

7. Higgins B.G., Francis H.C., Warburton C.J. et al. The effects of air pollution on ocular and respiratory symptoms in subjects with asthma and chronic bronchitis // *Thorax*.— 1993.— Vol.48.— P.417.
8. Manfreda J., Becker A.B., Wang R.Z., Roos L.L., Anijnsen N.R. Trends in physician-diagnosed asthma prevalence in Manitoba between 1980 and 1990 // *Chest*.— 1993.— Vol.103.— P.151—157.

9. Peat J.K., Haby M., Spijker J., Berry G., Woolcock A.J. Prevalence of asthma in adults in Busselton, Western Australia // *Br. Med. J.*— 1992.— Vol.305.— P.1326—1329.
10. Schwartz J., Spix C., Wichmann H.E., Malin E. Air pollution and acute respiratory illness in five german communities // *Environ. Res.*— 1991.— Vol.56.— P.1—14.

Поступила 28.07.97.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1998

УДК 616.248-053.2-036.22

Е.Г.Кондюрина, Т.Н.Елкина, Т.А.Филатова, С.М.Гавалов

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НОВОСИБИРСКА

Новосибирский медицинский институт

AGE CHARACTERISTICS OF ASTHMA EPIDEMIOLOGY IN CHILDREN FOR NOVOSIBIRSK

E.G.Kondyurina, T.N.Yelkina, T.A.Filatova, S.M.Gavalov

Summary

An epidemiological survey on the ISAAC protocol involved 7,168 schoolchildren, 3,584 aged 13—14 and 3,584 aged 7—8. Medical histories reported wheeze and rate in 25.6% of cases, and 10.4% in the 12 months preceding the survey. 2% had wheezes more than 4 times a year. The junior group revealed a spectacularly higher occurrence of nocturnal wheezes. Exercise-induced wheezes were much more frequent in the 13—14 age group. Bronchial asthma had been diagnosed prior to the survey in 1.6% and 3.3% of cases in the 7—8 and 13—14 age groups, respectively, to reveal BA morbidity drastically understated by the health service, especially with junior children.

Резюме

По данным эпидемиологического обследования по программе "ISAAC" 7168 детей (3584 учащихся в возрасте 13—14 лет и 3584 школьников в возрасте 7—8 лет) распространенность затрудненного хрипящего дыхания, хрипов в грудной клетке составляет в анамнезе 25,6%, в течение 12 месяцев, предшествующих обследованию, — 10,4%. Частые рецидивы (более 4 раз в год) отмечены у 2% обследованных. У младших школьников ночные симптомы встречались достоверно чаще. Бронхоспазм физической нагрузки с большей частотой зафиксирован у восьмиклассников. До обследования диагноз бронхиальной астмы стоял у 1,6% первоклассников, 3,3% — восьмиклассников, что свидетельствует о гиподиагностике бронхиальной астмы, особенно у младших школьников.

Проблема профилактики и реабилитации детей и взрослых, больных бронхиальной астмой (БА), может быть решена на основе комплексного программного изучения патологии, в котором эпидемиологические исследования занимают ключевые позиции, так как именно они позволяют оценить эволюцию заболевания как по тяжести, так и по форме; выявить факторы, определяющие прогрессирование процесса, и оценить эффективность социального и медицинского контроля болезни [4,7,11,12,14].

Данные об эпидемиологических показателях БА у детей России и стран СНГ очень противоречивы. Отсутствие единых критериев в оценке распространенности, обследование детей разных возрастов, анализ статистических показателей обращаемости за стационарной и амбулаторно-поликлинической помощью,

изучение диспансерного контингента педиатрических участков, смертности по основной причине привели к тому, что сопоставить данные исследований заболеваемости, проведенных в разных регионах, нельзя, так же как и определить тенденцию развития патологии. Цифры, выявленные при этом, свидетельствуют, что установленный диагноз БА имели в среднем 0,3—0,4% детского населения Советского Союза со значительными колебаниями по регионам [2,3,4].

