

краивается лоскут прямоугольной формы размером 6×6 мм на 1/2 толщины склеры. Для достижения поставленной цели стандартная методика ГСЭ модернизирована следующим образом: с поверхности выкроенного склерального лоскута теновую капсулу удаляют вместе с эписклерой и находящимися в ней нервными волокнами (с целью снижения фиброобразования в зоне вмешательства в послеоперационном периоде). За счёт денервации тканей в области вмешательства снижается возможность образования грубых склеро-конъюнктивальных и склеро-склеральных сращений. По краям выкроенного склерального ложа на расстоянии 3-5 мм теновую капсулу иссекают вместе с эписклерой и находящимися в ней нервными волокнами. Далее оперативное вмешательство проводится по стандартному плану. Технология не является строгой и предполагает некоторые видоизменения в процессе выполнения операции (размеры склерального ложа и иссекаемого участка эписклеры и теновой капсулы). В послеоперационном периоде оценивали величину офтальмотонуса, состояние оттока ВГЖ, проводили биомикроскопию области операции с оценкой степени выраженности ФП в различные сроки наблюдения. Контрольные осмотры после выписки из стационара проводили через 1, 3, 6 мес. в дальнейшем – через 1,5-2 года.

Таблица 3

Данные тонографии

Показатели тонографии	До операции	В отдалённом периоде (до 2 лет)
Р. мм.рт.ст.	18,9±1,26	16,26±1,69
С мм ³ /мс	0,12±0,009	0,24±0,03
F мм ³	1,25±0,24	2,53±0,65
Р./С (КБ)	166,96±12,6	85,29±15,34

Результаты и их обсуждение. Для раннего послеоперационного периода (до 3 мес.) у 94% пациентов послеоперационное течение протекало без выраженных воспалительных реакций. В разные сроки после операции визуализировалась разлитая плоская ФП, свидетельствующая о наличии пути оттока ВГЖ под конъюнктиву. Осложнения раннего послеоперационного периода имели место в 6 глазах (6%): 2 гифемы – у пациентов с терминальной глаукомой и посттромботической ретинопатией; 3 цилиохориоидальные отслойки (ЦХО) у больных с циклотракцией, купированные медикаментозно на 3-5 день лечения; в 1 случае наблюдалось обострение иридоциклита (у пациентки с вторичной постувеальной глаукомой), купированный медикаментозно на 14 день лечения. Наблюдение за больными в сроки до 1 месяца показало, что все исследуемые показатели сохранялись на уровне тех значений, которые были зафиксированы при выписке (на 7-10 день после АГО). Уровень ВГД оставался в пределах 18-22 мм рт.ст. у 88 пациентов без использования местной гипотензивной терапии, 12 пациентов профилактически продолжали закапывать гипотензивные капли (у этих больных АГО были выполнены на единственно видящем глазу). Через 6 мес после хирургических вмешательств для стабилизации ВГД дополнительная местная гипотензивная терапия потребовалась 7 пациентам, а через 1,5-2 года – 6 пациентам (с III и IV ст. глаукомы). Данные тонографии в отдалённом периоде (до 2 лет) были проанализированы у 25 больных (табл. 3).

Таблица 4

Показатели ВГД больных после АГО в отдалённом периоде (до 2 лет)

	Без дополнительного использования гипотензивных капель			Применение местной дополнительной гипотензивной терапии после АГО		
	Группа I (n=48)	Группа II (n=30)	Группа III (n=22)	Группа I (n=48)	Группа II (n=30)	Группа III (n=22)
На 7-9 день	44 (91,6%)	27 (90%)	17 (80,9%)	5 (10,4%)	3 (10%)	4 (19,1%)
Через 1 мес	44 (91,6%)	27 (90%)	17 (80,9%)	5 (10,4%)	3 (10%)	4 (19,1%)
Через 3 мес	44 (91,6%)	26 (86,7%)	17 (80,9%)	5 (10,4%)	4 (13,3%)	4 (19,1%)
Через 6 мес	40 (83,3%)	24 (80%)	16 (76,2%)	9 (18,8%)	6 (20%)	5 (23,8%)
Через 1,5-2 года	36 (75%)	23 (76,7%)	15 (71,4%)	13 (27,1%)	7 (23,3%)	6 (28,6%)
Суммарно: Через 1,5-2 года	74 пациента (74%)			26 пациентов (26%)		

