

Рис. 2. Динамика заболеваемости бронхиальной астмой, атопическим дерматитом и аллергическим ринитом у подростков 15—17 лет в 1992—2001 гг.

увеличилось в 2,5 раза, что отражает не только увеличение частоты заболевания, но и потребности этого контингента детей в специализированной помощи.

Изменение условий жизни совпало с увеличением заболеваемости бронхиальной астмой. Так, плохие жилищные условия, гиподинамия и повышенная масса тела, недостаточное пребывание на свежем воздухе, применение современных изделий для отделки жилых помещений ведут к увеличению времени воздействия бытовых и других аллергенов на организм ребенка.

Учитывая, что истоки бронхиальной астмы находятся в раннем детском возрасте, возникает необходимость разработки и внедрения профилактических и лечебных мероприятий, направленных особенно на первичную профилактику бронхиальной астмы. На текущий момент в нашей стране отсутствует общепринятая концепция первичной профилактики аллергии и бронхиальной астмы, а ведь именно эти мероприятия наиболее эффективны на пути сниже-

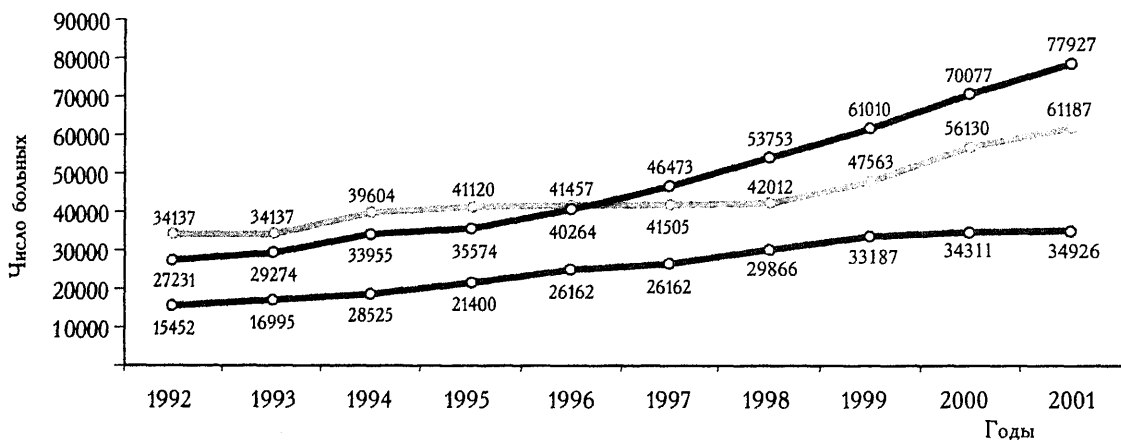


Рис. 3. Динамика числа детей от 0 до 14 лет с аллергическими заболеваниями в 1997—2001 гг.