Гиподиагностике БА способствовала действовавшая классификация бронхолегочной патологии с размытыми критериями постановки диагноза астматический бронхит, рецидивирующий обструктивный бронхит, БА. Работы последних лет показывают, что использование статистической отчетности как базового инструмента изучения дает низкие цифры заболеваемости, хотя

Распространенность бронхиальной астмы среди детского населения России в последнее десятилетие

Регион	Год	Методы исследования	Распространенность, %	Ссылки
Нижегородская обл.	1988	Статистическая отчетность	0,06	[1]
Москва	1990	Статистическая отчетность	0,7	[8]
Москва	1995	Статистическая отчетность	0,461 мальчики 0,227 девочки	[9]
Нижегородская обл.	1994	Статистическая отчетность	0,124	[1]
Казань	1995	Анкеты+скрининг	1,2±0,38	[6]
Санкт-Петербург и промышленные города России	1986—1995	Анкеты+скрининг+ углубленное обследование	2,5	[5]
Самара	1996	Статистическая отчетность	0,23	[7]
		С учетом поправочного коэффициента	0,77	
		Скрининг+углубленное обследование	8	
Ангарск	1996	Статистическая отчетность	1	[10]

динамический их анализ выявляет рост распространенности БА в детском возрасте (табл.1). Анкетирование в сочетании с углубленным обследованием детей при проведении сплошных эпидемиологических нестандартизованных исследований выявляет больных БА в промышленных городах в 2,5—8%.

Показатели распространенности БА в зарубежных странах значительно выше и составляют 9—11% в США, 7,3—9,3% в Германии, 10—15% в Англии [12,13,14]. Бурный рост заболеваемости потребовал стандартизации эпидемиологических исследований для получения сравнимых результатов, что привело к созданию и внедрению в практику программы "Международное исследование астмы и аллергии у детей" ("ISAAC"), проводимой во многих странах мира.

Исследования по стандартизованным методикам в России не проводились. Для получения достоверной информации мы по рекомендации Научно-исследовательского института пульмонологии МЗ РФ и его директора академика РАМН профессора А.Г.Чучалина использовали программу "ISAAC", любезно представленную нам профессором D. Chagnin (Франция) и НИИ пульмонологии. Первый этап проводился в школах Новосибирска в феврале—апреле 1996 года со строгим соблюдением всех требований протокола "ISAAC". Нами было проанкетировано 7404 школьника (учащихся 1 и 8 классов), из них в обследование вошло

7168 человек (табл.2), так как в рамках программы изучается заболеваемость детей определенного возраста 7—8 лет (1-я группа) и 13—14 лет (2-я группа).

При анализе анкет оказалось, что на симптомы БА в виде затрудненного хрипящего дыхания, свистов в грудной клетке жаловался каждый четвертый ребенок (табл.3), при этом несколько чаще подобную клинику отмечали родители детей 1-й группы. Эти данные сопоставимы с результатами обследования в других странах, где положительный ответ на данный вопрос фиксировался в 20—48%.

В течение года, предшествовавшего обследованию, клинику затрудненного дыхания со свистами в грудной клетке отмечали 10,4% опрошенных. У девочек частота подобных жалоб не менялась, у мальчиков зафиксирована тенденция к уменьшению респираторных эпизодов с возрастом. Распространенность симптомов БА в городе значительно варьировала (от 5 до 15%); при этом можно выделить районы с относительно низкой заболеваемостью в обеих возрастных группах и районы с высокой заболеваемостью детей, совпадающие с экологической характеристикой районов, отличающихся антропогенным загрязнением.

