

3. Camelo-Nunes I.C. Solé D. Allergic rhinitis: indicators of quality of life // *J Bras Pneumol*. 2010. V. 36(1). P. 124-33.
4. Ellwood P, Asher MI, Beasley R, Clayton TO, Stewart AW, and the ISAAC Steering Committee. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): Phase Three rationale and methods. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(1): 10-6.
5. Paksoy M., Eken M., Aydin S., Alev Oktay Z. [et al.] The effects of allergic rhinitis on growth, development and body mass indexes in school children // *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010. V. 62 (1). P. 64-68.
6. Елкина Т.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика аллергозов верхних дыхательных путей у школьников города Новосибирска: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Новосибирск. 2000. 37 с.
7. Ильина Н.И. Эпидемиология аллергического ринита / Н.И. Ильина // *Росс. ринология*. 1999. № 1. С. 23–24.
8. Пономарева О.В., Попова И.В., Токарев А.Н., Ляпунова Е.В. Распространенность основных симптомов аллергических заболеваний по программе ISSAC // *Вятский медицинский вестник*. – 2011. – № 1. – С.52-55.
9. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA // М., МедиаСфера. 2002. 312 с.
10. Ревякина В., Лукина О., Студеникина Н., Арсентьева Н., Виленчик Л. Аллергический ринит как фактор риска развития бронхиальной астмы у детей // *Вопросы современной педиатрии*. – 2006. – № 5(3). – С. 68-72.
11. Стандартизированные эпидемиологические исследования аллергических заболеваний у детей. Адаптация программы «Международное исследование астмы и аллергии у детей («ISAAC»)» в России: Пособие для врачей / Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. – М., 1998. – 30 с.
12. Хаитов Р.М., Лусс Л.В., Арипова Т.У. и др. Распространенность симптомов бронхиальной астмы, аллергического ринита и аллергодерматозов у детей по критериям ISAAC // *Аллергия, астма и клинич. иммунол*. 1998. N. 9. С. 58–69.
13. Черняк Б.А., Тяренкова С.В., Буйнова С.Н. Аллергические риниты в Восточной Сибири: распространенность, этиологическая характеристика и взаимосвязь с бронхиальной астмой в разных возрастных группах // *Аллергология*. – 2002. – №. 2. – С. 2-9.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ г. ИРКУТСКА

Буйнова С. Н., Черняк Б. А.

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России  
г. Иркутск

---

E-mail: 33s1@rambler.ru

## EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN OF IRKUTSK CHARACTERISTICS

Buinova S. N., Chernyak B. A.

ISMAPgE – Branch Campus of the FSBEI FPE RMACPE MOH Russia, Irkutsk

Стандартизированные международные эпидемиологические исследования по изучению частоты и факторов риска аллергических заболеваний у детей стартовали почти 30 лет назад – в 1991-1992 гг. (Международное исследование астмы и аллергии у детей – International Study of Asthma and Allergy of Childhood, ISAAC) [1, 5]. Необходимость их проведения была вызвана отсутствием достоверных статистических данных по распространённости этой патологии в популяции [3],

что не позволяло сформировать эффективные лечебные и профилактические программы, что приводило увеличению прямых и непрямых затрат на лечение, а также инвалидности и смертности пациентов. Данные, полученные по результатам первой фазы программы ISAAC, охватившей 56 стран, указывали на высокую распространенность бронхиальной астмы (БА), значительно превышавшую показатели, полученные по обращаемости пациентов в лечебные учреждения.

Так, распространенность астмы у детей в англоязычных странах и некоторых странах Латинской Америки (Великобритания, США, Австралия, Новая Зеландия Канада, а также Бразилия, Коста-Рика, Панама) составила от 18 до 30%, несколько ниже – в Финляндии, Швеции, Австрии, Германии, Испании, Франции, Японии (от 8 до 16%). Для европейского региона выявлена закономерность распространенности симптомов: увеличение показателей с юго-востока на северо-запад с максимальным индексом в Великобритании и минимальным – в Албании и Греции [1, 5]. В России первая фаза программы ISAAC проведена вначале в Москве, Новосибирске, Иркутске, а затем и других городах [7, 11, 9, 8, 6]. Согласно результатам исследований, частота симптомов сопоставима и аналогичными показателями Западной Европы (Франция, Испания, Италия) [11]. Вторая и третья фазы программы ISAAC показали, в странах с исходно высокими показателями распространенности БА отмечается их стабилизация, а в регионах с исходно низкими эпидемиологическими данными – рост частоты симптомов [2, 4].

