

## РОЗДІЛ III

### АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

#### ЗНАЧЕННЯ ПАТОЛОГІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОГО І НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДІВ У ФОРМУВАННІ АТОПІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Бєлашова О.В., Марусик У.І., Сторошук Т.К.

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб,*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

**Вступ.** За даними сучасних літературних повідомлень atopічна реактивність в ранньому дитячому віці досить часто реалізується через формування бронхіальної астми (БА) [1,2]. Атопія характеризується досить високим коефіцієнтом захворюваності (за даними різних авторів, від 72 до 80%), що наближає її до спадкових хвороб за моногенним типом [2,5]. Так, емпіричний ризик розвитку бронхіальної астми в дитини, яка народиться в родині після хворого на бронхіальну астму, відповідає 14%, при захворюванні, яке присутнє в одного з батьків—31%, а при захворюванні обох батьків—70% [7,8]. У розвитку бронхіальної астми певне значення мають так звані фонові стани (анемія, гіпострофія, atopічний діатез (АД)), а також патологія перинатального періоду [2]. Хворі діти частіше народжуються при несприятливому перебігу вагітності, що у 20% заєршується невиношуванням. Часто пологи перебігають патологічно

Досить велика роль у формуванні алергічних захворювань належить також харчовим алергенам [6,8]. Після народження одним з перших етапів сенсibiliзації, який реалізує atopічну конституцію дитини, є формування харчової алергії [6,7]. За спостереженнями багатьох клініцистів алергічна реакція частіше розвивається в дітей, які були на штучному чи змішаному годуванні в немовлячому віці із раннім введенням прикорму [3,4]. Однак на думку інших авторів, значення харчових алергенів у розвитку

бронхіальної астми незначне [3,8]. До теперішнього часу це питання залишається дискусійним.

Виходячи з цього метою роботи стало визначення ролі факторів станів антенатального періоду та перинатальної патології у формуванні atopічної реактивності у вигляді бронхіальної астми в дітей раннього віку.

**Матеріал та методи.** Проведено ретроспективну оцінку результатів клінічно-анамнестичного обстеження 55 пацієнтів раннього віку з проявами бронхообструктивного синдрому. Діагноз ретроспективно 3 роки після комплексного обстеження верифікувала група спеціалістів, представлена практичними лікарями та співробітниками кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету. Першу (I, основну) групу сформували 30 дітей раннього віку, в яких верифікували БА. Частка хлопчиків у цій клінічній групі становила 68%. Група порівняння представлена 25 дітьми з проявами обструктивного бронхіту (ОБ), серед яких хлопчиків було 67%. Переважання хлопчиків серед дітей обох клінічних груп порівняння узгоджується з даними літератури [3,4]. Середній вік пацієнтів першої групи спостереження становив  $2,3 \pm 0,06$  року, дітей групи порівняння –  $2,2 \pm 0,1$  року ( $p > 0,05$ ). Групи порівняння були зіставлюваними за основними клінічними характеристиками. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою методів варіаційної статистики, використовуючи програму StatSoft Statistica v 5.0, з позиції клінічної епідеміології оцінювали атрибутивний ризик, відносний ризик та пропорційність шансів з обчисленням довірчих інтервалів для відносного ризику та пропорційності шансів (95% ДІ).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Враховуючи дані літератури [3,5], які вказують, що алергічними захворюваннями страждають діти, які народилися першими, було проаналізовано кількість попередніх пологів у матерів дітей групи порівняння. Так, середня кількість попередніх пологів у матерів дітей I клінічної групи склала

$1,8 \pm 0,6$ , а в матерів дітей II групи відповідно –  $1,7 \pm 0,4$  ( $p > 0,05$ ). Тобто, вірогідної різниці за порядковим номером народження дітей груп порівняння виявити не вдалось.

На думку багатьох авторів, є вагомі підстави відносити до факторів ризику виникнення алергічних захворювань у дітей антенатальну гіпоксію плода, обумовлену пізнім токсикозом вагітності та, пов'язану з ним, можливу передачу вірусної інфекції, яка призводить до депресії клітинної ланки імунної системи, пригніченню інтерферон-продукуючої функції та дефіциту антитіл [7,8]. У представників I клінічної групи вказівки на патологію вагітності визначалися в  $15,0 \pm 3,5\%$  спостережень, у дітей групи порівняння – відповідно в  $10,0 \pm 3,8\%$  ( $p > 0,05$ ) випадків. Обтяженість акушерського анамнезу зумовлювалася загрозою викидню, токсикозом першої та/чи другої половини вагітності. Як видно з представлених даних, за частотою виникнення патології акушерського анамнезу у матерів дітей груп порівняння вірогідної різниці виявити не вдалось.