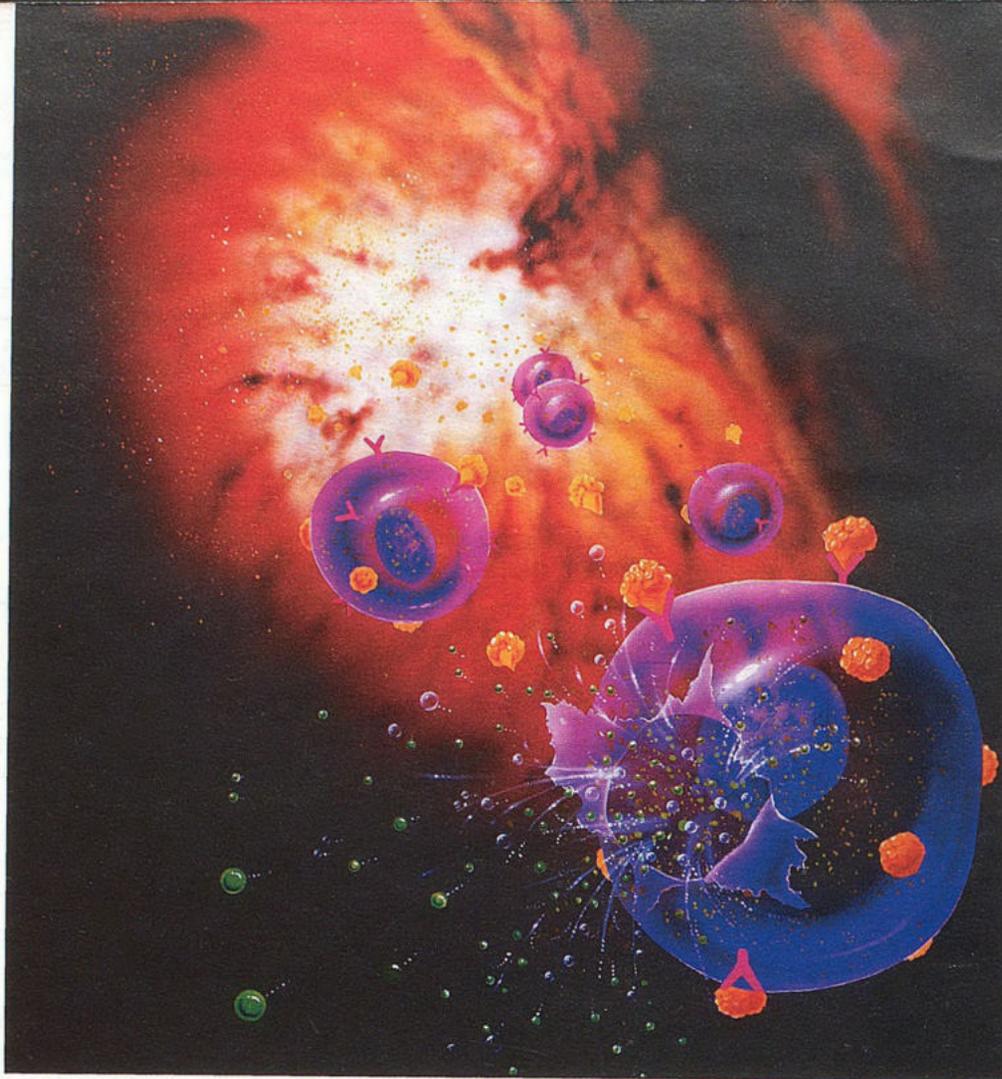
Частота рецидивирования симптомов БА среди этих возрастных групп не отличалась: у большинства детей она не превышала 3 эпизодов в год (рис.1). Ежемесячные и более частые обострения отмечены у 0,5% опрошенных, у которых фиксировалось тяжелое течение заболевания. Распространенность клинически значимой БА не зависела от возраста и была выявлена у 2% проанкетированных детей, которые и составили контингент пациентов, требующих проведения противовоспалительной терапии. Соотношение клинически и эпидемиологически значимой БА по результатам обследования составляет 1:4. Вероятно, это минимальный поправочный коэффициент, который позволяет дать представление о распространенности БА в детском возрасте по данным статистической отчетности.

На ночные симптомы удушья указывали 35,3% школьников группы риска (рис.2). Зафиксированы

Таблица 2

Распределение по полу и возрасту детей, вошедших в эпидемиологическое обследование

Возраст, годы	Пол		Всего
	мальчики	девочки	
13—14	1716	1868	3584
7—8	1838	1746	3584
Итого...	3554	3614	7168



Кестин™

эбастин

с аллергией в два счета



 **RHÔNE-POULENC RORER**

РОВАМИЦИН 3,0 млн МЕ



СПИРАМИЦИН



Устраняет инфекцию дыхательных путей - быстро и полностью



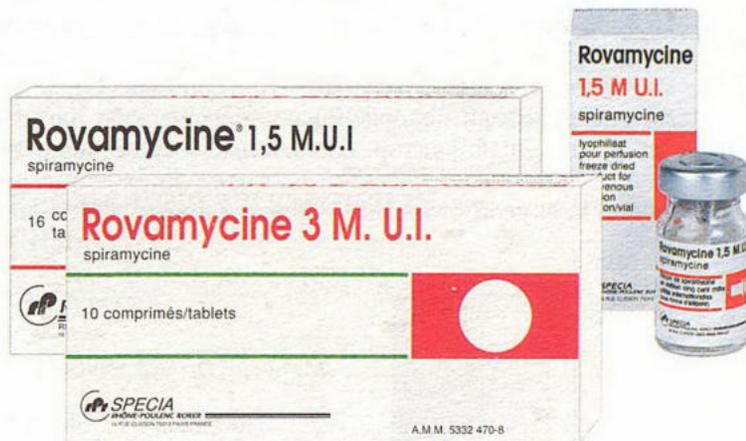
**сильное продолжительное
действие в месте
инфекционного поражения**



