

- Владимирской области на состояние здоровья детского населения. М.; 1994.
21. Ревич Б.А. Загрязнение окружающей среды и здоровье населения. М.; 2001.
 22. Смолкин Ю.С. Роль нейровегетативных нарушений в формировании клинко-патогенетических вариантов atopических заболеваний у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2000.
 23. Тавакова А.А. Влияние экологических факторов на распространенность бронхиальной астмы у детей по данным эпидемиологического исследования ("ISAAC"): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Воронеж; 2001.
 24. Файзулина Р.М. Аллергические болезни у детей, проживающих в районе с развитой химической и биотехнологической промышленностью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1992.
 25. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Истамов Х.Н. Экологическая иммунология. М.: Изд-во ВНИРО; 1995.
 26. Шакин В.В., Цитовцев В.Э., Мизерницкий Ю.Л., Кортунова Я.Д. Использование математического моделирования для доказательства влияния загрязнения окружающей среды на здоровье детей. В кн.: Экопатология детского возраста. М.; 1995. 329–332.
 27. Студеникин М.Я., Ефимова А.А. (ред.) Экология и здоровье детей. М.: Медицина; 1998.
 28. Эткина Э.И. Состояние здоровья детей дошкольного возраста в регионе атмосферного загрязнения выбросами переработки нефти: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1992.
 29. Barnes P.J. Neural mechanisms in asthma: new developments. In: Second International Congress of Pediatric Pulmonology. Nice; 1996. 96–97.
 30. Busse W.W., Gern J.E. Viruses in asthma. J. Allergy Clin. Immunol. 1997; 100 (2): 147–150.
 31. Children's environmental health II. Washington, 2001; Sept. 8–11.
 32. Clearing the air. (Asthma and indoor air exposures). Washington; 2000.
 33. Delfino R.J., Muzphy-Moulton A.M., Burnet R.T. et al. Effects of air pollution on emergency room visits for respiratory illnesses in Montreal, Quebec. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1997; 155 (2): 568–576.
 34. Devalia J.L., Bayram H., Rusznak C. et al. Mechanisms of pollution-induced airway disease: *in vitro* studies in the upper and lower airways. Allergy 1997; 52 (suppl. 38): 45–51.
 35. Etzel R.A. Indoor air pollution and childhood asthma: effective environmental interventions. Environ. Hlth Perspect. 1995; 103 (suppl. 6): 55–58.
 36. Health effects of outdoor air pollution. Committee of the Environmental and Occupational Health Assembly of the American Thoracic Society. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1996; 153 (1): 3–50.
 37. Hijazi Z. Environmental pollution and asthma. In: Second International Congress of Pediatric Pulmonology. Nice; 1996. 249–250.
 38. Samet J.M., Spengler J.D., eds. Indoor air pollution. A health perspective. New York: J. Hopkins University Press; 1991.
 39. International symposium on indoor environment and respiratory illnesses, including allergy. Ustron, Poland, IOMEN, 25–27 sept., 1997. Ustron; 1997.
 40. Kusaka Y, Iki M., Kumagai S., Goto S. Epidemiological study of hard metal asthma. Occup. Environ. Med. 1996; 53 (3): 188–193.
 41. Platts-Mills T.A.E., Carter M.C. Asthma and indoor exposure to allergens. N. Engl. J. Med. 1997; 336 (19): 1382–1384.
 42. Roger G., Garabedian E.N. Relation between environment and recurring upper-airway infections in children. In: Second International Congress of Pediatric Pulmonology. Nice; 1996. 92.

Поступила 11.12.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.248-053.2-036.1-072.7

О.Ф.Лукина, И.И.Балаболкин, Т.В.Куличенко, Н.В.Гончарова, В.А.Ревакина

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

CLINICAL AND FUNCTIONAL CRITERIA FOR EVALUATION OF BRONCHIAL ASTHMA
SEVERITY IN CHILDREN

O.F.Lukina, I.I.Balabolkin, T.V.Kulichenko, N.V.Goncharova, V.A.Revyakina

Summary

The article discusses principles of detection bronchial asthma severity in childhood. Now a set of clinical and functional criteria presented at the "Bronchial asthma in children. A strategy of treatment and prevention" National programme is being implicated for its assessment. The analysis performed shows a quite frequent disparity in clinical findings and lung function disorders, first of all, FEV₁ parameter in childhood asthma exacerbation. Results of peak expiratory flow rate monitoring less differ from clinical criteria of bronchial asthma severity and correspond at whole to the range recommended. Problems of improvement the assessment of childhood asthma severity and a competence of use the "intermittent asthma" term, a diagnostic algorithm and its conformity to international standards are considered.

