го, 2 «А». Тел. +79048958576 e-mail: lord106@mail.ru; **Ефимовская** Людмила Николаевна – старший дефектолог-психолог сурдологического центра КГБ УЗ ККДБ. 660074,Красноярск, ул. Киренского, 2 «А». Тел. +7-913-539-57-12; **Федоров** Александр Владимирович – зав. рентгенологическим отделением, сурдологический центр, КГБ УЗ ККДБ. 660074,Красноярск, ул. Киренского, 2 «А». Тел. +79029928175 e-mail: fedorov-tomograf@mail.ru; **Кузовков** Владислав Евгеньевич – к. м. н., научный сотрудник Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9 Тел. +7-812-317-84-42, E-mail: v_kuzovkov@mail.ru; **Янов** Юрий Константинович – д. м. н., профессор, директор СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9 Тел. +7-812-316-22-56;E-mail: lor-obchestvo@bk.ru; **Пудов** Виктор Иванович – канд. биол. наук., вед. н. с. СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9 Тел. +7-812-316-28-83 E-mail: v_pudov@mail.ru; **Левин** Сергей Владимирович – к. м. н., н. с. СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9 Тел. +7-812-316-28-83, E-mail: megalor@gmail.com; **Сугарова** Серафима Борисовна – аспирант СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9 Тел. +78123162501, E-mail: sima409@mail.ru; **Зонтова** Ольга Викторовна – методист СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9. E-mail: ozontova@yandex.ru; **Ильин** Сергей Никитович – канд. мед. наук, зав. рентгенологическим отделением СПб НИИ ЛОР. 190013 Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9. Тел. +78123160826 E-mail: lor-obchestvo@bk.ru

УДК: 616. 248-053. 2

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ГОРОДА

А. А. Лебеденко

THE MODERN SPECIFIC OF DIAGNOSTIC AND OBSERVATION OVER CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA IN THE CONDITIONS OF THE BIG CITY

A. A. Lebedenko

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
(Ректор – Засл. врач РФ, проф. А. А. Сависько)

Представлены результаты исследования особенностей диагностики и наблюдения за детьми с бронхиальной астмой в условиях крупного города. У всех больных отмечалась атопическая форма заболевания. Выявлено существенное преобладание количества пациентов с легким течением бронхиальной астмы над среднетяжелым и тяжелым. Отмечено резкое возрастание роли аллергологов-иммунологов в первичной диагностике астмы и последующем наблюдении за пациентами. Среди методов аллергологической диагностики преобладают лабораторные (определение общего и специфических Ig E) над кожным тестированием. Исследование функции внешнего дыхания регулярно проводится при среднетяжелом и тяжелом течении и недостаточно часто у пациентов с легкой степенью бронхиальной астмы.

Ключевые слова: *дети, бронхиальная астма, диагностика, наблюдение.*

Библиография: *6 источников.*

The results of observation of approaches to the diagnosis and observation over children with asthma in the conditions of the big city were presented. All patients had atopic form of disease. During the analysis was revealed the essential predominance of the number of patients with mild flow of disease over patients with medium and serious flow of disease. Galloping growth the role of allergists-immunologists was noted in the primary diagnosis of asthma and following observation of the patients. Laboratory methods (determination of total and specific Ig E) dominate over the skin testing among the methods of Allergic's diagnosis. The research of extend breath's functions is regularly carried out in medium and serious flow of disease and not enough with mild asthma patients.

Literature *– 6.*

Keywords: *children, bronchial asthma, diagnosis, observation.*

Бронхиальная астма (БА) у детей является одной из наиболее актуальных проблем педиатрии. В первую очередь это обусловлено высокой распространенностью заболевания, достигающей 5–10% [2], и сохраняющейся тенденцией к её дальнейшему росту [4]. Принятая в 1997 году Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» [1] четко определила критерии постановки диагноза, определение формы и степени тяжести заболевания, план обследования пациента, принципы выбора лекарственных средств для проведения противовоспалительной терапии. Новая редакция Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» [2], принятая в 2008 году, уточнила и изменила ряд подходов к диагностике, контролю и самоконтролю за течением заболевания, методам обследования и лечения пациентов. Внедрение положений Национальной программы способствовало стандартизации подходов врачей к диагностике и лечению БА. Однако реальная клиническая практика ещё далека от совершенства.

