



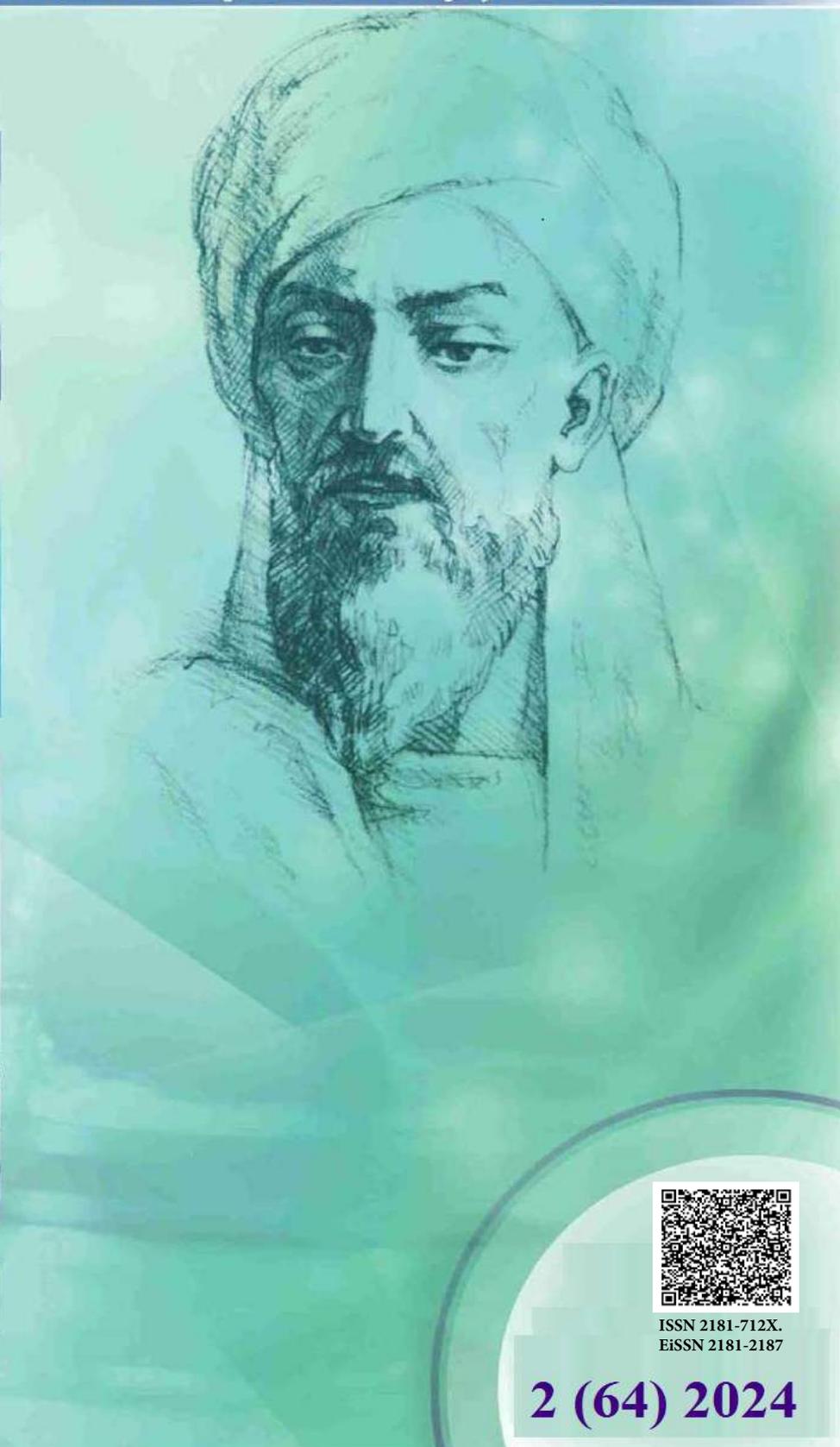
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (64) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (64)

2024

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2024, Accepted: 10.2.2024, Published: 20.02.2024

