

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА



Закирова Умида Иркиновна, Содикова Нозима Боходировна
Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЭРТА ЁШ БОЛАЛАРДА БРОНХОПУЛЬМОНАР КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ АҲАМИЯТИ ВА ТАРҚАЛИШИ

Закирова Умида Иркиновна, Содикова Нозима Боходировна
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

MEDICAL AND SOCIAL SIGNIFICANCE AND PREVALENCE OF BRONCHOPULMONARY DISEASES IN YOUNG CHILDREN

Zakirova Umida Irkinovna, Sodikova Nozima Bohodirovna
Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@tta.uz

Резюме. Сўнги йилларда болаларда нафас олиш касалликлари билан касалланишнинг патогенетик механизми ва башоратчиларини ўрганиш долзарб бўлиб туюлади. Болалардаги бронхопулмонер касалликлар тиббий ва ижтимоий муаммо бўлиб, бу ерта таъхис қўйиши, касалликнинг қайталаниши билан ўз вақтида даволанмаслик, сурункали патология ва беморларнинг умр кўриши давомийлигининг пастлиги билан боғлиқ. Касалликнинг сезиларли даражада охиши бронхиал астманинг кеч таъхиси ва такрорий бронхиал обструкцияси бўлган болаларда касалликнинг прогнози билан боғлиқ. Ўтқир обструктив бронхитнинг такрорий ва кейинчалик бронхиал астмага ўтишига йўл қўймаслик учун релапсга қарши ўз вақтида, тўлиқ ва тўғри даволаш керак.

Калит сўзлар: болалар, бронхит, реабилитация, нафас олиш органлари.

Abstract. In recent years, the study of pathogenetic mechanisms and predictors of the incidence of respiratory diseases in children seems relevant. Bronchopulmonary diseases in children are a medical and social problem, which is caused by the difficulties of early diagnosis, untimely treatment with relapses of the disease, chronic pathology and low life expectancy of patients. A significant increase in morbidity is associated with late diagnosis of bronchial asthma and prognosis of the disease in children with recurrent bronchial obstruction. To prevent the transformation of acute obstructive bronchitis into recurrent and subsequent transition to bronchial asthma, timely, complete and correct anti-relapse treatment is necessary.

Keywords: children, bronchitis, rehabilitation, respiratory organs.

В структуре общей заболеваемости детского населения Средней Азии лидирующее место занимают болезни органов дыхания. В связи с этим в последние годы актуальным представляется изучение патогенетических механизмов и предикторов заболеваемости детей болезнями органов дыхания. Бронхолегочные заболевания (БЛЗ) - один из предметов научных изысканий и практических интересов многих педиатрических и лечебно-профилактических учреждений как в Среднеазиатском регионе, так и за рубежом. Показатели заболеваемости детского населения Средней Азии за период с 2011 по 2020 годы определил лидирующее место по

обращаемости в городские семейные поликлиники (СП) принадлежит болезням органов дыхания. В Республике Узбекистан первое место среди причин младенческой смерти занимают болезни органов дыхания, которые имеют тенденцию к увеличению: по итогам 2019 года в стране родилось 815,9 тыс. детей, из них зарегистрировано 155 тысяч смертей, куда вошли 18,7% смертей от болезней органов дыхания. По данным доклада Минздрава РУз, опубликованном в 2019 году общая распространенность БЛЗ у детей и подростков составляет 125 546,9 на 100 000 жителей Узбекистана, что в 6,3 раза выше, чем у взрослых [2,4].

Бронхолегочные заболевания у детей представляют собой медико-социальную проблему, которая обусловлена трудностями ранней диагностики, несвоевременной обращаемостью при рецидивах заболевания, хронизацией патологии и низкой продолжительностью жизни больных. Среди всех хронических заболеваний у детей на первом месте стоят болезни дыхательной системы. Так, только БА в мире страдают более 300 млн человек, при этом среди детей по разным регионам России составляет 33-75%, в Германии - до 150%, возможность наследования БА достигает 35-79% [1, 8]. В последние годы у детей различного возраста отмечается рост заболеваний бронхитами, сопровождающихся синдромом бронхиальной обструкции (СБО). Являясь достаточно распространенным патологическим состоянием во всех возрастных группах, СБО в раннем возрасте регистрируется у 10-30 % детей, то есть до 3 лет у каждого четвертого ребенка хотя бы один раз в жизни возникает бронхоспазм. В структуре рецидивирующих и хронических болезней бронхов детского возраста, число детей с БА составляет преобладающее большинство, причем с возрастом их количество увеличивается.