**Целью данной работы** явилось изучение динамики частоты симптомов БА среди школьников 7-8 и 13-14 лет за период 1998-1999 гг. и 2008-2009 гг. Поперечное эпидемиологическое исследование проводилось в случайно отобранных школах в г. Иркутске с помощью анкет, рекомендованных протоколом ISAAC [10]. Вопросники для школьников 1-2-х классов заполняли их родители, старшеклассники на вопросы анкеты отвечали самостоятельно. В 1998-1999 гг. в исследование включено 3037 детей 7-8 лет и 3061 – 13-14 лет, в 2008-2009 гг. – 3084 и 3010 школьников соответственно.

В работе применялись общепринятые методы вариационной статистики. Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере с помощью редактора электронных таблиц MS Excel (Microsoft Office 2007). Статистическую значимость различия величин, полученных в разные временные интервалы, вычисляли как сравнение двух выборочных долей вариант с помощью ППП STATISTICA 6.0.

В г. Иркутске частота симптомов астмы в 1998-1999 гг. была сопоставима с таковыми в центральной Европе, Новосибирской области, Казани, республике Саха [11]. Астмоподобные симптомы (АПС) за последние 12 месяцев отмечались у 26,4% детей 13-14 лет. В структуре частоты симптомов свистящего дыхания преобладают редкие (от 1 до 3 за последние 12 месяцев) эпизоды, отражающие легкое течение астмы: 79%. Признаки, характерный для тяжелого течения астмы, как 12 и более приступов за последний год, речевая одышка и ночные симптомы, отметили всего 2,7% 2,4% и 0,8% детей соответственно. Постнагрузочный бронхоспазм регистрировался у 17,1% детей. Клинически диагно-

стированная БА по данным II этапа исследования, составила 7,0%, что в 2 раза превышало показатели по обращаемости (3,1%). У детей 7-8 лет частота АПС составила 17,1%, при этом несколько чаще отмечались ночные симптомы (4,9%), значительно реже – бронхоспазм после физической нагрузки (4,2%). Показатель клинически диагностированной БА составил 8,3%, в то время, как до исследования диагноз был установлен только у 1,6% детей этого возраста.

В 2008-2009 гг. частота АПС за последние 12 месяцев существенно не изменилась (25,9% у детей 13-14 лет и 13,2% у детей 7-8 лет). В 2008-2009 гг. у мальчиков 7-8 лет реже стали отмечаться хрипы во время или после физических нагрузок, занятий физкультурой, чем 10 лет назад ( $3,7 \pm 0,5\%$  и  $5,5 \pm 0,6\%$  соответственно,  $p < 0,05$ ). Подростки (как мальчики, так и девочки) также стали реже отмечать симптомы при физической нагрузке ( $14,1 \pm 0,6\%$  в 2008-2009 гг. и  $17,1 \pm 0,7\%$  в 1998-1999 гг.,  $p < 0,05$ ). Но в то же время среди девочек 13-14 лет увеличилась частота ночного кашля ( $12,9 \pm 0,8\%$  ранее и  $16,7 \pm 1,0\%$  в настоящее время,  $p < 0,01$ ). В структуре симптомов сохраняются редкие (от 1 до 3 за последний год) приступы затрудненного шумного дыхания: их отметили от 76 до 80% детей. Среди подростков также стабильны редкие ночные пробуждения из-за астмы (у 70% детей). Младшеклассники стали реже просыпаться из-за затрудненного дыхания: если в 1998-1999 гг. 55,1% родителей указали, что их дети просыпаются из-за астмы реже одного раза в неделю, то в 2008-2009 гг. их число составило 64,3%. Увеличился показатель диагностированной ранее БА: если в 1998-1999 гг. установленный диагноз имели только  $1,6 \pm 0,3\%$  детей 7-8 лет и  $3,1 \pm 0,3\%$  13-14 лет, то в 2008-2009 гг. –  $5,5 \pm 0,4\%$  и  $7,8 \pm 0,5\%$  соответственно ( $p < 0,001$  в обоих случаях).

