

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев Г.Е., Лепехова С.А., Зарицкая Л.В. и др. Влияние антисептика «Анавидин» на показатели неспецифической резистентности при заживлении инфицированных повреждений кожи // Вестник КрасГАУ. – 2012. – №1. – С.139-142.
2. Григорьев Е.Г. Госпитальная инфекция в многопрофильной хирургической клинике / Под ред. Е.Г. Григорьева, А.С. Когана. – 2-е изд. – Владивосток: Дальнаука, 2005. – С.125.
3. Гриневич Ю.А., Алферов А.Н. Определение иммунных комплексов в крови онкологических больных // Лабораторное дело. – 1981. – №8. – С.7-11.
4. Иммунологические методы / Под ред. Г. Фримеля. – М.: Медицина, 1987. – С.383.
5. Киричек Л.Т. Антибиотики в современной химиотерапии // Международный медицинский журнал. – 2003 – Т. 9. №1 – С.104-108.
6. Кузнецов Я.О., Хулун Г.Я. Совершенствование методов

лечения гнойных раневых поверхностей // Новости хирургии. – 2009. – Т. 17. №1. – С.55-61.

7. Литвинова Л.С., Колобовникова Ю.В., Кнутарева Е.Н. и др. Цитотоксический потенциал эозинофильных гранул у больных с синдромом эозинофилии // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – №3. – С.26-31.

8. Спрейс И.Ф., Алферова М.А., Михалевич И.М., Рожкова Н.Ю. Основы прикладной статистики (использование Excel и Statistica в медицинских исследованиях): учебное пособие. – Иркутск: РИО ГИУВа, 2006. – 71 с.

9. McLoughlin R.M., Solinga R.M., Rich J. CD4+ T cells and CXC chemokines modulates the pathogenesis of Staphylococcus aureus wound infections // Proc. Nat. Acad. Sci. USA. – 2006. – №27. – С.10408-10413.

10. Murphy T., Paterson H., Rogers S., et al. Use of intracellular cytokine staining and bacterial superantigen to document suppression of the adaptive immune system in injured patients // Ann. Surg. – 2003. – Vol. 238. №3. – P.401-410.

Информация об авторах: Лепехова Светлана Александровна – заведующая научным отделом, главный научный сотрудник, д.б.н., 664049, г. Иркутск, м/р Юбилейный, 100, а/я 15, e-mail: lepekhova_sa@mail.ru; Григорьев Георгий Евгеньевич – м.н.с., к.б.н.; Зарицкая Лариса Васильевна – заведующая лабораторным отделом, к.б.н.; Батунова Елена Владимировна – м.н.с.; Постовая Ольга Николаевна – м.н.с.; Коваль Елена Владимировна – научный сотрудник; Гольдберг Олег Аронович – ведущий научный сотрудник, к.м.н.

© МАТЮНОВА А.Е., БРЕГЕЛЬ Л.В. – 2013
УДК: 616.72-002-036.12-053.3/.67-079-08:575.113.1

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ СУСТАВОВ ПРИ РАЗНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Алла Егоровна Матюнова¹, Людмила Владимировна Брегель²

(¹Иркутская государственная областная детская клиническая больница, гл. врач – д.м.н., проф. Г.В. Гвак, кардиоревматологическое отделение, зав. – к.м.н. Т.Г. Кондратьева; ²Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра педиатрии, зав. – д.м.н., проф. Л.В. Брегель)

Резюме. Цель исследования – определить степень риска деструкции суставов при рентгенологическом исследовании суставов у детей с различными вариантами ювенильного идиопатического артрита (ЮИА). Установлено, что наибольшая частота деструкции суставов отмечена при ювенильном полиартрите (p=0,01), со статистически значимым различием в сравнении с системным вариантом ювенильного идиопатического артрита. На втором месте по частоте признаков деструкции персистирующий олигоартрит (p=0,03). Поздняя диагностика изолированных суставных вариантов ЮИА в связи с более скудной клинической картиной приводит к более позднему началу базисной терапии, чем при системных вариантах ЮИА.

Ключевые слова: ювенильный идиопатический артрит, рентгенологическая деструкция суставов

COMPLEX ASSESSMENT OF CHANGES IN JOINTS IN DIFFERENT CLINICAL VARIANTS OF JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

A.E. Matyunova¹, L.V. Bregel²

(¹Irkutsk State Regional Children's Hospital; ²Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia)

Summary. The purpose of the study – to determine the risk of radiographic joint damage in children with different variants of juvenile idiopathic arthritis. The highest frequency of joint destruction was noted in juvenile polyarthritis patients, p = 0,01 (especially in comparison with systemic arthritis); following by persistent oligoarthritis (p = 0,03), and then extended oligoarthritis. Late diagnostics of isolated joint variants of JIA because of poor clinical presentation lead to more late start of basic therapy than in systemic variants of JIA.