Распространенность РБО среди детского населения является современной проблемой социального и экономического характера, и относится к одним из самых частых, особенно у детей, патологий и составляют от 50 до 70% всех воспалительных заболеваний бронхов. По мнению многих авторов, высокая частота РБ и неэффективность проводимого лечения связана с распространенностью и изменениями эволюции бактериальных и вирусных инфекций, увеличением иммунодефицита у детей, неблагоприятие экологии [5,6].

В течение последних десятилетий показатели заболеваемости бронхитами в регионах Средней Азии достаточно устойчивы и имеют тенденцию к нарастанию согласно медицинской статистики по Республике Узбекистан. Повышенный интерес многих авторов к изучению обструктивных форм бронхитов связан с тем, что данная патология у 30-50 % больных имеет склонность к повторным эпизодам обструкции [2,4,9]. Болезни органов дыхания в значительной степени определяют уровень детской заболеваемости, формируют хронические бронхолегочные заболевания (БЛЗ) в зрелом возрасте. В связи с этим важность проблем бронхолегочной патологии детского возраста значима не только для педиатрии, но и для клинической медицины в целом.

Одной из главных причин РБО является наличие повышения реактивности бронха, последствием которого происходит воспаление

дыхательных путей. Такого же мнения придерживаются многие ученые и практические врачи, которые утверждают, что по своей патогенетической и клинической сущности обструктивный синдром стоит рядом с астматическим бронхитом и БА. Следовательно, детей склонных к проявлению СБО, следует рассматривать как угрожаемых по развитию БА [3,6,7]. Своевременное выявление и ранняя диагностика РБО необходима для прогнозирования клинического течения заболевания и проведения необходимого противорецидивного лечения и профилактики болезни.

Доказательство существования рецидивирующего бронхита, протекающий с СБО, у детей как самостоятельной нозологической формы бронхитов позволяет избежать гипердиагностики БА и обеспечить иной, по сравнению с хроническим заболеванием, подход к лечению заболевания и профилактике его рецидивов. Создаются большие сложности в диагностике за счет общности клинических проявлений и гиперпродукции IgE при рецидивирующей бронхиальной обструкции и обострении БА. Особенно важным при РБ является высокий риск развития хронического бронхита (ХБ) и БА, а в подростковом и зрелом возрасте – хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) [5,7]. Проблема РБ связана с большими медико-экономическими затратами на лечение и реабилитацию как для семьи больного, так и для государства в целом. В связи с этим поиски дифференциально-диагностических критериев заболевания у детей относится к числу актуальных задач.

Таким образом, актуальность проблемы рецидивирующих бронхитов, протекающих с СБО, в детском возрасте обусловлена высокой распространенностью, сложностью дифференциальной диагностики, высокой частотой персистирующего течения, исходом заболевания и медико-экономическими затратами. Полученные данные требуют правильной ранней диагностики и прогнозирования дальнейшего течения РБ задолго до манифестации хронического заболевания.

Изучение причин развития рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей затрудняет широкий спектр этиопатогенетических механизмов. Известно, что первостепенная роль принадлежит вирусам и бактериям с нередкой причиной заражения атипичными инфекциями. На сегодняшний день обнаружено, что в 30-50% случаев эпизоды БО рецидивируют при повторных ОРВИ, в 15-30% случаев происходит трансформация в

бронхиальную астму [6,7]. В появлении рецидивов БО отмечена также этиологическая роль респираторно-синцитиальной и хламидийной инфекции. В связи с распространенностью иммунодефицитов различного генеза большое значение в развитии рецидивирующих заболеваний дыхательных путей приобретают внутриклеточные патогены и, в частности, хламидии и микоплазмы. Многими авторами отмечено, что при вирусно-хламидийных и вирусно-микоплазменных инфекциях происходит более выраженные нарушения иммунологической реактивности у детей с РБО. Так, Германова О.Н., Голубева М.В. (2010) отметили, что при микоплазменной инфекции РБО диагностировалась у большинства детей, при этом у 40% детей в исходе формируется БА. Исследования ученых показали, что при вирусно-микоплазменной инфекции наблюдается развитие острого обструктивного бронхита (ООБ) непрерывно-рецидивирующего течения и перехода в БА.