При вивченні перинатальної патології дітей, хворих на БА, виявлено перинатальну енцефалопатію в  $19,0 \pm 3,9\%$ , пологову травму – в  $6,0 \pm 2,3\%$ . У дітей, хворих на ОБ, вказані патологічні процеси траплялися відповідно в  $12,0 \pm 4,2\%$  ( $p > 0,05$ ) та  $4,0 \pm 2,5\%$  ( $p > 0,05$ ). Тобто, як видно з представленого аналізу, між групами спостереження не виявлено суттєвих відмінностей щодо частоти виникнення патології перинатального періоду. Отримані дані слід, напевно, розглядати як ознаку формування або збереження підвищеної реактивності бронхів у дітей під впливом внутрішньоутробної та перинатальної патології. Ця змінена реактивність дихальних шляхів може проявлятися як у транзитотроному варіанті, у вигляді обструктивного бронхіту, так і в персистувальному, – у вигляді бронхіальної астми.

Спираючись на дані проведених досліджень багатьох авторів, відомо, що для розвитку алергічних захворювань, у тому числі – БА, благодатне підґрунтя створюють так звані фонові стани, до яких належать анемія,

гіпотрофія, рахіт, аномалії конституції та інші, які сприяють формуванню гіперреактивності дихальних шляхів, яка проявляється у вигляді бронхіальної астми [4,5]. У таблиці 1 наведена частота фонових станів у дітей груп спостереження.

Таблиця 1

Частота фонових станів у дітей груп порівняння (%)

Групи	К-сть дітей	Рахіт II ст.	Анемія I, II ст.	Гіпотрофія I, II ст.	Клінічні прояви АЦ
I	30	14,0±3,4	37,0±4,8	17,0±3,7	72,0±4,7
II	25	13,3±4,3	25,0±5,6	10,0±3,8	33,3±6,1
P: I: II		>0,05	>0,05	<0,05	<0,01

Між групами спостереження виявлені статистично вірогідні відмінності по частоті виникнення гіпотрофії та клінічних проявів такої особливості конституції організму дитини, як ексудативно - катаральний діатез, який проходив, в основному, у вигляді алергічного, що можливо проявом сенсibilізації організму, яка в подальшому результує у розвитку бронхіальної астми. Ризик реалізації atopічної реактивності у дітей раннього віку у вигляді БА при наявності проявів atopічного діатезу виявився наступним: відносний ризик – 5,5 [2,9-10,1], співвідношення шансів – 2,4 [1,7-3,2], атрибутивний ризик – 0,4.

Згідно даних літератури [5,6], одним із факторів, що сприяє сенсibilізації організму дітей, є раннє введення коров'ячого молока. Провівши аналіз вигодовування дітей груп порівняння на першому році життя, встановлено, що в дітей I групи раннє введення суміші спостерігалось у 59,0±4,9% випадків, серед дітей II групи в 45,0±6,4% спостережень (p>0,05). А раннє введення коров'ячого молока в колишній раціон вигодовування до першого року життя у 64,5±4,7% дітей, зварих на бронхіальну астму та в 22,4±5,4% - серед осіб з обструктивним бронхітом (p<0,05). Отримані дані, в цілому, збігаються з широко поширеною думкою про те, що коров'яче молоко, при його ранньому введенні в раціон

харчування малюків, сприяє реалізації в них atopічної реактивності [6,8], а сучасні адаптовані суміші можливо володіють меншим сенсibilізувальним ефектом на організм дитини.

**Висновки.** 1. Аналіз акушерського анамнезу матерів дітей груп порівняння та патології перинатального періоду показав відсутність суттєвих відмінностей між дітьми, хворими на ОБ та БА за частотою виникнення акушерської та перинатальної патології.

2. Наявність у дитини з епізодами бронхообструктивного синдрому проявів atopічного діатезу в грудному віці може вказувати на ризик реалізації atopічної реактивності в подальшому у вигляді БА.

3. Раннє введення в раціон немовлят коров'ячого молока сприяє формуванню в них астма-фенотипу.

#### Література

1. Аллергология и иммунология: [клинические рекомендации для педиатров] / под. ред. А.А. Баранова и Р.М. Хаитова; Союз педиатров России. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Союз педиатров России, 2010. — 248 с.
2. Аряев М.Л., Клименко В.А., Кожем'яка А.І., Фьоклін В.О. Атопічний дерматит у дітей. — К., 2006. — 88 с.
3. Геппе, Н.А. Новые международные рекомендации по бронхиальной астме у детей PRACTALL [Текст] / Н.А. Геппе, В.А. Ревякина// Атмосфера. Пульмонология и аллергология. - 2008. — № 1. — С. 60–67.
4. Клінічні настанови з діагностики та лікування бронхіальної астми у дітей [Текст] / Ю.Г. Антипкін [та ін.] // Здоров'я України. — 2010. — № 3 (14). — С. 39–41.
5. Лечение аллергических болезней у детей / Под ред. И.И. Балаболкина // М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — 352 с.
6. Human milk oligosaccharides affect P-selectin binding capacities in vitro investigation / Schumacher G., Bendas G., Stahl B., Beermann C. // Nutrilon. — 2006. — Vol. 22. — P. 620—7.