

УДК 616.248-053.2/. 6-036

Е.Б. Романцова, В.А. Доровских, А.Ф. Бабцева,
О.Б. Приходько

ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Амурская государственная медицинская академия
(г. Благовещенск)

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, подростки.

Динамика течения бронхиальной астмы (БА), начавшейся в детском возрасте, является одной из актуальных проблем педиатрии. Наиболее широко дискутируются вопросы о возрастном факторе, преобладании пола и тяжести состояния в прогнозе заболевания [2, 5–7].

Целью настоящего исследования явился анализ исходов бронхиальной астмы в зависимости от сроков ее манифестации.

Изучен катамнез 200 больных БА, развившейся в дошкольном, школьном и подростковом возрасте. Дебют заболевания в раннем и дошкольном возрасте (от 1 до 6 лет) отмечен у 75 больных (I группа, средний возраст дебюта — 4,5 года), в возрасте 7–11 лет — у 65 больных (II группа, средний возраст дебюта 9,1 года), в подростковом возрасте (12–18 лет) — у 60 больных (III группа, средний возраст дебюта — 14,3 года). Длительность БА до 3 лет была у 28%, 4–5 лет — у 15%, 6–10 лет — у 38%, 11–15 лет — у 12%, более 15 лет — у 7% больных. При взятии на диспансерный учет БА легкой степени тяжести наблюдалась у 93 (46,5%), средней степени тяжести — у 92 (46,0%) и тяжелая — у 15 человек (7,5%). Динамику течения болезни оценивали на основании диагноза, жалоб, выраженности клинических симптомов, данных обследования, частоты и длительности приступов, эффективности лечения и длительности ремиссии. При этом выделяли стабильное течение астмы, переход болезни в более легкую форму, прогрессирующее течение.

В возрастных группах доля больных с прогрессирующим течением БА, у которых не удалось добиться стабилизации процесса, колебалась в пределах 1/4–1/3 всех наблюдений. Следует отметить, что у больных с «ранней астмой» (I группа) к следующему возрастному периоду наблюдалась тенденция к положительной динамике, которая становилась более отчетливой в подростковом возрасте. Так, более чем через 10 лет в 1,4 раза увеличивалась частота более легкого течения болезни и, соответственно, в 1,3 раза уменьшилась частота ее прогрессирующего течения. Напротив, у больных с манифестацией астмы в возрасте 7–11 лет почти через 5 лет (уже в подростковом возрасте) уменьшилось число пациентов со стабильным течением астмы — в 1,2 раза, что сказалось на увеличении (в 1,1 раза) частоты прогрессирующего течения болезни. В целом при сроках наблюдения в

течение 5–10 и более лет прогрессирующее течение астмы выявлено у 27,2%, регрессирующее — у 35,4% и течение без перемен — у 37,3% больных.

Следует отметить, что в целом динамика заболевания практически не зависела от сроков манифестации астмы. Так, при возникновении БА в 1–6 лет регрессирующее ее течение отмечено у 36,4%, прогрессирующее — у 26,7% и стабильное — у 36,9% пациентов. При манифестации астмы в 7–11 лет регрессирующее течение отмечено у 33,1%, прогрессирующее — у 28,5% и стабильное — у 38,5% больных. При манифестации в 12–18 лет регрессирующее течение зарегистрировано у 36,7%, прогрессирующее — у 26,7% и стабильное — у 36,7% пациентов (склонность к прогрессирующему течению астмы наблюдалась несколько чаще, чем в другие возрастные периоды). Отмечено, что у больных с прогрессирующим течением БА в целом исходная тяжесть процесса была легкой степени в 45,4%, средней степени — в 37,7% и тяжелой — в 16,9% наблюдений. Длительность болезни в катамнезе у большинства обследованных превышала 5 лет.

Прогрессирующее течение БА у больных дошкольного и младшего школьного возраста чаще регистрировалось среди девочек, заболевших в эти возрастные периоды. Среди подростков с дебютом обструкции в 12–18 лет половая разница стиралась при ухудшении течения астмы. В целом среди девочек, больных астмой, прогрессирующее течение наблюдалось в 31,3%, среди мальчиков — в 21,3% случаев.

Манифестации астмы способствовала умеренная и высокая степень сенсibilизации организма (соответственно по группам 61,6, 68,3 и 48,5%) во всех возрастных периодах с некоторым преобладанием в дошкольном и младшем школьном возрасте. Среди больных с прогрессирующим течением БА более частая встречаемость аллергического ринита наблюдалась у старших детей. Частота atopического дерматита у больных с прогрессирующим течением БА, напротив, была в большей степени выражена при манифестации астмы в дошкольном возрасте. Следует отметить, что сочетание аллергического ринита и atopического дерматита отмечалось чаще при прогрессирующем течении БА в более старшем возрасте. Для детей дошкольного возраста отсутствие аллергических заболеваний было более характерным, чем в старшем возрасте. Сопутствующая соматическая патология при прогрессирующем течении астмы у больных I группы выявлена в 76,1%, II группы — в 79,5% и III группы — в 74,3% наблюдений (табл. 1).

