

©О.Є. Федорців, С.С. Левенець, В.В. Стеценко
**ОСОБЛИВОСТІ МАКРО- І МІКРОКЛІМАТУ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ
СВИСТЯЧОГО ДИХАННЯ**

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України"

ОСОБЛИВОСТІ МАКРО - І МІКРОКЛІМАТУ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ СВИСТЯЧОГО ДИХАННЯ. Проаналізовані умови проживання і метеозалежність методом анкетування у 125 дітей віком від 1-го до 18 років, хворих персистоючою і інтермітуючою бронхіальною астмою. Діти з персистоючою бронхіальною астмою більш метеозалежні від вологості погоди, частіше проживають у місцях з підвищеною вологістю: у вологих приміщеннях і недалеко від відкритих водоймищ, ніж діти з інтермітуючою бронхіальною астмою.

ОСОБЕННОСТИ МАКРО – И МИКРОКЛИМАТА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ. Проанализированы условия проживания и метеозависимость методом анкетирования у 125 детей возрастом от 1 – го до 18 лет, больных персистирующей и интермитирующей бронхиальной астмой. Дети с персистирующей бронхиальной астмой более метеозависимы от влажной погоды, чаще проживают в местах с повышенной влажностью: у влажных помещениях и недалеко от открытых водоёмов, чем дети с интермитирующей бронхиальной астмой.

FEATURES MACRO – AND MICROCLIMATE CHILDREN WITH SYNDROME WHEEZING. Analyses of anthropometric data, accommodation and dependence on weather were studied in 125 children with intermittent asthma and persistent asthma. Children with persistent asthma are more dependant of wet weather. They live in places with high humidity like damp rooms or homes that are located close to open water more often than children with intermittent asthma.

Ключові слова: діти, інтермітуюча і персистоюча бронхіальна астма, епідеміологічні особливості.

Ключевые слова: дети, интермитирующая и персистирующая бронхиальная астма, эпидемиологические особенности.

Key words: children, intermittent asthma and persistent asthma, epidemiological features.

ВСТУП. Проблема алергічних захворювань, до яких відноситься і бронхіальна астма у дітей, є однією із найбільш актуальних в сучасній клінічній медицині [1, 2]. Епідеміологічні дослідження останніх років підтверджують високу поширеність бронхіальної астми. Бронхіальна астма є найбільш розповсюдженим хронічним захворюванням дитячого віку практично у всіх промислово розвинутих країнах [3]. За останні 20 років поширеність цього захворювання значно виросла [1]. Не дивлячись на нові досягнення науки у вивченні патофізіологічних механізмів, клінічних особливостей БА у різні вікові періоди, розроблені вказівки з менеджменту і попередження БА, принципи диференційованого контролю терапії і моніторингу над протіканням хвороби, подолати високу захворюваність даним респіраторним алергозом, надалі не вдається. Згідно з рекомендаціями Глобальної ініціативи по боротьбі з бронхіальною астмою, необхідно заохочувати дослідження всіх аспектів бронхіальної астми у дітей, оскільки вона не так добре вивчена, як астма в дорослих [3].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. В роботі нами вивчались умови проживання, залежність загострень хвороби від погоди, пори року, наявність ознак atopії у дітей з різним перебігом астми: еозинофілії, atopічного дерматиту (АД), несприятливого алергологічного анамнезу у 125 дітей, хворих бронхіальною астмою у віці від 1-го до 18 років. З цією метою проводилось анкетування дітей, хворих бронхіальною астмою. З інтермітуючим протіканням було 104 (83,2%), персистоючим – 21 (16,8%) дітей [4]. Хлопчиків було 86 (68,8%), дівчаток – 39 (31,2%).

В ході роботи застосовувалась комп'ютерна обробка отриманих даних за допомогою статистичних

пакетів ?Statistica 6,0 for windows?. Достовірність різниці між середніми значеннями (р) оцінювали згідно таблиці критеріїв Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. В результаті аналізу отриманих даних, встановлено, що більше половини (73 - 58,4%) дітей з бронхіальною астмою (з них 56 (44,8%) з інтермітуючим, 17 (13,6%) - з персистоючим протіканням), проживали в умовах підвищеної вологості. Близько біля водойми (від 10м до 2 км) проживали 51 (40,8%) із опитаних, у вологому приміщенні із стінами, покритими цвільлю - 39(31,2%), при чому в деяких випадках ці два фактори поєднувалися. У 59 (47,2%) дітей поява нападів ядухи провокувалася вологою погодою. Загострення весною і восени, які є порами року з високою вологістю, відмічалось у двох третіх (94 - 75,2%) опитуваних (табл.1). Персистоюче протікання астми було у 21 (16,8%) дитини. Більше двох третіх 17 (81,0%) пацієнтів з персистоючою бронхіальною астмою мали прояви atopії: atopічний дерматит (АД) в анамнезі і на момент опитування (12 - 57,1%), несприятливий алергологічний анамнез (14 - 66,7%), еозинофілію крові (10 - 4,8%) (табл.1). Понад третини хворих (10 - 47,6%) з персистоючою астмою проживали у приміщеннях з підвищеною вологістю. Більше від половини пацієнтів з даним перебігом астми проживали біля водойми – 12 (57,1%). Напади ядухи у вологу погоду були у 15 (71,4%) пацієнтів. Частіші загострення хвороби в осінньо - весняний період відмічали більшість хворих з персистоючим протіканням (15 - 71,4%). Інтермітуюче протікання мали 104 (83,2%) дитини. Прояви atopії були у 73 (70,2%): АД в