УДК 61.616-24.002-07-616.12.24-07

ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД О ПРОБЛЕМЕ (обзор литературы)

Изомов Тохир Исломович <https://orcid.org/0009-0006-2671-4943>
Файзиева Угилбиби Рузибадаловна <https://orcid.org/0000-0002-2089-1694>
Хамдамова Мехринисо Рустамовна <https://orcid.org/0009-0003-8491-6410>
амадиева Зарифа Норбоевна <https://orcid.org/0009-0001-1326-7498>
Султонова Зилола Исмадуллаевна <https://orcid.org/0009-0009-3068-2325>

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии
Сурхандарьинская область город Термез, улица И. Каримова №64 Тел: +998 (76) 223-47-20
E-mail: info@ttatf.uz

✓ Резюме

Данная статья основана на информации, имеющейся в научной медицинской литературе, и обобщает сведения о негативных факторах, влияющих на развитие острого обструктивного бронхита у детей и прогнозирующих диагноз. У детей, больных обструктивным бронхитом, высок риск развития бронхиальной астмы во старшем возрасте, причем заболевание протекает очень тяжело и приводит к различным осложнениям. Анализ информации, полученной из литературы, помогает семейным врачам и педиатрам поставить правильный диагноз и улучшить лечение, диспансеризацию, реабилитацию и профилактику больных комплексными комбинированными методами.

Ключевые слова: дети, факторы риска, обструкция, бронхит, бронхиальная астма.

BOLALARDA O'TKIR OBSTRUKTIV BRONXIT: MUAMMO HAQIDA ZAMONAVIY QARASH (adabiyotlar sharhi)

Izomov Tokhir Islomovich <https://orcid.org/0009-0006-2671-4943>
Fayziyeva Ugilbibi Ruzibadalovna <https://orcid.org/0000-0002-2089-1694>
Xamdamova Mehriniso Rustam qizi <https://orcid.org/0009-0003-8491-6410>
Mamadiyeva Zarifa Norboyevna <https://orcid.org/0009-0001-1326-7498>
Sultonova Zilola Ismatullaevna <https://orcid.org/0009-0009-3068-2325>

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali
Surxondaryo viloyati Termiz shahri, I.Karimov ko'chasi 64-uy Tel: +998 (76) 223-47-20 E-mail:
info@ttatf.uz

✓ Rezyume

Ushbu maqola tibbiyot ilmiy adabiyotlarda mavjud bo'lgan ma'lumotlarga asoslangan bo'lib, bolalarda o'tkir obstruktiv bronxitning rivojlanishiga ta'sir qiluvchi salbiy omillar va tashxishlashni muqobillashtirish, kasallik oqibatlarini bashorat qilish to'g'risidagi ma'lumotlarni jamlaydi. Obstruktiv bronxit bilan kasallangan bolalarda kattalik davrida bronxial astma rivojlanishi xavfi yuqori bo'ladi va kasallik juda juda og'ir kechadi natijada turli xil asoratlarga olib keladi. Adabiyot ma'lumotlari bo'yicha olingan ma'lumotlarni tahlil qilish oila shifokorlari va pediatrlarga to'g'ri tashxis qo'yish va bemorlarni kompleks kombinatsiyalangan usullarda davolash, dispanserizatsiya, reabilitatsiya va profilaktikasini takomillashtirishga yordam beradi.

Kalit so'zlar: bolalar, xavf omillari, obstruksiya, bronxit, bronxial astma

ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN: A MODERN VIEW ABOUT THE PROBLEM (literature review)

Izomov Tokhir Islomovich <https://orcid.org/0009-0006-2671-4943>
Fayziyeva Ugilbibi Ruzibadalovna <https://orcid.org/0000-0002-2089-1694>
Xamdamova Mehriniso Rustam qizi <https://orcid.org/0009-0003-8491-6410>
Mamadiyeva Zarifa Norboyevna <https://orcid.org/0009-0001-1326-7498>
Sultonova Zilola Ismatullaevna <https://orcid.org/0009-0009-3068-2325>