Целью исследования явилось изучение особенностей диагностики и наблюдения за детьми с БА и роли врачей различных специальностей в первичной диагностике заболевания в условиях крупного города.

Пациенты и методы

Анализу подверглись истории развития детей в возрасте от 1 до 16 лет с установленным диагнозом БА, наблюдавшиеся в поликлинике не менее 1 года до начала исследования. Выбор амбулаторных карт в каждой из поликлиник был случайным. Результаты заносились в специально разработанные регистрационные карты.

Статистический анализ результатов исследования проводили с помощью программы STATISTICA 6,0.

Полученные результаты

В исследование было включено 512 детей с БА (табл. 1). Средний возраст детей составлял 10,37±0,18 лет, причем преобладали мальчики (68,8%).

Таблица 1

Возрастно-половой состав детей с бронхиальной астмой, включенных в исследование

Количество больных	Мальчики		Девочки		Средний возраст, годы
	абс.	%	абс.	%	
512	352	68,75	160	31,25	10, 37±0,18

Форму и степень тяжести БА определяли в соответствии с рекомендациями Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2008). Анализ распределения больных по форме заболевания установил, что у всех детей отмечалась атопическая форма заболевания. Распределение пациентов по степени тяжести заболевания выглядело следующим образом (табл. 2). Легкая степень тяжести заболевания была выявлена у 84,57% детей, причем практически с одинаковой частотой отмечалось интермиттирующее и персистирующее течение (41,02% и 43,55% соответственно). Пациентов со среднетяжелой астмой было значительно меньше – 11,91% случаев. Тяжелая астма диагностирована у 3,52% больных. В целом соотношение количества пациентов с различной степенью тяжести БА приближено к другим странам. Так, в большинстве европейских стран [5] распределение больных БА по степени тяжести заболевания выглядит следующим образом: легкая – 60–70%, среднетяжелая – 25–30% и тяжелая – 5–10%.

Таблица 2

Распределение больных с бронхиальной астмой по степени тяжести заболевания (%)

Легкая	84,57
Интермиттирующая	41,02
Персистирующая	43,55
Среднетяжелая	11,91
Тяжелая	3,52

У большинства больных БА отмечались сопутствующие аллергические заболевания (табл. 3). Установлено, что аллергический ринит встречался у 60,94% пациентов. Одной из причин высокой частоты выявления аллергического ринита является улучшение диагностики вследствие возросшей настороженности врачей в отношении его наличия у пациентов с БА. Этому способствовало внедрение в практическое здравоохранение рекомендаций по диагностике и лечению аллергического ринита и прежде всего ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma). Принятая концепция «Единая дыхательная система, единая болезнь» нацеливает врачей на улучшение диагностики аллергического ринита у больных БА и назначение своевременного адекватного лечения. В то же время, аллергический конъюнктивит был выявлен только в 2,93% случаев. Аллергический конъюнктивит обычно сопутствует аллергическому риниту, поэтому при значительной частоте выявления аллергического ринита следовало ожидать и более высокие цифры выявления аллергического конъюнктивита. Разнонаправленность данных можно объяснить прежде всего отсутствием приверженности врачей в констатации диагноза аллергического конъюнктивита в истории развития ребенка, расценивающих глазные симптомы как одно из проявлений аллергического ринита. Атопический дерматит отмечен у 22,46% пациентов. Крапивница / отек Квинке встречались относительно редко – 2,93% случаев. Выявление лекарственной аллергии составило 1,95%, а пищевая аллергия диагностирована у 7,42% больных.

Таблица 3

Структура сопутствующих аллергических заболеваний у больных бронхиальной астмой (%)

Аллергический коньюнктивит	2,93
Аллергический ринит	60,94
Атопический дерматит	22,46
Крапивница / отек Квинке	2,93
Лекарственная аллергия	1,95
Пищевая аллергия	7,42

При анализе специальностей врачей, впервые выявивших БА у ребенка (табл. 4), было установлено, что наибольшая роль в первичной постановке диагноза принадлежит аллергологам поликлиники (44,92%) и стационаров (34,96%). Частота первичной постановки диагноза БА педиатрами стационаров составила 16,02%. Участковыми педиатрами первичный диагноз был поставлен только в 5,08% случаев. Выявленные реалии первичной постановки диагноза БА у ребенка врачами различных специальностей следует расценить как положительные, в первую очередь, вследствие высокой частоты постановки диагноза врачами-специалистами (79,88%). Не вызывает сомнений, что первичная диагностика БА врачами-специалистами позволяет снизить риск диагностической ошибки в том числе и за счет более широких инструментальных и лабораторных диагностических возможностей. Также следует отметить факт приверженности врачей первичного звена к раннему направлению пациентов к врачу-специалисту. О значительной роли врачей-специалистов и педиатров в первичной диагностике астмы косвенно может свидетельствовать факт практически полного отсутствия участия в этом процессе врачей других специальностей (0,98%).

