



СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Шавази Нурали Мамедович

профессор, заведующий кафедрой педиатрии №1

Алланазаров Алишер Боймурадович

ассистент кафедры педиатрии №1

Лим Максим Вячеславович

PhD, доцент кафедры педиатрии №1

Носирова Дилангиз Акбаровна

студентка 6 курса медико-педагогического факультета

Лим Вячеслав Иннокентьевич

доцент кафедры неонатологии

Шавази Рамиз Нуралиевич

студент 4 курса лечебного факультета

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан, г. Самарканд

Аннотация. Обструктивная болезнь легких (ОБЛ) обычно указывается в литературе как доказательство в большинстве случаев вреда, вызванного курением у взрослых старше 40 лет. Без какой-либо прямой и исключительной связи с активным длительным курением, некоторые хронические обструктивные заболевания легких у детей (ОБЛ) и подростков прогрессируют с ухудшением структуры и функции легких, вызывая стойкую (фиксированную) или периодическую (временную) обструкцию легочного кровотока, вторичную генетическим изменениям и изменениям окружающей среды, вызывающим воспаление и инфекцию дыхательных путей. Действия педиатра жизненно важны для лечения ОБЛ. Клиницист должен заподозрить заболевание при наличии признаков и симптомов, чтобы поставить ранний и точный диагноз, знать факторы риска и сопутствующие заболевания, а также оценить приверженность к лечению, правильное использование назначенных лекарств и их побочные эффекты на основе тщательных исследований.

Ключевые слова: Обструктивная болезнь легких, бронхолегочная дисплазия, бронхиальная астма, глюкокортикостероиды.

Обструктивная болезнь легких (ОБЛ) обычно указывается в литературе как доказательство в большинстве случаев вреда, вызванного курением у взрослых старше 40 лет. Без какой-либо прямой и исключительной связи с активным длительным курением, некоторые хронические обструктивные заболевания легких у детей (ОБЛ) и подростков прогрессируют с



ухудшением структуры и функции легких, вызывая стойкую (фиксированную) или периодическую (временную) обструкцию легочного кровотока, вторичную генетическим изменениям и изменениям окружающей среды, вызывающим воспаление и инфекцию дыхательных путей. Хотя симптомы ОБЛ очень похожи, они имеют различную этиологию, заболеваемость, физиопатологию, распространенность, прогноз, генотипы и фенотипы [2,5].

В то время как некоторые ОБЛ были объектом многих исследований, таких как астма, муковисцидоз, рецидивирующее свистящее дыхание у младенцев (РСД) и бронхолегочная дисплазия (БЛД), другие известны как «орфанные заболевания», такие как первичная цилиарная дискинезия. (РСД), бронхоэктатическая болезнь без кистозного фиброза (БЭБ), пластический бронхит (ПБ) и облитерирующий бронхиолит (ОБ). ХОБЛ характеризуются высокой распространенностью астмы, РВИ и БЛД или низкой распространенностью БО, РСД, ПБ, и ПБ. Это неинфекционные заболевания с длительным и медленным прогрессированием, проявляющиеся эпизодами обострения легких, острым или постоянным ограничением воздушного потока и значительным ухудшением качества жизни. В целом, основным легочным симптомом является хронический кашель, отражающий наличие изменения в дыхательных путях, так как в альвеолах отсутствуют кашлевые рецепторы. Еще одна особенность - наличие у многих из них бронхоэктазов [1,5,7].

Большинство из них, включая некоторые из нескольких клинических форм астмы, протекают с нейтрофильным воспалением дыхательных путей, которое способствует прогрессирующему ухудшению повреждения и функции легких за счет высвобождения: эластазы: расщепляет эластин и вызывает бронхоэктазы, снижает опсонизацию и фагоцитоз, увеличивает секреция, уменьшение мукоцилиарного клиренса; ДНК: увеличивает вязкость секрета; перекись водорода и другие окислители: вызывают повреждение тканей и инактивируют α -1-антитрипсин; IL-8 и LTB₄: привлекают больше нейтрофилов. Два аспекта ОБЛ были тщательно изучены: генетический компонент и агрессивное воздействие окружающей среды, которое инициирует или обостряет заболевания. Большинство ОБЛ имеют разные генотипы, фенотипы, эндотипы и степени тяжести, требуют разных методов лечения и неизлечимы. Пневмония, БЛД, БО и РВИ в первые годы жизни составляют группы риска для ОБЛ в долгосрочной перспективе и требуют последующего медицинского наблюдения и вмешательства для предотвращения потенциального воздействия на долгосрочные респираторные осложнения [1,3].

При всех заболеваниях ОБЛ часто вызывается вирусными и бактериальными инфекциями, загрязнением окружающей среды и аэроаллергенами. ТЭЛА проявляется острой дыхательной недостаточностью различной степени интенсивности как при астме, так и при

РВИ, а также усилением кашля и хронической инфекцией при БЭБ, БЛД, РСД. Признаки и симптомы ПЭ более часты и интенсивны в ночное время [4].