Key words: juvenile idiopathic arthritis, radiographic joint destruction.

Ювенильные идиопатические артриты (ЮИА) остаются инвалидизирующими болезнями, значительно ухудшающими качество жизни вследствие прогрессирующей деструкции суставов, выраженных внесуставных проявлений у ряда больных и угрозы слепоты из-за тяжелого поражения глаз [1,2]. Главным инвалидизирующим осложнением этого тяжелого гетерогенного заболевания являются деструктивные повреждения суставов, которые в конечном итоге определяют прогноз. Развитие эрозий у больных считается объективным и достоверным признаком ЮИА. Повреждение суставов на начальном этапе болезни в 90% случаях приводит к развитию эрозии через 2 года от начала заболевания [5].

Среди разных вариантов дебюта и течения ювенильного идиопатического артрита выделяется артрит с системным началом, проявляющийся выраженной тяжестью общего воспалительного ответа, яркой полисиндромностью, тяжелой функциональной недостаточностью в острый период. На его фоне артриты у детей с изолированным поражением суставов обращают внимание родителей и педиатров значительно позднее. Однако последние исследования S. Guillaume и соавт. подтверждают более агрессивный характер олигоартикулярного варианта ЮИА, чем считалось ранее: через 6 лет наблюдения 207 больных с олигоартикулярным субтипом у 50% произошла трансформация в полиартрит, у 35% появились эрозии суставных поверхностей, у 30%

– увеит, и лишь у 23% индуцирована стойкая ремиссия [6]. Функциональные нарушения суставов наблюдаются у 73% подростков с олигоартикулярным вариантом ЮИА при переводе во взрослый кабинет [8]. В исследовании Packham почти 80% детей с распространяющимся олигоартритом приобрели впоследствии полиартрит, что подтверждает необходимость непрерывного наблюдения этих больных [7].

В связи с началом эры терапии генно-инженерными биологическими агентами у больных с ЮИА, резистентных к обычной терапии, высока актуальность определения высоты риска инвалидизации для раннего использования окна терапевтических возможностей и профилактики деструкции суставов [3,4].

Цель работы – сравнить степень риска рентгенологической деструкции суставов у детей с различными вариантами ювенильного идиопатического артрита по данным комплексного клинического и рентгенологического исследования.

Материалы и методы

В исследование включен 141 ребенок с различными вариантами ювенильного идиопатического артрита (неустановленной этиологии длительностью более 1,5 мес.), возраста 0-16 лет, обследованный в ревматологической службе областной детской клинической больницы. В исследовании соблюдались этические принципы, предьявляемые Хельсинской Декларацией Всемирной медицинской ассоциации World Medical Association Declaration of Helsinki (1964, 2000 ред.). Согласие участников исследования было получено при заполнении родителями или законными представителями больных, а также самими детьми старше 15 лет бланка «Информированное добровольное согласие», используемого в клинике и одобрения локального этического комитета ГБУЗ Иркутская областная детская клиническая больница (протокол № 3 от 17.02.2008)

Первичное обследование включало физикальные, клинические, биохимические, рентгенологические методы. После этого обследования формировалась первоначальная диагностическая версия (на основании критериев ILAR, Durban, 1997).

При анализе течения болезни учитывались основные инвалидизирующие проявления: оценка функционального статуса больных с ЮИА с помощью специально разработанного опросника Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) в баллах, оценка боли по визуально-аналоговой шкале ВАШ (мм), наличие рентгенологических признаков деструктивных изменений суставов с оценкой по модифицированной шкале Штейнброекера. На основании данной шкалы и градации повреждений сустава оценивался «индекс повреждения» – Dijkstra damage (DD) score (общий счет 0-3) методом сложения показателей – сужение суставной щели (0-1), костных кист (0-1), эрозий (0-1) (M. A. van Rossum).