Как известно, ведущую патогенетическую роль в механизме развития синдрома бронхиальной обструкции (СБО) играют воспалительный процесс, гиперреактивность бронхов и бронхоспазм. Результаты многих исследований показали, что от момента начала ОРВИ гиперреактивность бронхов сохраняется в течение нескольких недель. Поэтому у детей после респираторной инфекции длительное время сохраняется гиперчувствительность бронхов, что является риском развития рецидивов СБО. Исследования многих ученых показали, что при вирусно-бактериальных инфекциях развитие СБО происходит за счет изменения баланса противовоспалительных и противовоспалительных цитокинов, которое обуславливает гиперреактивность бронхов. Согласно исследованиям ученых, у значительной части больных первичным РБ в момент обострения выявлены различные варианты возрастных дисиммуноглобулинемий, к тем возбудителям, которые вызвали обострение, обнаружено низкий уровень иммуноглобулинов класса G и низкие титры антител. В иммунологическом статусе детей с РБО происходит нарушения клеточного звена и системы интерферона.

Согласно обзору литературы, многие ученые и практические врачи в качестве предикторов персистирующей бронхиальной обструкции связывают с отягощенностью антенатальных и пренатальных факторов.

Согласно исследованиям различных авторов, у детей с РБ, протекающим с СБО, был отягощен аллергологический анамнез. При этом следует отметить, что ведущей в структуре явилась пищевая аллергия с сенсибилизацией к

коровьему молоку, куриному мясу, яйцам. У некоторых детей встречался атопический дерматит, реже медикаментозная аллергия, аллергический конъюнктивит, крапивница и др., а также их сочетание. Некоторые авторы в НИР показали, что фактором риска частой бронхиальной обструкции является гипоксически-ишемические нарушения ЦНС (Давиденко Е.В., 2014).

Удельная частота БА у детей, проживающих в г. Ташкенте, составляет 4,1%, а на 1000 детского населения – 1,7%. Например, уровень заболеваемости БА в динамике (2004-2014г.) в регионах Бухарской области возросла в 24,4% раза, в Ташкентской области-на 37,1 %. При этом детская инвалидность в Бухаре в 19,5 раза больше, чем в Ташкентской области. В Чирчике распространенность БА составляет 37,1 %, при этом наибольшее количество отмечается в Ангрене 58,2%(2020г.). Авторы связывают такую распространенность БА с проживанием детей в экологически неблагоприятных зонах гор Бухары и территории города Чирчика [4,9].

Существенный рост заболеваемости связан с поздней диагностикой БА и прогнозированием заболевания у детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией (РБО). Особенно актуальной в данном аспекте является проблема своевременной диагностики РБ, протекающий с синдромом бронхиальной обструкции (СБО) на этапе поликлинической педиатрической службы. Поэтому именно в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) заложен основной резерв для решения проблемы своевременной диагностики и реабилитации РБ у детей. Загрязнение атмосферы (свинцом, парами бензина и др.), климатические особенности, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия и посещение детских дошкольных учреждений также являются провоцирующими факторами предрасположенности к БО у детей.

В настоящее время хронические обструктивные болезни легких составляют крупную медико-социальную проблему, в первую очередь, из-за своей высокой распространенности. Некоторые клинические формы бронхолегочной патологии в значительной степени влияют на уровень младенческой смертности, другие приводят к ранней инвалидизации больных. В последние годы, по данным официальной статистики, отмечается уменьшение числа детей с хронической и рецидивирующей патологией легких неаллергического генеза. При этом число больных бронхиальной астмой постоянно увеличивается.

Опираясь на литературные данные, можно сказать, что в изучении этиологии, патогенеза,

клиники, диагностики и лечения обструктивного бронхита достигнуты определенные успехи. Дальнейшие исследования в этом направлении позволяют оптимизировать критерии прогнозирования риска возникновения БА у детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией.