Выводы: предложен способ, повышающий эффективность АГО, позволяющий добиться формирования более рыхлого рубца

в зоне фильтрации (в условиях денервации области хирургического вмешательства); предлагаемые нами варианты хирургического лечения технически просты, безопасны и эффективны для снижения ВГД у больных с некомпенсированной глаукомой; указанные операции позволяют у пациентов с терминальными болящими глауками за счёт нормализации офтальмотонуса сохранить глаз как орган и могут служить альтернативой к удалению глазного яблока.

Литература

1. Косых Н.В. Хирургическая активация внедренного оттока внутриглазной жидкости при глаукоме: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук., М., 1992.
2. Лебедев О.И. Клинико-экспериментальное обоснование прогнозирования и регуляции репаративных процессов в хирургии глаукомы: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. М., 1990. 33с.
3. Юрьева Т.Н., Волкова Н.В. Алгоритм реабилитационных мероприятий на этапах формирования путей оттока после непроникающей глубокой склерэктомии // Офтальмохирургия. 2007, №4. С.67-71

UPDATING OF THE DEEP SCLEROTICECTOMY IN SURGERY OF NON-COMPENSATED GLAUCOMA

R.V.AVDEEV, E.N.TCHERNICH, I.A.ZACHAROVA

Voronezh State Medical Academy named by N.N. Burdenko, Russia
Chair of Ophthalmology

Article is devoted questions of surgical treatment and preventive maintenance of a cicatrization of a zone of a filtration at various kinds antiglaucomatous operations (including the operations referred on conservation of an eye, as organ at terminal painful glaucomas). New updating of performance of a surgical intervention in the conditions of denervating of a zone of a filtration is offered. The way raising efficiency filtering AGO is offered (in conditions denervation), allowing to achieve an intervention zone formation of more friable hem in the field of surgical intervention

Key words: glaucoma, skleroectomy, episklers, tenonova capsule.

УДК 611.24

ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ И ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ТВЕРСКОГО РЕГИОНА

И.Н. ЕРМАКОВА*

Выявление внешних факторов, влияющих на развитие и проявления бронхиальной астмы (БА) у детей и уменьшение их воздействия. Выявлены внешние факторы риска развития и проявления БА с учетом степени тяжести заболевания и места жительства ребенка. Установлена достоверная зависимость тяжести течения заболевания от места проживания и состава семьи ребенка, больного БА. Больные БА тяжелое течение достоверно чаще, чем в среднем по группе были жители села. Установлено, что сельские дети из неполных семей в три раза чаще, чем дети из полных семей наблюдались с тяжелым течением БА (p<0,005). Дети, больные тяжелой формой БА значительно чаще проживали в неблагоприятных жилищных условиях (p<0,005). Выявлена достоверная зависимость тяжести течения БА от длительности естественного вскармливания ребенка. На естественном вскармливании находились 2/3 детей. Различий в характере вскармливания с учетом места проживания больных БА не выявлено. Сенсибилизация к пищевым аллергенам способствовала более тяжелому течению БА у детей (p>0,005). Пищевая аллергия с одинаковой частотой наблюдалась у 1/3 всех обследованных больных БА не зависимо от места их проживания. Таким образом, социально-экономические и демографические характеристики, являются важными и частыми факторами риска развития и проявления тяжелой БА у детей, что диктует необходимость профилактических программ, направленных на улучшение контроля заболевания.

Ключевые слова: бронхиальная астма, внешние факторы риска.

Болезни органов дыхания (БОД) в значительной степени определяют уровень детской заболеваемости. Как представлено на рис. 1-2, БОД стабильно занимают первое место в структуре общей заболеваемости детей Тверского региона. Проведенные исследования показали, что по данным обращаемости, распространенность БА в Тверском регионе варьируется в различных районах, однако среди хронической патологии органов дыхания она занимает ведущее место. На 01.01.2009 года регистр детей, больных БА включал 1914 пациентов. За 7 лет (2003-2009 гг)

* Тверская государственная медицинская академия.