Termez branch of the Tashkent Medical Academy
Surkhandarya region Termez city, I. Karimov street No. 64 Tel: +998 (76) 223-47-20 E-mail:
info@ttatf.uz

✓ *Resume*

This article is based on information, available in scientific medical literature, and summarizes information about negative factors that influence the development of acute obstructive bronchitis and the diagnosis and prognosis. Analyzing information, obtained from literature, helps family doctors and pediatricians to establish correct diagnosis and optimal treatment, dispensation, rehabilitation and preventive methods of complex and complex diseases

Key words: child, risk factors, obstruction, bronchitis, bronchial asthma.

Актуальность

Болезни органов дыхания занимают ведущее место в структуре детской заболеваемости и смертности, чем младше ребенок, тем серьезнее данная проблема. Болезни органов дыхания у детей всегда находятся в центре внимания педиатров, прежде всего из-за высокой заболеваемости. Из каждых трех детей, обращающихся к врачу, двое предъявляют те или иные респираторные жалобы [1,2].

Бронхолегочная система в силу анатомо-физиологических особенностей очень уязвима к воздействию различных неблагоприятных факторов, которые в последующем приводят зачастую к воспалительным процессам. К моменту рождения ребенка морфологическое строение легких еще не совершенно, интенсивный рост дифференцировка дыхательных органов продолжается в течение первых месяцев и лет жизни. Окончательное формирование и созревание органов дыхания у детей заканчивается в среднем к 7 годам, а в дальнейшем происходит только их увеличение в размерах [1,2,3].

По определению ВОЗ, «Обструкция дыхательных путей — сужение или окклюзия дыхательных путей, которая может быть результатом скопления материала в просвете, утолщения стенки, сокращения бронхиальных мышц, уменьшения сил ретракции легкого, разрушения дыхательных путей без соответствующей потери альвеолярной ткани и/или компрессии дыхательных путей». Клинически нарушения бронхиальной обструкции нижних дыхательных путей у детей раннего возраста, независимо от вызвавшей их причины, проявляются однотипно — остро возникшей экспираторной одышкой в виде шумного дыхания с форсированным удлиненным выдохом, вздутием грудной клетки и втяжением ее уступчивых мест, навязчивым кашлем, переменными диффузными сухими и разного калибра влажными хрипами в легких. У большей части пациентов заболевания органов дыхания протекают с бронхообструктивным синдромом, под которым понимают симптомокомплекс нарушения бронхиальной проходимости функционального или органического происхождения, проявляющийся приступообразным кашлем, экспираторной одышкой, приступами удушья [1,2,3,4,5,6].

По мнению некоторых авторов одним из основных этиологических факторов острых обструктивного бронхита и бронхиолита *Mycoplasma pneumoniae*. По данным Н. М. Назаренко и соавторов, инфицирование этим возбудителем выявляется у 85% детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом. По данным В. Н. Холопкина с соавторами антитела обнаруживаются у 69% детей раннего возраста, страдающих рецидивирующим обструктивным бронхитом. Возбудитель орнитоза, *C. psittaci*, считается одной из причин хронических заболеваний легких, протекающих с нарушением бронхиальной проходимости.

По данным С. М. Гавалова с соавторами серологические маркеры инфекции, вызванной *S. psittaci*, были выявлены у 67% обследованных детей, страдавших рецидивирующим обструктивным бронхитом.

Факторы риска развития бронхиальной обструкции играют важную роль у детей грудного возраста, поскольку влияют на течение и исход заболевания (L.S.Moraesetal., 2013). Описано множество факторов риска БОС, но остается неясной степень значимости их в развитии бронхиальной астмы в более позднем детском возрасте и взрослой жизни (J.Castro-Rodriguezetal., S.V.Smirnovaetal). Это определяет важность своевременного выявления наиболее значимых дифференциально-диагностических признаков и установления зависимости между факторами риска, особенностями течения течение бронхиальной обструкции у детей грудного возраста и возможными исходами, в том числе рецидивирующего течения бронхиальной обструкции и развитием бронхиальной астмы в более позднем возрасте [7,12].