На сегодняшний день рецидивирующий бронхит, протекающий с СБО, и бронхиальная астма у детей имеют схожие клинико-функциональные проявления. В педиатрической практике одной из важных проблем является ранняя диагностика БА по первым рецидивам СБО. Результаты исследования многих авторов показали, что частота повторных эпизодов повышается с возрастом больного, при этом несколько снижается частота выявляемости сопутствующей аллергопатологии, но отягощен аллергоанамнез у 70 % детей с повторяющимися эпизодами БОС [7,11].

Клиническими критериями РБ, протекающего с СБО, являются: рецидивы БО - 3 и более раз в течение года; длительность обострения - 2 недели и более; признаки дыхательной недостаточности; легочной звук с коробочным оттенком при перкуссии, на фоне жесткого дыхания выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные и сухие свистящие хрипы. Между периодами обострения нередко сохраняется кашель, что объясняется гиперреактивностью бронхиального дерева. В случае РБ у детей с атопическим фенотипом возможно персистирующее течение СБО. Согласно обзору литературы, около 60% детей с РБО, которые не имеют склонности к аллергии, случаи СБО купируются к 6-7 годам. При этом у детей с наличием аллергического фона обнаружен высокий риск перехода РБ в БА [5,7].

В связи с этим для диагностики степени тяжести РБО большое внимание в клинической практике уделяют оценке функционального состояния органов дыхания. Нарушения функции внешнего дыхания (ФВД), выявленные при спирографии и пикфлоуметрии, является достоверным методом диагностики СБО, хронических обструктивных заболеваний легких. Определение функции внешнего дыхания (ФВД) хорошо стандартизированы, высоковоспроизводимы, но требуют хорошей технической подготовки и правильным выполнением дыхательных маневров, что ограничивается возрастом обследуемых детей.

Исследования показателей спирометрии необходимы для определения нарушений вентиляционной способности легких. Показатели объема форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1) и индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ) являются основными показателями нарушения проходимости бронхов. Понижение данных показателей указывает на выраженность

обструкции, при этом ЖЕЛ не изменяется или снижается.

Автором Павленко В.А. (2015г.) проводил бронхофонографическое исследование у детей, которые перенесли ООБ в раннем возрасте на фоне гипоксически-ишемического поражения ЦНС. Исследования показали, что в развитии БО способствуют не только нарушения ФВД, но и гипоксическое поражение ЦНС, нарушения ВНС, отвечающие за функциональную способность органов дыхания [10]. Предложенные автором дополнительные клинико-функциональные критерии, характеризующие нарушение ФВД и изменение вегетативного гомеостаза способствовали ранней диагностике БА.

Автор Нестеренко З.В. (2017г.) изучил особенности функционального течения РБ у детей с признаками дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Результаты показали, что ДСТ вызывает изменение течения клинических симптомов РБ. При этом у 2/3 наблюдаемых детей к 7 годам проявления обострений РБ исчезали, чем автор объяснил прекращением дифференцировки соединительной тканью. Мельникова И.М. (2015г.) у детей с БА, перенесших в раннем возрасте острый обструктивный бронхит (ООБ), определила клинико-функциональные аспекты. Таким образом, функциональное исследование при рецидивирующем бронхите, протекающем с СБО, является важным и необходимым методом в ранней диагностике БА, прогнозировании исхода заболевания и проведения своевременных профилактических мероприятий. Предложенные автором дополнительные клинико-функциональные критерии, характеризующие нарушение ФВД, способствовали ранней диагностике БА у детей.

Распространенность заболеваний органов дыхания остается одной из актуальных проблем современной педиатрии, определяя высокий уровень детской заболеваемости, младенческой смертности, а также инвалидизации в подростковом возрасте. Важность роли факторов риска у детей очевидна, учитывая, что период раннего детства является одним из основных в формировании бронхолегочной патологии. Существуют сведения о росте затяжных пневмоний у сельского населения, подверженного экологическому влиянию.

Отсутствие единого подхода к формулировке диагноза и учету рецидивирующей и хронической бронхолегочной патологии в регионах Средней Азии, неудовлетворительное состояние диспансеризации детского населения, низкая обращаемость родителей за медицинской помощью при легких формах заболевания, приводят к хронизации заболеваний и инвалидизации детского населения. Это приводит

к затруднению в пульмонологической помощи и разработке профилактических медико-социальных программ для детей.

