

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого лимфобластного лейкоза у детей и подростков. / Под редакцией Румянцева А.Г // Москва. - 2015 г. - 71с.

2. Карачунский А.И. Протокол «ALL-MВ 2015» по лечению острого лимфобластного лейкоза / А.И. Карачунский // Москва–Берлин. – 2015 г. – 450 с.

3. Основы клинической гематологии: учеб. Пособие / под ред. С.А. Волкова, Н.Н. Боровков. // Н. Новгород: Издательство Нижегородской гос. медицинской академии, - 2013 г. - 400 с.

УДК 616.248

**Холкина Е.А. Браславская Е.П. Журавлева Н.С.  
СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА  
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Кафедра госпитальной педиатрии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kholkina E.A. Braslavskaya E.P. Zhuravleva N.S.  
SCREENING-DIAGNOSTICS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN  
AT THE PRE-HOSPITAL STAGE**

Department of Hospital Pediatrics  
Ural state medical university  
Ekaterinburg, Russian Federation

E-mail: Liza.kholkina@yandex.ru

**Аннотация.** В настоящей статье произведено исследование практической значимости анкетирования как способа раннего выявления факторов риска развития бронхиальной астмы у детей с бронхообструктивным синдромом.

**Annotation.** This article made a study of the practical significance of the survey as a method for the early detection of risk factors for the development of bronchial asthma in children with bronchial obstructive syndrome.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, скрининг-диагностика, дети

**Key-words:** bronchial asthma, screening diagnostics, children

**Введение**

Бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее распространенных заболеваний и регистрируется почти у 19% детей [1]. Несмотря на имеющееся четкое определение болезни, достаточно яркие симптомы и большие возможности функциональных методов исследования, нередко бронхиальную астму диагностируют как различные формы бронхита, и, вследствие этого неэффективно лечат курсами антибиотиков, отхаркивающими,

противокашлевыми препаратами[2]. Так же при постановке диагноза бронхиальная астма, необходимо дифференцировать данную нозологию с гастроэзофагиальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), так как подтвержденная ГЭРБ чаще выявляется среди больных с БА, чем в обычной популяции, частично это может быть следствием кашля при астме, так же некоторые препараты для лечения астмы, такие как бета2 агонисты и теофиллин вызывают расслабление пищеводного сфинктера.

На помощь практическому врачу приходит скрининг-метод. Анкета из 12 вопросов, позволяющих оценить предрасположенность пациента к бронхиальной астме[3].

**Цель исследования** – оценить риск развития бронхиальной астмы у пациентов с бронхообструктивным синдромом и гастроэзофагиальной рефлюксной болезнью, госпитализированных в педиатрические отделения ДГКБ №9

#### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе ДГКБ №9 города Екатеринбурга в отделении пульмонологии (основная группа, n=40) и отделении гастроэнтерологии (группа сравнения, n=44). Опрос проведен с использованием анкеты, состоящей из 12 вопросов. Вопросы взяты из рекомендаций Глобальной Инициативы по Астме GINA (2001-2016) и включают следующие критерии: наследственную предрасположенность, аллергологический анамнез, зависимость приступов кашля от физической нагрузки, частоту обострений, не связанных с респираторными заболеваниями в течение календарного года, насморк или зуд без признаков простуды, кожный зуд, курение в присутствии ребенка, избыток веса, свистящее дыхание, трудное дыхание на морозе зимой, простудные заболевания, протекающие в течение более 10 дней, одышка в покое или по ночам. Отвечали на вопросы законные представители или сами дети с получением согласия на участие ребенка в опросе от родителей. Один положительный ответ приравнивался к 1 баллу. Если сумма баллов была равна 8-12, то вероятность диагноза БА составляла от 80 до 100%-очень высокая; при сумме баллов от 5 до 7 – высокая вероятность развития бронхиальной астмы в 50-70% случаев; 3-4 балла – невысокий риск развития бронхиальной астмы в 30-40% случаев, менее 2 баллов – бронхиальная астма маловероятна (менее чем в 30% случаев). Результаты исследования обработаны с помощью программного обеспечения Statistica 6.0. Оценку статистической значимости качественных различий проводили с учетом точного критерия Фишера и отношения шансов. Критический уровень значимости определен как  $p < 0.05$ .

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Всего было опрошено 84 пациента (40 детей из отделения пульмонологии и 44 ребенка из отделения гастроэнтерологии).

В отделении пульмонологии соотношение мальчиков и девочек составляла 1:2. 15 девочек (37%) и 25 мальчиков (62%) в возрасте от 3 до 16 лет (средний возраст  $8 \pm 2.2$  года).