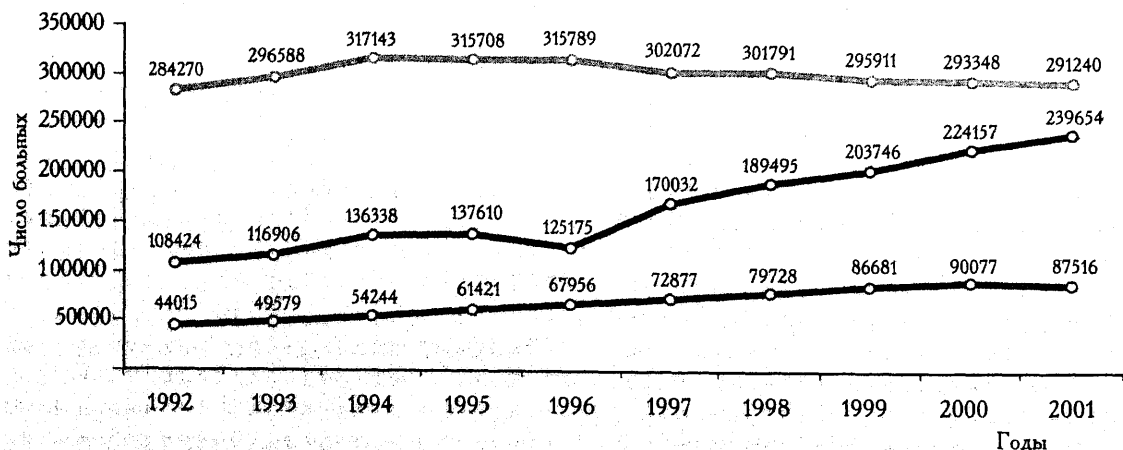


Рис. 4. Динамика числа подростков 15—17 лет с аллергическими заболеваниями в 1997—2001 гг.

ния заболеваемости и формирования инвалидизирующих форм заболевания.

По данным официальной статистики, отмечен рост заболеваемости сезонным аллергическим ринитом (поллиноз), вызываемым пылью растений. Так, число детей с аллергическим ринитом в возрасте от 0 до 14 лет за 10 лет увеличилось в 1,9 раза, а подростков — в 2,2 раза (рис. 1 и 2). Заболеваемость аллергическим ринитом у детей в возрасте от 0 до 14 лет на 100 000 детского населения составляла в 2001 г. 11422,1, в то время как в 1997 г. — 1003,4. Аналогичная картина отмечается у подростков в возрасте 15—17 лет (рис. 3 и 4).

Прогрессивно увеличивается и тяжесть заболевания. Если в 1992 г. преобладали легкие формы заболевания, то в 2001 г. число детей с тяжелым течением аллергического ринита увеличилось практически в 1,5 раза.

Большинство случаев поллиноза у детей связано как с генетической предрасположенностью, так и с чрезмерным употреблением экзотических овощей и фруктов, имеющих антигенное сродство с пыльцевыми аллергенами, а также невозможностью выезда ребенка в регионы, где отсутствуют этиологически значимые растения.

Своевременная диагностика аллергического ринита у детей предупреждает применение неадекватных, особенно оперативных, методов терапии, которые нередко приводят к развитию осложненных форм болезни и формированию хронического течения заболевания.

Результаты отечественных и зарубежных исследований свидетельствуют о том, что у 70—80% детей с круглогодичным аллергическим ринитом, не имеющих симптомов бронхиальной астмы, отмечается повышенная гиперреактивность бронхов. Этот факт позволяет рассматривать аллергический ринит как фактор высокого риска развития бронхиальной астмы. Связь аллергического ринита с бронхиальной астмой отражена в международных документах, разработанных под эгидой ВОЗ, что диктует необходимость динамического наблюдения за этими детьми и назначение профилактических и лечебных мероприятий, предупреждающих развитие у них бронхиальной астмы.

Данные Министерства здравоохранения РФ свидетельствуют о высоком абсолютном количестве детей и подростков, страдающих атопическим дерматитом (рис. 3 и 4). Удельный вес больных атопическим дерматитом в структуре общей детской заболеваемости составляет 12,8%. Существенное увеличение числа больных этим заболеванием отмечено у подростков после 1998 г. Это напрямую связано с теми экономическими потрясениями, которые наблюдались в нашей стране в эти годы. Стресс, изменение характера питания, психологическая и социальная незащищенность являются факторами, способствующими возникновению и развитию этого заболевания.

Следует отметить, что заболеваемость по обращаемости, имея тенденцию к повсеместному ежегодному росту, не отражает истинной картины распространенности аллергической патологии. Об этом свидетельствуют данные эпидемиологических исследований, проведенных за рубежом и в нашей стране. Так, эпидемиологические исследования, проведенные по единой Международной стандартизированной программе (ISAAC) в Сибири, Средней полосе России, Удмуртии, Башкирии показали гиподиагностику аллергических заболеваний в амбулаторных и лечебно-профилактических учреждениях. Распространенность бронхиальной астмы, аллергического ринита и атопического дерматита у детей, по результатам стандартизированных международных исследований, колеблется от 10% до 34,3% (табл. 1, 2, 3).