**великолепные
клинические результаты**



безопасность пациента



RHÔNE-POULENC RORER

СОСТАВ: 1 таблетка содержит 3 млн МЕ спирамицина. **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА:** РОВАМИЦИН принадлежит к антибиотикам семейства макролидов. К РОВАМИЦИНУ чувствительны следующие микроорганизмы: Streptococcus, Meningococcus, Bordetella pertussis, Corynebacterium diphtheriae, Listeria monocytogenes, Clostridium, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia trachomatis, Legionella pneumophila, Treponema, Leptospira, Campylobacter и Toxoplasma gondii. Умеренно чувствительны: Haemophilus influenzae, Bacteroides fragilis, V. cholerae, Staphylococcus aureus. Устойчивы к РОВАМИЦИНУ Enterobacteriaceae, Pseudomonas. Всасывание препарата происходит быстро (период полуабсорбции составляет 20 минут). После приема внутрь 6 млн МЕ препарата пик его концентрации в крови наблюдается через 1,5-3 ч; период полувыведения составляет приблизительно 8 ч. РОВАМИЦИН не проникает в спинномозговую жидкость, однако хорошо диффундирует в слюну и ткани, а также в молоко матери, в связи с чем применение его кормящими женщинами не рекомендуется. Связывание с белками плазмы слабое и не превышает 10%. Препарат метаболизируется в печени и выводится через желчные протоки, кишечник и почки (10-14%). **ПОКАЗАНИЯ:** Применение РОВАМИЦИНА рекомендовано в оториноларингологии, бронхопульмонологии, стоматологии, гинекологии, при кожных и костных заболеваниях и для лечения простатита, а также для лечения токсоплазмоза, в том числе у беременных женщин. РОВАМИЦИН применяется для профилактики менингококкового менингита среди лиц, контактировавших с больным за 10 дней до его госпитализации, для химиопрофилактики острого суставного ревматизма. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Аллергия к спирамицину. **ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ:** В отдельных случаях отмечается тошнота, диарея, рвота. В редких случаях возможны кожные аллергические реакции, парестезии конечностей, возникающие в процессе инфузии препарата и самопроизвольно исчезающие, редко - флебиты, в исключительных случаях - средней тяжести, требующие отмены терапии. **ОСОБЫЕ ОТМЕТКИ:** У больных с почечной недостаточностью можно не изменять дозировку, так как препарат практически не выводится через почки. Поскольку РОВАМИЦИН проникает в грудное молоко, необходимо прервать кормление грудью. РОВАМИЦИН можно без опасения применять беременным женщинам. **ПРИМЕНЕНИЕ И ДОЗИРОВКА:** Для взрослых дневная доза РОВАМИЦИНА внутрь составляет 6-9 млн МЕ в день за 2-3 приема. **ФОРМА ВЫПУСКА:** Таблетки 1,5 млн МЕ по 16 шт. в упаковке; таблетки 3 млн МЕ по 10 шт. в упаковке; флаконы с лиофилизированным порошком 1,5 млн МЕ для внутривенного введения.

Распространенность (в %) симптомов и диагноза БА у детей

Симптомы астмы	Возраст						Все обследо- ванные дети
	7—8 лет			13—14 лет			
	М	Д	Всего	М	Д	Всего	
Наличие симптомов БА когда-либо	29,2	26,2	27,8	22,3	24,3	23,4	25,5
Наличие симптомов БА за последний год	11,7	10,5	11,1	8,9	10,4	9,7	10,4
Диагноз БА, стоявший до эпидемиологического обследования	2,2	0,86	1,56	3,2	3,3	3,26	2,4

достоверные возрастные различия в частоте встречаемости “ночной” астмы: по данным анкетирования ночные эпизоды бронхиальной обструкции возникали у почти половины детей младшей группы с клиникой БА и только у 25% школьников 13—14 лет. У первоклассников в 2 раза выше распространенность частого (более 1 ночи в неделю) пробуждения от приступа БА по сравнению с восьмиклассниками (см. рис.2). Этот рисунок становится особенно важным при сопоставлении с данными об изолированном ночном кашле у детей, возникающем в период относительного здоровья при отсутствии симптомов острого респираторного заболевания. В 1-й группе он отмечен в 10,3% анкет с одинаковой частотой у мальчиков и девочек (10,3 и 10,2% соответственно). Во 2-й группе ночной кашель выявлен у 11,2% (у 10,6% мальчиков и 11,8% девочек). Таким образом, у детей младшего возраста по данным эпидемиологического обследования ночная симптоматика БА выражена более ярко без различия между полами.