заболеваемость БА в Тверском регионе выросла почти в 2 раза. Однако частота диагнозов БА, установленных у детей в учреждениях практического здравоохранения Тверского региона, значительно ниже, чем в среднем по РФ (0,99% и 3,75% соответственно). По данным Ю.Л. Мизерниченко (2009), число больных детей и подростков (в среднем по РФ) выросло за пять лет (2002-2006 гг.) соответственно на 7,5% и 12% [1].

Хроническое аллергическое воспаление и появление клинических симптомов БА развивается в сенсibilизированном организме при повторном контакте с аллергеном. Развитие гиперчувствительности дыхательных путей в ответ на различные стимулирующие факторы сопровождается повторяющимися симптомами бронхиальной обструкции, характерной для астмы. Внутренние факторы, вовлеченные в процесс развития БА, и внешние факторы, которые могут влиять на возникновение и развитие БА у предрасположенных к этому детей, могут вызывать обострения БА и/или способствовать сохранению симптомов, даже на фоне адекватной базисной терапии и не позволяя достичь полного контроля над заболеванием [2-4].

Первичная профилактика направлена на лиц группы риска и предусматривает предотвращение у них аллергической сенсibilизации (образование IgE-антител). Первые попытки избежать воздействия аллергенов сводились к коррекции питания грудного ребенка. В целом показано, что у детей, вскармливаемых детским питанием на основе коровьего молока или соевого белка, частота свистящих хрипов в раннем детстве была выше, чем у детей, получавших грудное молоко [5-7].

Раннее прекращение контакта с причинно значимым аллергеном, еще до того, как возникают признаки и симптомы сенсibilизации, повышает вероятность полного исчезновения симптома по сравнению с ситуацией, когда такой контакт продолжается. Даже после того, как аллергическая сенсibilизация произошла, существуют дополнительные возможности для предотвращения развития и проявления БА. Некоторые факторы, обуславливающие развитие заболевания, и факторы, провоцирующие появление симптомов БА относятся к обеим группам. Механизмы влияния факторов риска на течение БА сложные и взаимозависимые и это создает значительные трудности при изучении роли различных факторов риска развития этого многокомпонентного заболевания. В определении БА используются такие понятия как аллергическая сенсibilизация, которая сама является результатом сложных взаимодействий генетических и внешних факторов и, следовательно, представляют собой как характеристики БА, так и факторы риска развития этого заболевания. Некоторые характеристики, хотя и не являются причинными факторами БА, связаны с повышенным риском заболевания. Обострения БА могут быть вызваны рядом провоцирующих факторов, и целью третичной профилактики является уменьшение воздействия этих триггеров для улучшения контроля БА и уменьшения потребности в медикаментозной терапии [2-4].

Цель исследования – выявление внешних факторов, влияющих на развитие и проявления бронхиальной астмы у детей и уменьшение их воздействия.

Материалы и методы исследования. Для выявления внешних факторов риска БА, методом анкетирования обследовано 1024 детей, больных БА (табл. 1) в возрасте 1-17 лет (750 мальчиков и 274 девочек), проживающих в г. Твери (631 чел) и Тверской области (393 чел). Детей 5 лет и младше было 77 чел (7,52%), в возрасте 6-14 лет – 663 чел (64,75%) и в возрасте 15-17 лет 284 чел (27,73%).

Бронхиальную астму диагностировали в соответствии с критериями, изложенными в Национальной программе «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» [3].

Распределение 1024 детей, больных БА по степени тяжести (табл. 2) составило: 161 (15,72%) чел – легкая степень, 747 (72,95%) чел – средней степени тяжести и 116 (11,33%) чел – тяжелая БА. Доля детей, больных БА тяжелое течение в возрасте 5 лет и младше была выше, чем в среднем по группе (18,18% и 11,33% соответственно) $p < 0,005$. От общего числа обследованных больных БА 633 (61,82%) ребенка проживали в городах, 230 (22,46%) детей были жители поселков городского типа и 161 (15,72%) составили сельские жители (табл. 2).