Таблица 4

Специальности врачей, впервые выявивших бронхиальную астму у ребенка и ведущими динамическое наблюдение за пациентами(%)

Специальности врачей	Первичная постановка диагноза	Наблюдение за пациентами
аллерголог поликлиники	44,92	58,01
аллерголог/ пульмонолог стационара	34,96	33,98
педиатр поликлиники	5,08	1,95
педиатр стационара	16,02	6,06
другой врач	0,98	-

Проведенный анализ также выявил, что большинство пациентов с БА состоят под наблюдением у аллергологов поликлиники (58,01%) и стационаров (33,98%), что безусловно повышает качество оказания медицинской помощи. Как следствие значительно уменьшилось количество пациентов, наблюдающихся только участковыми врачами (1,95%).

Исследование функции легких у детей старше 5 лет является обязательным для диагностики, оценки степени тяжести и контроля бронхиальной астмы [2]. Из существующих методов исследования функции внешнего дыхания (ФВД) наиболее часто используются спирометрия и пикфлоуметрия. Регулярность использования этих методов является необходимым инструментом для контроля и самоконтроля за течением заболевания. Спирометрия была проведена у 76,37% пациентов (табл. 5). Следует отметить, что наиболее полно исследованием ФВД были охвачены больные с тяжелым (92,97%) и среднетяжелым течением (83,98%) заболевания. Объяснить это можно регулярными госпитализациями пациентов: либо плановыми не реже одного раза в год, либо в связи с обострением заболевания. Амбулаторное же исследование ФВД у больных с легким течением заболевания было проведено только у половины пациентов (51,95%).

Таблица 5

Процент детей с бронхиальной астмой, которым проводилось исследование функции внешнего дыхания

Тяжесть течения бронхиальной астмы	Ф В Д	Проба с бронхолитиком	Бронхо-провокационная проба
легкая	51,95	41,99	10,94
среднетяжелая	83,98	72,07	3,91
тяжелая	92,97	88,09	0,00
всего	76,37	67,38	5,08

Важной составляющей исследования ФВД должна быть проба с бронхолитиком, позволяющая оценить степень обратимости бронхиальной обструкции. Общепринятым критерием служит прирост $ОФВ_1$ >12% по сравнению со значением до ингаляции бронхолитика [6]. Отрадным фактом является то, что большинству больных со среднетяжелым (72,07%) и тяжелым (88,09%) течением БА при проведении спирометрии выполнялась и проба с бронхолитиком. Это свидетельствует о стремлении к углубленному контролю состояния бронхиальной проходимости, в том числе при проведении длительной противовоспалительной терапии. При легком течении БА проба с бронхолитиком выполнялась реже (41,99%). Бронхоконстриктивные тесты у пациентов со среднетяжелой астмой выполнялись редко (3,91%), а при тяжелом течении не были проведены ни у одного больного. Объяснить это можно наличием определенного риска в проведении этих тестов и нежеланием врачей и родителей пациентов идти на этот риск на фоне стабильного состояния ребенка. В то же время, частота

использования бронхопровокационных тестов при легком течении БА является крайне низкой (10,94%), что может отрицательно сказываться на выявлении у пациентов скрытого бронхоспазма.