Постоянные и плановые оценки междисциплинарными медицинскими бригадами в специализированных центрах необходимы для эффективного ведения, лучшего прогноза и улучшения качества жизни в ОБЛ [3]. Пероральные и (ОК) ингаляционные кортикостероиды (ИК), муколитики, бронходилататоры и другие препараты следует использовать в соответствии с конкретными рекомендациями для каждого ОБЛ [1,2].

В то время как некоторые группы препаратов широко используются с разной степенью научных доказательств, такие как бронходилататоры и ИК, другие, такие как длительное применение макролидов, вызывают больше споров. Использование макролидов при ХОБЛ было оправдано противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектом, снижением выработки слизи и ингибированием эластазы нейтрофилов, а также снижением выработки провоспалительных медиаторов (например, IL8) и стимуляцией фагоцитоза апоптотических клеток. Хотя макролиды показали свою эффективность у пациентов с МВ и другими ОБЛ, а также показали обнадеживающие эффекты *in vitro*, их использование при других ОБРК оказалось менее эффективным и требует дальнейших исследований [5,6]. У астматиков, у которых заболевание проявилось в раннем возрасте, сохраняются симптомы, и данные свидетельствуют о том, что тяжесть астмы в детстве предопределяет тяжесть заболевания во взрослом возрасте. В последних рекомендациях подчеркиваются трудности окончательного диагноза астмы у детей младше 5 лет, в которых наблюдается несколько фенотипов ОБЛ были идентифицированы [7,8].

У детей старше 5 лет диагноз астмы основывается на: (1) анамнезе кризов острой дыхательной недостаточности, которые улучшаются с помощью бронходилататоров короткого действия (БДКД); (2) повышенный уровень IgE в сыворотке при отсутствии паразитарных заболеваний, эозинофилии и положительных кожных пробах немедленной гиперчувствительности на переносимые по воздуху аллергены; (3) спирометрия и измерение гиперреактивности бронхов (ИГБ) на провокацию метахолином. Диагноз может быть поставлен при изолированном наличии и сочетании перечисленных выше пунктов 1; 1 + 2; 1 + 3; или 1 + 2 + 3. Основными лекарствами для контроля астмы являются ингаляционные кортикостероиды (ИК)[9,10].

БЛД ассоциируется с высокой частотой развития легочной артериальной гипертензии (ЛАГ). Лечение силденафилом было связано со значительным улучшением эхокардиографических маркеров ЛАГ и снижением потребности в кислороде. Препарат переносится хорошо[11].

**Список литературы:**

1. Гарифулина Л.М., Холмурадова З.Э., Лим М.В., Лим В.И.. "Психологический статус и пищевое поведение у детей с ожирением" Вопросы науки и образования, №26 (110), 2020, С.45-50.
2. Шавазид Н. М., Лим М.В., and Каримова Г.М. "Состояние сердечной гемодинамики по данным эхокардиографического исследования у детей раннего возраста с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком" Вестник экстренной медицины, №3, 2013, С. 289-290.
3. Lim M.V., Shavazid N.M. "The combined use of acetylcysteine and 3% of sodium chloride in the nebulizer therapy of acute bronchiolitis" European science review, no. 11-12, 2016, pp. 63-66.
4. Shavazid, N. M., et al. "The assessment of the degree of broncho-obstruction in acute bronchiolitis in infants."Materials of III conference of the Association of Doctors of Emergency Medical Care of Uzbekistan. 2015.
5. Шавазид Н. М., Рустамов М. Р., Лим М. В. Е: I INDEX-Метод объективной оценки бронхообструктивного синдрома у детей //Научно-методический журнал ACADEMY. – 2019. – №. 10 (49). – С. 44.
6. Лим В.И., Набиева Ш.М., Лим М.В. Влияние этиологического фактора развития на течение гемолитической болезни новорожденных // Вопросы науки и образования. 2020. №15 (99).
7. Лим В.И., Шавазид Н.М., Гарифулина Л.М., Лим М.В., Саидвалиева С.А. Оценка частоты метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением в Самаркандской области // Достижения науки и образования. 2020. №9 (63).-
8. Шавазид Н. М. и др. Оценка степени бронхообструкции при острых бронхитах у детей раннего возраста //Материалы III съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. – 2015. – С. 285.
9. Шавазид Н. М., Азимова К. Т., Закирова Б. И., Лим М.В. Прогностическая значимость факторов риска на развитие инфекционно-токсического шока при пневмониях у детей раннего возраста // Тюменский медицинский журнал. 2011. №2.
10. Шавазид Н.М., Лим М.В., Лим В.И., Рузидулов Б.Ш., Азимова К.Т. Применение ингаляций 10% ацетилцистеина у детей с острым обструктивным бронхитом // Вопросы науки и образования. 2020. №35 (119).
11. Шавазид Н.М., Гайбуллаев Ж. Ш., Лим М.В., Рузидулов Б.Ш., Карджавова Г.А., Алланазаров А.Б., Ибрагимова М.Ф. Ингаляции ацетилцистеина в терапии



рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей // Вопросы науки и образования.
2020. №29 (113).