К внешним факторам, способствующим развитию БА у предрасположенных к ней детей относят питание. Особое значение придается грудному вскармливанию, которое способно обеспечить защитный эффект в отношении развития аллергических

заболеваний в первые годы жизни ребенка. Из анамнеза известно (табл. 3), что на естественном вскармливании находились 757 (73,93%) обследованных детей, больных БА и 257 (26,07%) – на искусственном. Выявлена достоверная зависимость тяжести течения БА от длительности естественного вскармливания. Риск развития тяжелой БА значительно выше у тех из них, кто находился на искусственном вскармливании или на естественном только до 3 месяцев (соответственно 12,36% и 12,61%), по сравнению с детьми, которые находились на естественном вскармливании 4-6 месяцев и более (часть из них до 1-2 лет) и имели тяжелое течение БА только в 9,62% случаев ($p < 0,005$).

Таблица 1

Распределение детей, больных бронхиальной астмой Тверского региона с учетом возраста, пола и места проживания ребенка (N=1024).

Возраст и пол детей	Всего детей, больных БА		Детей 5 лет и младше		Детей 6-14 лет		Детей 15-17 лет	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Тверской регион								
Мальчики	750	73,24	59	7,87	476	63,46	215	28,67
Девочки	274	26,76	18	6,57	187	68,25	69	25,18
Всего	1024	100	77	7,52	663	64,75	284	27,73
г. Тверь								
Мальчики	464	73,49	37	7,97	288	62,07	139	29,96
Девочки	167	26,51	8	4,79	114	68,26	45	26,95
Всего	631	100	45	7,13	402	63,71	184	29,16
Тверская область								
Мальчики	286	72,77	22	7,69	188	65,74	76	26,57
Девочки	107	27,23	10	9,35	73	68,22	24	22,43
Всего	393	100	32	8,14	261	66,41	100	25,45

Таблица 2

Удельный вес детей, больных БА Тверского региона с учетом места жительства и степени тяжести заболевания (N=1024).

БА, степень тяжести	Всего детей, больных БА		Городские жители		Жители поселков городского типа		Сельские жители	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
БА, легкое течение	161	15,72	98	60,87	43	26,71	20	12,42
БА, средней ст. тяжести	747	72,95	465	62,25	163	21,82	119	15,93
БА, тяжелое течение	116	11,33*	70	60,34	24	20,69	22	18,97*
Всего:	1024	100	633	61,82	230	22,46	161	15,72

Примечание: * – различие показателей БА тяжелое течение с учетом места жительства детей по критерию Стьюдента ($p < 0,05$)

Различий в характере вскармливания грудных детей в зависимости от места проживания обследованных больных БА не выявлено. Установлена достоверная зависимость длительности естественного вскармливания от места проживания ребенка, больного БА. Сельские дети находились на естественном вскармливании до 3 мес. 45 (13,20%) человек, тогда как длительное естественное вскармливание получали 75 (18,03%) человек ($p < 0,005$). Характер вскармливания имел также особенности с учетом некоторых социально-средовых факторов. В полных семьях на естественном вскармливании находились 71,65% детей, больных БА. В неполных семьях таких детей было 76,84%, но из них $>1/2$ находились на естественном вскармливании 6 месяцев и более (до 2-х лет). Некоторая разница в длительности естественного вскармливания объяснялась социально-экономическими условиями и большей мотивацией сохранения естественного вскармливания у матерей из неполных семей.

Пищевая аллергия принадлежит к числу наиболее распространенных видов аллергических реакций в детском возрасте. По данным эпидемиологических исследований её страдают 70% детского населения. Нередко сенсibilизация к пищевым аллергенам является стартовой, ведущей в формировании других аллергических болезней у детей и подростков. Диагноз пищевой аллергии ставился на основе аллергологического анамнеза, результатов кожных проб с пищевыми аллергенами и определения специфических IgE методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Пищевая аллергия выявлена у 320 (31,25%) пациентов. Сенсибилизация к пищевым аллергенам способствовала более тяжелому течению БА у детей (табл. 2). Пищевая аллергия определялась в 41,38% случаев заболеваний у детей с тяжелым течением БА, что достоверно выше этого показателя по сравнению с больными БА, у которых заболевание имело легкое персистирующее и среднетяжелое течение (23,60% и 31,33% соответственно). Пищевая аллергия с одинаковой частотой наблюдалась у 1/3 всех обследованных детей, больных БА не зависимо от места их проживания.