Важным методом контроля и самоконтроля за состоянием больных с БА старше 5 лет является определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) при проведении пикфлоуметрии в домашних условиях. Кроме того, при каждом визите пациента в лечебное учреждение, врач должен определить ПСВ и проконтролировать технику проведения пикфлоуметрии пациентом. Выявлено, что отметки о проведении пикфлоуметрии в домашних условиях встречались в амбулаторных картах в 57,42% случаев (табл. 6). Следует отметить, что приверженность определения ПСВ связана со степенью тяжести БА. Максимальной она является при тяжелой астме (82,03%). При среднетяжелом течении заболевания мониторинг ПСВ осуществляли более половины пациентов (59,96%). Реже всего проводят пикфлоуметрию пациенты с легким течением БА (30,08%). Выявленные закономерности в проведении пикфлоуметрии пациентами с различной степенью тяжести БА могут свидетельствовать о том, что решающую роль в приверженности больных в проведении ежедневной пикфлоуметрии играет осознание полезности метода как инструмента в подборе адекватной терапии. Поэтому пациенты со среднетяжелой и тяжелой астмой, получающие длительную противовоспалительную терапию, регулярно определяют ПСВ. Однако даже в этой группе при благоприятном течении заболевания и развитии стойкой ремиссии дети переходят на спорадическое проведение пикфлоуметрии. При легком течении БА подавляющее большинство больных мониторирует ПСВ только в период обострения заболевания. Связано это прежде всего с тем, что родители пациентов с легкой астмой предпочитают проводить пикфлоуметрию только при появлении тревожащих их обстоятельств (контакт с аллергеном, кашель, развитие острого респираторного заболевания и т. д.).

Таблица 6

Процент детей с бронхиальной астмой, которым проводилась пикфлоуметрия в домашних условиях и на врачебном приеме

Тяжесть течения бронхиальной астмы	Мониторинг ПСВ в домашних условиях	Исследование ПСВ на врачебном приеме
легкая	30,08	16,02
среднетяжелая	59,96	18,95
тяжелая	82,03	16,99
всего	57,42	17,38

Иная ситуация сложилась с определением ПСВ на врачебных приемах, во время которых пикфлоуметрия выполняется значительно реже (17,38%). В первую очередь это связано с отсутствием у врачей первичного звена, прежде всего участковых педиатров, пикфлоуметров. Определение ПСВ проводили только врачи-специалисты и то далеко не в каждом конкретном случае. Вероятно это связано с тем, что врачи-специалисты проводят анализ предоставляемых им дневников самоконтроля с записями вязано с тем, что врачи анализируют предоставляемые им дневники самоконтроля с мониторингом ПСВмой 9режде всего участковых педизмерений ПСВ. Положительным в этом является то, что анализ результатов пикфлоуметрии в течение нескольких недель наиболее точно отражает динамику ПСВ по сравнению с одномоментным исследованием. Отрицательным же моментом является отсутствие контроля со стороны врача за выполнением респираторного маневра при проведении пикфлоуметрии.

Аллергологическое обследование является обязательным для всех больных БА. При анализе установлено, что кожное тестирование проводилось достаточно редко – 19,01% (таб. 7). Низкая частота постановки кожных проб при аллергологическом обследовании объясняется тем, что врачи отдают явное предпочтение лабораторным методам диагностики (таб. 8). Исследования для определения уровня аллергенспецифических IgE были выполнены

у 77,34% больных. При тяжелой астме их определяли практически у каждого ребенка (91,99%). При среднетяжелой астме уровень аллергенспецифических IgE исследовали в 81,05% случаев, а при легком течении – 58,98%. Частота определения общего IgE составила 61,33%, причем наиболее часто его уровень определялся у пациентов со среднетяжелым (64,06%) и тяжелым течением БА (77,93%). Полученные результаты свидетельствуют о значительном преобладании при проведении аллергологического обследования пациентов тестов in vitro над тестами in vivo. Вместе с тем, это не согласуется с положениями о том, что определение аллергенспецифических IgE необходимо в тех случаях, когда проведение кожного тестирования невозможно [2]. Объяснить это можно большей доступностью лабораторных методов исследования, несмотря на их достаточно высокую стоимость. Следует признать, что данная практика не всегда себя оправдывает. Результаты лабораторных исследований требуют от врача вдумчивого отношения и обязательного сопоставления с данными клинического наблюдения. В реальной клинической практике это далеко не всегда выполняется, что приводит к назначению неоправданно высокого перечня элиминационных мероприятий, особенно при пищевой сенсибилизации. Высокая частота использования лабораторных методов при аллергологическом обследовании может быть оправдана только при тяжелом течении БА.