Всем больным в период активных проявлений заболевания назначались нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак 2,5-3 мг/кг/сут.). Базисная терапия определялась в соответствии с клиническим вариантом ЮИА и активностью заболевания: при низкой или умеренной активности назначался метотрексат в дозе 10-15 мг/м² или сульфасалазин 30 мг/кг, при высокой активности – метотрексат 15-20 мг/м² и/или циклоспорин 3-4 мг/кг. Метотрексат 25-50 мг/м² + пульс-метилпреднизолон 25-30 мг/кг применялась при крайне высокой степени активности (при системном варианте либо полиартрите).

Статистическая обработка полученного материала осуществлялась общепринятыми методами статистики при помощи программы «STATISTICA 6.0» (StatSoft, Inc., USA). Все данные представлены как средние значения (M) и стандартная ошибка среднего ($\pm m$). Статистическое сравнение признаков при нормаль-

ном распределении проводилось с помощью критерия Стьюдента. Различия считали значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Из общего числа больных (141) было мальчиков – 71 (51%), девочек – 70 (49%), соотношение мальчиков/девочек – 1,02/1. Средний возраст детей составил $8,0 \pm 4,4$ лет. Основная часть больных были дети европейской расы – 123 (87%), детей азиатских национальностей – 13 (9%), бурятской национальности – 5 (4%).

Структура ювенильных идиопатических артритов была представлена артритом с системным дебютом – у 45 детей из 141 (32%), из них РФ-позитивный – 2; олигоартрит – 56, в том числе олигоартрит персистирующий – 42 (29%), олигоартрит распространяющийся – 14 (10%); полиартрит – 18 (13%), в том числе РФ-позитивный – 5 детей (27,8% детей с полиартритом), РФ-негативный – 13 (72,2% детей с полиартритом), артрит с энтезитами – 22 (16%).

Сравнение структуры клинических вариантов по возрастным группам показало, что среди детей раннего возраста (0-3 г.) преобладает персистирующий вариант олигоартрита – 21 из 28 (75%), а на втором месте ювенильный идиопатический артрит с системным дебютом – 7 (25%). В структуре ЮИА у детей возраста от 4 до 6 лет (29) наиболее частым вариантом был системный артрит – 11 (38%), за ним следовал олигоартрит – 12 (42,8%), в том числе персистирующий – 7 (24%) и распространяющийся – 5 (17%); на третьем месте был полиартрит – 4 (14%); реже – артрит с энтезитами – 2 (7%). Среди больных 7-9 лет (26) преобладал персистирующий олигоартрит – 7 (30%), на втором месте системный артрит – 6 (23%), на третьем полиартрит – 6 (23%). В этой возрастной группе впервые появляются больные с энтезитным артритом – 2 (7%). В возрастной группе 10-12 лет (31) вновь на первое место вышли больные с системным вариантом ЮИА – 13 (42%), при снижении доли детей с персистирующим – 5 (16%) и распространяющимся олигоартритом – 4 (10%); а полиартрит встречался у 4 (13%). Среди подростков старше 12 лет (27) по частоте преобладал артрит с энтезитами – у 12 (44%) и системный вариант – у 8 (30%), при снижении доли больных с персистирующим и распространяющимся олигоартритом – 2 (7%) и 1 (4%) соответственно; доля детей с полиартритом не отличалась от предыдущей группы – 4 (15%).

При анализе взаимосвязи возраста и варианта ЮИА с помощью метода линейной регрессии и корреляции значимое различие определено только для связи персистирующего олигоартрита с возрастом до 3 лет ($r=0,9$ $t=3,6$, $df=3$; $p=0,03$) и артрита с энтезитами с возрастом старше 7 лет ($r=0,93$ $t=4,3$, $df=3$; $p=0,02$). Для остальных вариантов артрита достоверной корреляции с возрастом больного на момент дебюта не выявлено (при системном варианте $r=0,27$; $p=0,6$, распространенном – $r=0,37$; $p=0,5$, полиартрите – $r=0,5$; $p=0,2$).

Почти все больные жаловались на боль в суставах. Боли были продолжительные, ноющего характера и возникали преимущественно в ночные, утренние часы, сопровождаясь скованностью суставов. Боли также усиливались при длительной физической нагрузке и часто имели метеозависимый характер.

Среди всех больных с ЮИА (141), выраженность болевого синдрома от 30 до 70 баллов выявлена почти у половины, более 70 баллов – у 48,2%, и только 1,4% (2 из 141) не предъявляли жалобы на боль в суставах. Таким образом, большинство больных отмечали сопровождающую воспаление боль как выраженную и значительно выраженную. Оценка боли по ВАШ от 0 до 30 баллов отмечена у 2,8% (4 из 141) (табл. 1).

