

ПЕДИАТРИЯ

УДК: 616.248–053.5+616.3

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

О.В. Войтенкова

ГОУ ВПО СГМА, кафедра педиатрии ФПК и ППС

Резюме: У детей с бронхиальной астмой выявлена высокая частота гастродуоденальной патологии, ассоциированная с хеликобактериями в 83,3% случаев. Особенностью клинической картины является малосимптомное течение. Характерны сочетанное поражение различных отделов желудочно–кишечного тракта (ЖКТ), высокая частота рефлюксов (31%). Для своевременной диагностики заболеваний ЖКТ у детей с бронхиальной астмой необходимы тщательный сбор анамнеза и полное обследование органов пищеварения. Необходимым условием успешной терапии бронхиальной астмы в сочетании с патологией ЖКТ являются проведение эрадикации хеликобактерной инфекции, нормализации моторики ЖКТ.

Ключевые слова: бронхиальная астма, патология ЖКТ, дети.

RATE AND SPECIFIC FEATURE OF GASTRODUODENAL DISORDERS IN CHILDREN WITH ASTMA

O.V. Voytenkova

Summary: Children with bronchial asthma have been found to show a high incidence of gastroduodenal diseases associated with *Helicobacter pylori* in 62,2% of cases. Their clinical picture is characterized by latency. Noteworthy is combined lesions of different parts of the gastrointestinal tract: high incidence of refluxes (31%). Timely diagnosis of GIT diseases in children with bronchial asthma requires thorough collection of history data and complete examination of digestive organs. The necessary

condition for successful therapy of bronchial asthma concurrent with GIT diseases is to eradicate *Helicobacter* infection and to normalize GIT motility.

Key words: bronchial asthma, gastrointestinal tract diseases, children.

В последние годы возросла частота аллергических заболеваний до 15-20% детского населения. 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 ЖКТ у детей, необоснованным и нерациональным применением лекарственных препаратов, среди которых особое значение имеют антибиотики. Среди аллергических заболеваний у детей высокий удельный вес занимает бронхиальная астма (БА), в связи с чем проблема её профилактики, диагностики и лечения приобретает первостепенное значение [1, 4]. 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» [2]. В настоящее время все большее внимание уделяется сочетанной патологии различной локализации, в том числе и в педиатрии. Одним из наиболее часто встречающихся вариантов является сочетание поражений бронхолегочной и пищеварительной систем. Общеизвестно, что эмбриогенетически органы дыхания и пищеварения имеют тесную анатомо-функциональную связь, выраженность которой проявляется при патологических процессах хотя бы в одной из этих систем [5]. Кроме того, их объединяет общность регуляторных механизмов, а также возможность воздействия множества внешнесредовых факторов. Наряду с бронхолегочной системой желудочно-кишечный тракт непосредственно контактирует с внешней средой. Поэтому основными функциями этих систем являются с одной стороны поглощение, с другой стороны - выведение. Трофический гомеостаз вместе с кислородным режимом составляют основу жизнедеятельности организма человека и являются кардинальным условием преодоления многих патологических состояний. В связи с этим,

большой интерес представляет изучение частоты и взаимовлияния патологии бронхолёгочной системы и желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования: изучить распространенность и клинико-функциональные особенности патологии пищеварительной системы у детей и подростков с бронхиальной астмой в целях повышения эффективности профилактики, диагностики и лечения данной сочетанной патологии.

Материалы и методы. Обследовано 107 детей в возрасте от 7 до 17 лет, страдающих БА. По возрасту преобладали дети старшего школьного возраста (12-18 лет). Во всех возрастных группах превалировали мальчики (78,5%), что согласуется с данными литературы о распределении больных БА по возрасту и полу [3].

Группу сравнения составили 80 детей от 7 до 18 лет, страдающих различной патологией желудочно-кишечного тракта: 42 (52,5%) мальчика и 38 (47,5%) девочек. Критериями для формирования этой группы детей явились: неотягощённый аллергологический анамнез и отсутствие клинических проявлений аллергии. Исследованные группы сопоставимы по возрасту и полу.

Диагноз БА был выставлен на основании оценки данных анамнеза, клинических симптомов, исследования функциональных показателей дыхания в соответствие с Национальной программой «Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика» (2008 г.). У большинства обследованных нами пациентов была диагностирована бронхиальная астма легкой степени тяжести - 73 (68,2%), реже среднетяжелая (21,5%) и тяжелая форма (10,3%). Длительность течения БА у обследованных детей составляла от 1 до 13 лет.