Отягощенный семейный анамнез по БА отмечался у 12 человек (30%). 23 человека (57,5%) в течение прошлого календарного года регистрировали эпизоды свистящего кашля без сопутствующего респираторного заболевания. Наличие эпизодов одышки отметили 18 человек (45%). Кашель при нагрузке был выявлен у 22 человек (55%). Имели аллергическую реакцию на бытовую пыль 16 детей (40%). У 5 человек (12,5%) был поставлен диагноз атопический дерматит.

Результаты теста можно интерпретировать следующим образом:

10 детей (25%) набрали 8 баллов и более. 5-7 баллов набрали 15 детей (37,5%). 8 детей (20%) 3-4 балла, 7 детей (17,5) набрали 1-2 балла.

Таким образом высокий риск развития бронхиальной астмы выявлен у 25 детей (62,5%).

В отделении гастроэнтерологии было опрошено 44 человека, среди которых 28 девочек (64%) и 16 мальчиков (36%) (соотношение 2:1), в возрасте от 2 до 17 лет (средний возраст  $8 \pm 2.6$  лет).

Отягощенный семейный анамнез по БА у 4 человек (9%). 12 человек (27%) в течение прошлого календарного года регистрировали эпизоды свистящего кашля без сопутствующего респираторного заболевания. Эпизоды одышки отметили 8 человек (18%). Кашель при нагрузке был выявлен у 12 человек (27%). Имели аллергическую реакцию на бытовую пыль 8 детей (18%). У 1 человека (2%) был поставлен диагноз атопический дерматит.

Результаты теста можно интерпретировать следующим образом:

Никто из опрошенных детей не набрал 8 баллов и более. 5-7 баллов набрали 12 детей (27%). 8 детей (18,5%) 3-4 балла, 16 детей (36%) набрали 1-2 балла, 0 баллов набрали 8 детей (18,5%).

Таким образом высокий риск развития бронхиальной астмы был выявлен у 12 детей (27%), т.е. дети которые набрали более 5 баллов в анкетировании. Наглядно, результаты исследования в обоих отделениях отражены в рисунке.



Рис.1. Результаты анкетирования в отделениях

Для оценки статистической значимости критериев исследуемых при анкетировании были рассчитаны критерии Фишера и отношения шансов. Критерий Фишера является значимым при показателе  $>2.3$ . Отношение шансов значимо при показателе  $>1$  (табл.).

Таблица 1

Критерии исследуемые при анкетировании

Критерий	Критерий Фишера	Отношение шансов
Случаи свистящего кашля	2,84*	3,6*
Одышка	2,7*	3,6*
Кашель при нагрузке	2,6*	3,2*
Аллергия на бытовую пыль	2,35*	3*
Диагноз атопический дерматит	1,9	6,1*
Отягощенный анамнез по бронхиальной астме	2,4*	4,2*

При оценке критерия Фишера все критерии, за исключением проявления атопического дерматита, являлись достоверными ( $>2,3$ ).

При оценке отношения шансов все критерии являлись статистически значимыми ( $>1$ ).

### **Выводы:**

1. Результаты проведенного опроса выявили достоверную значимость критериев исследуемых при анкетировании.

2. Скрининг-метод выявления бронхиальной астмы является быстрым и информативным методом, который возможно применять в практике врача детской поликлиники.

### **Список литературы:**

1. Емельянов А. В. Аллергический ринит и бронхиальная астма в реальной клинической практике: результаты Российского многоцентрового исследования / А.В. Емельянов// Российский алергологический журнал.- 2017.- № 18. -С. 29–36

2. Зайцева С. В. Синдром бронхиальной обструкции у детей / С.В. Зайцева // Трудный пациент.-2017.- №2.-С.3

3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 4-е изд., испр. и доп. /под ред. И.К. Волкова, Н.А. Геппе // М.: Издательский дом «Атмосфера».- 2012.-453с.

4. Rabe KF, Adachi M, Lai CKW et al.// Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global Asthma Insights and Reality surveys. J Allergy Clin Immunol, 2015.- 114.- p40-47.

5. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R.// The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. Allergy 2016.- 469.-p59-62.

УДК 616.345-002-07

### **Хусаинова Ю.М., Костенко Д.Е., Джаббарова Ш.Я, Баженова Ю.Л. БОЛЕЗНЬ КРОНА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

### **Khusainova Yu.M., Kostenko D.E., Jabbarova S.I., Bazhenova Yu.L CROHN'S DISEASE WITH PREDOMINANTLY EXTRATERRESTRIAL MANIFESTATIONS: CLINICAL CASE**

Department of polyclinic pediatrics and pediatrics postgraduate training  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: kostenko.daria@mail.ru

**Аннотация.** Внекишечные проявления болезни Крона часто сопутствуют симптомам поражения желудочно-кишечного тракта, однако в некоторых случаях они предшествует появлению кишечной симптоматики, что затрудняет