



СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ (обзорная статья)

Сайфиддинова М.С., Кенжаева Д.Т., Халиярова И.К., Мирзакулов Ч.Т., Мирзакулов С.М.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,
г.Термез, Узбекистан

✓ Резюме

В данной статье представлены современные подходы профилактики бронхиальной астмы у детей с учетом региональной особенности. А также, предусмотрены современная диагностика, лечения бронхиальной астмы у детей. Бронхиальная астма является одним из самых распространенных хронических заболеваний. Многие родители детей негативно относятся к установлению диагноза бронхиальной астмы, а врачи общей практики нередко не диагностируют бронхиальную астму, особенно на ранних стадиях развития и в случаях легкого течения заболевания.

Ключевые слова: бронхиальная астма, GINA, факторы риска, предикторы, профилактика.

MODERN ASPECTS OF PREVENTION OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Sayfiddinova M.S., Kenjaeyeva D.T., Xaliyarova I.K., Mirzakulov S.M., Mirzakulov Ch.T.

Termez branch of the Tashkent Medical Academy

✓ Resume

The article presents modern approaches to the prevention of bronchial asthma in children, taking into account regional characteristics. And also, modern diagnostics and treatment of bronchial asthma in children are provided. Bronchial asthma is one of the most common chronic diseases. The parents of the child have a negative attitude towards diagnosing a chronic disease, and doctors often do not diagnose bronchial asthma, especially in the early stages of development and in cases of mild diseases

Keywords: bronchial asthma, GINA, risk factors, predictors, prevention.

BOLALARDA BRONXIAL ASTMA OLININI OLISHNING ZAMONAVIY ZAMONAVIY YONDASHUVLARI

Sayfiddinova M.S., Kenjaeva D.T., Xaliyarova I.K., Mirzaqulov Ch.T., Mirzaqulov S.M.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Termiz filiali
Termiz, O'zbekiston

✓ Rezyume

Ushbu maqolada mintaqaviy xususiyatlarni hisobga olgan holda bolalarda bronxial astmaning oldini olishning zamonaviy yondashuvlari keltirilgan. Shuningdek, bolalarda bronxial astmaning zamonaviy diagnostikasi va davolash yo'lga qo'yilgan. Bronxial astma eng keng tarqalgan surunkali kasalliklardan biridir. Ko'pgina bolalarning ota-onalari bronxial astma tashxisini qo'yishga salbiy munosabatda bo'lishadi va umumiy amaliyot shifokorlari ko'pincha bronxial astma tashxisini qo'ymaydi, ayniqsa rivojlanishning dastlabki bosqichlarida va kasallikning engil kechishi holatlarida.

Kalit so'zlar: bronxial astma, GINA, xavf omillari, bashorat qiluvchilar, oldini olish.

Актуальность

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее часто встречающихся хронических заболеваний, распространенность которого среди детского населения растет в разных регионах мира, что является серьезной проблемой для системы здравоохранения и экономики любой страны [1,2,3]. Данные о распространенности БА среди детей базируются на результатах международного эпидемиологического исследования International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), проведенного среди школьников 6–7 и 13–14 лет. Однако > 50 % всех случаев БА начинаются в дошкольном возрасте [4,5].

Бронхиальная астма – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление приводит к гиперреактивности дыхательных путей, что, в свою очередь, вызывает повторные эпизоды свистящих хрипов, одышки, чувства стеснения в груди и кашля, особенно ночью и/или ранним утром.

На основании многолетних наблюдений выделены дети с преходящим обструктивным синдромом, у которых не отмечалось рецидивов после 6 лет, и пациенты с персистирующими симптомами БА. Раннее начало нередко сопровождается более значимыми нарушениями легочной функции и персистенцией симптомов у взрослых. При проведении длительных исследований было установлено, что у 30-50% детей (особенно мужского пола) симптомы БА исчезают в пубертатном периоде, но часто вновь возникают во взрослой жизни. При углубленных исследованиях (метахолиновый и другие бронхопровокационные тесты, определение оксида азота или эозинофилии, индуцированной мокроты) у большинства таких «выздоровевших» пациентов обнаруживаются признаки сохраняющегося воспаления. Показано, что БА, начавшаяся в детстве, в 60-80% случаев продолжается у больных, достигших зрелого возраста. Авторы некоторых эпидемиологических исследований доказывают, что на частоту возникновения БА у детей определенное влияние оказывают возраст, профессия и социальное положение родителей к моменту рождения ребёнка, посещаемость детских дошкольных учреждений, материально-бытовые условия жизни семьи [1,2].