В настоящее время БА стала наиболее распространенным хроническим заболеванием детского возраста, частота которого в развитых странах составляет 4-12%. Ведущее место в структуре детской инфекционной патологии принадлежит острым респираторным инфекциям, которые являются причиной около 70% случаев всех инфекционных заболеваний. Пик заболеваемости приходится на детей дошкольного возраста, что связано с анатомо-физиологическими особенностями респираторной и иммунной систем в ряде случаев сопровождаются наличием бронхообструктивного синдрома (БОС). Вирусная инфекция является причиной острых респираторных заболеваний. Показано, что аллергические болезни или наследственная предрасположенность к атопии являются факторами риска развития БОС у детей, поскольку рецидивирующее и затяжное течение бронхиальной обструкции характерно для детей с отягощенным аллергологическим анамнезом [8,9,11].

Некоторыми авторами высказывается мысль о защитной функции острого обструктивного бронхита у детей при инфекции респираторного тракта. По мнению авторов сужение мелких бронхов сопровождается резким увеличением скорости воздуха в них, что способствует лучшему очищению бронхиального дерева и защите нижележащих отделов от проникновения микроорганизмов.

Высокая частота бронхообструктивного синдрома при заболеваниях легких позволила выделить группу хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ), как у взрослых, так и у детей. ХОБЛ, начинаясь в детском возрасте, являются частой причиной потери трудоспособности и преждевременной инвалидности. Данная группа болезней включает врожденные (трахеобронхомаляция, трахеобронхомегалия, первичная цилиарная дискинезия, муковисцидоз, пороки развития легкого и др.) и приобретенные (бронхиальная астма, эмфизема легких, обструктивные бронхиты, облитерирующий бронхиолит, бронхолегочная дисплазия и др) заболевания. Общим для всей них является бронхообструктивный синдром [10,13,15].

Бронхиальная астма (БА) — хроническое заболевание, являющееся причиной значительного ограничения жизнедеятельности, снижения социальной и физической активности. Постоянное внимание к проблеме БА обусловлено и тем, что при недостаточно эффективном лечении, частых обострениях болезни снижается качество жизни больных, ограничивая их жизнедеятельность. Тяжелые формы БА сопровождаются нарушением

функций не только органов дыхания, но и других систем организма. Инвалидность развивается у 7% из числа официально зарегистрированных больных бронхиальной астмой детей [16, 17].

Наиболее частым заболеванием данной группы является бронхиальная астма. Бронхиальная астма у детей - заболевание, развивающееся на основе хронического аллергического воспаления бронхов, их гиперреактивности и характеризующееся периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате распространенной бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоспазмом, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов. Гиперреактивность бронхов - термин, обозначающий сужение дыхательных путей в ответ на провокационные агенты. Данное определение и концепция астмы как хронического воспалительного заболевания дыхательных путей сложилась в течение последнего десятилетия на основании гистологических и иммунохимических исследований биоптатов бронхиальной стенки, бронхолаважной жидкости и аутопсийного материала от умерших больных, страдавших бронхиальной астмой [18,19,20].

Бронхиальная астма (БА) и различная острая бронхообструктивная патология - обструктивный бронхит (ОБ), бронхолит, острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) - ложный круп), коклюш - заболевания, при которых нарушение проходимости дыхательных путей, прежде всего бронхов, является главным проявлением. Выявление и лечение БОС - ключевой момент в диагностических и терапевтических алгоритмах этих заболеваний. Бронхиальная астма у детей принадлежит к числу распространенных аллергических болезней. Начало бронхиальной астмы у детей приходится в большинстве случаев на возраст до 8 лет, при этом ее первые симптомы обычно возникают в возрасте до 3 лет. Болеют чаще мальчики, чем девочки [21,22,23].

В настоящее время отмечается несколько завешенная частота диагностики и лечения бронхообструктивного синдрома. Прежде всего это связано, с тем что ряд родителей не всегда правильно описывают хрипы или считают обструкцией другие клинические симптомы, что иногда приводит к формальному навешиванию ярлыка бронхиальной астмы.