Таблиця 1. Частота провокуючих чинників у дітей з різним перебігом

Симптом	Кількість дітей з бронхіальною астмою, n = 125				p
	персистоючою, n= 21		інтермітуючою, n= 104		
	абс.	%	абс.	%	
ЕКД	12	57,1	43	41,3	< 0,001
Несприятливий алергологічний анамнез	14	66,7	60	57,7	< 0,001
Еозинофілія	10	47,6	29	27,9	< 0,001
Метеозалежність	15	71,4	44	42,3	< 0,001
Проживання у вогих приміщеннях із цвілью	10	47,6	29	27,9	< 0,001
Проживання біля водойм	11	52,4	40	38,5	< 0,001
Загострення восени і весною	15	71,4	79	76,0	> 0,05
З атопією	17	81,0	73	70,2	< 0,001
Без атопії	4	19,0	30	28,8	< 0,001

дитинстві і на момент опитування мали 43 (41,3 %) дітей, несприятливий алергологічний анамнез – 60 (57,7 %). Еозинофілія крові відмічалась у 29 (27,9 %). Майже у четвертини дітей 29 (27,9 %) з інтермітуючим протіканням мікроклімат був незадовільним: діти проживали у приміщеннях з підвищеною вологістю, третина - 43 (41,3 %) біля водойм. Приблизно така ж кількість дітей залежала від показників макроклімату: 44 (42,3 %) мали напади ядухи, пов'язані з вологою погодою і порами року з вищою вологістю (79 - 76,0 %).

Не виявлено достовірних відмінностей при порівнянні проявів загострень в ці пори року між дітьми з персистоючим і інтермітуючим протіканнями астми (p < 0,05). У випадках, що стосується наявності решти епідеміологічних особливостей і проявів, кількість дітей при персистоючій астмі з цими ознаками була достовірно вищою (p < 0,001). Встановлено, що четверта частина 32 (25,9 %) хворих з атопічною бронхіальною астмою проживали в умовах підвищеної вологості (табл.2). Пацієнтів без ознак атопії, які проживали в приміщеннях з підвищеною вологістю, було 6 (4,8 %).

Таблиця 2. Частота провокуючих чинників у дітей з бронхіальною астмою без атопії і з проявами атопії

Симптом	Кількість дітей з бронхіальною астмою, n = 125							
	персистоючою n= 21				інтермітуючою n= 103			
	з атопією		без атопії		з атопією		без атопії	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Метеозалежність	12	57,14	3	14,29	31	30,10	13	12,62
Проживання у вогих приміщеннях	7	33,33	2	9,52	25	24,27	4	3,88
Проживання біля водойм	9	42,86	3	14,29	31	30,10	12	11,65
Загострення восени і весною	12	57,14	3	14,29	65	63,11	14	13,59

Третина дітей з персистоючою (7 - 33,3 %) і четверта частина (25 - 24,0 %) – з інтермітуючою бронхіальною астмою проживали у вогих приміщеннях. Дітей, які проживали в сирості і не мали явищ сенсibilізації, було значно менше: з персистоючим перебігом їх було 2 (9,5 %), з інтермітуючим – 4 (3,8 %).

ВИСНОВКИ

1. Метеозалежність від вологості погоди відмічається частіше при персистоючій бронхіальній астмі, ніж при інтермітуючій.
2. Діти з персистоючою бронхіальною астмою майже в півтори рази частіше проживають в місцях з підвищеною вологістю: у вогих приміщеннях, стіни яких покриті цвілью та близько біля відкритих водойм.
3. Діти з атопією при персистоючому і інтермітуючому протіканнях бронхіальної астми мають сильнішу залежність від вологості погоди та частіше проживають

в місцях з підвищеною вологістю, ніж діти з без проявів атопії.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Вивчення і врахування медиками впливу макро- і мікроклімату на виникнення і протікання синдрому свистячого дихання у дітей різного віку, дозволить в перспективі поліпшити якість життя, соціальну адаптацію, зменшити алергічну сенсibilізацію, залежну від макро- і мікросередовища нормалізувати, частоту проявів даного синдрому у пацієнтів із цим непростим захворюванням. Є надія, що накопичення епідеміологічних даних, отриманих як в результаті даного спостереження, так і в майбутньому з різних регіонів проживання в Україні і поза її межами, дозволить використати отримані результати для детального аналізу факторів, які впливають на поширеність хвороби, а також дозволить оптимізувати існуючі програми профілактики і діагностики астми у дітей.

ЛІТЕРАТУРИ

1. Ласиця О.Л., Ласиця Т.С., Недельська С.М. Алергологія дитячого віку. - Київ „Книга плюс”; 2004. 120-217
2. Охотникова Е.Н. «Аллергический марш» связь поколений и эскалация аллергии у детей. Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія 2008; 4 (15): 7 – 15.
3. Рекомендации Глобальной инициативы по борьбе с бронхиальной астмой (Global Initiative for Asthma, GINA), пересмотр 2006г. www.ginasthma.org; 2006.
4. Наказ МОЗ України №727 “Про затвердження Протоколів діагностики та лікування алергологічних хвороб у дітей” ; 27 грудня 2005 р.
5. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 3-е изд., испр. и доп. М.: Издательский дом «Атмосфера»; 2008: 108.
6. Попов И.В. и др. Распространенность симптомов бронхиальной астмы по критериям ISAAC. Алергологія 2004; 4: 31-34.
7. Philippa Howden-Chapman, Nevil Pierse, Sarah Nicholls et al. Effects of improved home heating on ascommunity dwelling children: randomized controlled trial. http://bmj.com/cgi/content/full/337/sep23_1/a1411

Отримано 27.01.13