1. Следует обратить внимание на следующие ключевые положения: Бронхиальная астма – хроническое персистирующее воспалительное заболевание дыхательных путей. Это определение верно для любой степени тяжести болезни: признаки аллергического воспаления обнаруживаются в дыхательных путях и при легком течении заболевания, и даже в период ремиссии.
2. Воспалительный процесс приводит к гиперреактивности бронхов, обструкции и появлению респираторных симптомов. Данное положение является принципиально важным в современной концепции болезни, обосновывая необходимость длительной, а иногда и постоянной базисной терапии бронхиальной астмы независимо от того, наблюдается ли в данный момент обострение болезни или нет.
3. Обструкция дыхательных путей обратима, по крайней мере частично.
4. Атопия – генетическая предрасположенность к продукции иммуноглобулинов класса Е (может присутствовать не всегда).

К потенциально модифицируемым факторам риска развития обострений БА у детей относят следующие риски [6,7,8]:

- выявление у больного клинических симптомов неконтролируемой БА;
- неназначение ингаляционных глюкокортикостероидов (ГКС) при наличии показаний к их применению и недостаточная приверженность больных к терапии ингаляционными ГКС;
- обнаружение низких уровней объема форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1) и особенно у пациентов с уровнем его меньше 60% от должного;
- избыточное использование ингаляционных β_2 -агонистов короткого действия (более одного 200-дозного баллончика в месяц);
- наличие значительных психологических проблем у пациента и социально-экономических проблем в семье;
- курение пациента и наличие курящих взрослых членов семьи; • постоянное воздействие причинно-значимых аллергенов;
- коморбидные заболевания: риносинусит, пищевая аллергия, ожирение, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;
- эозинофилия мокроты, крови;

- наличие в анамнезе эпизодов проведения искусственной вентиляции легких или интенсивной терапии;
- возникновение $\geq$ одного тяжелого обострения БА за последние 12 месяцев;
- развитие побочных явлений на лекарственные препараты вследствие длительного применения пероральных ГКС, длительного назначения ингаляционных ГКС и назначения высоких доз и/или сильнодействующих ингаляционных ГКС;
- загрязнение окружающей среды и прежде всего воздушной среды химическими соединениями;
- неправильное пользование ингаляционной техникой для доставки противоастматических препаратов. На сегодняшний день «золотым стандартом» в диагностике и мониторинге бронхиальной астмы являются спирометрические исследования (спирография, пикфлоуметрия, бодиплетизмография с применением различных провокационных проб), однако они полностью не отражают разностороннюю картину заболевания. Для подтверждения диагноза необходима оценка аллергологического статуса, определение биологических маркеров заболевания. Используется ряд методик для изучения нарушения регионарной вентиляции: радиосцинтиграфия, лучевые методы (в первую очередь мультиспиральная компьютерная томография высокого разрешения с трехмерной визуализацией). Одним из перспективных направлений в диагностике являются генетические методы. Следует учитывать вариабельность бронхиальной астмы и применять в диагностике комплексный подход [9,10,16]. Статистические показатели распространенности бронхиальной астмы базируются в основном на данных, полученных по обращаемости пациентов в лечебные учреждения. Поэтому информация о распространенности бронхиальной астмы не соответствует действительности, так многие больные по разным причинам не обращаются в медицинские учреждения,

Таким образом, изучение данных литературы, опубликованной в последние годы, еще раз указывает на актуальность проблемы бронхиальной астмы среди как взрослого, так и детского населения.

Первичная профилактика болезни

Важность профилактики бронхиальной астмы, как и любого другого заболевания, переоценить трудно. Казалось бы, уже давно все знают, как предупредить эту болезнь, и очень многие, так или иначе, стараются не допустить её к себе. Но, как показывает врачебная практика, поток больных с признаками бронхиальной астмы продолжает безжалостно расти.