Обсуждаются принципы диагностики степени тяжести бронхиальной астмы в детском возрасте. В настоящее время для ее оценки применяется комплекс клинико-функциональных критериев, изложенный в Национальной программе "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики". Проведенный анализ свидетельствует о значительной частоте несоответствия клинических данных и нарушений функции внешнего дыхания, прежде всего показателя $ОФВ_1$, при обострении бронхиальной астмы в детском возрасте. Данные мониторинга пиковой скорости выдоха (ПСВ) в меньшей степени расходятся с клиническими критериями степени тяжести бронхиальной астмы и в целом соответствуют рекомендуемым диапазонам их оценки. Обсуждаются вопросы усовершенствования подхода к оценке тяжести течения астмы у детей, возможность использования понятия "интермиттирующая" астма, введение диагностического алгоритма и приведение его в соответствие с международными критериями.

Принятая 4 года назад Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики" в значительной степени способствовала упорядочению подходов к диагностике и терапии астмы в детском возрасте. В процессе подготовки этого документа эксперты столкнулись с рядом проблем: данные отечественной литературы касались состояния функции внешнего дыхания (ФВД) у детей с бронхиальной астмой (БА), либо в периоде ремиссии, либо в обострении независимо от тяжести течения. По мере накопления клинического опыта возникла необходимость пересмотра некоторых рекомендаций, изложенных в основном документе. Задачей нашей статьи является обсуждение основных принципов диагностики степени тяжести БА у детей.

Согласно современным представлениям о патогенезе бронхиальной астмы (БА) классификация болезни по степени тяжести с практической точки зрения имеет первостепенное значение. Именно тяжесть течения заболевания является ключевым моментом диагностики, так как определяет лечебную тактику и долгосрочный план ведения больного.

При решении вопроса о тяжести течения БА у детей Национальная программа рекомендует учитывать данные анамнеза, а также результаты физикального, инструментального и лабораторного обследования. При этом в качестве комплекса критериев оценки степени тяжести БА выделяются: частота, степень тяжести и способ купирования приступов; качество и длительность ремиссий; частота ночных приступов; переносимость физической нагрузки; физическое развитие пациента; диапазон отклонения от нормы объема форсированного выдоха ($ОФВ_1$) и пиковой скорости выдоха (ПСВ) в период обострения; суточные колебания нарушения бронхиальной проходимости [1].

Тем не менее сделать заключение о тяжести течения болезни в клинической ситуации бывает непросто. Это связано с тем, что совпадение всех рекомендуемых клинико-функциональных критериев в рамках одной характеристики степени тяжести у конкретного больного наблюдается далеко не всегда. В связи с отсутствием определяющего критерия тяжести в практической деятельности перед врачом всегда стоит задача комплексной оценки индивидуальных клинических данных пациента для принятия

решения о характере течения его заболевания. Действительно, именно такой комплексный подход к диагнозу наиболее оправдан с позиций клинического мышления. Однако на практике каждый клинический критерий трактуется пациентом и врачом субъективно, а значение функциональных критериев оценивается не всегда адекватно. Так, например, далеко не у всех больных тяжелой БА наблюдаются ежедневные приступы или кратковременные ремиссии. В практической деятельности педиатры нередко имеют дело с больными, у которых приступы возникают реже 1 раза в 3 месяца, но столь тяжелы, что требуют госпитализации в реанимационное отделение. Или, наоборот, бывает, что у больного приступы ежедневные и даже многократные в течение дня, но легкие. Как в таких случаях можно однозначно диагностировать степень тяжести течения астмы при помощи комплексной оценки? Высока вероятность того, что разные врачи оценивают ее неодинаково, а следовательно, и лечить будут по-разному.

Предварительно мы провели анонимный тестовый опрос 25 врачей-аллергологов и пульмонологов, в котором предложили оценить степень тяжести БА у детей в 5 клинических задачах. Согласованные мнения по каждой из задач выражали две трети опрошенных (63–70%). При этом соответствие оценок врачей рекомендациям Национальной программы наблюдалось лишь в 46% всех ответов. В 3 из 5 предложенных клинических ситуациях диагноз, установленный респондентами, различался в диапазоне от легкой до тяжелой формы БА. Эти данные наглядно демонстрируют отсутствие единства в оценках степени тяжести болезни даже врачами-специалистами. Комплексность оценки без четкого алгоритма оказывается весьма субъективной.