Обструктивный бронхит чаще развивается у детей, которые уже в периоде новорожденности имели более низкие показатели бронхиальной проходимости. Это указывает на роль наследственно обусловленной гиперреактивности бронхов в развитии обструкции на фоне вирусной инфекции. С другой стороны, и сама вирусная инфекция сопровождается изменением реакции бронхов (приобретенной гиперреактивностью), максимально выраженной со вторых по девятые сутки. С выздоровлением реактивность бронхов возвращается к исходному уровню через 6-8 недель.

В настоящее время появляется больше сведений о том, что младенцы с ОБ проявляют высокую степень гетерогенности, при этом основная неопределенность заключается в непонимании процессов, такие пациенты в наибольшей степени получают пользу от того или иного метода лечения. Для восполнения дефицита исследований у детей с тяжелым течением ОБ необходимы дальнейшие исследования. Болезням легких, протекающим с БОС в научных и клинических исследованиях уделяется большое внимание. Подавляющее большинство острых, хронических заболеваний респираторного тракта у детей протекают с нарушением проходимости воздухоносных путей. Острые или упорно повторяющиеся клинические признаки обструкции, обструктивный паттерн объединяют такую многообразную по своей природе группу бронхолегочных заболеваний как астма, бронхолиты, некоторые формы бронхита и т.д.

БОС наблюдается у 5-40% детей, госпитализированных с ОРВИ. Широкая распространенность БОС, особенно у детей раннего возраста, связана не только с морфофункциональными особенностями органов дыхания. Условия экологического неблагополучия, ятрогении привели к учащению атопических реакций, иммунных нарушений уже у детей первых месяцев жизни. Отмеченный в последнее десятилетие патоморфоз болезней легких с БОС, проявился уменьшением врожденных пороков развития легких, требующих хирургического лечения, течение хронических воспалительных заболеваний легких у детей приобрело более благоприятный характер. Многие врачи говорят о преобладании так называемых малых форм заболеваний. Острый БОС (ОБОС) определяется как остро возникшая экспираторная одышка с признаками усиленной работы дыхания и с различной степенью обструктивной дыхательной недостаточности. Острая обструкция свойственна детям раннего возраста. Симптомы БОС как кашель, свистящие хрипы, одышка сопутствуют большинству болезней респираторного тракта, особенно у детей в возрасте до трех лет. Болезни, которые лежат в основе этих клинических проявлений, различаются у младенцев, детей дошкольного возраста, школьного возраста, подростков [22,23,24].

Одной из первых прогностических моделей, получившей распространение, представленной в международных и отечественных документах по профилактике и стратегии лечения бронхиальной астмы, является индекс предрасположенности к астме (Asthma Predictive Index - API), позволяющий в 70 -77 % случаев прогнозировать риск развития бронхиальной астмы в школьном возрасте [24,25,26]. Несмотря на повышенный интерес исследователей к этой проблеме, в настоящее время отсутствуют отечественные научные работы, посвященные вопросам изучения вероятности формирования БА у детей с низким индексом предрасположенности к астме (API), что и определило цель нашего исследования.

Повторные эпизоды обструкции могут быть связаны не только со специфическими морфологическими изменениями в бронхах, вызванными РС - и парагриппозным вирусами, но и просто с раздражающим влиянием любого вирусного агента на слизистую оболочку «гиперреактивного» бронха. Ведущая роль в развитии бронхиальной астмы у детей принадлежит

эндогенным факторам (атопия, наследственность, гиперреактивность бронхов), которые в сочетании с различными экзогенными факторами (аллергены, лекарственные средства, вакцины, инфекционные агенты, экологические воздействия, психоэмоциональный стресс) приводят к клинической манифестации заболевания. Принципиально важным для клинической диагностики заболевания является то, что астма у детей может проявляться как в форме типичных приступов экспираторной одышки, затрудненного дыхания, удушья, свистящего дыхания, чувства сдавления в грудной клетке или кашля при контакте с домашней пылью, шерстью животных, пылью растений, вдыхании раздражающих веществ, воздействии резких запахов, физической нагрузке, употреблении в пищу некоторых продуктов, воздействии холодного воздуха, табачного дыма, влиянии эмоциональных факторов и др., без признаков простудного заболевания, чаще в ночное время, так и в виде нетипичных клинических проявлений бронхообструкции.