Ограничения подвижности суставов по оценке функциональной недостаточности CHAQ различной степени встречались у большинства больных. Согласно таблице 1, значительные (более 2 баллов) функциональ-

Проявления суставного синдрома у детей с ЮИА

Степень тяжести	III	II	I	0	(M±m)
Оценка боли по ВАШ, мм	ВАШ >70 48,2% (68)	ВАШ >30 47,5% (67)	ВАШ <30 2,8% (4)	ВАШ 0 1,4% (2)	57±32
Степень функциональных нарушений СНАQ, балл	НАQ>2 12,1% (17)	НАQ>1 57,4% (81)	НАQ<1 29,1% (41)	НАQ 0 1,4% (2)	1,26±0,63
Счет эрозий DD score	Стадия III 39,7% (56)	Стадия II 31,9% (45)	Стадия I 24,1% (34)	Стадия 0 4,2% (6)	0,91±0,83

ные расстройства отмечены у пятой части больных, нарушения функциональных возможностей 1-2 степени наблюдалась у половины. Оценка от 0 до 1 по анкете СНАQ зарегистрирована у трети больных, отсутствие функциональных нарушений – у 1,4% (2). Таким образом, у подавляющего большинства больных 98,6% (139 из 141) ограничение подвижности суставов соответствовало 1-2 баллам по оценке СНАQ.

Рентгенологические изменения разной степени тяжести обнаружены у 95,8% (135 из 141), в т.ч. III стадии (заметное сужение суставной щели и множественные костные эрозии) – почти у 40%, а проявления II стадии (начальное сужение суставной щели и единичные эрозии) у каждого третьего пациента. В то же время признаки I стадии – остеопороз, преимущественно эпифизарный – зарегистрированы лишь у четверти больных. Не выявлено рентгенологических изменений у 4,2% (6) (табл. 1).

Сопоставление клинического варианта ЮИА с развитием инвалидизирующих осложнений выявило следующее.

Болевой синдром. При полиартрите боль отмечалась в большей степени, чем при системном варианте ЮИА ($t=3,62$, $df=61$, $p<0,001$), персистирующем артрите ($t=4,36$, $df=58$, $p<0,001$), распространяющемся ($t=2,13$, $df=30$, $p=0,041$) и артрите с энтезитами ($t=3,65$, $df=38$, $p<0,001$) (табл. 2).

По критерию шкалы функциональной недостаточности СНАQ выявлены более тяжелые нарушения при полиартрите в сравнении с системным вариантом ($t=3,27$, $df=61$, $p=0,002$) и артритом с энтезитами ($t=2,35$, $df=65$, $p=0,022$).

Сравнение регистрируемых на рентгенологическом исследовании эрозий суставов при различных вариантах ЮИА показал следующее. Эрозии суставов при системном варианте артрита выявлены у 9 из 45 (20%) детей, при персистирующем олигоартрите – у 13 из 42 (30,9%), при распространяющемся олигоартрите – у 4 из 14 (28,5%), при полиартрите – у половины детей (50%), при энтезитном варианте – у 6 из 22 (27,3%). Наибольшая частота деструкции суставов отмечена при ювенильном полиартрите ($t=2,53$, $df=61$, $p=0,01$), со значимым различием в сравнении с системным вариантом. Второе место по частоте признаков деструкции занял персистирующий олигоартрит ($t=2,03$, $df=84$, $p=0,03$), третье – распространяющийся олигоартрит (хотя различия с системным вариантом были незначимы, $p=0,4$),

и артрит с энтезитами (в сравнении с системным вариантом тоже $p=0,4$). Меньше всего эрозий было документировано при системном варианте (табл. 2).

Срок госпитализации детей с ЮИА в специализированное ревматологическое отделение областной детской больницы и срок начала базисной терапии были различны при разных клинических вариантах заболевания. Базисные препараты при системной форме

Таблица 2

Инвалидизирующие исходы при разных вариантах ЮИА

Вариант ЮИА	ВАШ, мм		СНАQ, балл		Счет эрозий DD score	
	M±m	% (n)	M±m	% (n)	M±m	% (n)
системный артрит (n=45)	32,2±18,2*	51,1 (23)	0,77±0,64*	82,2 (37)	0,63±1,03*	20,0 (9)
персистирующий (n=42)	33,33±11,41*	47,6 (20)	0,50±0,07	95,2 (40)	1,04±0,76*	30,9 (13)
распространяющийся (n=14)	38,57±10,27*	71,4 (10)	0,71±0,46	100 (14)	0,92±0,82	28,5 (4)
полиартрит (n=18)	51,11±19,97	83,3 (15)	1,39±0,91	94,4 (17)	1,39±0,69	50,0 (9)
артрит с энтезитами (n=22)	31,82±13,32*	22,7 (5)	0,43±0,22*	90,9 (20)	0,87±0,81	27,3 (6)

Примечание: * $p<0,05$.