Помимо диссоциированности различных клинических характеристик течения астмы у конкретного пациента, возникает вопрос, насколько соответствует степень нарушения показателей ФВД в обострении заболевания клинической оценке тяжести течения.

Современная диагностика тяжести течения БА основывается не только на оценке клинических данных, но и учитывает изменение ФВД. Наиболее распространенным методом исследования ФВД для выявления бронхиальной обструкции является пневмотахография,

однако информативность этого метода для оценки тяжести течения болезни остается неясной.

В Национальной программе рекомендуется учитывать показатели ОФВ₁ и ПСВ для диагностики степени тяжести БА в период обострения в следующих диапазонах: для легкого течения болезни значения этих параметров составляют более 80% от должной величины (%Д), для среднетяжелого — от 60 до 80%Д и для тяжелого — менее 60%Д. В международных соглашениях [2,3] при определении степени тяжести течения болезни также рекомендуется использовать клиничко-anamнестические данные и те же диапазоны ОФВ₁ и ПСВ, но без указания в каком периоде заболевания необходимо проводить их оценку. Однако, по данным *Donald* и *Cockroft* (1997), только у 1% детей с БА величина ОФВ₁ составляет менее 50%Д, и у 14% — от 50 до 80%Д. Нередко не удается выявить корреляции между величиной ОФВ₁ и выраженностью клинических симптомов астмы у детей [4]. Таким образом, несмотря на стандартные рекомендации по использованию величин ОФВ₁ и ПСВ в вышеуказанных диапазонах для диагностики тяжести течения БА, дискуссия о значимости этих показателей у детей не завершена, и единого мнения еще не достигнуто.

Задачами нашего исследования являлись оценка функционального состояния легких по данным кривой поток-объем форсированного выдоха ЖЕЛ у детей с атопической БА различной степени тяжести течения в период обострения болезни и анализ соответствия функциональных и клиничко-anamнестических критериев оценки ее тяжести.

В периоде обострения атопической БА было обследовано 117 детей в возрасте 5–16 лет (средний возраст $11 \pm 2,9$ года). Длительность заболевания у них составила $6,5 \pm 4,3$ года. В исследование были включены дети, поступившие с приступом в периоде БА, не получавшие базисной терапии. Проведен анализ клинических характеристик течения болезни. Клиническое обследование детей проводилось в аллергологических отделениях НЦЗД РАМН (руководители — член-корреспондент РАМН, доктор мед. наук, профессор *И.И. Балаболкин* и доктор мед. наук *В.А. Ревякина*). Функциональное обследование включало проведение компьютерной пневмотахометрии на пневмотахометре “МастерСкрин ИОС” (фирма “*Jaeger*”, Германия) в отделении функциональной диагностики (руководитель — доктор мед. наук *Б.П. Савельев*). Кроме того, проанализированы данные ежедневной (не менее 2 нед) пикфлоуметрии при помощи индивидуальных пикфлоуметров у 32 детей, не получавших базисной терапии. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета *Statistica 99* корпорации *StatSoft Inc*. Поскольку обсуждаемые в работе функциональные показатели имели симметричное распределение, приведено описание данных с указанием средней величины и ее стандартного отклонения. Для анализа

распределения признаков в группах с различной степенью тяжести болезни использовался дисперсионный анализ с последующим попарным сравнением в группах (критерий Ньюмана–Кейлса).

Степень тяжести течения БА была оценена на основании клиничко-anamнестических данных. При этом основополагающими критериями были частота и степень тяжести приступов БА у детей в диапазонах, рекомендуемых Национальной программой. При оценке степени тяжести течения болезни у наших пациентов мы учитывали особенности клинических проявлений астмы в течение последнего года, что позволило исключить влияние таких весьма переменных показателей, как длительность болезни, ее динамика в предыдущие годы. Никто из пациентов не получал адекватной базисной терапии в период, предшествовавший госпитализации. Таким образом, на основании клинических критериев БА легкого течения была диагностирована у 24 детей, среднетяжелого течения — у 38 пациентов и тяжелого течения — у 55 детей.

