

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Ф.Х. МАМАТКУЛОВА, Д.С. ИСЛАМОВА, Х.М. МАМАТКУЛОВ, Ш.М. ИБАТОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЗАМОНАВИЙ МУАММОЛАРИ

Ф.Х. МАМАТКУЛОВА, Д.С. ИСЛАМОВА, Х.М. МАМАТКУЛОВ, Ш.М. ИБАТОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

MODERN PROBLEMS OF CHRONIC DISEASE IN CHILDREN

F.H. MAMATKULOVA, D.S. ISLAMOVA, H.M. MAMATKULOV, Sh.M. IBATOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

По данным мировой статистики, в последние десятилетия значительно увеличилась частота хронической патологии среди детского населения. Почти у 60% детей выявляются хронические заболевания. Распространенность аллергических [4], сердечно-сосудистых, бронхолегочных заболеваний, болезней мочевой системы, желудочно-кишечного тракта, носоглотки составляют более 50%. Социальный ущерб вследствие указанной патологии усугубляется тенденцией к ее хронизации.

Большинство хронических болезней человека имеют мультифакториальную природу - они развиваются при наличии наследственного предрасположения и при соответствующем воздействии неблагоприятных факторов окружающей среды, в том числе социальных, экологических, метеотропных [5, 7]. В критические периоды организм ребенка оказывается в неустойчивом состоянии, подвергаясь более высокому риску развития пограничных и патологических состояний при воздействии неадекватных его возможностям или патогенных раздражителей (инфекционные агенты, ксенобиотики, токсические радикалы, ионизирующая радиация и др.).

Основная цель изучения факторов риска создать реальную базу для осуществления индивидуального прогноза и профилактики развития патологии у ребенка. Термин «фактор риска» это общее название факторов, не являющихся непосредственной причиной определенной болезни, но и увеличивающих вероятность ее возникновения. В формировании хронических состояний принадлежит нарушениям адаптации организма ребенка к изменениям окружающей среды.

Здоровье детей представляет собой не только биологическую, но и социальную категорию, когда осуществляется возможность социальных контактов на уровне семьи, коллектива, общества [1, 3]. Среди заболеваний, имеющих тенденцию к хронизации у детей, наибольшее распространение получили заболевания нервной системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевой системы, крови и обмена веществ. Самую большую по численно-

сти группу вошли часто болеющие дети с симптомами лимфатико-гипопластического диатеза и лимфатизма, с первичными вегето-сосудистыми дистониями, с нарушением обменно-конституционного характера, с неврологической патологией и с клинических проявлений аллергии [5]. В течение многих лет изучая этиологию и патогенез заболеваний нервной системы у детей, исследователи единодушно пришли к выводу, что по большей части эти заболевания обусловлены гипоксически-ишемическими повреждениями мозга в перинатальном периоде [2].

В настоящее время не вызывает сомнения существование минимальных мозговых дисфункций приблизительно у 20% детей в общей популяции [4]. Основным предметом дискуссии стал вопрос, каковы причины подобных расстройств - патологическая наследственность, гипоксически-ишемические повреждения мозга или же они целиком обусловлены влиянием среды (воспитание в семье, социальная принадлежность и материальное обеспечение). Одни исследователи связывают эти нарушения с перинатальными повреждениями нервной системы [5], другие отдают предпочтение воздействию среды, аргументируя это тем, что минимальные мозговые дисфункции часто выявляются или усиливаются в возрасте 7-10 лет [7]. В последние годы резко возросло число аллергических заболеваний легких, кожи (до 15% и даже 20% детского населения). Появились новые термины - полиорганная аллергия, синдром «тотальной» аллергии, синдром химической гиперчувствительности. Самой частой патологией у детей являются болезни органов дыхания. Следует выделить ОРИ в отдельную подгруппу болезней респираторной системы, ибо это далеко не всегда болезни органов дыхания, а их включение в данную группу не позволяет достоверно судить о динамике серьезных, угрожающих здоровью болезней легких. Заболеваемость детей острой пневмонией составляет 5:1000 и, к сожалению, остается одной из причин младенческой смертности [6]. Особую категорию составляют часто и длительно болеющие дети; в основном речь идет