К ним относятся:

-неожиданные эпизоды затрудненного дыхания (диспноэ);

-длительный (более 10 дней) сухой кашель, особенно ночной и приводящий к пробуждению ребенка;

-кашель, провоцируемый физической нагрузкой, связанный с вдыханием холодного воздуха, сменой погоды;

-повторяющиеся приступы одышки (3 и более раз), провоцируемые простудными заболеваниями;

-рецидивирующие бронхиты или медленное выздоровление после острых бронхитов (кашель более 2 недель);

-кашель при наличии сопутствующего аллергического ринита, атопического дерматита.

Обструктивные бронхиты - клинические формы бронхитов, сопровождающиеся развитием синдрома бронхообструкции. Обструктивные бронхиты чаще встречаются у детей до 4 лет. К ним, согласно существующей "Классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей", относятся острый и рецидивирующий обструктивные бронхиты, острый бронхиолит а также острый и хронический облитерирующий бронхиолиты [4,5,6,7].

В мировом масштабе проводятся ряд научных исследований по приоритетным направлениям педиатрии, среди которых важную роль играет внебольничная пневмония и заболевание протекающие с бронхообструктивными синдромами у детей раннего возраста. Внебольничная пневмония, обструктивный синдром и бронхиальная астма у детей раннего возраста, характеризуется тяжелым течением и осложнениями, снижает качество жизни больных детей, что является одной из основных медико-социальных проблем. Одной из актуальных научных проблем является формирование механизмов иммунного и аллергического развития обструктивного бронхита и бронхиальной астмы у детей раннего возраста, выявление прогностических факторов риска заболевания, совершенствование критериев диагностики за счет современных инновационных клинко-диагностических методов исследования, разработка эффективных методов лечения и реабилитации заболевания [5, 6, 11, 24].

Кашель приступообразный сухой или с минимальным отхождением мокроты; Одышка экспираторного характера или смешанная; Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания; Вздутие грудной клетки, расширение межреберных промежутков; коробочный оттенок перкуторного звука; жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы на выдохе, часто в сочетании с рассеянными влажными, возможен «писк» на вдохе. Ведущими остаются традиционные методы исследования как обзорная рентгенография. Рентгенологические признаки острых заболеваний, протекающих с БОС (бронхит, бронхиолит) косвенные. Определяется вздутие легких, усиление сосудистого рисунка, отсутствие реакции корней легких. При аспирации инородного тела косвенными признаками могут являться: ограниченная эмфизема, ателектаз, смещение органов средостения в здоровую сторону. Нормальные результаты рентгенологического исследования не исключают аспирации инородных тел в дыхательные пути. Врожденным и наследственным болезням легких свойственны диффузные поражения легких, фиброз, ателектазы [28,29].

Большинство исследователей связывают в значительной мере с загрязнением окружающей среды (атмосферного воздуха, воды, почвы химическими соединениями). В Узбекистане не проводили исследования о выявление распространенности пневмонии и других бронхолегочной патологии, о факторах риска и влиянии загрязнения атмосферного воздуха на увеличение частоты заболевания среди детей, проживающих в сельских и промышленных регионах [11,12,13]. Основными источниками загрязнения воздуха в жилых помещениях, помимо наружного воздуха и новых строительных материалов, являются курение табака, использование газовых плит для

приготовления пищи и обогрева комнаты, а также газовых колонок для подогрева воды. Источниками антропогенного загрязнения атмосферы по данным исследователей являются транспорт, теплоэнергетика, предприятия ядерно-топливного цикла, промышленные и сельскохозяйственные предприятия [14,15,22,30].