Таблица 3

Внешние факторы риска, способствующие развитию бронхиальной астмы различной степени тяжести у детей Тверского региона (N=1024)

Факторы риска	Всего		БА, легкое течение		БА, средней тяжести		БА, тяжелое течение	
	Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Дети, больные БА	1024	100	161	15,72	747	72,95	116	11,33
Перинатальный анамнез отягощенный	382	37,34	55	14,40	274	71,73	53	13,87
Перинатальный анамнез не отягощенный	641	62,66	105	16,38	473	73,79	63	9,83
Естественное вскармливание	757	73,93	119	15,73	555	73,33	83	10,94
В т.ч. до 3 мес	341	45,05	54	15,84	244	71,55	43	12,61*
В т.ч. более 3 мес	416	54,95	65	15,62	311	74,76	40	9,62*
Искусственное вскармливание	267	26,07	40	14,38	194	72,66	33	12,36*
Пищевая непереносимость	320	31,25	38	11,88	234	73,12	48	15,00
Лекарственная непереносимость	67	6,54	7	10,45	47	70,15	13	19,40
Пыльцевая аллергия	186	18,16	19	10,22	143	76,88	24	12,90
Бытовая аллергия	570	55,66	86	15,09	414	72,63	70	12,28
В т.ч. эпидермальная	327	31,93	49	14,98	247	75,54	31	9,48
Неудовлетворительные бытовые условия	435	42,48	63	14,48	325	74,72	47	10,80
Неудовлетворительные жилищные условия	108	10,55	14	12,96	78	72,22	16	14,82
Курение пассивное	369	36,04	58	15,72	276	74,79	35	9,49

Примечание: * – различие показателей БА тяжелое течение с учетом характера вскармливания по критерию Стьюдента ($p < 0,05$)

Избыточная бытовая антигенная нагрузка – запыленность жилища, сырость, плесень в помещениях, домашний контакт с животными, птицами способствует развитию БА у предрасположенных к ней детей и сохранению симптомов заболевания [2-4]. Сенсибилизация к клещам домашней пыли часто сочеталась с другими видами сенсибилизации и была выявлена более чем у половины обследованных детей, внося свой вклад в 55,66% случаев заболеваний у детей независимо от степени тяжести БА. В этой группе пациентов часто отмечалось несоблюдение родителями требований гипоаллергенного режима и быта: в доме имелись животные (кошки, собаки, аквариумные рыбы, птицы, хомячки), ковры, большое количество старой мебели, на кроватях детей – перьевые подушки и пуховые одеяла. В группе пациентов с сенсибилизацией к домашним аллергенам преобладали сельские жители – 59,00% случаев человек, по сравнению с городскими жителями – 40,92% случаев ($p < 0,005$). Домашние животные являются источником аллергенов, которые присутствуют в слюне, моче, продуктах потовых и сальных желез, шерсти и слущенном эпителии. У каждого третьего обследованного ребенка определялась сенсибилизация к аллергенам кошек и собак – 327 (31,93%) детей. Сенсибилизация к собакам распространена меньше, чем к кошкам.

Пыльцевая БА у детей нередко сочеталась с другими проявлениями поллиноза (аллергическим конъюнктивитом и ринитом) и была выявлена у 186 (18,16%) пациентов (табл. 3). Не выявлено достоверной зависимости наличия пыльцевой сенсибилизации детей, больных БА от места проживания ребенка. Наиболее часто пыльцевая аллергия определялась у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания (19,14% и 20,69% случаев соответственно) по сравнению с легким течением БА – в 11,80% случаев ($p < 0,005$).

