формах атопии характеризуется высокой частотой ассоциированности с Нр.

Выводы:

1. По результатам комплексного исследования детей, страдающих БА, в 98%

случаев выявлена сопутствующая гастроэнтерологической патология.

2. К факторам риска развития сочетанной патологии бронхолегочной и пищеварительной систем относятся: отягощенная наследственность по гастропатологии, ранний перевод на искусственное вскармливание, поливалентный характер сенсibilизации.

3. Ведущими этиологическими факторами развития сопутствующей гастропатологии являются: Нр – инфицирование, нарушение моторной функции, повышенное кислотообразование на фоне дисбаланса вегетативной нервной системы.

4. Клинико-функциональными особенностями гастродуоденальной патологии у детей, страдающих БА, являются слабая выраженность болевого абдоминального синдрома, высокая частота диспептических жалоб, частое нарушение моторной функции ЖКТ, высокая частота сочетанного поражения различных отделов ЖКТ.

Список литературы:

1. Больбот Ю.К., Каличевская М.В., Годяцкая Е.К. Влияние инфекции *Helicobacter pylori* на течение бронхиальной астмы у детей// Научные труды SWorld. 2015. Т. 13. № 4 (41). С. 19-24.
2. Вартапетова Е.Е., Гуськова Я.А., Соловьева А.Л., Филин В.А., Сафонов А.Б., Ушакова М.И. Семиотика поражений органов желудочно-кишечного тракта у детей, страдающих бронхиальной астмой//Вопросы детской диетологии. 2012. Т. 10. № 1. С. 73-76
3. Геппе Н.А., Колосова Н.Г.Значение национальных руководств в выборе методов лечения бронхиальной астмы у детей//Лечащий врач. 2013. № 2. С. 69.
4. Лаврова О.В., Дымарская Ю.Р. Бронхиальная астма у детей: факторы предрасположенности // Практическая пульмонология. 2015. № 2. С. 2-9.
5. Bolbot Yu.K., Kalichevska M.V. Risk Factors for Pathology of the Upper Gastrointestinal Tract In Children With Bronchial Asthma//Здоровье ребенка. 2015. № thematic (62). С. 62-65.