Следует отметить, что прогрессирующему течению астмы способствовали высокая степень сенсibilизации и высокая частота сопутствующей аллергической и соматической патологии, особенно в школьном возрасте. Почти у половины больных всех возрастных групп зарегистрирован синдром соединительно-тканной дисплазии. Характерно, что во всех возрастных группах преобладали пациенты с измененной вегетативной реактивностью (особенно

Таблица 1

Факторы, способствующие прогрессирующему течению БА

Фактор	Частота регистрации, %		
	I группа	II группа	III группа
Сенсибилизация:			
низкая	27,7±5,1	23,5±5,2	29,3±5,8
умеренная	25,8±5,0	25,8±5,4	21,6±5,2
высокая	35,8±5,5	42,5±6,1	22,2±5,3
отсутствие	10,7±3,6	18,2±4,7	26,9±5,7
Сопутствующие аллергические болезни:			
аллергический ринит	16,7±4,3 ³	55,5±6,1	30,8±5,0
атопический дерматит	27,6±5,1 ³	9,1±3,5	10,0±3,8
их сочетание	14,3±4,0 ³	27,8±5,5	46,7±6,4
отсутствие	38,5±5,6 ³	7,6±3,3	12,5±4,1
Сопутствующие соматические болезни:			
1 заболевание	22,2±4,7	33,3±5,8	36,1±6,1
2 заболевания	18,8±4,5	24,0±5,2	20,0±5,1
3 заболевания и более	35,1±5,5 ²	22,2±5,1	18,2±4,9
отсутствие	23,9±4,9	20,5±4,9	44,9±6,4
Синдром соединительно-тканной дисплазии:			
наличие	46,9±5,7	31,3±5,7	44,9±6,4
отсутствие	15,2±4,1	13,3±4,1	11,4±4,0
Исходный вегетативный тонус:			
эйтонический	38,6±5,61	57,0±6,1 ³	37,2±6,2
симпатикотонический	32,4±5,3	27,0±5,1	35,1±6,1
ваготонический	29,0±5,0 ¹	16,0±4,5	27,7±5,7
Вегетативная реактивность:			
симпатикотоническая	27,4±5,1	25,0±5,3	17,7±4,9
гиперсимпатикотоническая	39,3±5,6	48,7±6,1 ³	32,3±4,0
асимпатикотоническая	33,3±5,0 ²	26,3±5,4 ³	50,0±6,4
Реактивная тревожность:			
умеренная и высокая	57,1±5,7 ²	70,6±5,6	84,2±4,7
низкая	42,9±5,7 ²	29,4±5,6	15,7±4,7

¹ Разница статистически значима между I и II группами.² Разница статистически значима между I и III группами.³ Разница статистически значима между II и III группами.

среди подростков), что влияло на их адаптационные возможности. Обращал на себя внимание большой процент больных с умеренной и высокой личностной тревожностью во всех возрастных группах, что также снижало адаптивные возможности пациентов, тем самым способствуя прогрессированию заболевания.

Проанализирована динамика адаптационных реакций у 126 больных с прогрессирующим течением БА в разные сроки наблюдения. При этом на протяжении 3 лет с момента постановки диагноза реакции изучались у 70 человек, 5 лет — у 39, 10 и более лет — у 17. Полученные данные сравнили с аналогичными у больных БА, где в те же сроки наблюдения отмечали улучшение состояния и стабилизацию процесса (табл. 2).

При анализе полученных показателей (по сигнальным отклонениям лейкоцитарной формулы [1]) отмечено преобладание активационных реакций у больных с регрессирующим течением астмы при длительности процесса на протяжении 3 лет в 1,73 раза, 5 лет — в 1,36 раза, более 10 лет — в 1,67 раза по сравнению с больными, у которых астма характери-

зовалась прогрессирующим течением. В то же время стрессорные реакции (стресса и переактивации) при прогрессирующем течении заболевания преобладали при разной длительности болезни соответственно в 1,6, 1,7 и 2,5 раза по сравнению с показателями больных с регрессивным течением.