Показатели кривой поток-объем форсированной ЖЕЛ (в %Д) в периоде обострения у детей с различной степенью тяжести течения БА представлены в табл.1.

Проведенный дисперсионный анализ выявил достоверные различия ($p=0,01$) показателя ОФВ₁ при обострении астмы в трех группах с различной тяжестью течения болезни. Попарное сравнение ОФВ₁ в этих группах по критерию Ньюмана–Кейлса показало, что этот параметр в обострении заболевания достоверно ниже у больных с тяжелой БА по сравнению с легкой и среднетяжелой формой ($p<0,05$). Однако ОФВ₁ в обострении легкой и среднетяжелой БА достоверно не различался ($p>0,1$).

Таким образом, оказалось, что для дифференцирования легкой и среднетяжелой БА показатель ОФВ₁ является малоинформативным критерием. У значительной части больных, которые по клиническим проявлениям болезни (как правило, по частоте дневных и ночных симптомов) должны расцениваться как пациенты со среднетяжелой БА, показатели ФВД даже в обострении остаются достаточно высокими. Аналогичное несоответствие клинических и функциональных данных наблюдается и у детей с тяжелым течением заболевания, причем часто оно проявляется менее выраженными нарушениями ФВД при более выраженных клинических симптомах, т.е. “клиническая картина” соответствует большей степени тяжести, чем изменения ОФВ₁.

Выявлены также статистически значимые различия скоростных показателей — МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅ — в трех группах больных с различной степенью тяжести течения ($p=0,008$, $p=0,008$ и $p=0,001$ соответственно). Средние величины показателей максимальной объемной скорости (МОС) выдоха были достоверно ниже у больных тяжелой БА, чем у детей со среднетяжелой и легкой формой болезни

Таблица 1

Показатели кривой поток-объем ($M \pm \sigma$) у детей с различной степенью тяжести течения бронхиальной астмы в периоде обострения (результаты дисперсионного анализа)

Показатели	Легкое течение (n=24)	Среднетяжелое течение (n=38)	Тяжелое течение (n=55)	p
ФЖЕЛ, %Д	94±11	92±14	92±14	>0,1
ОФВ ₁ , %Д	83±10*	81±13**	74±16	0,01
ИТ, %Д	91±8*	90±11	84±11	0,01
ПСВ, %Д	75,5±13	74±15	76±16	>0,1
МОС ₂₅ , %Д	72±13*	72±17**	61±21	0,008
МОС ₅₀ , %Д	62±12*	62±16**	52±19	0,008
МОС ₇₅ , %Д	58±19*	58±18**	46±17	0,001

* Достоверны различия между 1-й и 3-й группами при попарном сравнении ($p < 0,05$).

** Достоверны различия между 2-й и 3-й группами при попарном сравнении ($p < 0,05$).

($p < 0,05$ при попарном сравнении). Однако различия между группами детей с легкой и среднетяжелой астмой отсутствовали ($p > 0,1$).

Показатели ПСВ у детей с различной степенью тяжести болезни достоверно не отличались.

Кроме того, нас интересовала не только статистическая достоверность отличий функциональных показателей внешнего дыхания у детей с различной степенью тяжести БА, но и степень изменения этих параметров (табл.2). Приведенные данные наглядно

Таблица 2

Количество больных детей с разной степенью отклонения¹ ОФВ₁ и скоростных показателей кривой поток-объем от нормы в обострении бронхиальной астмы (в % по группам)

Скоростные показатели кривой поток-объем, %Д	Легкая БА	Среднетяжелая БА	Тяжелая БА
>80 (норма)	58	66	36
ОФВ ₁ 60-80 (умеренные нарушения)	42	26	41
<60 (значительные нарушения)	0	8	23
>71 (норма)	62	68	65
ПСВ 47-70 (умеренные нарушения)	38	29	33
<47 (значительные нарушения)	0	3	2
>74 (норма)	50	53	35
МОС ₂₅ 51-73 (умеренные нарушения)	50	36	30
<51 (значительные нарушения)	0	11	35
>72 (норма)	21	32	25
МОС ₅₀ 48-71 (умеренные нарушения)	71	50	26
<48 (значительные нарушения)	8	18	49
>62 (норма)	37	45	24
МОС ₇₅ 27-61 (умеренные нарушения)	63	52	63
<27 (значительные нарушения)	0	3	13

¹ Границы нормы и градации патологических отклонений показателей кривой поток-объем указаны в соответствии с Методическими рекомендациями Минздрава СССР [5].