Критерии тяжести и оценка эффективности лечения. Оценка тяжести больного с обструктивным бронхитом включает как характеристику общетоксических симптомов, обусловленных видом вируса, вызвавшего заболевание, так и определение степени нарушения бронхиальной проходимости. Наиболее частые РС-вирусная и парагриппозная инфекции протекают в среднетяжелой форме, с умеренной температурой (38-39 градусов) длительностью 2-3 дня, без выраженного токсикоза. Наличие токсикоза и изменений ЦНС более типично для гриппа и аденовирусной инфекции. О тяжести обструкции можно судить по частоте дыхания и степени втяжения межреберий и эпигастрия. При наличии сильной одышки (более 70 в минуту) может уменьшаться выраженность свистящего дыхания за счет его поверхностного характера, что является неблагоприятным симптомом. О неблагоприятности говорит и нарастание цианоза [8,9,10,20].

Заключение

Таким образом, в настоящее время недостаточно изучены ряд проблем и вопросов совершенствования системы организации диагностики и лечения обструктивного бронхита и бронхиальной астмы у детей раннего возраста, что определяет выбор тематики данного научного исследования и его актуальность. Недостатками исследовательских работ остаются неоднородность групп, разные подходы и временные точки исследования, терминологическая нечеткость. В отечественной литературе нам удалось обнаружить лишь единичные работы, посвященные изучению обструктивного бронхита, эти информации убеждает нас в необходимости дальнейших исследований в данном направлении.

А также, в заключение можно сказать что, для разработки научно-обоснованного комплекса мероприятий по снижению потерь здоровья детского населения от бронхолегочной патологии и их осложнений, необходимо изучить иммунологические аспекты болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Волков И.К. Дифференциальная диагностика бронхообструктивного синдрома у детей // Медицина неотложных состояний. 2013;48(1):125-128.
2. Зайцева С. В., Муртазаева О. А. Синдром бронхиальной обструкции у детей // Трудный пациент. 2012;10(2-3):34-39.
3. Казачков М. И. Этиология и дифференциальный диагноз хронического кашля у детей // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2013;58(3):54-60.
4. Спичак Т. В. Вирусные бронхоолиты и их последствия в детском возрасте // Педиатрия. 2013;92(3):89-96.
5. Файзиева У.Р. Внебольничная пневмония у детей: современная взгляд на проблему // Тиббиётда янги кун. Бухоро. 2020;2(30):240-244.
6. Баранова И. А. Антилейкотриеновые препараты в лечении бронхиальной астмы. // Consilium Medicum. 2014;16(11):14-18.
7. Беляева Л.М., Микульчик Н.В., Войтова Е.В., Панулина Н.И. Место антилейкотриеновых препаратов в лечении детей с бронхиальной астмой. // Медицинские новости. 2013;5:28-34.
8. Аверина И. А., Сергиенко Д. Ф., Дугугиева О. С., Гаджиев Р. М. Хронические заболевания легких в контексте иммуногенетического влияния витамина D // Успехи современной науки. 2017;24(4):209-218.
9. Являнская В. В., Дудникова А. В. Кардиоренальные взаимоотношения у больных хронической обструктивной болезнью легких: роль витамина D // Пульмонология. 2018;28(5):613-621.
10. Болотова Е. В., Являнская В. В., Дудникова А. В. Прогнозирование риска развития больших кардиоваскулярных событий у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с дисфункцией почек // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019;18(3):75-80.
11. Fayziyeva U.R., Satibaldiyeva N. R., Ashurova A. Sh., Influence of Environmental Indicators on the Development of Broncho-pulmonary Pathology in Children. // European Journal of Molecular Clinical Medicine ISSN 2515-8260 2020;7(11):4419-4425.