Установлено что тяжелое течение БА в два раза чаще, чем легкое течение заболевания сопровождается наличием лекарственной непереносимости (4,35% и 11,21%) $p < 0,005$. Всего лекарственная непереносимость выявлена у 67 (6,54%) больных БА. Социально-экономический статус пациента часто определяет образ жизни, составляющие которого (привычки питания, доступность медицинской помощи, пассивное курение) могут оказывать влияние на формирование и течение БА у детей [4,5].

Поллютанты помещений являются важными триггерами обострений у пациентов с уже развившимся заболеванием. Неудовлетворительные бытовые условия выявлены у 435 (42,48%) пациентов (табл. 3). У 108 (10,55%) детей, больных БА были неудовлетворительные жилищные условия: сырые, холодные квартиры, комнаты в общежитиях с наличием плесени на стенах, а также старые, ветхие дома. Доля детей с тяжелой БА, проживающая в неблагоприятных жилищных условиях, была 13,79%, что достоверно превышает долю детей с легкой БА – 8,70% ($p < 0,005$).

Табачный дым, исходящий от курильщика, обладает более сильным раздражающим слизистую респираторного тракта действием, чем дым, вдыхаемый курящим человеком. Пассивное курение имеет огромное значение для развития БА у детей [2-4]. Воздействие табачного дыма при курении родителей, совместно проживающих с детьми, было выявлено у 369 (36,04%) пациентов. Отмечается более высокий процент пассивного курения в семьях детей, больных БА проживающих в сельской местности (44,72%) по сравнению с городскими жителями и жителями поселков городского типа (33,97% и 35,65% соответственно) $p > 0,005$.

В группе обследованных, больных БА изучали зависимость демографического показателя «полная и неполная семья» с учетом степени тяжести заболевания и места проживания ребенка. В полных семьях жили 677 (66,18%), в неполных – 346 (33,82%) детей, больных БА (табл. 4). Установлена зависимость тяжести течения БА от состава семьи с учетом места проживания ребенка.

Распределение детей, больных БА из неполных семей проживающих в сельской местности выглядело следующим образом: в 1,86% случаев было легкое течение БА, в 4,82% случаев – среднетяжелое течение заболевания и в 7,76% случаев – тяжелое течение БА. Тяжелое течение БА было выявлено у 18,75% больных БА (табл. 4) из неполных семей, проживающих в сельской местности, что достоверно выше данного показателя у детей из полных семей (11,51%) $p < 0,005$. Доля детей, больных БА, с тяжелым течением, проживающих в сельской местности была выше, чем в среднем по группе (18,97% и 11,33% соответственно) $p < 0,005$.

Результаты и их обсуждение. Из вышесказанного следует, что развитие хронического аллергического воспаления и появление клинических симптомов заболевания связано с комплексным воздействием факторов, обуславливающим развитие БА у предрасположенных к ней детей и факторов, вызывающих обострение БА или сохранению симптомов заболевания.

Внешние факторы, влияющие на риск развитие и проявления БА многочисленны и управляемые. Они непосредственно запускают манифестацию БА или вызывают ее обострение. К числу основных из них относят воздействие аллергенов, вирусных и бактериальных инфекций, диету, курение, социально-экономический статус и число членов семьи [2-4].

На естественном вскармливании находились 2/3 обследованных детей, больных БА. Выявлена достоверная зависимость тяжести течения БА от длительности естественного вскармливания детей. Риск развития тяжелой БА значительно ниже у тех пациентов, кто находился на естественном вскармливании 4 мес. и более (часть из них до 1,5-2 лет) по сравнению с детьми, которые находились на естественном вскармливании до 3 мес. или на искусственным вскармливании.

В большинстве случаев у одного пациента выявлена сенсибилизация одновременно к нескольким аллергенам, относящимся к разным группам. Пищевая аллергия увеличивала риск развития тяжести симптомов БА и с одинаковой частотой наблюдалась у 1/3 всех обследованных детей, больных БА не зависимо от места их проживания. У сельских жителей по сравнению с городскими детьми избыточная бытовая антигенная нагрузка способствовала развитию БА у предрасположенных к ней детей и сохранению симптомов заболевания ($p < 0,005$).

Результаты выполненного исследования свидетельствуют, что наиболее значимыми управляемыми факторами риска формирования тяжелого неконтролируемого течения БА у детей являются: социально-экономические и демографические факторы риска, которые способствовали развитию БА у предрасположенных к ней детей.

