

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Роль нарушений эпидермального барьера при атопическом дерматите: современные концепции патогенеза заболевания / Н. Н. Мурашкин [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2018. – Т. 17, № 1. – С. 85–88.
2. Хоха, Р. Н. Факторы макроуровня, влияющие на показатель заболеваемости атопическим дерматитом у детей / Р. Н. Хоха // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 15, № 3. – С. 301–305.
3. Бремя атопического дерматита в современных условиях / Л. Ю. Безмельницына [и др.] // Популяционное здоровье. – 2022. – № 7. – С. 52–67.
4. Клинический протокол диагностики и лечения атопического дерматита у детей [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 08 авг. 2014 г., № 829 // Национальный центр законодательства и правовой информации Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=u614e2887>. – Дата доступа: 01.10.2024.

УДК 616.248-053.4-08

А. И. Зарянкина, А. Н. Самохвалова, А. А. Новиков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ. ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Введение

Бронхиальная астма (БА) – это гетерогенное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей и диагностируется по респираторным симптомам свистящего дыхания (визинга), одышки, стеснения в груди или кашля, переменных по длительности и интенсивности, в сочетании с обратимой обструкцией дыхательных путей [1].

В настоящее время изучением диагностики, лечения и профилактики БА, основанной на новейших достижениях в области медицины, фармакологии и молекулярной биологии занимается GINA (Глобальная инициатива по бронхиальной астме) – организация, основанная ВОЗ и Национальным институтом сердца, легких и крови США в 1983 г. Главная цель этой организации – повышать осведомленность профессионалов об астме, улучшать меры по профилактике и ведению этого заболевания.

Многие национальные рекомендации практически полностью базируются на принципах Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы.

Главная цель терапии пациентов с БА – это достижение контроля и управление БА. Согласно схеме, приведенной в GINA-2020, на первой ступени следует использовать по требованию короткодействующие В₂-агонисты (КДБА). На второй ступени – ежедневные низкие дозы ингаляционных кортикостероидов (иГКС) или антагонистов лейкотриеновых рецепторов (АЛТР). На третьей ступени – двойная низкая доза иГКС или сочетание низких доз иГКС с АЛТР. На четвертой ступени – увеличение дозы иГКС и комбинации вышеназванных препаратов.

Создание и широкое использование иГКС существенно повлияло на возможности достижения контроля течения астмы. иГКС, обладая мощным противовоспалительным действием, воздействуют на основные механизмы формирования БА. Но несмотря

на использование иГКС, у части пациентов не удается достигнуть контроля над течением заболевания. Данное обстоятельство диктует необходимость использовать в лечении БА препараты, относящиеся к другим фармакологическим группам. За последние 50 лет разрешены к использованию в лечении БА у детей только две новые группы препаратов: антилейкотриеновые препараты и анти-IgE-антитела [1].

В Республике Беларусь анти-IgE-антитела не применяются в детской практике для лечения бронхиальной астмы. Терапия основана на применении иГКС, антилейкотриеновых препаратов как в виде монотерапии так в комбинации.

Цель

Проанализировать экстренную и базисную терапию бронхиальной астмы у детей в зависимости от возраста.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 301 медицинской карты стационарного пациента детей с БА, проходивших обследование и лечение в педиатрическом отделении № 3 (пульмонологического профиля) У «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2023 г.

Анализ проводился в трех группах детей: 1 группу составили дети первых 5 лет жизни (154 человека; 51,2%), из них 113 (73,4%) мальчиков, 41 (26,6%) девочка. Вторую группу составили дети в возрасте 6–12 лет (129 человек; 42,9%): 83 (64,3%) мальчика и 46 (35,7%) девочек. Третью группу составили подростки (дети старше 13 лет) – 18 человек (6,0%): 13 (72,2%) лиц мужского пола и 5 (27,8%) – женского.