В целом при катamnестическом наблюдении активационные реакции отмечены у больных с прогрессирующим течением болезни в 45,2%, с регрессирующим — в 59,3% случаев. Стрессорные реакции выявлены соответственно в 54 и 24% случаев, что свидетельствовало о явном снижении адаптационных возможностей организма у больных БА. При этом стрессорные реакции с низким уровнем реактивности имели средней силы достоверные корреляционные связи с выраженностью сенсибилизации организма, частотой аллергических и соматических сопутствующих заболеваний, показателями исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и уровнем тревожности. Среди иммунологических показателей реакции адаптации имели корреляционные связи

Таблица 2

Типы адаптационных реакций у больных БА при разных сроках наблюдения

Тип реакции	Кол-во наблюдений, %					
	в течение 3 лет		в течение 5 лет		в течение 10 лет	
	ухудшение	улучшение	ухудшение	улучшение	ухудшение	улучшение
Спокойной активации	18,5	29,4	17,9	24,0	17,7	31,3
Повышенной активации	17,1	32,3	23,0	32,0	17,7	28,1
Тренировки	21,4	11,8	17,9	20,0	23,5	21,9
Переактивации	15,7	17,6	20,5	14,0	23,5	10,3
Стресса	27,1	8,8	20,5	10,0	17,6	6,3

с лейко-Т- и лейко-В-клеточными индексами, соотношением CD4/CD8, изменение которых характеризовало не только снижение Т- и В-клеточного иммунитета, но и дисрегуляцию системы ($r=0,38-0,66$). Прослеживались также корреляционные связи адаптационных реакций с лейкоцитарными индексами [3, 4], индексом соотношения лимфоцитов и эозинофилов, индексом сдвига лейкоцитов, индексом алергизации с IgE, эозинофилами и уровнем малонового диальдегида ($r=0,27-0,72$), свидетельствовавшими о сохраняющейся в период ремиссии астмы активности хронического аллергического воспаления в связи со снижением неспецифической адаптированности организма.

Корреляционная взаимосвязь между показателями различных систем организма диктует необходимость для дальнейшей разработки прогностических критериев ремиссии БА, изучения интегральных показателей функционирования данных систем.

Литература

1. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. — М.: Имедис, 1998.

2. Ковалевская М.Н., Розина Н.Н. // *Рос. вест. перинат. и педиатрии*. — 1997. — № 1. — С. 34—38.
3. Мустафина Ж.Г., Крамаренко Ю.С., Кобцева В.Ю. // *Клин. лаб. диагностика*. — 1999. — №5. — С. 47—48.
4. Солдатов А.А., Соболев А.В., Берензон М.Б. и др. // *Клин. лаб. диагностика*. — 1997. — № 11. — С. 35—36.
5. Cserhati E., Barouni M., Mezeu G. // *Schweiz med Wochenschr.* — 1999. — Vol. 121, No. 40. — P. 29.
6. Jenkins M.A., Hopper J.L., Bowes G. et al. // *Brit. Med. J.* — 2004. — Vol. 309. — P. 90—93.
7. Kjellman B., Hesselmar B. // *Acta Paediatr. Int. J.* — 1999. — Vol. 83, No. 8. — P. 854—861.

Поступила в редакцию 29.03.05.

DYNAMICS IN BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN AND TEENAGERS

E.B. Romantsova, V.A. Dorovskikh, A.F. Babtseva, O.B. Prihodko
Amur State Medical Academy (Blagoveshchensk)

Summary — Katamnesis of 200 cases of bronchial asthma depending on terms of its demonstration is reviewed. It was revealed that progressing asthma was promoted by the high degree of a sensitization, frequency of the accompanying allergic and somatic pathology, the changed vegetative reactance, moderate and high uneasiness, and decrease in adaptation abilities of the organism.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 30—32.

УДК 616-053.5(47+57-25)

С.А. Валиуллина, И.В. Винярская, А.В. Митраков,
В.В. Черников

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МОСКОВСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

Научный центр здоровья детей РАМН (г. Москва)

Ключевые слова: качество жизни, дети.

Наиболее выраженное ухудшение состояния здоровья детей происходит в период обучения в школе, то есть от 7 до 17 лет. Установлено, что за последние 10 лет распространенность функциональных отклонений среди учащихся младшей школы повысилась на 84,7%, хронических болезней — на 83,8%, среди учащихся старшей школы — соответственно на 73,8% и 39,6% [1].

Негативные факторы школьного обучения (повышенные учебные нагрузки, сниженная двигательная активность, нерегулярное питание, нарушение санитарно-гигиенических норм образовательного про-

цесса) приводят к ухудшению физического и нервно-психического здоровья детей. Кроме того, школа является местом, где ребенок постигает основы социального функционирования, учится строить взаимоотношения со сверстниками и взрослыми, и в то же время местом, где высок риск девиантного поведения как стереотипа, особенно в подростковой среде [3].

Чтобы оценить состояние физического, психологического и социального здоровья ребенка, необходим комплексный показатель, каковым является показатель качества жизни (КЖ). С этой целью начато исследование КЖ московских школьников с учетом состояния их здоровья, а также условий и образа жизни.

Объектом исследования на первом этапе стали четыре московских общеобразовательных школы, для которых была составлена репрезентативная выборка учеников с 1 по 11 классы (180 человек). Основным инструментом изучения КЖ был выбран общий опросник Pediatric Quality of Life Inventory — (PedsQL 4.0) [7]. Основанием для выбора опросника явились хорошие психометрические свойства, доказанные