о заболеваниях дыхательной системы (ОРИ, ЛОР-болезни, бронхиты, бронхиолиты). У 50% детей при обследовании выявляются очаги хронической инфекции (чаще всего-патологии ЛОР-органов) и атопия. У детей второго-третьего года жизни еще существует так называемый «физиологический иммунодефицит». По состоянию иммунной системы и склонности к стрессорным реакциям дети этого возраста не могут быть объединены в коллективы (ясли) (6). Следовательно, матерям необходимо представлять возможность ухода за ребенком до достижения им трех лет. По данным Таточенко В.К. (2001) уровень заболеваемости ОРИ у часто болеющих в первые семь лет жизни в 3 раза, в школьном возрасте в 5 раз превышает таковые у редко болеющих детей. Среди них рецидивирующая бактериальная инфекция, затяжные формы бактериальных инфекций, заболевания вирусно-бактериальной этиологии, рецидивирующие вирусные инфекции и группа детей с аллергическим синдромом [7]. Болезни сердечно-сосудистой системы также являются одной из ведущих проблем педиатрии. Частота врожденных пороков сердца составляет 3-8 на 1000 новорожденных. По данным ВОЗ (1999) распространенность ревматической лихорадки среди детей в различных регионах мира составляет 0,3-18,6 на 1000 школьников. Возросла значимость артериальной гипертонии и гипотонии у детей. Повышенное артериальное давление, по данным Ю.М. Белозерова и соавт. [7], наблюдается у 14,3% школьников 13-14 лет; пониженное артериальное давление, по данным А.Г. Муталова, у 10,9%.

Болезни органов пищеварения встречаются примерно у 6% детей школьного возраста. Если включить в эту группу пищевую аллергию и неясные боли в животе, то эта цифра возрастает до 15% (10). Генетические факторы играют существенную роль в развитии хронической гастродуоденальной патологии. Так, по данным А.В. Мазурина и соавт. [4], коэффициент наследования хронических гастродуоденита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки составляет более 0,5; этим в какой-то мере объясняется факт, что хеликобактерная инфекция у одних детей вызывает гастродуоденит, а у других – язвенную болезнь. Отмечается рост патологии органов мочевой системы у детей. Распространенность болезней мочевой системы у детей составляет 33:1000; так, гломерулонефрита – 6:1000, пиелонефрита – 5:1000, инфекции мочевыводящей системы-23:1000 [7]. Распространенность болезней мочевыделительной системы составляет 33,6 на 1000 детей. В структуре почечной патологии (16,8%) первое место занимает пиело-

нефрит, второе –гломерулонефрит (16,2 на 1000 городских детей). Подтверждены данные о преобладании среди больных с почечной патологией девочек, преимущественно старшего возраста [7]. Клинический полиморфизм проявлений обменных нарушений, спектр почечной и внепочечной патологии в родословных при различных типах дизметаболических может быть использована в качестве критериев формирования группы детей с повышенным риском по нефропатии у детей и требует проведение диспансеризации этой группе больных детей [7]. Распространение диффузного гломерулонефрита среди детей до 14 лет составляют $14,8 \pm 1,22$ на 1000 детей. До 3 лет среди всех нефропатией диффузный гломерулонефрит составляет 12,2%, 8-14 лет. 21,7%, среди девочек 14,0%, среди мальчиков составляет 29,7%. Среди госпитализированных детей в стационаре диффузный гломерулонефрит составляет 1,5%-3%.

Таким образом, рост частоты хронических заболеваний у детей обуславливает актуальность прогнозирования и первичной профилактики хронической патологии на уровне первичного звена здравоохранения.

Литература:

1. Барашнев Ю.И. Эмбриофетопатии: патогенез, клиника, диагностика, профилактика. Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2010.- N 4.-С.6-12.
2. Ишкабулов Д.И., Расулов А.С. и др. Возможность использования генеалогического анализа при диспансеризации для выявления детей с факторами риска. Педиатрия, 1990, №3, стр. 81-84
3. Камилова А.Т., Ахмедова И.М., Пазилова С.А. Стандарты диагностики и лечения детей с заболеваниями органов пищеварения. Руководство для врача. Ташкент, 2008, стр 3-53.
4. Розиновой Н.Н., Мизерницкого Ю.Л. / Хронические заболевания легких у детей - М: Практика, 2012. - 224 с.
5. Самсыгина Г.А. Проблемы диагностики и лечения часто болеющих детей на современном этапе / Самсыгина Г.А. // Педиатрия. - 2010. - № 2.- С.137.- 145. - С. 2010
- 6.Таточенко В. К. Пневмония у детей: диагностика и лечение / В. К. Таточенко // Лечащий врач: Журнал для профессионалов в медицине. - 2008. - № 8. - С. 5-10.
7. Simon A., Ammann R.A., Wilkesmann A., et al. Respiratory syncytial virus infection in 406 hospitalised premature infants: results from a prospective German multicentre database // *Pediatr.* - 2007. - Vol. 166. - P. 1273-1283.