Одной из причин гиподиагностики аллергических заболеваний у детей является отсутствие единых унифицированных протоколов и стандартов диагностики, а также нормативных документов, регламентирующих работу детских аллергологов-иммунологов. Недостаточно разветвленная сеть специализированных аллергологических лечебно-профилактических учреждений, несвоевременное оказание специализированной медицинской помощи детям приводят к запоздалой диагностике аллергических заболеваний и формированию хронического течения болезни.

Существующая в Российской Федерации аллергологическая служба в настоящее время не соответствует реальной потребности детского и взрослого [2] населения. За последнее время эта потребность возросла в несколько раз. Высокая нагрузка на аллергологические кабинеты существенно уменьшила доступность специализированной аллергологической помощи детям.

Организация медицинской помощи детям, страдающим аллергическими заболеваниями

История вопроса. Медицинская помощь детям с аллергическими заболеваниями начала формироваться в России с середины 60-х годов XX века. Первый детский аллергологический стационар был организован в 1968 г. в НИИ педиатрии АМН СССР по инициативе академика Г. Н. Сперанского и дальнейшей поддержке академика РАМН М. Я. Студеникина. Отделение возглавила профессор Т. С. Соколова, блестящий организатор и ученый, которая вместе со своими сотрудниками и учениками — Н. В. Ванюковым, Т. А. Хомицкой, Н. И. Рошаль, В. П. Ветровым, А. А. Муравьевым, Е. В. Захидовым, Л. В. Лусс, А. С. Корольковой, Н. Н. Ковановой, И. И. Степановой, чл.-корр. РАМН И. И. Балаболкиным — внесли большой вклад в развитие детской аллергологии.

За относительно короткий период была создана сеть детских аллергологических кабинетов. В Москве на базе НИИ педиатрии АМН СССР аллергологический кабинет возглавила А. С. Королькова, на базе ДКБ № 1 — Л. П. Долгушина, в Нижнем Новгороде

Таблица 1

Распространенность бронхиальной астмы в России по протоколом ISAAC

Авторы	Город	Год	Возраст, годы	n	Частота выявления симптомов за 12 мес, %	Частота установления клинического диагноза, %
Дрожжев М. Е.	Москва	2002	7—8	2821	20,5	7,8
			13—14	3062	22,2	8,3
Гаймоленко И. Н.	Чита	2001	6—8 12—14	452 790	23,1	н/д
Кожевникова С. Л.	Чебоксары	2000	7—8	н/д	16,2	5,9
			13—14		17	8,6
Черняк Б. А.	Иркутск	1999	7—8	н/д	10,6	8,3
			13—14		12,6	7,0
Черняк Б. А.	Ангарск	1999	7—8	н/д	7,6	6,8
			13—14		12,0	9,5
Закревская Р. М.	Новосибирская обл.	2001	7—8	3269	8,9	н/д
			13—14	3104	9,9	
Кондюрина Е. Г.	Новосибирск	2002	7—8	3213	10,8	н/д
			13—14	3730	10,7	

Здесь и в табл. 2 и 3: н/д — нет данных.

