

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Ярославская государственная медицинская академия»  
Обособленное структурное подразделение  
«Научно-исследовательский клинический институт педиатрии»  
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ПЕДИАТРИИ**

Межрегиональный сборник научных работ с международным участием  
(к 70-летию образования Ярославского медицинского института)  
Под редакцией В.И. Марушкова, И.М. Мельниковой, Ю.Л. Мизерницкого

Ярославль – 2014

---

УДК 616- 053. 2

ББК 57.3

**Актуальные вопросы современной педиатрии. Межрегиональный сборник научных работ с международным участием (к 70-летию образования Ярославского медицинского института)/под ред. В.И. Марушкова, И.М. Мельниковой, Ю.Л. Мизерницкого. – Ярославль: Аверс Плюс, 2014. – 228 с.**

#### **Редакционная коллегия**

**Марушков Владимир Иванович** – заведующий кафедрой госпитальной педиатрии доктор медицинских наук, профессор (ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» - ректор, проф. А.В. Павлов)

**Мельникова Ирина Михайловна** – профессор кафедры госпитальной педиатрии, доктор медицинских наук (ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» - ректор, проф. А.В. Павлов)

**Мизерницкий Юрий Леонидович** – руководитель отделения хронических воспалительных и аллергических болезней легких (ОСП «НИКИ педиатрии» – директор, профессор М.А. Школьников) ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова (ректор – проф. А.Г. Камкин), руководитель Детского научно-практического пульмонологического центра Минздрава РФ, доктор медицинских наук, профессор

В 2014г. исполняется 70 лет со дня образования Ярославского медицинского института (1944г.) Этому знаменательному событию посвящается межрегиональный сборник научных работ с международным участием, подготовленный кафедрой госпитальной педиатрии Ярославской государственной медицинской академии в содружестве с Детским научно-практическим пульмонологическим центром Минздрава России на базе НИКИ педиатрии РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Содержание его отображает широкий спектр актуальных проблем современной педиатрии, в том числе, вопросы решения их, что особенно важно для практического здравоохранения. Давние тесные творческие связи ярославских и московских коллег легли в основу издания этого сборника и позволили привлечь к участию и развитию научных контактов с педиатрами из других регионов страны и зарубежья. Издание затрагивает самые разнообразные актуальные аспекты педиатрии, над которыми работают коллеги.

© В.И. Марушков, И.М. Мельникова, Ю.Л. Мизерницкий (ред)

© Коллектив авторов, 2014

© ГБОУ ВПО ЯГМА МЗ РФ

ISBN 978-5-9527-0243-1

---

# КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕКОНТРОЛИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Безруков Л.А., Сажин С.И.

Буковинский государственный медицинский университет,  
г. Черновцы, Украина

Современная концепция диагноза бронхиальной астмы (БА) основывается на следующих составляющих: воспаление и гипервосприимчивость дыхательных путей, а также наличие характерных респираторных симптомов [1,2]. Разнообразие клинических характеристик (пол, возраст, раса, начало заболевания и т.п.) и прогностических факторов (продолжительность ремиссии, риски обострения и смертности), отсутствие эффекта от стандартных схем профилактического лечения (стероидная резистентность, токсичность быстро- и длительно действующих селективных  $\beta_2$ -адреномиметиков, чувствительность к анти-IgE терапии), подтверждает мнение о том, что бронхиальная астма – это синдром, который включает несколько вариантов или фенотипов [3,4]. В связи с отсутствием четких маркеров, непростой клинической задачей является выявление и распределение этих неоднородных клинико-параclinical симптомов БА в определенные фенотипы.

**Цель работы** – проанализировать клинические факторы риска неконтролируемой БА у детей с atopической и неатопической формой бронхиальной астмы для оптимизации базисного лечения.

**Материал и методы.** На базе пульмоаллергологического отделения областной детской клинической больницы г. Черновцы обследовано 64 ребенка, больных БА. Критериями включения в исследование считали: возраст ребенка от 6 до 17 лет, диагностированный персистирующий характер БА, длительность болезни больше трех месяцев, наличие информационного согласия родителей и детей. Критериями исключения были возраст до 6 и старше 18 лет; интермиттирующая БА, активное курение более десяти сигарет в день, использование препаратов, которые могли бы повлиять на результаты исследований, дети-сироты, наличие врожденных пороков развития бронхов и легких, а также других заболеваний, сопровождающихся синдромом бронхообструкции.

Группоформирующим признаком считали наличие у детей признаков atopии. Сформированы две клинические группы наблюдения. В первую (I) группу вошли 38 пациентов с отягощенным по аллергической пато-