О том же говорят и цифры: заболеваемость астмой уверенно приближается к 10%. Один из десяти человек в той или иной степени страдает от нехватки воздуха, от удушья! И все это несмотря на ежегодное проведение Дня борьбы с бронхиальной астмой, на огромные средства, затраченные на лечение болезни, ее диагностику и реабилитацию больных. Первичная профилактика бронхиальной астмы предполагает реализацию комплекса мер, направленных на предупреждение болезни. С принципами профилактики должен быть ознакомлен каждый, вне зависимости от возраста, пола и социального статуса. Кроме того, важно не просто знать, но и соблюдать меры предупреждения заболевания. Принципы первичной профилактики немного отличаются у взрослых и детей. Так, юные пациенты чаще болеют atopической бронхиальной астмой, основной причиной которой является неблагоприятная наследственность. Основным провоцирующим фактором в таком случае становятся аллергены, попадающие в организм с питанием. Профилактика бронхиальной астмы у детей с генетической предрасположенностью к заболеванию предполагает предупреждение возникновения аллергических реакций. Профилактика является наиболее важной частью в лечении астмы. Иногда только с помощью профилактики (например, отказом от табакокурения) можно добиться длительной стойкой ремиссии, свести к минимуму риск прогрессирования заболевания и развития осложнений.

Первичная профилактика проводится людям из группы риска (обычно детям), у которых в прошлом отмечались аллергические реакции, эпизоды крупа или обструктивных бронхитов, имеются хронические заболевания дыхательных путей, atopический дерматит, поллиноз, аллергический ринит, наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям.

Вторичная профилактика направлена на уменьшение проявлений заболевания у лиц, уже имеющих бронхиальную астму (сокращение количества приступов и их тяжесть).

Рекомендуется как можно дольше продолжать грудное вскармливание таких детей, что позволит укрепить иммунную систему малыша и поддерживать нормальную микрофлору кишечника. Профилактика бронхиальной астмы у взрослых пациентов направлена на предупреждение негативного влияния провоцирующих факторов заболевания: табачного дыма,

цветочной пыльцы, домашней пыли, химических веществ [11,12,13]. Так, во-первых, необходимо устранить возможные причины заболевания из числа источников заражения, и только потом приступать к терапии имеющихся патологий дыхательной системы. Бронхиальная астма, профилактика которой должна быть комплексной, чаще поражает следующие группы пациентов:

1. людей с наследственной предрасположенностью (тех, близкие родственники которых страдали непосредственно астмой, хроническими заболеваниями дыхательной системы, аллергическими реакциями);
2. заядлых курильщиков;
3. лиц, страдающих атопическим дерматитом (воспалительное поражение кожи, имеющее аллергическую природу и передающееся генетически);
4. лиц с бронхообструктивным синдромом при острых респираторно-вирусных инфекциях;
5. людей, которые работают в особых условиях (душных и пыльных помещениях) или с парфюмерией, химическими реактивами. Именно этим группам лиц особенно важно побережся.

Профилактика бронхиальной астмы предполагает следующие основные мероприятия:

- пользование гипоаллергенной косметикой;
- отказ от табакокурения (в том числе пассивного);
- создание вокруг себя благоприятной экологической обстановки (по возможности);
- содержание дома в чистоте;
- устранение контактов с возможными аллергенами;
- своевременное лечение респираторных заболеваний, в период эпидемий соблюдение мер профилактики, вакцинация.

Вторичная профилактика астмы

Особые правила профилактики касаются и тех пациентов, которые уже болеют астмой. Вторичная профилактика бронхиальной астмы направлена на предупреждение развития осложнений и острых приступов болезни. Правила вторичной профилактики рекомендуется соблюдать и тем, чьи родственники болеют или болели бронхиальной астмой, атопическим дерматитом, аллергией, экземой.