12. Brand P. L. P., Boehmer A. M., Vaessen-Verberne A. P. H. Preschool wheezing // ERS handbook of Paediatric Respiratory Medicine / E. Eber, F. Midull, eds. Sheffield, UK: European Respiratory Society, 2013;310-315.
13. Cano-Garcinuño A., Mora-Gandarillas I.; SLAM Study Group. Wheezing phenotypes in young children: an historical cohort study // Prim. Care Respir. J. 2014;23(1):60-66.
14. Kerkhof M., Boezen H. M., Granell R., Wijga A. H. et al. Transient early wheeze and lung function in early childhood associated with chronic obstructive pulmonary disease genes // J. Allergy Clin. Immunol. 2014;133(1):68-76.
15. Moraes L. S., Takano O. A., Mallol J., Solé D. Risk factors associated with wheezing in infants // J. Pediatr. (Rio J.). 2013;89(6):559-566.
16. Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А., Левина Ю.Г., Бронхиальная астма у детей. Достижение контроля и предотвращение обострений. // Фарматека. 2014;1:33-39.
17. Горячкина Л. А., Насунова А. Ю. Роль антилейкотриеновых препаратов в терапии бронхиальной астмы. Consilium Medicum. 2014;16(3):14-7.
18. Болотова Е. В., Являнская В. В., Дудникова А. В. Факторы, ассоциированные с уровнем витамина D у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с дисфункцией почек // Успехи геронтологии. 2019;32(1-2):102-107.
19. Громова О. А., Торшин И. Ю., Мартынов А. И. Роль обеспеченности витамином D в регуляции иммунитета и в обеспечении противoinфекционной защиты у взрослых // Терапия. 2017;6(16):81-88.
20. Громова О. А., Торшин И. Ю., Томилова И. К., Гилельс А. В. Метаболиты витамина D: роль в диагностике и терапии витамин D-зависимой патологии // Практическая медицина. 2017;5(106):4-10.
21. Доан Т. М., Александрова В. А., Чурилов Л. П. Дефицит витамина D в тропиках и субтропиках // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. 2017;7(1):80-88.
22. Захарова И. Н., Дмитриева Ю. А., Творогова Т. М., Васильева С. В., Евсеева Е. А. Что нужно знать педиатру о витамине D: новые данные о его роли в организме (часть 2) // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2014;93(6):125-131.
23. Bolotova E.V., Yavlyanskaya V.V., Dudnikova A.V. The factors associated with vitamin D levels in patients with chronic obstructive pulmonary disease in combination with renal dysfunction. Uspekhi Gerontologii, 2019;32(1-2):102-107.
24. Fayziyeva U.R. Peculiarities of IL-1 and IL-4 genes in case of non-social pneumonia in children. // Евразийский вестник педиатрии. - Ташкент, Санкт -Петербург. 2021;3(10):40-43.
25. Kere M., Melén E. Special Considerations in Preschool Age. Severe Asthma in Children and Adolescents 2019;19(4). DOI:10.1007/978-3-030-27431-3_2
26. Nwokoro C., Grigg J. Preschool wheeze, genes and treatment. // Paediatr Respir Rev 2018;28:47-54. DOI: 10.1016/j.prrv.2017.11.003
27. Rubner F.J., Jackson D.J., Evans M.D., Gangnon R.E., Tisler C.J., Pappas T.E. et al. Early life rhinovirus wheezing, allergic sensitization and asthma risk at adolescence. // J Allergy Clin Immunol 2017;139(2):501-507. DOI: 10.1016/j.jaci.2016.03.049
28. Castro-Rodriguez J.A., Rodriguez-Martinez C.E., and Ducharme F.M. Daily inhaled corticosteroids or montelukast for preschoolers with asthma or recurrent wheezing: A systematic review. // Pediatr Pulmonol 2018;53(12):1670-1677. DOI: 10.1002/ppul.24176
29. Johansson H., Norlander K., Malinowski A. Increased prevalence of exercise-induced airway symptoms - A five-year follow-up from adolescence to young adulthood. // Respir Med 2019;154:76-81. DOI: 10.1016/j.rmed.2019.06.01.
30. Файзиева У.Р., Сайфиддинова М.С. Клиническая характеристика бронхиальной астмы у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2023;68(4).С.-303.

Поступила 20.01.2024

Конфликт интересов. Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.