



Medicine. – 2018. – Vol. 12, №1. – P. 84 – 91.

5. Evaluation of modified MALDI-TOF-based approach to identification and typing of *Cryptococcus neoformans* clinical isolates. / N.V. Vasilyeva, A.A. Atsapkina, I.A. Riabinin. // Mycoses. – 2014. – Vol. 57, №S1. – P. 70.

УДК 616.248-053.2-07-085

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Алифанова С.В., Больбот Ю.К.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия
Министерства Здравоохранения Украины», г.Днепр, Украина

Аннотация. Изучены и выделены основные предрасполагающие факторы риска развития бронхиальной астмы у детей, для каждого фактора риска было рассчитано отношение шансов (ОШ) и его 95%-й доверительный интервал. Полученные данные можно использовать для расчета индивидуального и популяционного рисков с целью прогнозирования данной патологии и проведению своевременной профилактики.

Ключевые слова: факторы риска, бронхиальная астма, дети

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических обструктивных заболеваний детского возраста. БА является генетически гетерогенным заболеванием с полигенным типом наследования. Реализация генетической детерминированности происходит при взаимодействии пациента с факторами внешней среды, что обеспечивает аддитивный эффект. Наиболее важный критерий наследственной предрасположенности к БА - выделение генов, отвечающих за кодирование синтеза медиаторов иммуновоспалительных процессов и повреждения дыхательных путей: регуляторов экспрессии генов, факторов транскрипции, индукторов молекул адгезии, цитокинов Th- и Th2-лимфоцитов, β 2-адренорецепторов, регуляторов уровня иммуноглобулинов, бронхиальной гиперреактивности и многих других [1].

В настоящее время доказана роль множества медико-биологических, генетических, социально-экономических, экологических и других факторов, повышающих риск развития бронхиальной астмы (БА) и способствующих ее прогрессированию у детей [3]. Среди наиболее значимых - наличие пищевой, лекарственной или иной аллергии, семейная история астмы или аллергии, частые респираторные инфекции, воздействие табачного дыма до или после рождения, атопический дерматит, низкий вес при рождении, мужской пол, некоторые социальные факторы, такие как неполные семьи, низкий доход семьи, перенаселенность жилых помещений и другие [1,4].

Цель и задачи исследования. На основе анализа анамнестических, медико-биологических, социально-экономических и экологических факторов изучить вероятность развития бронхиальной астмы у детей в возрасте от 5 до 16 лет.

Материалы и методы. Для определения значимости факторов нами было проведено клинико-анамнестическое исследование типа случай-контроль. В исследование было включено 123 ребенка в возрасте от 5 до 16 лет, которые были распределены на две группы. Основную группу составили 67 детей с диагнозом бронхиальная астма, а в группу сравнения были включены 56 здоровых детей. Критериями включения в основную группу были установленный диагноз бронхиальной астмы легкой, средней или тяжелой степени тяжести. Критериями исключения были наличие других сопутствующих хронических заболеваний, врожденные заболевания бронхолегочной системы, первичные иммунодефициты и другая хроническая патология. По степени тяжести бронхиальной астмы дети были распределены следующим образом: БА с тяжелым течением заболевания была диагностирована у 9 (13,5%) больных, средней тяжести - у 22 (32,8%) больных, а у 36 (53,7%) больных наблюдалось легкое течение заболевания. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и полу. В 68,7% случаев бронхиальная астма сочеталась с другими аллергическими заболеваниями, в том числе с аллергическим ринитом - в 47,8% детей, атопическим дерматитом - в 16,4% детей, и в 8,9% случаев выявлено сочетание бронхиальной астмы, аллергического ринита и атопического дерматита.

Комплексное изучение факторов риска потенциально влияющих на развитие бронхиальной астмы проводилось с расчетом относительного риска и выделением наиболее значимых факторов.

Для оценки относительного риска использовался расчет отношения шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал. Отношение шансов рассчитывалось по формуле $ОШ = (ad)/(bc)$, где а и b - наличие и отсутствие фактора риска в основной группе, с и d - наличие и отсутствие фактора риска в группе сравнения. К наиболее значимым факторам нами были отнесены результаты со значением ОШ более 1,0 [2].

Проводился анализ течения ante-, intra-, постнатального периодов жизни детей, изучение семейного анамнеза, в том числе отягощенности по наличию бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний у родителей и ближайших родственников, социально-бытовых и других факторов риска. При анализе распределения больных по полу констатировано значительное преобладание мальчиков – 73,5%.