Следующие меры предполагает вторичная профилактика бронхиальной астмы:

- препараты (противоаллергические), особенно назначенные врачом, должны приниматься в обязательном порядке с целью уменьшения или полного исчезновения повышенной чувствительности организма;
- исключение высокоаллергенных продуктов питания из повседневного рациона;
- полный отказ то табакокурения и употребления алкогольных напитков;
- использование синтетических (антиаллергенных) подушек и одеял;
- ограничение общения с домашними животными, лучше отказаться даже от содержания рыб, потому что сухой корм часто становится причиной аллергии;
- регулярная уборка жилого помещения, проветривание;
- своевременное лечение острых респираторно-вирусных инфекций в холодное время года;
- выполнение дыхательной гимнастики и других методов терапии (иглоукалывание, фитотерапия);
- прием витаминных комплексов, назначенных лечащим врачом.

Пациентам с бронхиальной астмой необходимо проявлять особую осторожность в теплое время года, когда сложнее избежать контакта с возможными аллергенами. Профилактика бронхиальной астмы у детей предполагает те же мероприятия.

Третичная профилактика астмы

Имеет целью общее облегчение течения заболевания и предупреждение летального исхода в период обострения болезни. Профилактика приступов бронхиальной астмы на этом этапе предполагает соблюдение элиминационного режима – это полное исключение возможности контакта пациента с раздражающим фактором, вызывающим удушье. К счастью, смертельный исход при данном заболевании скорее является редкостью, так что знания о методах третичной профилактики необходимы в первую очередь врачам-реаниматологам. Бронхиальная астма, профилактика и лечение которой требуют серьезного отношения, характеризуется положительным прогнозом, однако многое зависит от того, на какой стадии заболевания больной обратился за квалифицированной медицинской помощью.

Для профилактики бронхиальной астмы необходимо соблюдение следующих рекомендаций:

- прогулки на свежем воздухе не менее 2 часов в день;
- исключение контактов с аллергеном (например, домашними животными, табачным дымом, резкими запахами);
- профилактика хронических инфекций верхних дыхательных путей (закаливание, курсы иммуномодулирующих препаратов, в случае отсутствия аллергии к ним, и другие методы);
- употребление гипоаллергенных продуктов;
- при невозможности исключения контакта с аллергеном (например, аллергия на пыльцу, пух тополя) показаны сезонные курсы противоаллергических препаратов (препарат, дозировка и длительность курса определяется индивидуально лечащим врачом);
- обязательный отказ от курения (в том числе и от пассивного);
- курсы лечебной физкультуры, возможно
- занятия спортом (если физическая нагрузка не провоцирует приступы заболевания);
- по необходимости может быть показано рациональное трудоустройство (при наличии профессиональных вредностей), перемена места жительства (если больной проживает в старом сыром доме, на первом этаже).

Профилактика бронхиальной астмы в помещении, в котором проживает больной должна включать:

- частая влажная уборка (не реже чем 2 раза в неделю);
- желательно отсутствие мягкой мебели, ковров, растений;
- постельное белье должно стираться не реже 1 раза в неделю при температуре 60° хозяйственным мылом;
- специальные пыленепроницаемые чехлы для матрасов, одеял и подушек;
- подушки, одеяла не должны быть перьевыми, из пуха или шерсти, лучше использование синтетических материалов;
- не должно быть домашних животных;
- периодически проводить борьбу с домашними насекомыми (тараканами и другими), а если дом загородный, то и с грызунами [14,15].

Выводы

Таким образом, своевременная диагностика и правильная тактика ведения детей с бронхиальной астмой поможет предупредить инвалидность вследствие данной патологии.

В заключение можно сказать, несмотря на то, что бронхиальная астма требует пожизненного лечения, в настоящее время доказано, что адекватная терапия позволяет контролировать клинические проявления болезни — симптомы, нарушения сна, ограничения повседневной активности, нарушения функции легких, потребность в препаратах неотложной помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Mizernitskiy Yu.L. Differential'naya diagnostika i differentsirovannaya terapiya ostroy bronkhial'noy obstruktsii pri ORVI u detey rannego vozrasta // Prakt. meditsina. – 2014. – №9 (85). – S. 82-88.
2. Bisgaard H., Szeffler S. Prevalence of asthma-like symptoms in young children // Pediatr. Pulmonol. – 2007. – Vol. 42. – P. 723-728.
3. Klinicheskaja immunologija i allergologija s osnovami obshhej immunologii]. Moscow: GEOTAR-Media, 2011, pp. 148-165.
4. Колобов В.В. Интерлейкин 33 – ключевой посредник в реализации иммунного ответа // Цитокины и воспаление, 2011. № 3. С. 5-9.
5. Ганковская Л.В., Намазова-Баранова Л.С., Свитич О.А., Брагвадзе Б.Г., Алексеева А.А., Ганковский В.А. Особенности экспрессии IL-28B у детей с бронхиальной астмой //Российский иммунологический журнал, 2017. № 4. С. 641-646.
6. Файзиева У.Р. Внебольничная пневмония у детей: современный взгляд на проблему //Журнал Новый день в медицине. Бухара. 2020. 2(30) С.- 245-249.
7. Н.В.Шахова, Е.М.Камалтынова. Бронхиальная астма у детей дошкольного возраста, проживающих в городских условиях Алтайского края (популяционное одномоментное исследование) //Пульмонология. 2019; 29 (4): 411–418. DOI: 10.18093/0869-0189-2019-29-4-411-418.