Результаты исследования и их обсуждение

Базисная терапия детей с БА основывается на степени тяжести течения процесса. В группе детей в возрасте до 5 лет (154 пациента) интермиттирующую БА имели 16 человек (10,4%), легкую персистирующую БА – 47 пациентов (30,5%), среднюю персистирующую – 91 пациент (59,09%). В возрастной группе 6–12 лет интермиттирующая БА диагностирована у 6 детей (4,6%), легкая персистирующая БА – у 54 пациентов (41,9%), средняя персистирующая – у 69 (53,5%). Среди 18 пациентов в возрастной группе старше 13 лет интермиттирующую БА имели 2 человека (11,1%), легкую персистирующую БА – 9 пациентов (50,0%), среднюю персистирующую – 7 пациентов (38,9%).

Оценка сенсibilизации организма детей с БА показала рост сенсibilизации с возрастом. В группе детей до 5 лет IgE-опосредованную БА имели 98 человек (63,6%), из которых у 20 (20,4%) БА была индуцирована одним аллергеном, у 78 (79,59%) отмечалась мультитриггерная форма. IgE-неопосредованную БА имели 18 (11,9%) детей, у 38 (24,7%) Ig E-опосредованность не уточнена. В возрастной группе 6–12 лет у 83 (64,3%) детей диагностирована IgE-опосредованная БА, у 17 (20,5%) из которых – аллерген-индуцированная форма, у 66 (79,5%) детей – мультитриггерная. У 16 (12,4%) человек этой группы IgE-неопосредованная БА, 30 (23,3%) детей имели неуточненную форму. В группе подростков (пациенты старше 13 лет) 14 (77,8%) имели IgE-опосредованную БА, которая в 100,0% случаев была аллерген-индуцирована. 4 (22,2%) пациента из данной возрастной группы имели неуточненную форму.

Основным препаратом базисной терапии БА у детей до 5 лет был иГКС: флутиказон («Фликсотид») принимали 122 (79,2%) ребенка, 34 (27,9%) из которых использовали «Фликсотид» как монотерапию. Будесонид применяли 10 (6,5%) детей, 5 (50,0%) из которых использовали будесонид как монопрепарат. В возрастной группе 6–12 лет фликсотид применяли 108 (83,7%) человек, из них 40 (37,0%) детей использовали его как монопрепарат. Будесонид в данной возрастной группе принимали 13 (10,1%) детей,

как монопрепарат – 5 (38,5%). В возрастной группе старше 13 лет фликсотид принимали 15 (83,3%) человек, как монопрепарат – 4 (26,7%), будесонид – 2 (11,1%) человека, 50,0% из которых использовали его как монопрепарат.

Сальметерол+флутиказон («Серетид») в возрастной группе детей до 5 лет применяли 19 (12,3%) детей, в группе детей 6–12 лет – 5 (3,9%), в возрастной группе старше 13 лет – 1 (5,6%) пациент.

«Монтелукаст» в группе детей до 5 лет принимали 100 (64,9%) человек, из них только 2 (2,0%) ребенка использовали «Монтелукаст» как монопрепарат. При наличии нежелательных явлений на прием «Монтелукаста» его заменяли на «Синглон», прием которого в возрастной группе до 5 лет составил 5,2%. Среди 129 детей в возрасте 6–12 лет 79 (61,2%) детей принимали «Монтелукаст», 2 (2,5%) из которых использовали его как монопрепарат. «Синглон» в данной группе принимал 1 (0,8%) ребенок. В возрастной группе старше 13 лет «Монтелукаст» принимали 12 (66,7%) пациентов, «Синглон» в данной возрастной группе не использовался.

Базисную терапию в комбинации флутиказон («Фликсотид») с «Монтелукастом» использовали 157 человек (52,2%), из которых в возрастной группе до 5 лет – 80 (51,9%) детей, от 6 до 12 лет – 66 (51,2%) пациентов, в возрастной группе старше 13 лет – 11 (61,1%) пациентов.

Для купирования приступа бронхиальной астмы в возрастной группе до 5 лет сальбутамол использовался в 61,7% случаев (у 95 пациентов), в группе детей в возрасте 6–12 лет – в 73,6% (у 95 человек), у пациентов старше 13 лет – в 66,7% (у 12 пациентов). «Фенотерол» для купирования приступа БА применялся у 33 (21,4%) детей в возрасте до 5 лет, у 32 (24,8%) – в возрасте 6–12 лет, у 4 (22,2%) пациентов в возрасте старше 13 лет. Ипратропия бромид+фенотерол («Беродуал») для купирования приступа БА в возрастной группе до 5 лет применяли 118 (76,6%) детей, 6–12 лет – 93 (72,1%) ребенка, старше 13 лет – 10 (55,6%) человек.