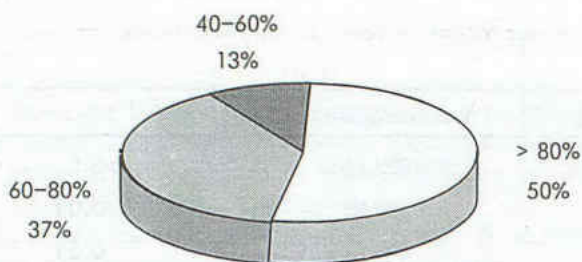


Рис.1. ОФВ₁ у детей с различной степенью тяжести течения БА (в целом в трех группах).

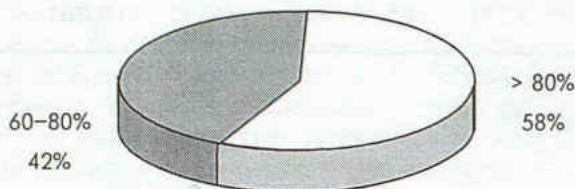


Рис.2. ОФВ₁ в обострении у больных с легкой БА.

демонстрируют, что частота отклонений от нормы каждого показателя возрастает с утяжелением течения заболевания: чем тяжелее астма, тем чаще регистрируются значительные нарушения скоростных показателей.

В этой связи представляет интерес значение в диагностике степени тяжести скоростных показателей бронхиальной проходимости. Более высокая чувствительность этих параметров (МОС_{25,50,75}) по сравнению с другими параметрами кривой поток-объем была показана в предыдущих исследованиях [6]. Наши данные также свидетельствуют о большем соответствии величин МОС_{25,50,75} степени тяжести течения болезни, но вариабельность этих параметров все же достаточно высока. К тому же остается нерешенным вопрос о необходимости стандартизации их оценки в зависимости от времени выдоха.

Итак, отмечая достоверные различия ОФВ₁ в среднем по группам, мы можем констатировать, что отклонения этого показателя от должных величин при БА различной степени тяжести не соответствуют диапазонам, включенным нами в Национальную программу.

По нашим данным, в целом у 50% обследованных больных детей показатель ОФВ₁ в обострении превышал границу нормы в 80%Д. Только у 13% больных в обострении объемная скорость выдоха за 1 с находилась в диапазоне от 40 до 60% (рис.1).

При легкой по клиническим признакам БА показатель ОФВ₁ в обострении оставался в пределах нормальных величин у 58% больных и находился в диапазоне от 60 до 80%Д у 42% обследованных (рис.2).

В группе детей со среднетяжелой по клиническим критериям БА лишь 26% значений ОФВ₁ в обостре-

нии находилось в указанном Национальной программой "среднетяжелом" диапазоне от 80 до 60%Д (рис.3). Более чем у половины больных со среднетяжелой астмой показатель ОФВ₁ оставался нормальным. Особо следует отметить 8% детей, у которых степень падения ОФВ₁ превышала клиническую тяжесть симптомов болезни. Именно для этой небольшой группы пациентов оценка ФВД представляется определяющим моментом диагностики тяжести течения астмы.

У большинства детей, у которых ОФВ₁ в обострении снижалось ниже 60%, по клиническим критериям была диагностирована тяжелая БА. Это свидетельствует о том, что у детей с выраженной бронхообструкцией клинические проявления заболевания соответствуют функциональным данным. Однако это лишь 23% от всех больных тяжелой астмой (рис.4). Еще у 41% детей с клинически тяжелым течением заболевания показатель ОФВ₁ в обострении находился в диапазоне 60-80%Д. У 36% детей с ежедневными приступами дневной и/или ночной БА, выраженным ограничением физической активности, упорным ежедневным кашлем и другими симптомами, позволяющими говорить в соответствии с рекомендациями Национальной программы о тяжелом течении болезни, показатель ОФВ₁ в приступном периоде был выше 80%Д.

Возникает закономерный вопрос: тяжелая ли астма у этих 36% детей. По клиническим критериям — да, но не по функциональным. В данном случае клинические проявления, по-видимому, "опережают" функциональные нарушения. Как мы уже отмечали выше, возможность подобного явления уже обсуждалась и другими авторами.