Бронхоспазм при физической нагрузке по данным анкетирования отмечался у 10,5% детей с достоверным различием по возрасту — у 5,7% первоклассников и 15,3% восьмиклассников. Последующее проведение тестов с физической нагрузкой позволило уточнить значимость положительных ответов. Оказалось, что многие родители недооценивают физическую нагрузку как триггерный фактор, сознательно ограничивая физическую активность детей для предупреждения приступа. С другой стороны, в анкетах восьмиклассников

встречаются ложноположительные ответы, обусловленные желанием ребенка получить освобождение от уроков физкультуры. Но даже после углубленного обследования во 2-й группе бронхоспазм при физической нагрузке зафиксирован с большей частотой.

По данным статистической отчетности в Новосибирске распространенность БА оставляла 0,41% на 1 января 1996 года. Анкетирование показало, что до эпидемиологического обследования в учреждениях практического здравоохранения диагноз БА был выставлен 1,6% первоклассников и 3,3% восьмиклассников, то есть во 2-й группе частота ранее установленного диагноза в 2 раза выше. Если сопоставить эти данные с распространенностью симптомов БА (см. табл.3), которые в 1-й группе встречались несколько чаще, то становится очевидным факт поздней постановки диагноза и гиподиагностики БА в раннем детском возрасте. Последующее обследование показало, что недиагностированной остается в основном БА легкой степени тяжести с редкими приступами, хотя казуистически мы выявили и тяжелые формы заболевания, которые трактовались как рецидивирующий обструктивный бронхит и даже нейродермит.

Таким образом, проведенное по программе “ISAAC” изучение эпидемиологии БА у школьников Новосибирска свидетельствует о высокой распространенности заболевания, сопоставимой с результатами обследования детей стран со сходными климатогеографическими и экологическими характеристиками. Эта работа позво-

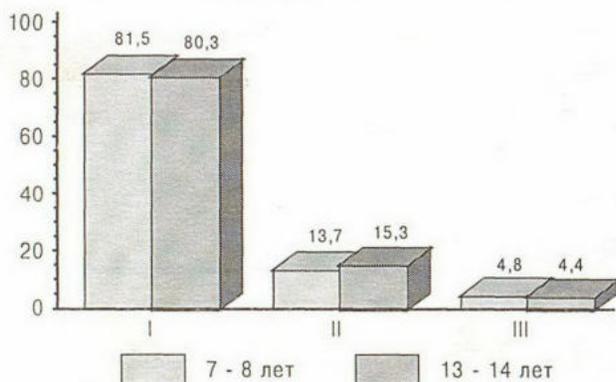


Рис. 1. Частота рецидивирования симптомов бронхиальной астмы за 12 месяцев в возрастном аспекте.

I — от 1 до 3, II — от 4 до 12, III — более 12.

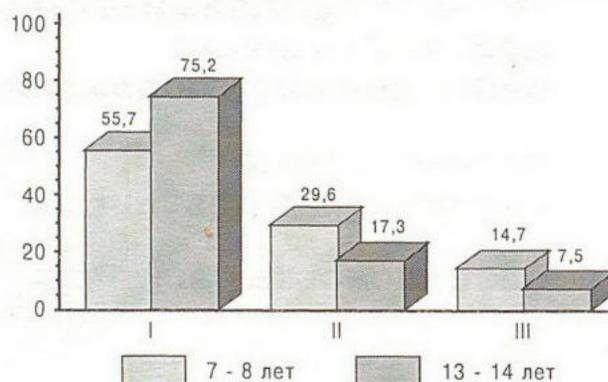


Рис. 2. Распространенность ночных симптомов бронхиальной астмы за 12 месяцев в возрастном аспекте

I — никогда не просыпался, II — менее чем 1 ночь в неделю, III — 1 и более ночей в неделю.

лила выявить слабые звенья в системе практического здравоохранения и разработать план совершенствования аллергопульмонологической службы города, в котором большое внимание уделено ранней диагностике и профилактике БА, особенно у детей раннего возраста.