Заключение

Базисная терапия БА основывается на степени тяжести течения процесса с учетом возраста детей, рекомендаций Глобальной инициативы по бронхиальной астме. У детей Гомельской области, находившихся на стационарном обследовании и лечении в возрасте до 12 лет, БА чаще имеет среднюю степень тяжести: в 59,1% – у детей до 5 лет, в 53,5% – у детей с 6 до 12 лет. У подростков (старше 13 лет) чаще встречается легкая степень тяжести. Во всех возрастных группах преобладает IgE-опосредованная БА.

Из препаратов базисной терапии БА во всех возрастных группах чаще применяются флутиказон («Фликсотид») (81,4%) (при этом каждый четвертый пациент получает флутиказон как монотерапию) и «Монтелукаст» (63,5%). Комбинацию флутиказона («Фликсотид») и «Монтелукаста» в возрасте до 5 лет используют дети в 51,9% случаев, с 6 до 12 лет – в 51,9%, старше 13 лет – в 61,1%.

Для купирования приступов БА в возрастной группе до 5 лет чаще применяется ипратропия бромид+фенотерол («Беродуал») (76,62%), в 6–12 лет – ипратропия бромид+фенотерол («Беродуал») (72,1%) и сальбутамол (73,6%). В возрастной группе старше 13 лет преобладает применение сальбутамола (66,7%).

Новые стратегии применения комбинации иГКС+формотерол на основе симптомов (при необходимости) и иГКС каждый раз, когда применяются короткодействующие бронхолитики, отражены в последних рекомендациях GINA [2]. Сегодня это перспективные подходы, в том числе и в детстве [2].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новик, Г. А. Современные подходы к базисной терапии бронхиальной астмы у детей раннего возраста. Роль и место антилейкотриеновых препаратов / Г. А. Новик, Е. Г. Халева // Лечащий врач. – 2015. – № 12. – С. 34–45.
2. Водовозов, А. В. Бронхиальная астма: принципиальные изменения в новом руководстве GINA (2019) / А. В. Водовозов // Ремедиум. – 2020. – № 9. – С. 46–50.

УДК 616-053.2+614.2+612.6(476.2-37Мозырь)

А. А. Козловский¹, О. А. Аскерко³, О. С. Пущенко², Е. В. Лапицкая¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение «Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

³Учреждение «Мозырская городская детская больница»

г. Мозырь, Республика Беларусь

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МОЗЫРСКОГО РАЙОНА

Введение

Здоровье детского населения – один из основных компонентов национальной безопасности страны, поэтому сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения является приоритетным направлением социальной политики государства [1]. Показатели заболеваемости детей и уровень их физического развития формируются под влиянием определенных социально-экономических условий и являются в настоящее время одними из ведущих критериев здоровья, индикатором социально-экономического благополучия общества [2]. Уровень заболеваемости детей зависит от ряда экономических, социально-гигиенических, экологических и медицинских факторов [3]. Значительные отклонения в физическом развитии свидетельствуют о неблагополучии в состоянии здоровья. Чем существеннее отклонения, тем выше вероятность наличия функциональных нарушений или хронических заболеваний [4, 5]. Все вышесказанное обуславливает актуальность исследования.

Цель

Провести анализ состояния здоровья и заболеваемости детского населения Мозырского района.

Материал и методы исследования

Использованы официальные отчеты организационно-методического отдела У «Гомельская областная детская клиническая больница» о медицинской помощи детям Мозырского района и Гомельской области за 2023 г. Обработку материалов проводили описательно-оценочными и статистическими методами исследования. Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью прикладного пакета MS Excel 2016 и программы STATISTICA 6.0. Для проверки статистической гипотезы о значимости отклонений того или иного показателя применяли t-критерий Стьюдента, используемый для нормального распределения значений в выборке. Различия между изучаемыми показателями считали статистически значимыми при значении $p \leq 0,05$.