

**BOLALARDA BRONXOBSTRUKTIV SINDROM TO‘G‘RISIDA
ZAMONAVIY TASAVVURLAR**

Normamatov Dilmurod Xasanovich, assistent, izlanuvchi

<https://orcid.org/0009-0006-6198-0649>

Toshkent tibbiyot akademiyasining Termiz filiali

*“Bolalar kasalliklari propedevtikasi, bolalar kasalliklari va oilaviy shifokorlikda
pediatriya” kafedrasи*

Anotatsiya: Ushbu maqola tibbiyot ilmiy adabiyotlarida mavjud bo‘lgan ma’lumotlarga asoslangan bo‘lib, bolalarda bronxobstruktiv sindrom bilan kechuvchi kasalliklarning rivojlanishiga ta’sir qiluvchi etiologik omillar va tashxishlashni muqobillashtirish, kasallik oqibatlarini bashorat qilish to‘g‘risidagi ma’lumotlarni jamlaydi.

Kalit so‘zlar: bolalar, xavf omillari, obstruktiv sindrom, bronxiolit, bronxial astma

**СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БРОНХООБСТРУКТИВНОМ
СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ**

Нормаматов Дилмурод Хасанович, ассистент, соискатель

<https://orcid.org/0009-0006-6198-0649>

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

*Кафедра «Пропедевтика детских болезней, детские болезни и
педиатрия в семейной врачевание»*

Аннотация: Данная статья основана на данных медицинской научной литературы и обобщает информацию об этиологических факторах, влияющих на развитие заболеваний, протекающих с бронхобструктивным синдромом у детей, а также о дифференциальной диагностике и прогнозировании исходов заболевания.

Ключевые слова: дети, факторы риска, обструктивный синдром, бронхиолит, бронхиальная астма.

MODERN UNDERSTANDING OF BRONCHO-OBSTRUCTIVE SYNDROME IN CHILDREN

Normamatov Dilmurod Khasanovich, Assistant, Researcher

<https://orcid.org/0009-0006-6198-0649>

Termez Branch of Tashkent Medical Academy

*Department of "Propedeutics of Pediatric Diseases, Pediatric Diseases, and
Pediatrics in Family Medicine"*

Abstract: This article is based on data from medical scientific literature and summarizes information on etiological factors influencing the development of diseases with broncho-obstructive syndrome in children, as well as on differential diagnosis and prediction of disease outcomes.

Keywords: children, risk factors, obstructive syndrome, bronchiolitis, bronchial asthma.

Актуальность. В структуре общей заболеваемости детей болезни органов дыхания занимают первое место, составляя почти 60,0%. По данным официальной статистики, болезни органов дыхания у детей в России в структуре заболеваемости детского населения занимают первое место и составляют около 62–65 %. В связи с особенностями реактивности организма и состояния иммунной системы особую значимость имеет проблема внебольничной пневмонии для детей различных возрастов. Дальнейший прогресс в области диагностики и лечения этого заболевания непосредственно зависит от анализа состояния системного и секреторного иммунных механизмов [1,2,3]. В настоящее время частота встречаемости данной патологии неуклонно растет, что связано с увеличением числа часто болеющих детей, повышением выживаемости недоношенных новорожденных с тяжелыми поражениями дыхательной и других систем, увеличением числа детей с атопией, действием обширного спектра неблагоприятных экологических факторов, в том числе пассивного курения.

Термин «wheezing» («свистящее дыхание»), используемый в англоязычной литературе, в некоторой степени аналогичен термину «бронхобструктивный синдром», в связи с чем в статье мы будем пользоваться последними. В настоящее время отмечается несколько завышенная частота диагностики и лечения бронхобструктивного 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». При этом отсутствие четкой систематизации знаний о паттернах бронхобструктивного синдрома способствует отсутствию или неоправданной задержке выработки терапевтической тактики у детей дошкольного возраста с бронхиальной астмой. В связи с этим мы попытались систематизировать доступные нам знания о классификациях, клинических особенностях и инструментах прогноза бронхобструктивного синдрома у детей [4,5,8,11].

Цитокины в настоящее время рассматривают как белковопептидные молекулы, производимые различными клетками организма и осуществляющие межклеточные и межсистемные взаимодействия. Цитокины (ЦК) – гормоноподобные молекулы, действие которых на клетку-мишень опосредуется высокоспецифичными высокоаффинными мембранными рецепторами. Цитокины – универсальные регуляторы жизненного цикла клеток, они контролируют процессы дифференцировки, пролиферации, функциональной активации и апоптоза последних. В настоящее время существует несколько различных классификаций цитокинов, учитывающих их строение, функциональную активность, происхождение, тип цитокиновых рецепторов [6,7,12,13,14]. Представленные в настоящем обзоре сведения о разносторонней изменчивости о регуляторных субпопуляции иммунных систем говорит по глубокому изучению свойства цитокинов при бронхолегочной патологии у детей.

Бронхобструктивный синдром (БОС) или синдром бронхиальной обструкции – симптомокомплекс нарушений проходимости бронхов вследствие их функциональных или структурных изменений, проявляющийся приступообразным кашлем, экспираторной одышкой и приступами удушья.

Таким образом, в настоящее время не вызывает сомнения, что цитокины являются важнейшими факторами иммунопатогенеза. Изучение уровня цитокинов позволяет получить информацию о функциональной активности раз личных типов иммунокомпетентных клеток, соотношении процессов активации Т-хелперов I и II типов, что очень важно при дифференциальной диагностике ряда инфекционных и иммунопатологических процессов.