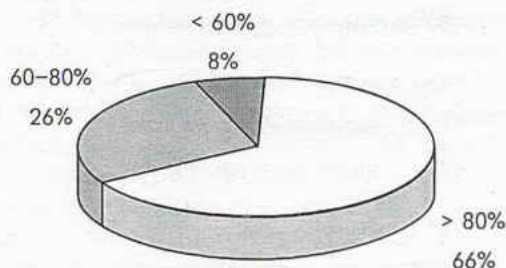


Рис.3. ОФВ₁ в обострении у больных среднетяжелой БА.

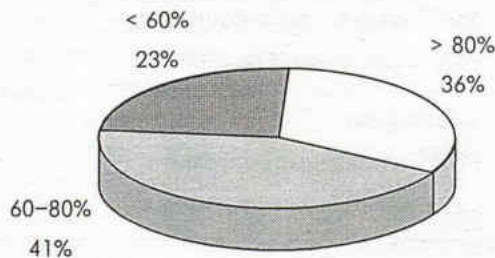


Рис.4. ОФВ₁ в обострении у больных тяжелой БА.

Классификация степени тяжести бронхиальной астмы (GINA)

Степень	Симптомы	Ночные симптомы	ПСВ, ОФВ ₁
Степень 4 — тяжелая персистирующая	Постоянные, ограничение физической активности	Частые	≤ 60%Д, суточные колебания >30%
Степень 3 — средняя персистирующая	Ежедневные, ежедневный прием β-агониста, обострения сильно влияют на активность	> 1 раза в неделю	> 60% — < 80%Д, суточные колебания >30%
Степень 2 — легкая персистирующая	≥ 1 раза в неделю, но < 1 раза в день	> 2 раз в месяц	≥ 80%Д, суточные колебания 20–30%
Степень 1 — интермиттирующая	< 1 раза в неделю Отсутствие симптомов и нормальная ПСВ вне обострений	≤ 2 раз в месяц	Нормальная ФВД между обострениями, 80%Д, суточные колебания < 20%

Примечание. Наличие у больного хотя бы одного из показателей, характерного для большей степени тяжести, достаточно для того, чтобы отнести больного к этой категории.

Мы проанализировали результаты ежедневной пикфлоуметрии 32 детей с atopической БА. Степень тяжести заболевания у них была установлена на основании клинико-anamnestических данных, дети не получали базисной терапии. Легкая астма была диагностирована у 15 детей, среднетяжелая — у 7 и тяжелая — у 10 детей. Средняя величина суточных колебаний ПСВ была достоверно выше при тяжелом течении болезни (ΔПСВ = 31,7%, $p < 0,05$), чем при легком и среднетяжелом (ΔПСВ = 13,6 и 20% соответственно). Таким образом, данные мониторинга ПСВ в меньшей степени расходятся с клиническими критериями степени тяжести БА и в целом соответствуют рекомендуемым диапазонам их оценки. Преимущества этого метода в диагностике степени тяжести БА у детей были продемонстрированы и другими авторами [7], причем нередко отмечалась даже большая выраженность нарушений бронхиальной проходимости по сравнению с клиническими характеристиками.

Результаты проведенной работы показали, что функциональные критерии оценки степени тяжести течения болезни (ОФВ₁) у 32% больных не совпадают с клинико-anamnestическими. При этом у 11% пациентов показатели функции легких в обострении свидетельствуют о более тяжелом течении, чем клинические проявления заболевания, и у 57% функциональные нарушения в остром периоде соответствуют более легкому течению БА, по сравнению с рекомендуемыми клиническими критериями.

Здесь необходимо еще раз подчеркнуть, что мы анализируем клинические и функциональные критерии диагностики степени тяжести БА, представленные в Национальной программе. При изменении подхода к клинической оценке тяжести БА изменится и корреляция между нарушениями бронхиальной проходимости и клиническими симптомами.