Таблица 2

Распространенность аллергического ринита в России по протоколам ISAAC

Авторы	Город	Год	Возраст, годы	n	Частота выявления симптомов за 12 мес, %	Частота установления клинического диагноза, %
Черняк Б. А.	Иркутск	1997	7—10	1946	20,3	13,9
			14—17	2179	34,3	16,9
Черняк Б. А.	Ангарск	1997	7—10	1263	27,7	12,1
			14—17	1224	34,2	11,8
Буйнова С. Н.	Иркутск	2002	7—8	3067	22,8	13,9
			13—14	3061	31,7	16,4
Буйнова С. Н.	Ангарск	2002	7—8	628	27,7	16,7
			13—14	612	34,2	19,8
Ермакова М. К.	Ижевск	1998	7—8 13—14	556 522	в среднем 23	н/д
Пономарева О. В.	Киров	1998	7—8 13—14	1022 3022	в среднем 28	н/д
Медведева С. С.	Волгоград и обл.	1999	7—8	1276	н/д	5,5
			13—14	1696		9,8
Кожевникова С. Л.	Чебоксары	2000	7—8 13—14	н/д	17,5 30,5	н/д
Маланичев Т. Г.	Казань	2001	7—8 13—14	3000 3000	н/д	в среднем 9,7
Елкина Т. Н.	Новосибирск	2002	7—8	3213	21,3	н/д
			13—14	3730	32,0	
Закревская Р. М.	Новосибирская обл.	2001	7—8 13—14	3269 3104	в среднем 18,3	н/д

Таблица 3

Распространенность атопического дерматита у детей в России по протоколам ISAAC

Авторы	Город	Год	Возраст, годы	n	Частота выявления симптомов за 12 мес, %	Частота установления клинического диагноза, %
Лыскова И. И. Лусс Л. В.	Москва Зеленоград	1996	13—14	н/д	2,1	7,0
			16—17		4,5	1,9
Филатова Т. А.	Новосибирск	1999	7—8	3083	9,6	9,4
			13—14	3548	5,3	5,4
Деркач В. В.	Владивосток	1998—1999	7—8	3000	8,7	7,9
			13—14	3000	6,4	4,0
Пономарева О. В.	Киров	1998	7—8	1022	н/д	10,0
			13—14	3022		3,0
Кожевникова С. Н.	Чебоксары	1999—2000	7—8	3042	5,8	н/д
			13—14	3067	3,3	

— М. М. Абелевич, в Казани — А. М. Потемкина, в Нальчике — С. Х. Хутуева, в Челябинске — Я. И. Жаков, в Минске — Т. Н. Суковатых.

Деятельность аллергологической службы в СССР была узаконена приказом Министерства здравоохранения СССР № 530 от 15.07.1969 «О мерах по улучшению лечебно-профилактической помощи больным с аллергическими заболеваниями». Последний приказ МЗ СССР № 210 от 26.02.1981 «О дальнейшем улучшении лечебно-профилактической помощи больным с аллергическими заболеваниями» утвердил положение о враче-аллергологе как самостоятельном специалисте, имеющем соответствующую специальную подготовку. И если в первом приказе 1 ставка аллерголога вводится на 1 млн. населения, то во втором приказе одна ставка врача-аллерголога уже рассчитывается на 200 тыс. населения. Однако стремительный рост аллергических заболеваний диктует необходимость дальнейшей коррекции норм нагрузки на педиатров аллергологов-иммунологов.

В 1985 г. выходит приказ Минздрава СССР № 300 от 15.03.1985 «О введении медицинской документации для аллергологического кабинета». Следует отметить, что за все время деятельности аллергологической службы в СССР, а затем в России не было приказа, регламентирующего работу специализированного аллергологического отделения.

В 1999 г. приказом МЗ РФ № 337 от 27.08.1999 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения РФ» вводится субспециальность «аллергология-иммунология». В то же время в перечне медицинских специальностей отсутствует специальность «детский аллерголог-иммунолог», что создает определенные трудности в работе детских специалистов и даже приводит к сокращению ставок в детских лечебно-профилактических учреждениях.

На современном этапе совершенствования организации специализированной помощи детям с аллергическими заболеваниями необходимы дальнейшее расширение сети аллергологических кабинетов, аллергологических отделений, дневных аллергологических стационаров и подготовка педиатров аллергологов-иммунологов.

Аллергологическая помощь детям в современных условиях должна базироваться на контакте всех служб здравоохранения — от первичного звена — участкового педиатра — до клиники ведущих научно-исследовательских институтов.