Выявлена достоверная зависимость тяжести течения заболевания от места проживания и состава семьи ребенка, больного БА. Дети, больные БА имеют тяжелое течение достоверно чаще, чем в среднем по группе жители села. Сельские дети из неполных семей в три раза чаще, чем дети из полных семей наблюдались с тяжелым течением БА ($p < 0,005$).

Таблица 4

Социальные и демографические факторы, способствующие развитию бронхиальной астмы различной степени тяжести у детей Тверского региона (N=1024).

Факторы риска	ВСЕГО		БА, легкое течение		БА, средней тяжести		БА, тяжелое течение	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Дети, больные БА	1024	100	161	15,72	747	72,95	116	11,3
Семья полная (всего)	677	66,18	110	16,25	493	72,82	74	10,9
Семья полная (городские жители)	419	61,89	59	14,08	313	74,70	47	11,2
Семья полная (жители поселок городского типа)	145	21,42	34	23,45	97	66,90	14	9,65
Семья полная (сельское население)	113	16,69	17	15,04	83	73,45	13	11,5
Семья неполная (всего)	346	33,82	50	14,45	254	73,41	42	12,1
Семья неполная (городские жители)	212	61,27	38	17,92	151	71,23	23	10,8
Семья неполная (жители поселок городского типа)	86	24,86	10	11,63	66	76,74	10	11,6
Семья неполная (сельское население)	48	13,87	3	6,25*	36	75,00	9	18*

Примечание: * – различие показателей факторов риска с учетом тяжести БА и состава семьи по критерию Стьюдента ($p < 0,05$)

Дети, больные тяжелой формой БА значительно чаще проживали в неблагоприятных жилищных условиях $p < 0,005$. Неудовлетворительные бытовые условия выявлены почти у каждого второго больного БА и у каждого десятого – неудовлетворительные жилищные условия: сырые, холодные квартиры, комнаты в общежитиях с наличием плесени на стенах, а также старые, ветхие дома. Воздействие табачного дыма при курении родителей, совместно проживающих с детьми, выявлено почти у каждого второго пациента. Отмечается более высокий процент пассивного курения в семьях детей, больных БА проживающих в сельской местности.

Тяжесть клинических проявлений БА непосредственно связана с концентрацией причинно-значимых аллергенов в окружающей среде. Уменьшение контакта с аллергеном является первым и необходимым шагом в лечении больных БА.

Таким образом, среди мероприятий первичной профилактики развития БА у предрасположенных к ней детей, обоснованным является сохранение длительного (4-6 мес. и более) естественного вскармливания ребенка. Выявленные социально – экономические и демографические факторы, у больных БА из неполных семей и сельских жителей оказывают существенное влияние на риск развития и проявления БА, что диктует необходимость раннего осуществления у них профилактических программ, направленных на улучшение контроля заболевания.

Литература

1. Мизерницкий Ю.Л. // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. Под ред. Ю.Л. Мизерницкого, А.Д. Царегородцева. Вып. 9. М, 2009. С 8–17.
2. Аллергология и иммунология. Под ред. А.А. Баранова, Р.М. Хаитова М. ООО «М-Студио», 2008.-246с.
3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (третье изд). М.: Атмосфера, 2008. 106 с.
4. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. М.: Атмосфера, 2007. 107 с.
5. Балаболкин И.И., Соснина О.Б., Тюменцева Е.С. Наследственные факторы развития пищевой аллергии у подростков. // Под ред. Ю.Л. Мизерницкого, А.Д. Царегородцева. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. Вып. 9. М, 2009. С. 115–118.
7. Воронцов И.М., Матальгина О.А. Болезни, связанные с пищевой сенсибилизацией у детей. Л.: Медицина, 1986:272с.
8. Fridman N.J., Zeiger R.S. The role of breast-feeding in the development of allergies and asthma. J Allergy Clin immunol 2005;115(6):1238-48.