Выводы

1. Данные эпидемиологического обследования свидетельствуют о поздней постановке диагноза и гиподиагностке БА, особенно у детей младшей возрастной группы. Показатели статистической отчетности существенно ниже истинной заболеваемости БА.
2. Использование программы "ISAAC" позволяет оценить заболеваемость БА. Достоверных отличий распространенности симптомов и частоты рецидивирования БА в зависимости от возраста не зафиксировано.
3. Большая частота и тяжесть ночных приступов БА отмечена в младшей возрастной группе.
4. Частота бронхоспазма при физической нагрузке с возрастом увеличивается.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абелевич М.М., Тарасова А.А., Колпацникова И.Ф. и др.* Эпидемиология бронхиальной астмы у детей Нижегородской области // Международная конф. "Улучшение качества жизни при астме и аллергии": Сборник резюме.— СПб., 1995.
2. Аллергические заболевания у детей: Руководство для врачей / Под ред. М.Я.Студеникина, Т.С.Соколовой.— М.: Медицина, 1986.
3. *Балаболкин И.И.* Бронхиальная астма у детей.— М.: Медицина, 1985.

4. *Ковалевская М.Н., Розанова Н.Н.* Возрастная эволюция и исходы бронхиальной астмы у детей // Рос. вестн. перинатол. педиатр.— 1997.— № 1.— С.34—38.
5. *Коростовцев Д.С., Макарова И.В.* Распространенность и некоторые основные эпидемиологические характеристики бронхиальной астмы у детей в Санкт-Петербурге // Международная конф. "Улучшение качества жизни при астме и аллергии". Сборник резюме.— СПб., 1995.
6. *Маланичева Т.Г., Шамова А.Г.* Распространенность и структура бронхиальной астмы среди детского населения // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме.— М., 1995.— № 1032.
7. *Медникова О.Б., Родина Т.П., Костюкова Н.А. и др.* Бронхиальная астма по данным эпидемиологических исследований // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 6-й: Сборник резюме.— Новосибирск, 1996.— С.568.
8. *Ревич Б.А.* Состояние здоровья детского населения Москвы в связи с загрязнением атмосферного воздуха // Экологические исследования в Москве и Московской области.— М., 1990.— С.95—108.
9. *Слогоцкая Л.В., Чуканова В.П.* Некоторые аспекты эпидемиологии бронхиальной астмы в Москве // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме.— М., 1995.— № 1034.
10. *Томилов В.Г., Облизанова Г.А., Щербатова И.А.* Эпидемиология бронхиальной астмы у детей в Ангарске // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 6-й: Сборник резюме.— Новосибирск, 1996.— С.568.
11. *Чучалин А.Г.* Бронхиальная астма // Русск. мед. журн.— 1995.— № 2.— С.7—10.
12. *Anderson H.* Epidemiology of asthma // Brit. J. Hosp. Med.— 1992.— Vol.47, № 2.— P.99—102.
13. *Debelie M.* Besonderheiten des Asthmas bei Kindern und Jugendlichen // Atemwegs u. Lungenkr.— 1992.— Bd.18, № 1.— S.980—987.
14. *Leupold W.* Haufigkeit von Asthma und allergischen Erkrankungen bei Kindern in vereinten Deutschland // Dtsch. Med. Wochenschr.— 1993.— Bd 118, № 18.— S.686—687.

Поступила 29.05.97.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1998

УДК 616.24-003.4-004.1-053.8-085.23

В.А.Самойленко, Е.Л.Амелина, Л.А.Кронина, А.Л.Черняев

МЕРОНЕМ: ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва

CLINICAL USE OF MERONEM ON ADULT MUCOVISCIDOTIC PATIENTS

V.A.Samoilenko, E.L.Amelina, L.A.Kronina, A.L.Cherniayev

Summary

Meronem (Zeneca Co.), a new Carbapenem antibiotic, was used for monotherapy of adults affected with mucoviscidosis.

This antibacterial therapy was evaluated on the following criteria: the dynamics of clinical manifestations on the Schwachmann scale; X-ray studies of thoracic organs in their dynamics; and determination of the external respiratory function with the use of general bodyplethysmography and bacteriological studies of mucus. Meronem sensitivity was measured by agar diffusion with standard disks provided by the Zeneca.

Meronem was administered in intravenous infusions at 60 mg/kg of body weight every 24 hrs during 10 days. Positive clinical effects were observed with 3 patients. One achieved clinical stability. We attained bacteriological