---

логии семейным анамнезом и поло-жительными аллерготестами с небактериальными аллергенами, вторую (II) клиническую группу сформировали 26 школьников без признаков атопии. Группы наблюдения были сопоставимы по гендерным, возрастным признакам, месту постоянного жительства, тяжести БА. Уровень контроля БА определяли согласно рекомендациям Глобальной стратегии лечения и профилактики БА [1]. Изучали частоту дневных и ночных симптомов, наличие ограничений в физической активности, кратность использования  $\beta$ 2-адреномиметиков в течение суток, а также частоту обострений, требующих госпитализации в профильное отделение. Результаты работы анализировались методами биостатистики и клинической эпидемиологии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У детей групп наблюдения в течение трех последних месяцев, несмотря на прием базисных противовоспалительных препаратов, наблюдали наличие обострений с госпитализацией пациентов в профильное отделение. Доля пациентов I клинической группы, у которых отмечали обострение в течение трех месяцев, была несомненно выше и составляла  $34,2 \pm 7,7\%$  относительно группы детей с фенотипом неатопической БА, у которых аналогичный показатель равнялся  $26,0 \pm 8,7\%$  ( $P > 0,05$ ). В тоже время, доля пациентов, у которых отмечались обострения на протяжении последнего года, оказалась незначительно выше во II группе ( $84,6 \pm 7,1\%$ ) по сравнению со школьниками с атопическим фенотипом болезни ( $81,6 \pm 6,3\%$ ),  $P > 0,05$ . Атрибутивный риск (АР) наличия обострений в течение года у пациентов с неатопическим фенотипом БА составил 3%, относительный риск (ОР) – 1,1 (95% доверительный интервал (ДИ) от 0,4 до 2,4), при отношении шансов (ОШ) – 1,2 (95% ДИ 0,3-4,8). Таким образом, пациенты с атопической и неатопической формой заболевания имели практически одинаковые шансы быть госпитализованными в стационар в течение 12 месяцев по поводу обострения БА. Установлено, что АР наличия более одного эпизода ночных симптомов в течение недели у школьников с фенотипом неатопической БА относительно пациентов с наличием атопии составил 11,1%, ОР – 1,7 (95% ДИ 0,9-3,2) и ОШ – 2,0 (95% ДИ 0,6-6,7). При этом АР более частого использования селективных  $\beta$ 2-агонистов короткого действия среди детей I группы по сравнению со школьниками без признаков атопии составил 11,3 %, ОР – 1,4 (95% ДИ 0,9-2,0) при ОШ – 1,6 (95% ДИ 0,6-4,7). Идентичными в группах наблюдения оказались доля пациентов с наличием дневных симптомов БА и процент лиц, испытывающих ограничение физической активности.

Среди пациентов с атопической БА установлены следующие корреляционные взаимосвязи симптомов заболевания с анамнестическими данными. Так, тяжелое течение БА достоверно прямо коррелировало с частотой применения бронхолитиков ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,05$ ) и количеством обострений ( $r = 0,39$ ,

---

$p < 0,05$ ). При этом, длительная персистенция заболевания также ассоциировалась с высокой частотой использования селективных  $\beta_2$ -агонистов короткого действия ( $r=0,46$ ) и значительным количеством обострений в течение года ( $r=0,50$ ), (во всех случаях  $p < 0,05$ ). Избыточная масса тела пациентов с atopической БА прямо коррелировала с ограничением их физической активности ( $r=0,47$ ,  $p < 0,05$ ). Наличие отягощенного аллергическими заболеваниями семейного анамнеза достоверно ассоциировалось с частыми ночными симптомами заболевания у пациентов ( $r=0,55$ ,  $p < 0,01$ ), а отягощенность родословной случаями бронхиальной астмы – с избыточным суточным использованием  $\beta_2$ -адреномиметиков школьниками ( $r=0,50$ ,  $p < 0,05$ ). Среди школьников, страдающих неатопической БА, тяжесть заболевания достоверно коррелировала с частотой дневных симптомов ( $r=0,68$ ,  $p < 0,01$ ) и кратностью использования селективных  $\beta_2$ -агонистов короткого действия ( $r=0,85$ ,  $p < 0,01$ ), а также с ограничением физической активности пациентов ( $r=0,56$ ,  $p < 0,05$ ) и частотой обострений ( $r=0,51$ ,  $p < 0,05$ ). В отличие от I группы, при неатопическом фенотипе БА наблюдалась достоверная положительная взаимосвязь между частотой ночных симптомов заболевания в течении недели и проживанием в сельской местности ( $r=0,49$ ,  $p < 0,05$ ), а также обратная корреляционная связь между частотой дневных симптомов и массой тела при рождении ( $r=-0,55$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Наличие клинико-анамнестических факторов риска (при atopическом фенотипе – тяжелое течение и длительность болезни, избыточная масса тела, отягощенный аллергическими заболеваниями семейный анамнез; при неатопической форме – тяжелое течение, проживание в сельской местности, низкая масса тела при рождении) не позволяет в большинстве случаев достичь контролируемого течения бронхиальной астмы. Таким пациентам целесообразно рекомендовать эскалацию суточных доз профилактических препаратов с целью эффективного достижения и удержания контроля над симптомами заболевания.

### Список литературы

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (updated 2012)
2. Papadopoulos N.G., Arakawa H., Carlsen K.-H. International consensus on (ICON) pediatric asthma // *Allergy*. – 2012. – Vol. 67. – P. 976-997.
3. Wang F., He X.Y., Baines K.J. et al. Different inflammatory phenotypes in adults and children with acute asthma // *Eur. Respir. J.* – 2011. – Vol. 38. – P. 567-574.
4. Weiss S.T. New approaches to personalized medicine for asthma: Where are we? // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2012. – Vol. 129. – P. 327-334.