В связи с высокой распространенностью БЛЗ среди детского населения, проблема оптимизации реабилитационных мероприятий детей с заболеваниями органов дыхания весьма актуальна. Медицинская и физическая реабилитация в педиатрии является одним из важных этапов в стройной системе детского здравоохранения. Одной из причин трансформации ООБ в рецидивирующее и в последующем переход в БА является не только незавершенность лечения, но и отсутствие полноценного восстановительного этапа. Тем не менее, стабильно наблюдается процесс сокращения возможностей и объемов восстановительного лечения как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных условиях. Одной из причин создавшегося положения является факт преимущественного применения медикаментозной терапии, мало внимания уделяется развитию и внедрению медицинской реабилитации с использованием немедикаментозных методов, эффективность и безопасность которых очевидна [5,6]. Основой эффективности медицинской реабилитации является выполнение основных принципов реабилитации и преемственности на всех уровнях оказания медицинской помощи – от стационара до специализированного реабилитационного центра, отделения или кабинета семейных городских поликлиник для проведения ранней медицинской реабилитации. Для предотвращения трансформации острого обструктивного бронхита в рецидивирующее и в последующем переход в бронхиальную астму необходимо своевременное полноценное и правильное противоречивое лечение.

Литература:

1. Аношкина Е.В., Гаммель И.В., Кононова С.В. Динамика заболеваемости болезнями органов дыхания детского населения страны. // Медицинский альманах. -2018. -№3. -С.120-123.
2. Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике. Демографическая ситуация. Управление статистики демографии. – Т. 2018
3. Дмитриевна С.Н., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А. Рецидивирующий бронхит у детей: состояние проблемы. // Астраханский медицинский журнал. 2014. - С.29-37.
4. Здоровье населения и здравоохранение в Республике Узбекистан// Статистические сборники. Ташкент. 2015–2019 гг
5. Закирова У.И. Прогнозирование риска развития бронхиальной астмы у детей узбекской популя-

ции. // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд -2021. -№1. -С.104-107 (14.00.00; №19).

6. Закирова У.И., Шамсиев Ф.М. Эффективность реабилитации детей с рецидивирующим течением обструктивного бронхита методом кинезиогидротерапии. // Педиатрия. -Ташкент. -2021. -№1.- С.55-59 (14.00.00; №16)
7. Иванова Н.А. Рецидивирующая обструкция бронхов и бронхиальная астма у детей первых пяти лет жизни. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2016. – №61(5). – С.64-69.
8. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – 4-е изд. М. -2012. –С. 184
9. Павлоская Л.В., Бораева Т.Т. Рецидивирующий обструктивный бронхит как фактор риска развития бронхиальной астмы. // Владикавказский медико-биологический вестник. - 2014; -№20 (30) - С.78–82
10. Обзор здоровья населения и здравоохранения в Узбекистане. // Медико-статистический сборник. Ташкент. -2015-2019гг.- С. 36.
11. Павленко В.А., Мельникова И.М. Прогностическое значение функциональных показателей дыхательной и вегетативной нервной системы у детей раннего возраста, перенесших острый обструктивный бронхит на фоне перинатального поражения центральной нервной системы // Вопросы практической педиатрии. - 2015. - Т. 10. - № 1. - С.7-13

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Закирова У.И., Содикова Н.Б.

Резюме. В последние годы актуальным представляется изучение патогенетических механизмов и предикторов заболеваемости детей болезнями органов дыхания. Бронхолегочные заболевания у детей представляют собой медико-социальную проблему, которая обусловлена трудностями ранней диагностики, несвоевременной обращаемостью при рецидивах заболевания, хронизацией патологии и низкой продолжительностью жизни больных. Существенный рост заболеваемости связан с поздней диагностикой бронхиальной астмы и прогнозированием заболевания у детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией. Для предотвращения трансформации острого обструктивного бронхита в рецидивирующее и в последующем переход в бронхиальную астму необходимо своевременное полноценное и правильное противоречивое лечение.

Ключевые слова: дети, бронхит, реабилитация, органы дыхания.