Отсутствие современной нормативно-правовой базы приводит к большой загруженности приемов педиатров аллергологов-иммунологов. Невозможность своевременной консультации у специалиста создает предпосылки к запоздалой диагностике и несвоевременному оказанию специализированной помощи детям с аллергической патологией.

Высокая стоимость лекарственных препаратов приводит к неполноценному лечению или отказу от проведения базисной (противорецидивной) терапии, а это в свою очередь к частым обострениям болезни, возникновению urgentных ситуаций и увеличению числа госпитализаций. В связи с этим возникает необходимость развития профилактической аллергологии, базирующейся на принципах уменьшения факторов риска, применения стандартов ранней диагностики, своевременного назначения адекватной и рациональной терапии. Разработка новых методов специфической иммунотерапии, широкое внедрение санаторно-курортного и реабилитационного лечения детям с аллергической патологией являются важным этапом повышения эффективности терапии и могут способствовать снижению частоты тяжелых форм аллергических заболеваний.

На современном этапе развития детской аллергологии необходимо внедрение новых методов и форм организации службы.

Основные задачи по усовершенствованию педиатрической аллергологической службы:

1) разработка и внедрение нормативно-правовых документов, регламентирующих работу детской аллергологической службы;

2) дальнейшее расширение сети детских специализированных аллергологических лечебно-профилактических учреждений и системы подготовки педиатров-аллергологов-иммунологов;

3) создание информационно-аналитического центра для создания регистра аллергических заболеваний по Федеральным округам России;

4) создание сети специализированных аллергологических отделений для круглосуточного и дневного пребывания в составе детских лечебно-профилактических учреждений областного, краевого, республиканского значения;

5) создание территориальных аллергологических центров и повышение роли Федерального аллергологического центра, как координирующего звена;

6) создание центров восстановительного лечения в условиях детских стационаров, санаториев, лечебно-профилактических учреждений;

7) разработка и внедрение стандартов диагностики и терапии аллергических заболеваний у детей;

8) подготовка и внедрение Национальных клинических рекомендаций по наиболее актуальным вопросам детской аллергологии;

9) разработка и внедрение единых программ по льготному лекарственному обеспечению;

10) пересмотр критериев инвалидности детей, страдающих тяжелым течением бронхиальной астмы и атопическим дерматитом;

11) создание экспертной группы МЗ РФ по оценке и утверждению методических рекомендаций, инфор-

мационных писем и другой литературы по проблемам детской аллергологии;

12) широкое распространение образовательных технологий для родителей и пациентов;

13) организация и проведение обучающих мероприятий (семинаров, конференций, симпозиумов), направленных на повышение квалификации медицинских работников в области детской аллергологии.

Научными приоритетами детской аллергологии являются:

1) расширение эпидемиологических исследований в различных регионах Российской Федерации;

2) изучение факторов окружающей среды, влияющих на рост аллергической заболеваемости;

3) исследования по фармакоэкономике аллергических заболеваний у детей;

4) научное обоснование преимущественности поэтапного лечения детей с аллергическими заболеваниями;

5) разработка мероприятий по оздоровлению детей с аллергическими заболеваниями, подверженных высокой заболеваемости ОРЗ;

6) разработка и внедрение методов восстановительного лечения детей с аллергическими заболеваниями;

7) проведение многоцентровых исследований для оценки эффективности профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных технологий.

Решение указанных проблем будет способствовать снижению заболеваемости аллергическими болезнями и повышению эффективности лечения детей с аллергической патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильина Н. И., Хаитов Р. М. // Журнал Астма. — 2001. — Т. 2, № 1. — С. 35—41.

2. Федосеев Г. Б., Емельянов А. В., Иванова Н. И. и др. // Современные проблемы аллергологии, иммунологии и иммунофармакологии. — СПб., 2002. — Т. 1. — С. 315—327.