Диагностический алгоритм оценки степени тяжести БА у детей нуждается в усовершенствовании и приведении в соответствие с международными стандартами. Введение дополнительных клинических критериев оценки степени тяжести с появлением новых нечетких градаций [8] может еще больше усложнить диагностику. Но и исключение из диагностического алгоритма функциональных показателей также представляется нежелательным, так как существует группа пациентов, у которых функциональные нарушения опережают клинические симптомы, что должно быть учтено при оценке тяжести течения. В этой ситуации мы хотели бы обратиться к диагностическому алгоритму степени тяжести астмы по рекомендациям GINA (табл.3). В нем учтены и клинические, и функциональные показатели. Присутствует строгий алгоритм-инструкция (“наличие у больного хотя бы одного из показателей той или иной степени тяжести достаточно для того, чтобы отнести больного к этой категории”). Ведущую роль среди функциональных показателей играет динамика ПСВ при его мониторинге. Этот алгоритм диагностики позволяет также выделить интермиттирующую астму. Существенно, что интермиттирующая — не обязательно протекающая с легкими приступами. Терапевтическая тактика у больных с редкими симптомами, действительно, вызывает много вопросов. Признание такой диагностической формы заболевания будет способствовать изучению и усовершенствованию лечебных подходов. И наконец, самое важное преимущество классификации степени тяжести в международных соглашениях: использование понятия “симптомы”, вместо понятия “приступы”, о которых идет речь в Национальной программе. Бесспорно, что симптомами астмы могут являться не только приступы удушья, но и кашель, эпизоды свистящего дыхания,

эпизоды тяжести в грудной клетке, обструктивные бронхиты. Если помнить, что все перечисленные клинические проявления можно отнести к "симптомам", то недооценить степень тяжести по этой классификации практически невозможно.

Вероятно, нет смысла создавать новую классификацию БА по тяжести течения. Можно воспользоваться уже существующими схемами диагностики. Это один из вариантов ее упорядочения и предмет обсуждения экспертов. А пока очевидна необходимость достичь единства в оценках степени тяжести БА у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". М.: Артинфо Паблшинг; 1997.

2. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. National Institutes of Health. Publication № 97-4051A, May 1997.
3. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Пульмонология 1996; Прил.: 1-166.
4. Гончарова Н.В. Эффективность современных технологий при бронхиальной астме у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2001.
5. Функциональные методы исследования бронхиальной проходимости у детей: Метод. рекомендации. М.; 1990.
6. Савельев Б.П. Функциональные параметры системы дыхания у здоровых и больных детей в покое и при нагрузке: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1997.
7. Коростовцев Д.С., Макарова И.В. Мониторинг функции внешнего дыхания — оптимальный метод диагностики степени тяжести бронхиальной астмы у детей и контроля за ее лечением. Аллергология 1998; 1: 22-26.
8. Коростовцев Д.С., Макарова И.В. Определение степени тяжести бронхиальной астмы у детей. Там же 17-21.

Поступила 11.12.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.248-053.2-036.17

*Л.М.Огородова, Ю.А.Петровская, Е.М.Камалтынова, Ф.И.Петровский,
В.П.Пузырев¹, И.М.Кулманакова, М.Б.Фрейдин¹, Тадао Еномото²*

ТЯЖЕЛАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА, ТЕЧЕНИЕ

Кафедра факультетской педиатрии Сибирского государственного медицинского университета;
¹НИИ медицинской генетики ГНЦ СО РАМН; ²Японское Общество Красного Креста,
Медицинский центр Вакаяма, Департамент оториноларингологии

SEVERE BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN: RISK FACTORS AND COURSE

*L.M.Ogorodova, Yu.A.Petrovskaya, E.M.Kamaltynova, F.I.Petrovsky, V.P.Pusyrev,
I.M.Kulmanakova, M.B.Freidin, Tadao Enomoto*

Summary

We examined 60 patients to investigate clinical features of severe bronchial asthma in various aged children.

The typical diagnostic complex including the disease history, clinical and allergy testing, functional and laboratory techniques was used in this work.

The work has demonstrated that a course of the severe bronchial asthma has some peculiarities in different ages. The infants experience the disease exacerbations against an acute respiratory infection background, previous or simultaneous atopic dermatitis, quite often food sensibilization or low effect of β_2 -agonists. A significance of triggers, psychological pathology, the disease impact on the quality of life, a risk for development of steroid resistance and asthma complications are enhanced at elder ages.

So, the data obtained allow concluding that the main predictor of the severe bronchial asthma in children is a high atopy index.

Резюме

Для изучения клинических особенностей тяжелой бронхиальной астмы (БА) у детей в различные возрастные периоды было обследовано 60 пациентов.

В работе использован общепринятый комплекс, включающий сбор анамнеза, клиническое и аллергологическое обследование, функциональные и лабораторные методы.

Настоящей работой показано, что течение тяжелой БА имеет особенности в различных возрастных группах. Для раннего возраста характерны обострения на фоне ОРЗ, предшествующий или сопутствующий