Наиболее тяжелые пациенты чаще демонстрируют другой эндотип воспаления - нейтрофильный, в формировании которого могут принимать участие IL-6, IL-8, IL-17, IL-1 β , TNF- α [11]. IL-6 продуцируется макрофагами, дендритными клетками, тучными клетками и нейтрофилами. Также выработку IL-6 индуцируют процессы повреждения клеток вследствие продуктов распада бактерий и вирусов. Отмечается повышение уровня IL-6 в сыворотке крови при воспалительных заболеваниях. Рассматривается двусторонняя роль IL-6 в респираторном тракте: с одной стороны, при аллергическом воспалении он снижает количество эозинофилов и уровень IL-4, IL-5 в дыхательных путях, с другой - данный феномен способствует формированию фиброза в бронхолегочной системе.

К настоящему времени не разработана унифицированная классификация фенотипов бронхобструктивного синдрома, как и единый универсальный подход к его лечению и профилактике рецидивов. 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 рецидивирующего бронхобструктивного синдрома,

что убеждает нас в необходимости дальнейших исследований в данном направление [25, 26, 27, 28].

1. Независимо от этиологии заболевания значимыми факторами риска формирования бронхобструктивного синдрома в раннем детском возрасте являются: отягощенный акушерский анамнез (гестозы беременности), раннее начало и рецидивирование респираторных инфекций, отягощенная наследственность по бронхолегочной патологии, неблагоприятная микроэкология (условия проживания, семья, пассивное курение). При бронхобструктивном синдроме аллергического генеза наиболее значимые — отягощенный, генеалогический по атопии анамнез и/или наличие аллергических реакций (заболеваний) у ребенка и/или кровных родственников.
2. Синдром бронхиальной обструкции, сопровождающий различные по этиологии заболевания, имеет одинаковые клинические симптомы. Однако признаки инфекционного токсикоза встречаются и являются выраженными только при бронхобструктивном синдроме инфекционной природы.
3. В развитии заболеваний органов дыхания, сопровождающихся бронхобструктивным синдромом, у детей имеют значение неблагоприятные факторы семейного анамнеза (атопия), течения беременности и родов у матери (токсикоз), преморбидного фона (искусственное вскармливание, перинатальное поражение нервной системы) на котором протекает заболевание.
4. Отягощающие факторы преморбидного фона (задержка внутриутробного развития по типу гипотрофии, анемия, ра�ахит) и манифестация атопического дерматита в первом полугодии жизни являются факторами риска развития рецидивирующего обструктивного бронхита.
5. Клиническая картина бронхобструкции в группах БА, ООБ и РОБ может быть сходной. У детей, с пневмонией, осложненной БОС обструкция протекает на фоне выраженного инфекционно-воспалительного процесса

(сопровождается интоксикацией, фебрильной температурой, выраженным катаральным синдромом, экспираторной одышкой). Для дифференциальной диагностики вариантов БОС имеют значение возраст манифестации обструкции (в группе РОБ - до 1 года, в группе ООБ и пневмонии с БОС - до 3 лет, в группе БА - в любом возрасте, но чаще до 3 лет), день возникновения обструкции от начала заболевания ОРЗ (при БА - в 1 сутки, при ООБ и РОБ на 2-3 сутки, при пневмонии - на 3-6 сутки), продолжительность обструкции (при БА до 4 суток, при РОБ до 11 суток) [21,22,23, 24].

Таким образом, в настоящее время недостаточно изучены ряд проблем и вопросов совершенствования системы организации диагностики и лечения заболевание протекающие бронхобструктивными синдромами 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 заболевания протекающие бронхобструктивными синдромами, таких как острый бронхиолит, обструктивный бронхит, рецидивирующий бронхит, 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.

Литература / References

1. Фурман Е.Г., Грымова Н.Н., Санакоева Л.П., Крылова О.А., Мазунина Е.С. Оценка риска развития бронхиальной астмы у детей раннего возраста с помощью опросника «Asthma Prediction Tool». *Российский вестник перинатологии и педиатрии* 2018; 63(1): 34–39. DOI: 10.21508/1027-4065-2018-63-1-34-39.
2. Геппе Н.А., Иванова Н.А., Камаев А.В., Колосова Н.Г., Кондюрина Е.Г., Малахов А.Б. и др. Бронхиальная обструкция на фоне острой респираторной инфекции у детей дошкольного возраста: диагностика, дифференциальная диагностика, терапия, профилактика. Москва: Мед.Ком-Про, 2019; 78 с.
3. Файзиева У.Р. Внебольничная пневмония у детей: современная взгляд на проблему//*Тиббиётда янги кун*. Бухоро. 2020. -№2(30), -С.240-244.
4. Петрова А.И., Гаймolenko И.Н. Факторы риска развития острой бронхиальной обструкции у детей дошкольного возраста. *Забайкальский медицинский вестник* 2019; 1:70–75.
5. Клинические рекомендации «Кистозный фиброз (муковисцидоз)». 2020. [Clinical guidelines «Cystic fibrosis (cystic fibrosis)». 2020. (In Russ)].
6. Муковисцидоз как социально-экономическая проблема. Колбин А. С. И другие. Москва. Качественная клиническая практика №5 2020 г. С.-38-47.