Всем пациентам проведено комплексное клинико-инструментальное исследование желудочно-кишечного тракта, включавшее:

- 1) эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта (эзофагогастродуоденоскопия) с прицельной биопсией слизистой антрального и фундального отделов желудка и двенадцатиперстной кишки и проведением морфологического исследования путем окрашивания биоптатов слизистой оболочки);

- 2) интрагастральную pH-метрию
- 3) УЗИ паренхиматозных органов;
- 4) иммуноферментный анализ на определение антител к антигенам хеликобактер пилори.

Результаты и обсуждение

Важное значение в формировании атопии придается неблагоприятному течению антенатального периода. По данным акушерского анамнеза, в основной группе только у 22 (29,9%) матерей, а в группе сравнения - у 27 (57,6%) беременность протекала физиологически. При патологическом течении беременности и родов в основной группе преобладали: гестоз (43,5%), угроза прерывания беременности (29,4%) и родоразрешение путем кесарева сечения (11,8%), а в группе сравнения - гестоз (52,8%).

Известно, что функциональные возможности ЖКТ детей первого года жизни адаптированы исключительно для видоспецифичного, 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 неблагоприятных форм аллергии [3].

При анализе характера вскармливания детей, страдающих БА в грудном возрасте выявлено, что они раньше переводились на искусственное вскармливание и только 13,1% 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, безусловно, играли 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 подтверждался крайне редко. Острая диарея у детей могла быть клиническим проявлением дисбактериоза кишечника на фоне аллергического дерматита, интестинальным проявлением пищевой аллергии на прием различных

облигатных аллергенов. 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, в это же время появлялись первые проявления обструктивного синдрома. Можно предположить, что этот симптомокомплекс был полиорганным проявлением аллергии, протекавшей в виде обострения кожного процесса и у ряда больных – гастроинтестинальных проявлений.

В соответствии с целью работы у всех больных БА проведен подробный сбор анамнеза, позволяющий заподозрить патологию органов пищеварения.

Анализ сроков появления клинических признаков патологии желудочно-кишечного тракта показал, что у 17 (15,8%) детей с бронхиальной астмой клиническая симптоматика предшествовала респираторным проявлениям, у 19 (17,7%) - имело место совпадение времени начала респираторных и гастродуоденальных клинических проявлений, у 71 (66,4%) - симптомы поражения желудочно-кишечного тракта возникли позже, на фоне бронхиальной астмы.

Наиболее распространенные жалобы со стороны органов пищеварительной системы укладывались в 3 основных синдрома: болевой и синдромы желудочной и кишечной диспепсии. Следует отметить, что на момент госпитализации жалобы предъявляли 24 (22,4%) ребенка, у 74 (69,2%) детей – жалобы со стороны пищеварительного тракта в анамнезе, 9 (8,4%) детей – жалоб не предъявляли (этим больным исследование проведено с согласия родителей при наследственной отягощенности по гастроэнтерологическим заболеваниям). Ведущим синдромом являлся болевой.

По отношению к приему пищи возникновение болей отображено в табл. 1, из которой следует, что почти половина обследованных пациентов с БА (42,3%), также как и в группе сравнения (44,8%) не отмечали связи с приемом пищи.

Таблица 1. Частота появления болей в животе по отношению к приему пищи.

Время появления боли	Основная группа		Группа сравнения	
	п	%	п	%
До еды	30	35,3	22	32,8
Во время еды	2	2,4	3	4,5
После еды	11	12,9	9	13,4
До и после еды	6	7,1	3	4,5
Не связаны с приемом пищи	36	42,3	30	44,8
Всего:	85	100	67	100

Диспепсические расстройства имели место у 76 (71%) детей с БА и у 56 (70%) – группы сравнения. Наиболее частой жалобой в группе детей с БА была изжога (59,2%), выявляемая отдельным симптомом (21,1%) или в сочетании с другими диспепсическими расстройствами. Реже отмечались тошнота и отрыжка (51,3% и 43,4 соответственно), из них в 9,2% и в 10,5% случаев - отдельными симптомами соответственно. В группе сравнения из диспепсических расстройств также преобладала изжога 58,9%, из них у 25% - отдельным симптомом.

У 68 детей (63,5%) аппетит был не нарушен. На его снижение жаловались 17 детей (15,9%), на повышение - 22 (20,6%). В группе сравнения снижение аппетита наблюдалось у 10 детей (12,5%), у 30 (37,5%), был повышен. При осмотре чистый язык отмечен у 6 (5,6%) детей, обложен белым налетом - у 67 (62,6%), у 34 (31,8%) - "географический", указывающий на наличие ПА. В группе сравнения: чистый язык отмечен у 8 (10%) пациентов, обложенный белым налетом - у 72 (90%).