Результаты. В настоящее время большинство исследователей придерживается мнения, что влияние потенциальных факторов риска развития БА начинается задолго до клинической реализации заболевания, в ante-, intra- и перинатальном периодах жизни ребенка [5]. Проведенный в исследовании ретроспективный анализ особенностей течения ante-, intra- и перинатального периодов жизни детей показал достоверно более частое осложненное их течение



по сравнению с группой сравнения (табл.1). Наиболее частыми осложнениями были проявления гестоза, который отмечался у 44,7% матерей основной группы и у 23,2% матерей группы сравнения ($p < 0,001$), угроза прерывания беременности у 35,8% и 14,3% ($p < 0,001$), хроническая фетоплацентарная недостаточность у 22,4% матерей основной группы и 5,4% в группе контроля ($p < 0,001$). Достоверно чаще у матерей детей с БА выявлялась и экстрагенитальная патология – острые респираторные инфекции осложняли течение беременности в 23,9% наблюдений (8,9% в группе сравнения), пиелонефрит у 11,9% (3,6% в группе сравнения), бронхиальная астма у 4,4%, сахарный диабет беременных у 1,5% матерей. Достоверно чаще, чем у матерей детей контрольной группы, выявлено развитие пищевой и лекарственной аллергии (19,4% и 5,4% соответственно), ($p < 0,01$). Нами не было установлено достоверной разницы частоты развития анемии беременных у матерей детей обеих групп ($p > 0,05$).

Таблица 1

**Характеристика ante-, интра- и перинатального периодов жизни
обследованных детей**

Патологические состояния	Дети с БА n = 67		Контрольная группа n = 56	
	абс.	%	абс.	%
Гестозы беременных	30	44,7***	13	23,2
Анемия беременных	9	13,4	6	10,8
ОРВИ во время беременности	16	23,9**	5	8,9
Угроза прерывания беременности	24	35,8***	8	14,3
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	15	22,4***	3	5,4
Пиелонефрит	8	11,9*	2	3,6
Пищевая и лекарственная аллергия у матери	13	19,4**	3	5,4
Слабость родовой деятельности	26	38,8***	8	14,2
Перинатальное поражение ЦНС	33	46,3***	7	12,5
Асфиксия новорожденных	13	19,4**	4	7,1
Недоношенность	7	10,4*	2	3,6
Позднее прикладывание к груди	14	20,9**	5	8,9
Раннее искусственное вскармливание	32	47,7***	9	16,1

Примечание: * - достоверное отличие от группы контроля ($p < 0,05$), ** - достоверное отличие от группы контроля ($p < 0,01$), *** - достоверное отличие от группы контроля ($p < 0,001$).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что неблагоприятное течение интранатального периода у детей, больных БА наблюдался в 57,8% случаев, тогда как в группе практически здоровых детей только в 24,3% случаев ($p < 0,001$). В структуре патологии интранатального периода наибольший

удельный вес имела слабость родовой деятельности, которая возникала при рождении 38,8% детей, больных БА, что оказалось достоверно чаще, чем у детей группы контроля ($p < 0,001$). У детей, больных БА, достоверно чаще, чем у детей контрольной группы выявлялись перинатальное повреждение ЦНС – у 46,3% и 12,5% соответственно ($p < 0,001$). Более высоким оказался и процент детей, родившихся в асфиксии – 19,4% и 7,1 % соответственно ($p < 0,01$). Дети с БА достоверно чаще рождались преждевременно – 10,4% и 3,6% соответственно, ($p < 0,05$).

Частота возникновения таких осложнений интранатального периода, как стремительные или затяжные роды, развитие длительного безводного промежутка, необходимости проведения родов с помощью операции кесарева сечения, существенно не отличалась в группах матерей детей, больных БА и практически здоровых детей ($p < 0,05$).

В группе детей, больных БА, достоверно высокой оказалась доля детей с поздним прикладыванием к груди 20,9% и 8,9% соответственно ($p < 0,001$). Обращает на себя внимание и более раннее начало искусственного вскармливания детей основной группы, так 47,7% детей, больных БА, были переведены на искусственное вскармливание в течение первых 3-х месяцев жизни, тогда как в группе здоровых детей этот показатель составлял только 16,1% ($p < 0,001$). По мнению ряда исследователей, раннее начало искусственного вскармливания способствует развитию пищевой сенсibilизации, которая в условиях отягощенного аллергологического анамнеза, с высокой вероятностью трансформируется в аллергические заболевания, в том числе и в бронхиальную астму [1,5].

Доказано, что на состояние здоровья ребенка оказывают значительное влияние перенесенные в раннем детском возрасте заболевания и наличие у них сопутствующей патологии. По результатам проведенного индивидуального анализа выявлено, что перенесенные на первом году жизни острые респираторные заболевания, особенно с поражением бронхолегочной системы достоверно чаще регистрировалось в группе детей БА. Так, острые респираторные инфекции на первом году жизни перенесли 68,6% основной группы и 26,7% группы контроля, ($p < 0,001$), при этом у детей с БА достоверно чаще диагностировались обструктивный бронхит - у 12 детей (17,9% случаев), бронхолит - у 6 (8%), пневмония - у 5 (7,5% случаев).