EXTERNAL FACTORS INFLUENCING THE DEVELOPMENT AND MANIFESTATION OF CHILDREN'S BRONCHIAL ASTHMA

I.N. YERMAKOVA

Tver State Medical Academy

To identify external factors affecting the development and manifestation of children's bronchial asthma and to reduce their impact.

Materials and methods. The research is made by means of questioning of 1024 children with asthma from 1 to 17 years old (750 boys and 274 girls) living in the city of Tver (631 people) and the Tver region (393 people). There were 77 children of 5 years old and younger, 663 children – of 6-14 years old and 284 children – of 15-17 years old. External risk factors and manifestations of asthma were identified with account of asthma severity and child's place of residence (city, urban village, village). **Results.** A significant dependence of the disease severity on child's residence and family composition of a BA child was revealed. Children with severe bronchial asthma more often reside in rural areas, than the average in the group. It has been identified that children from rural areas from single-parent families had severe asthma four times more often than children from two-parent families ($p < 0,005$). Children with severe asthma more often lived in poor housing conditions, $p < 0,005$. 73.93% of patients were breastfed. A significant dependence of asthma severity on the duration of breastfeeding period was identified. There has been revealed no dependencies on nature of feeding with account of patient's place of residence. Sensitivity to food allergens contributed to more severe children's asthma ($p > 0,005$). One third of the surveyed children with asthma regardless of their place of residence had food allergies with the same frequency. Thus, socio-economic and demographic characteristics are important and frequent risk factors of development and manifestations of severe children's asthma, which makes it necessary to carry out early preventive programs aimed at improving of disease control.

Key words: children, bronchial asthma, external risk factor.

УДК 616.62-002+616.61-053.2/5

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ЦИСТИТА У ДЕТЕЙ

Е.С.АЛЕКСЕНЦЕВА, Т.Г.ЗВЯГИНА, Т.А.МАСНЕВСКАЯ*

Наблюдение 70 пациентов с циститами и выявление на основании симптомов, лабораторных данных и данных смотровой цистоскопии изменения почечных функций при различных видах цистита. Для выявления поражения почек функцией проводилась проба с сухоедением и количественное определение протеинурии.

Ключевые слова: цистит, дети, сравнительная характеристика, функции почек.

Цель исследования – выявление на основании симптомов, лабораторных данных и данных смотровой цистоскопии изменения почечной функции при различных видах цистита.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 70 пациентов с циститами наблюдавшиеся в нефрологическом отделении Воронежской детской областной больницы №1. Всем детям была проведена смотровая цистоскопия, из них выделены 22 ребенка. Катаральный цистит выявлен у 11 больных. При катаральном цистите было обнаружено отечная, гиперемизованная слизистая оболочка мочевого пузыря, с отдельными клеточными лейкоцитарными инфильтратами. Кистозный цистит выявлен также у 11 пациентов. Кистозный цистит характеризовался образованием мелких кист в слизистой оболочке, окруженных зоной воспаления. Для выявления поражения почек проводилась проба с сухоедением, а также количественно определялась протеинурия. Все больные имели лейкоцитурию, диагностически значимую бактериурию. Некоторые дети имели в анализах мочи протеинурию. Возраст больных в исследуемых группах от 4-17 лет, средний возраст 9 лет. В исследуемых группах преобладали девочки. Сравнительные данные по двум данным группам представлены в табл.

Таблица

Поражение почек при кистозном и катаральном цистите у детей

Вид цистита	Число больных (n)	Возраст (лет)	Мак. плотность мочи	Суточное количество мочи (мл)	Белок мочи г/л	Лейкоцитурия *10 ⁶ /л	Бактериурия (тыс в 1 мл)
Кистозный	11	9,4±0,4	1020±3,8	588±68,9	0,22г/л±1,34	523,3±61,2	900±106,2
Катаральный	11	9±0,4	1028±3,8	487±56,8	0,027г/л±1,32	30,9±2,4	500±58,4

Результаты и их обсуждение. У больных с кистозным циститом в пробе с сухоедением было выявлено снижение функции концентрирования, средний показатель максимального удель-

* Воронежская ГМА им.Н.Н.Бурденко, Каф. госпитальной педиатрии с курсом подростковой медицины ИПМО. Г. Воронеж