При пальпации органов брюшной полости у всех детей отмечалась болезненность различной локализации. Доминирующей локализацией боли при пальпации органов брюшной полости являлась эпигастральная область в обеих исследуемых группах (табл. 2).

Таблица 2. Локализация болей при пальпации органов брюшной полости у обследованных детей

Локализация \ Группы	Основная группа		Группа сравнения	
	n	%	n	%
Эпигастрий	32	49,2	30	39,5
Эпигастрий + правое подреберье	14	21,5	18	23,7
Эпигастрий + мезогастрий	3	4,6	2	2,6
Эпигастрий + левое подреберье	4	6,2	2	2,6
Эпигастрий + мезогастрий + правое подреберье	7	10,8	5	6,6
Мезогастрий	2	3,1	8	10,5
Правое подреберье	2	3,1	9	11,8
Эпигастрий + правая подвздошная область	1	1,5	2	2,6
Всего:	65	100	76	100

У 74 (69,1%) детей с БА и 63 (78,7%) детей группы сравнения стул был ежедневный, оформленный. Изменение стула наблюдалось у 33 (30,8%) детей основной группы и 17 (21,3%) – у группы сравнения; по характеру преобладали запоры в обеих группах.

Обращаемость детей в лечебно - профилактические учреждения по поводу болезней органов пищеварения не отражает истинной распространенности этих заболеваний и у части детей гастроэнтерологические заболевания выявляются при проведении специальных исследований. Эндоскопические изменения СО ВОПТ, выявленные у детей с БА, в большинстве случаев носили поверхностный характер (78,9%), реже эрозивный (15,8%) или язвенный (5,3%). В 69,7% случаев имелось изолированное поражение желудка, а в остальных (30,3%) - сочетанное с поражением СО ДПК. В группе сравнения также преобладал поверхностный характер изменений СО (85,1%), но в 2 раза реже диагностировано эрозивное поражение СО ДПК по сравнению с основной группой (6,4%). По данным ФЭГДС, в 98% случаев у детей с БА регистрировались

нарушения моторики в виде дуоденогастрального, гастроэзофагеального рефлюксов, недостаточности кардии и привратника, в группе сравнения – 62,5%.

Таким образом, эндоскопически у 76 из 107 детей в основной группе выявлены признаки ХГ, несмотря на отсутствие жалоб при госпитализации со стороны пищеварительного тракта.

Для окончательной постановки диагноза исследованы гастробиоптаты, полученные во время ФЭГДС из антрального и фундального отделов. Интерпретация данных биопсии осуществлялась по шкале Л.И. Аруина и оценивались следующие показатели: активность гастрита, наличие НР и степень обсеменённости СО, кишечная метаплазия, атрофия. У 16 (21%) обследованных с БА и у 7 детей (15%) группы сравнения морфологически выявлена атрофия слизистой желудка, при этом и в основной группе, и в группе сравнения чаще диагностирована слабая степень атрофии (68,7% и 57,1% соответственно), средняя (25%, 42,9% соответственно), выраженная атрофия встречалась только у больных основной группы (6,3%). Степень активности ХГ по нашим данным у детей основной группы и группы сравнения при исследовании собственно слизистой оболочки желудка распределилась следующим образом: у детей с БА активный процесс в СОЖ выявлялся в 97,4% случаев, в группе сравнения в 93,6%. Среди них есть различия по преобладанию степени активности. Так, у детей основной группы в (47,4%) выявлялась средняя степень активности, в группе сравнения в (53,2%) случаев – слабая степень активности. Возможно, большая частота у детей основной группы связана с проведением базисной терапии у этих детей.

Ведущим этиологическим фактором в патогенезе ХГД и язвенной болезни считается НР, значение которого в последнее время не подвергается сомнению. Параллельно с гистоморфологическим исследованием гастробиоптатов из антрума у всех детей с БА проведено исследование антигенемии Нр методом ИФА. Результаты исследования совпали в 49 случаях и только в 3 отмечено расхождение. В контрольной

группе обследованных расхождений результатов не наблюдалось. Все дети обследованы впервые и не получали эрадикационной терапии.