ЮИА назначались в первые 6 месяцев болезни у 30 из 45 (66,7%). При персистирующем олигоартрите ранняя диагностика и назначение базисной терапии в первые 6 месяцев заболевания – у 20 из 42 детей (47,6%), при распространяющемся олигоартрите – у 4 из 14 (28,5%); при артрите с энтезитами – у 10 из 22 (45,4%); а при полиартрите – лишь у 3 из 18 (16,7%). Очевидно, что яркие клинические симптомы болезни Стилла заставляли прибегать к более раннему назначению иммуносупрессивной терапии, поэтому эрозии развивались реже. При полиартрите чаще поражаются мелкие суставы стоп и кистей, а не осевые опорные суставы, как при других вариантах артритов, что не всегда замечается родителями больных.

Таким образом, несмотря на то, что варианты ЮИА без системных проявлений (персистирующий и распространяющийся олигоартрит, полиартрит и артрит с энтезитами) обладают не меньшей частотой деструктивных поражений суставов, чем при системном варианте, ранняя диагностика и своевременное назначение базисной терапии изолированных суставных вариантов ЮИА в общем осуществляются позднее, чем при системном варианте.

В результате обследования детей с ювенильными идиопатическими артритом выявлено, что при полиартрите в большей степени, чем при других вариантах течения, отмечен болевой суставной синдром ($p<0,001$), признаки функциональной недостаточности по анкете СНАQ ($p=0,002$), а также выявлена наибольшая частота эрозий суставов ($p=0,01$), со статистически значимым различием в сравнении с системным вариантом. На втором месте по частоте эрозий суставов среди клинических вариантов ЮИА находится персистирующий олигоартрит ($p=0,03$). Запоздалая диагностика изолированных суставных вариантов заболевания в связи с отсутствием стойкой лихорадки и мультиорганных симптомов, сопровождалась более поздним началом базисной терапии, чем при системных вариантах ЮИА.

ЛИТЕРАТУРА

- Алексеева Е.И., Бзарова Т.М., Валиева С.И. Перспективы анти-ФНО-терапии в ревматологической практике // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т. 1. №7. – С.56-66.
- Алексеева Е.И., Литвицкий П.Ф. Ювенильный ревматоидный артрит: этиология, патогенез, клиника, алгоритмы диагностики и лечения: Рук-во для врачей, преподавателей, научных сотрудников / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ВЕДИ, 2007. – 308 с.
- Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 288 с.

- Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины: новые рекомендации // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11. №23. – С.294-302.

- Brennan P, Harrison B, Barrett E. A simple algorithm to predict the development of radiological erosions in patients with early rheumatoid arthritis: prospective cohort study // BMJ. – 1996. – Vol. 313. – P.471-476.

- Guillaume S, Prieur A.M. Long-term outcome and prognosis in oligoarticular-onset juvenile idiopathic arthritis // Arthritis Rheum. – 2000. – Vol. 43. – P.1858-1865.

7. Packham J.C., Hall M.A. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: functional outcome // Rheumatology. – 2002. – Vol. 41. – P.1428-1435.

8. Shaw K.L., Southwood T.R., McDonagh J.E. Transitional care for adolescents with juvenile idiopathic arthritis: a Delphi study // Rheumatology. – 2004. – Vol. 43. №8. – P.1000-1006.

Информация об авторах: Матюнова Алла Егоровна – врач-ревматолог, 664022, Иркутск, бул. Гагарина, 4, тел. (3952) 241930, e-mail: Matyunovaae@yandex.ru; Брегель Людмила Владимировна – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор, 664049, г.Иркутск, м/п Юбилейный,100, тел. (3952) 24-19-30, e-mail: bregel@mais.baikal.ru.