С целью определения влияния эндогенных факторов риска на развитие и формирование БА проведено исследование семейного анамнеза. Было установлено, что наследственность достоверно чаще наблюдалась в группе детей, больных БА по сравнению с контролем (82,1% и 26,8% относительно), ($p < 0,001$). Изучение структуры заболеваемости родственников детей с БА выявило достоверное преобладание аллергической патологии, наиболее часто диагностировалась бронхиальная астма – у 23,9%, в группе контроля отмечалась в 3,6% случаев. Второе место занимал аллергический ринит - у 19,4% родственников детей основной группы и у 5,4% родственников в группе



контроля. Изучение линии наследования выявило преобладание больных БА и аллергическим ринитом родственников по материнской линии – 55,8% и 68,4% выявленных случаев соответственно, а атопического дерматита у родственников по линии отца ребенка – 66,7% и 33,3% случаев соответственно.

Неблагоприятное влияние оказывают также медико-социальные факторы, среди которых- проживание детей в неполных семьях (31,3% детей основной группы и 12,5% в группе контроля), недостаточная площадь и скученность в помещениях (20,9% против 10,8%), наличие домашних животных, грызунов и аквариумов (26,8% и 14,3% детей соответственно).

Особое внимание уделяется влиянию пассивного курения на состояние здоровья детей во всех периодах его жизни. В группе детей с БА 31,3% детей подвергались негативному влиянию продуктов табачного дыма и вейпинга, при этом 26,9% подростков указали на то, что курят или занимаются вейпингом в течение не менее 1 года. Расчет отношения шансов позволил выделить наиболее значимые факторы развития бронхиальной астмы у исследуемых детей (табл. 2).

Таблица 2

Факторы риска развития бронхиальной астмы у детей (показатели отношения шансов и их 95%-е доверительные интервалы)

Факторы риска	Показатель отношения шансов	Доверительный интервал
Отягощенный семейный анамнез по БА	8,47	1,85-38,69
Отягощенный семейный анамнез по аллергическому риниту	4,25	1,15-15,7
Осложнения антенатального периода:		
Гестоз	2,85	1,55-5,25
Пиелонефрит	3,67	0,74-18,01
Пищевая и лекарственная аллергия	4,25	1,15-15,7
Осложнения интранатального периода		
Асфиксия	3,13	0,96-10,22
Слабость родовой деятельности	3,8	1,55-9,31
Недоношенность	3,15	0,63-15,82
Раннее искусственное вскармливание	5,14	1,63-16,21
Атопический дерматит на 1 году жизни	2,55	0,76-8,5
Частые ОРВИ	5,9	2,7-13,1
обструктивные бронхиты в раннем возрасте	1,91	0,78-4,69
Перинатальное поражение ЦНС	8,09	3,06-21,4
Пассивное курение	1,32	1,62-3,1
Курение и вейпинг у подростков	3,06	1,13-8,35
Неудовлетворительные бытовые условия	2,2	0,79-6,17
Неполная семья	3,19	1,24-8,22
Наличие животных, грызунов, аквариумов	2,2	0,87-5,54

Примечание: указаны наиболее значимые факторы (доверительный интервал более 1,0).

Заключение и выводы. Подводя итоги, можно сделать вывод, что факторами риска развития БА были наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям, неблагоприятное течение ante и интра- и неонатального периодов (внутриутробная гипоксия, преждевременные и патологические роды, рождение в асфиксии, позднее прикладывание к груди и раннее искусственное вскармливание, пищевая сенсibilизация), отклонения в состоянии здоровья на первом году жизни (перинатальные поражения ЦНС, atopический дерматит), курение, неблагоприятные социальные факторы, более высокая частота острых респираторных заболеваний с развитием эпизодов бронхиальной обструкции в течение первых лет жизни по сравнению со здоровыми детьми.

Список литературы:

1. Охотникова О. М. Профілактика алергії у дітей: сучасні можливості та перспективи / О. М. Охотникова // Дитячий лікар. - 2011. - № 4. - С. 26-35.
2. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М: Медиа Сфера, 2001. – 282с.
3. The revised 2014 GINA strategy report: opportunities for change / L. P. Boulet et al. // Curr. Opin. Pulm. Med. – 2015. – № 21. – P. 1–7.
4. Global strategy for asthma management and prevention, 2015. (Accessed April 2015, at www.ginasthma.org.)
5. Trevor J. L. Refractory asthma: mechanisms, targets, and therapy / J. L. Trevor, J. S. Deshane // Allergy. – 2014. – № 69 (7). – P. 817–827.

УДК 614.214/215

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОТРАСЛИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ананов А. Р., Щавелева М.В.

ГУО Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь

Аннотация. Основные направления развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации разработаны в соответствии с перечнем поручений Президента Российской Федерации по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации 26 августа 2016 г. и определяют цель и задачи государственной политики Российской Федерации по сохранению и укреплению здоровья населения Российской Федерации в сфере курортного дела. Социально-экономические проблемы развития государства напрямую связаны с проблемами в здравоохранении (низкий уровень продолжительности жизни, высокие показатели смертности, качество жизни). В статье рассматривается санаторно-курортный комплекс как важная система здравоохранения, требующая коррекции. Актуальность темы исследования подтверждается организацией