8. Шахова Н.В., Камалтынова Е.М., Лобанов Ю.Ф. и др. Распространенность и факторы риска развития астмоподобных симптомов и аллергического ринита среди детей дошкольного возраста //Пульмонология. 2017; 27(5): 636–642.
9. Sultanov A.T., Fayzieva U.R., Satibaldieva N.R., Chorjeva Z.Yu. CLINICAL AND ANAMIC CHARACTERISTICS OF COMMUNICATIVE PNEUMONIA IN CHILDREN. 2019. Tashken Central Asian Journal of Pediatrics. Номер 2019.1.C.-85-89
10. Белевского А.С. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2014 г.) / Перевод с английского под ред. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2015. – 148 с.
11. Global strategy for asthma management and prevention. National Institutes of Health. – National Heart, Lung, and Blood Institute. – Uptadated 2015. – 134 p. – URL: <http://www.ginasthma.org>.
12. Official American Thoracic Society /European Respiratory Society statement: asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice / H. K. Reddel et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2009. – Vol. 180, № 1. – P. 59–99.
13. Yeliseyeva T.I., Balabolkin I.I. Sovremenni`ye tekhnologii kontrolya bronkhial`noy astmi` u detey (obzor) // Sovrem. tekhnol. meditsina. – 2015. – №2. 11. Mirrahimova M.H., Khalmatova B.T., Tashmatova G.A.. Bronchial asthma in children: a modern view of the problem. Central Asia Journal of Medicine.2019.p.74-79.
14. Liu S.J., Wang T.T., Cao S.Y. et al. [A metaanalysis of risk factors for asthma in Chinese children]. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi.2018; 20 (3): 218–223 (in Chinese).
15. Mitskevich S.E. Analiz effektivnosti primeneniya ribomunila u detey s persistiruyushey bronkhial`noy astmoy // Pediatriya. Journ. im. G.N. Speranskogo. – 2015. – T. 94, №3. – S. 142-148.
16. Wenzel S. Severe asthma: from characteristics to pheno-types to endotypes // Clin. Exp. Allergy. – 2012. – Vol. 42, №5. – P. 650-658.
17. Seneviratne R., Gunawardena N.S. Prevalence and associated factors of wheezing illnesses of children aged three to five years living in under-served settlements of the Colombo Municipal Council in Sri Lanka: a cross-sectional study. BMC Public Health.2018; 18: 127. DOI: 10.1186/s12889-0185043-3.
18. Moeller A., Carlsen KH. Monitoring asthma in childhood: lung function, bronchial responsiveness and inflammation // Europ. Respir. Rev. – 2015. – Vol. 24 (136). – P. 204-215.
19. Bisgaard H., Jensen S.M., Bønnelykke K. Interaction between asthma and lung function growth in early life // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. – 2012. – Vol. 185, №11. – P. 1183-1189.
20. Huang J., Huang D.M., Xiao X.X. Epidemiological survey of asthma among children aged 0-14 years in 2010 in urban Zhongshan, China // Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. – 2015. – Vol. 17, №2. – P. 149-154.
21. Wenzel S. Severe asthma: from characteristics to pheno-types to endotypes // Clin. Exp. Allergy. – 2012. – Vol. 42, №5. – P. 650-658.

Поступила 09.01. 2022