© ЧЕРНЯК Б.А., ИВАНОВ А.Ф. – 2013
УДК 616.248-053.2

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭВОЛЮЦИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЕЮЩИХ С ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Борис Анатольевич Черняк, Александр Федорович Иванов

(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра клинической аллергологии и пульмонологии, зав. – д.м.н., проф. Б.А. Черняк)

Резюме. Целью исследования являлось изучение эволюции бронхиальной астмы с детского до молодого взрослого возраста. В исследуемую группу были включены 193 амбулаторных больных в возрасте 19-35 лет (117 мужчин и 76 женщин). Диагностика бронхиальной астмы и оценка ее степени тяжести осуществлялись на основании критериев руководства GINA. Результаты позволили определить два варианта течения заболевания: стабильный и переменный. Стабильный вариант является преобладающим и отмечается в 128 (66,4%) случаях. Установлено также влияние базисной терапии в детстве на степень тяжести астмы у взрослых.

Ключевые слова: бронхиальная астма, возрастная динамика, дети, молодые люди.

CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE EVOLUTION OF BRONCHIAL ASTHMA IN YOUNG PATIENTS, WHO SUFFER WITH THE DISEASE FROM CHILDHOOD

B.A. Chernyak, A.F. Ivanov

(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia)

Summary. The aim of the study was to investigate the evolution of bronchial asthma from childhood to young adulthood. 193 persons (117 man and 76 women), aged 19-35, with childhood-onset asthma, were investigated. Diagnosis of bronchial asthma and detection of asthma severity were made according to GINA guidelines. That data allows to determine two variants of natural course of the disease: stable and variable. Stable variant, that was characterized by unchanged asthma severity from childhood to young adulthood, was revealed in 128 (66,4%) cases. Also, correlation between therapy in childhood and asthma severity in adults was revealed.

Key words: bronchial asthma, children, young people, age dynamics.

Бронхиальная астма (БА) в настоящее время является серьезной глобальной проблемой. Результаты эпидемиологических исследований указывают на увеличение распространенности заболевания в большинстве стран мира, в том числе и в России, особенно интенсивное в последние десятилетия [1,3]. При этом увеличение распространенности заболевания отмечается как в детской, так и во взрослой популяции населения. В связи с этим важным аспектом изучения БА является оценка ее эволюции от детского к взрослому возрасту. В ходе крупных проспективных исследований [4,5] установлено, что до 71% детской БА сохраняется и во взрослом возрасте. Однако, анализу особенностей эволюции детской БА в тех случаях, когда она достигает взрослого возраста, уделяется недостаточное внимание.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинко-функциональных особенностей эволюции БА у молодых пациентов, болеющих с детства.

Материалы и методы

В исследуемую группу были включены 193 амбулаторных больных БА в возрасте 19-35 лет (117 мужчин и 76 женщин). Диагностика БА и оценка ее степени тяжести осуществлялись на основании критериев руководства GINA (Global Initiative for Asthma) [1]. По тяжести заболевания пациенты исследуемой группы распределялись следующим образом: больных с легким течением БА (интермиттирующим и персистирующим) было 112 (58,0%) человек, больных со среднетяжелым течением – 49 (25,4%), тяжелое течение имели 32 (16,6%). Обязательными критериями для включения больных в

исследуемую группу являлись: возраст в пределах 19-35 лет и начало БА в детском возрасте.

Исследование проведено в соответствии с Хельсинской конвенцией, все пациенты подписали добровольное информированное согласие на включение в исследование.

Всем больным проведено изучение бронхиальной гиперреактивности (БГР), для чего использовался аппарат «Pari Provotest 2» (Pari GmbH, Германия). В качестве фармакологического бронхоконстриктора применялся раствор метахолина гидрохлорида в концентрации 3,3 мг/мл (0,33%). Степень БГР оценивалась на основании провокационной дозы (ПД₂₀) – кумулятивной дозы метахолина, вызвавшей снижение величины объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) на 20% от исходного значения. Результаты теста в соответствии с международными рекомендациями [2] интерпретировались следующим образом: критерием высокой БГР являлась ПД₂₀ ≤ 0,046 мг, средней БГР – ПД₂₀ = 0,047-0,228 мг, низкой БГР – ПД₂₀ = 0,229-0,4706 мг.

Определение возраста дебюта заболевания и тяжести детской астмы осуществлялось на основании анализа медицинской документации и анамнестических данных.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи общепринятых в медицине методов вариационной статистики, корреляционного и логистического регрессионного анализа. Применялись пакеты программ «Microsoft Office Excel 2003» (Microsoft), «Biostatistica 4.0.0.0» (McGraw-Hill). Статистическая значимость сравниваемых показателей оценивалась на основании парного t-критерия Стьюдента, показателя