Таблица 7

Частота проведения кожного тестирования детям с бронхиальной астмой (%)

Степень тяжести бронхиальной астмы	
легкая	25,00
среднетяжелая	18,95
тяжелая	13,09
всего	19,01

Таблица 8

Частота определения общего и аллергенспецифических IgE у детей с бронхиальной астмой (%)

Степень тяжести бронхиальной астмы	Определение общего IgE	Определение аллергенспецифических IgE
легкая	41,99	58,98
среднетяжелая	64,06	81,05
тяжелая	77,93	91,99
всего	61,33	77,34

Таким образом, проведенный анализ диагностики и наблюдения за детьми с БА выявил ряд особенностей. Определение степени тяжести заболевания в большинстве случаев соответствует положениям Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2008), что наглядно отражается в соотношении больных БА различной степени тяжести. В первую очередь это связано с возросшей ролью врачей-специалистов (аллергологов стационаров и поликлиник) в первичной диагностике астмы и дальнейшем наблюдении за детьми. Минимальное количество больных БА наблюдается только участковыми педиатрами. Спирометрия чаще проводится детям со среднетяжелой и тяжелой астмой, однако при легком течении заболевания исследование проводилось только половине пациентов. Также при легком течении БА недостаточно часто используются как бронходилятационные, так и бронхопровокационные пробы. Отмечено частое использование пикфлоуметрии в домашних условиях, но на врачебных приемах ПСВ определяется редко. Следует сделать вывод о том, что анализ записей мониторинга ПСВ в домашних условиях необходимо сочетать с проведением пикфлоуметрии на врачебном приеме, что на практике выполняется крайне недостаточно. При аллергологическом обследовании явное предпочтение врачей отдается лабораторным методам, а не кожному тестированию, что не соответствует положениям регламентирующих документов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – М., 1997. – 103 с.
2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – М., 2008. – 108 с.
3. Фармакоэпидемиология детской астмы: результаты многоцентрового российского ретроспективного исследования / А. Г. Чучалин [и др.] // Пульмонология (приложение). – 2001. – С. 3–20.
4. Эпидемиология и профилактика аллергических болезней и бронхиальной астмы на современном этапе / Л. С. Намазова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2004. – т. 3, №4. – С. 66–70.
5. Fitzgerald D. J., Speir W. A., Callahan L. A. Office Evaluation of Pulmonary Function// American Family Physician. – 1996. – vol. 54, N2. – S. 525–534.
6. Interpretative strategies for lung function tests / R. Pellegrino [et al.] // Eur Respir J. –2005. – N5. – S. 948–968.

Лебеденко Александр Анатольевич, доцент кафедры детских болезней №2 Ростовского государственного медицинского университета. 344022, г. Ростов-на-Дону, пер.Нахичеванский 29 тел. (863) 250-40-43; e-mail: leb.rost@rambler.ru

УДК: 616. 284. 2-089

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

А. А. Нугуманов, А. Я. Нугуманов

RECONSTRUCTIVE EAR SURGERY OF CHRONIC OTITIS MEDIA

A. A. Nugumanov, A. J. Nugumanov

ГУЗ Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан, г. Казань (Главный врач – М. В. Кормачёв)

Оптимальным результатом хирургической санации среднего уха является получение обычных форм самоочищающегося наружного слухового прохода, заканчивающегося функционирующей тимпанальной мембраной и нормальным слухом. Дается краткий обзор основныхметодик достижения данной цели. Авторы считают облитерацию трепанационной полости после радикальной мастоидэктомии сухожильно-надкостничным лоскутом наиболее простым, надежным, доступным любому отохирургу способом.

Ключевые слова: *среднее ухо, тимпанальная мембрана, мастоидэктомия.*

Библиография: *16 источников.*

Optimal result of surgical sanitation of a middle ear is reception of usual forms of the self-cleared external ear canal with functioning tympanic membrane and normal hearing. The short review is given to the types of techniques for achievement of that purpose. Authors consider obliteration of cavities after radical mastoidectomy with tendinous – periosteum graft as the most simple, reliable, accessible to any otosurgeon method.

Key words: *middle ear, tympanic membrane, mastoidectomy.*

Bibliography: *16 sources.*

В настоящее время многие приходят к пониманию, что консервативного лечения хронического гнойного среднего отита (ХСО) не существует. Оно может служить только для купирования обострения. Хирургическая санация уха при ХСО за последние полвека претерпела множество изменений. Литература по данному вопросу необъятна. Основные данные по классификации, разновидности подходов и доступов к среднему уху, терминологии за последние 50 лет подробно описаны в 4-х томном руководстве по хирургии среднего уха Мирко Тос, 1995, переведенной на русский язык [16].