Анализ степени обсемененности выявил преобладание в обеих группах средней степени обсеменённости СОЖ НР - 48,1% и 59,1% ($p>0,05$). Сильная степень обсеменённости в основной группе отмечалась в 23,1% случаев против 9,1% в группе детей с гастродуоденальной патологией ($p<0,05$). Слабая степень обсеменённости СОЖ Нр выявлена в 28,8% детей с БА, что достоверно ($p>0,05$) не отличалось от группы сравнения (31,8%). В зависимости от тяжести БА степень обсеменённости СОЖ НР распределилась следующим образом: чаще определялась сильная степень обсеменённости – 85,7%, выявленная у детей с тяжелой БА. Слабая степень обсеменённости у детей с тяжелой БА вообще отсутствует, со средней тяжестью астмы диагностирована в 18,2% и с легкой БА - в 38,2% случаев. Разность показателей инфицированности детей НР с легкой и средней степенью тяжести БА была статистически недостоверной ($p>0,05$). Но в группах детей со средней и тяжёлой степенью БА ($p<0,05$), а также лёгкой и тяжёлой БА ($p<0,05$) разность показателей статистически значима. Таким образом, выявлена взаимосвязь степени Нр-инфицированности и степени тяжести БА. Чем тяжелее протекала БА, тем выше степень обсеменённости СОЖ Нр, что возможно связано с особенностями и длительностью базисной терапии. Кроме того, получены данные, касающиеся соотношения эндоскопических изменений со стороны слизистой желудка и ДПК и наличия НР. Так, из 60 случаев наличия поверхностных изменений СОЖ у детей с БА - 50 ассоциированы с НР, что составляет 83,3%. Во всех случаях с эрозивными и язвенными изменениями, выявленных у детей с БА, обнаружены хеликобактерии. Это подтверждает то, что при более глубоких поражениях СОЖ НР диагностируется чаще, чем при поверхностных изменениях слизистой.

Выводы

1. В результате комплексного обследования детей с БА, поступивших в стационар в стадии клинической ремиссии БА (70%) или в стадии обострения – (30%) практически у всех (98%) выявлена патология системы пищеварения.
2. Факторами риска возникновения заболеваний гастродуоденальной зоны у детей больных БА является: отягощенная наследственность по аллергическим и гастроэнтерологическим заболеваниям, особенно при их сочетании по материнской и отцовской линии; патология беременности; наличие и обострение аллергических заболеваний у матери во время беременности и кормления грудью; раннее смешанное и искусственное вскармливание, симптомы острых расстройств пищеварения на первом году жизни.
3. У детей с сочетанным поражением органов дыхания (БА) и верхних отделов пищеварительного тракта по данным ФЭГДС верифицирован терминальный эзофагит (20 %), распространенный поверхностный (78,9%) гастрит, эрозивный гастрит (15,8%), и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (5,3%). Установлена высокая частота (98%) нарушения моторики в виде дуоденогастрального, гастроэзофагеального рефлюксов, недостаточности кардии и привратника.
4. Установлено, что ведущим этиологическим фактором ХГД у больных БА является НР-ассоциированный, при этом степень обсеменённости СО желудка (СОЖ) зависит от тяжести астмы.
5. Стертость клинической картины, недостаточное внимание со стороны родителей и детей с БА к нарушениям со стороны ЖКТ затрудняют раннюю диагностику и лечение. Выявленная в ходе исследования высокая частота и закономерности развития патологии пищеварительной системы у больных бронхиальной астмой диктует необходимость включения в стандарт обследования этих больных комплексного исследования состояния пищеварительной системы (после купирования симптомов бронхиальной астмы). Кроме педиатра и аллерголога эти дети должны находиться под

наблюдением гастроэнтеролога с проведением плановой госпитализации и противорецидивного лечения, согласно рекомендуемым срокам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма у детей. Клинические рекомендации /Л.Д. Горячкина, Н.И. Ильина, Л.С. Намазова, Л.М. Огородова, И.В. Сидоренко, Г.И. Смирнова, Б.А. Черняк // Практика педиатра.- 2008.- №9.- с. 7-18.
2. Вахрушев Я.М. Современные рекомендации по ведению больных бронхиальной астмой в амбулаторно-поликлинических условиях / Я.М. Вахрушев, И.В. Жукова // Пульмонология.- 2009.- № 2.
3. Клинические рекомендации. Бронхиальная астма / Под ред. Чучалина А.Г. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. – 224 с.
4. Гастроинтестинальная аллергия у детей с атопическим дерматитом - клиника, диагностика, лечение/ Римарчук Г.В и др.- М., 2004.
5. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 3-е изд., испр. и доп. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. – 108 с., ил.
6. Gelfand E.W. Pediatric asthma: a different disease /Gelfand E.W. //Proc Am Thorac Soc. 2009 May 1;6(3):278-82.
7. International differences in asthma guidelines for children / Cope S.F., Ungar W.J., Glazier R.H. //Int Arch Allergy Immunol.- 2009.-148(4):265-78.

УДК: 16.214-053.2

РОЛЬ СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ И ТЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Е.В. Панасенкова

ГОУ ВПО СГМА, кафедра педиатрии ФПК и ППС

Резюме: Бронхиальная астма является частой патологией детского возраста, в настоящее время наблюдается неуклонный рост ее