Таким образом, у детей 7-8 лет и 13-14 лет в г. Иркутске с 1998-1999 гг. по 2008-2009 гг. оставались стабильными как общая распространенность АПС, так и частота симптомов тяжелой БА. За этот период значительно улучшилась диагностика заболевания врачами первичного звена. Для дальнейшего улучшения качества лечебно-профилактических мероприятий необходимо эпидемиологическое мониторинговое наблюдение БА, в том числе и факторов риска ее развития.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Asher M.I., Montefort S., Björkstern B., Strachan D.P. et al. ISAAC Phase Three Study Group. Worldwide time trends prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys // *Lancet*. 2006. 26; №. 368. P.733-743.
2. Ellwood P, Asher MI, Beasley R, Clayton TO, Stewart AW, and the ISAAC Steering Committee. The Inter-

- national Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): Phase Three rationale and methods. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(1): 10-6.
3. Pearce N., Douwes J. The global epidemiology of asthma in children. // *Int. J. Tuberc. Lung. Dis.* 2006, № 10(2). P. 125–132.
  4. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three : a global synthesis / J Mallol, J Crane, E von Mutius [et al.] and ISAAC Phase Three Study Group // *Allergol. Immunopathol. (Madr)*. 2013. Mar-Apr. Vol. 41 (2). P. 73–85.
  5. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) // *Eur. Respir. J.* – 1998. – V. 12, № 2. – P. 315–335.
  6. Батожаргалова Б.Ц, Мизерницкий Ю.Л., Подольная М.А. Метаанализ распространенности астмоподобных симптомов и бронхиальной астмы в России (по результатам программы ISAAC) // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* –2016. – № 4. – С. 59-69.
  7. Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н., Лиханов А.В. и др. Динамика распространенности бронхиальной астмы у детей в Новосибирске // *Пульмонология.* – 2003. – № 6. – С. 51-56.
  8. Лусс Л.В., Ильина Н.И., Лысикова И.В. Распространенность бронхиальной астмы среди детей, проживающих в Московской области // 2-й Национальный Конгресс РААКИ «Современные проблемы аллергологии, клинической иммунологии и иммунофармакологии»: Сб. резюме. – М., 1998. – С. 510.
  9. Романцова Е.Б. Распространенность бронхиальной астмы у детей и подростков города Благовещенска // *Бюллетень физиологии и патологии дыхания.* – 2004. – Вып. 17. – С. 12-15.
  10. Стандартизированные эпидемиологические исследования аллергических заболеваний у детей. Адаптация программы «Международное исследование астмы и аллергии у детей («ISAAC»)» в России: Пособие для врачей / Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. – М., 1998. – 30 с.
  11. Чучалин А.Г. и др. Распространенность и клинико-аллергологическая характеристика бронхиальной астмы в Восточной Сибири // *Пульмонология.* – 1999. – № 1. – С. 42–49.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Гарипова Р.В., Решетникова И.Д.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань, ул. Бутлерова, 49

<sup>2</sup> ФБУН «Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора Российской Федерации

<sup>3</sup> ФГАОУВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

E-mail: reshira@mail.ru

## OCCUPATIONAL ALLERGIC DISEASES AMONG HEALTHCARE WORKERS: DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS.

Garipova R.V.<sup>1</sup>, Reshetnikova I.D.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Kazan State Medical University

<sup>2</sup> Kazan Scientific-Research Institute of Epidemiology and Microbiology

<sup>3</sup> Kazan Federal University

В структуре профессиональной патологии в Российской Федерации профессиональные аллергические заболевания занимают 6 место, составив в 2012 г. – 2,31%, 2013 г. – 1,77%, 2014 г. – 1,51%, 2015 г. – 1,85%, 2016 г. – 1,54%, 2017 г. – 1,47% [1].

Отличительной особенностью профессиональных аллергических заболеваний у медицинского персонала

является то обстоятельство, что чаще всего они диагностируются при допустимых условиях труда, которые, согласно Руководства Р 2.2.2006-05 [2], условно относят к безопасным, характеризуюсь такими уровнями факторов среды и трудового процесса, которые не превышают установленных гигиенических нормативов для рабочих мест, а возможные изменения функционального состоя-