RESEARCH JOURNAL OF TRAUMA AND DISABILITY STUDIES

Volume: 3 Issue: 10 | Oct–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

Подход К Терапии Бронхиальной Астмы У Детей С Последствиями Перинатального Поражения Цнс

Хайдарова Сарвиноз Хайдаржоновна
Ph.D, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Мавлянова Зилола Фархадовна
DSc, профессор, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Ахтамова Шахзода Фозиловна
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

В последнее время достигнуты большие успехи в изучении возникновения, патогенеза, клинического течения и диагностики бронхиальной астмы (БА). Следует отметить, что от срока начала лечения БА, зависит ее исход. Поэтому после установления диагноза БА терапия должна начинаться как можно раньше. Отсрочка начала лечения может стать причиной необходимости назначения высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов. Последствия позднего начала терапии ингаляционных глюкокортикостероидов заметны даже через 5 лет лечения. Выбор лечения определяется тяжестью течения, степенью контроля и периодом БА. Однако в любом случае необходим индивидуальный подход в выборе средств и методов лечения.

По данным современной литературы, новорожденные, перенесшие гипоксию-ишемию в перинатальном периоде, в последующие периоды детства имеют неврологический дефицит различной степени тяжести в виде задержки нервно-психического и двигательного развития, минимальных дисфункций мозга, нарушений социальной адаптации, детского церебрального паралича, эпилепсии. При этом не изучалось влияние последствий перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС) на течение БА у детей в зависимости от психосоматического статуса, а также нет данных, касающихся особенностей течения и лечения БА у детей с различными клиническими вариантами проявления патологии ЦНС.

Таким образом, все вышеизложенное обуславливает необходимость дальнейшей разработки новых диагностических и прогностических критериев реализации и течения бронхиальной астмы у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС.

Цель исследования. Разработать программу терапии бронхиальной астмы у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС.

Материал и методы исследования: Клинико-неврологическое обследование проведено среди 72 детей с БА средней степени тяжести в возрасте 5 - 7 лет (51 мальчик и 21 девочка), имеющих последствия перинатального поражения ЦНС. В зависимости от проведенной терапии дети были разделены на 2 группы: основную, в которую вошли 38 детей (52,8%), получавших на фоне базисного лечения терапию, направленную на коррекцию выявленных неврологических нарушений, и группу сравнения - 34 пациента (47,2%), получавших базисную терапию. Наряду с базисной терапией пациенты основной группы для коррекции выявленных последствий перинатального поражения ЦНС получали семакс капли назальные 0,1% в средней суточной дозе 300-400 мкг/сутки. Курс лечения 2 месяца, разделенных на два курса по 30 дней с перерывом в 3 месяца. Для активации процессов нейропластичности, межполушарных взаимоотношений, а также корково-подкорковых взаимодействий получали процедуры транслингвальной нейростимуляции при помощи аппарата «Нейропорт». Длительность

Volume: 3 Issue: 10 | Oct–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

процедуры составляла 30 минут 2 раза в день, за один курс проводилось 10 процедур. Повторно курс нейрореабилитации проведен всем пациентам через 3 месяца.

Результаты и их обсуждение. У подавляющего большинства детей основной группы (84,2%, n=32) удалось достичь контроля над заболеванием в течение трех месяцев от начала комплексной терапии. Только 15,8% (n=6) детям понадобилось увеличение объема базисной противовоспалительной терапии до 375 мкг/сутки. На этой дозе у всех детей достигнут контроль над заболеванием в течение 4-х недель. В группе сравнения в течение трех месяцев контроль над заболеванием был достигнут менее, чем у половины (44,1%, n=15) детей (p=0,0078). Остальным 55,9% (n=19) пациентам потребовалось усиление терапии (step-up) и увеличение объема базисной терапии до 375 мкг/сутки по флутиказону. Из них у 23,5 % (n=8) был достигнут контроль, но 32,4% (n=11) детей (p=0,011) в течение 6 недель сохраняли интолерантность к физической нагрузке, им базисная терапия была увеличена до 500 мкг/сутки, что привело к достижению контроля над заболеванием. У 2 детей (5,9%) отсутствовал контроль над заболеванием на базисной терапии в объеме 500 мкг/сутки, в связи с неблагоприятными бытовыми условиями. Поэтому у них была пересмотрена степень тяжести БА, диагностирована тяжелая астма и назначена базисная терапия в соответствии со степенью тяжести.

Также было установлено, что среди детей основной группы, которым потребовалось увеличение дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) (25 пациентов; 34,7%), 48 % (n=12) детей имели вегетативную дисфункцию, у 40 % (n=10) детей был синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВиГ), и только 12 % (n=3) детей были нарушения речи. То есть, дети с СДВиГ и вегетативной дисфункцией достоверно чаще нуждались в назначении более высоких доз ИГКС.

Для оценки эффективности предложенной комплексной программы терапии БА в катамнезе через 6 месяцев проведена оценка степени контроля над заболеванием (полная, частичная или отсутствует) по результатам АСТ-теста, пикфлуометрии, спирометрии с определением объема форсированного выдоха ($ОФВ_1$). Учитывая, что достоверных отличий в оцениваемых показателях в группах на момент включения детей в исследование не было, рациональным было проведение сравнительного анализа между группами к 6-му месяцу наблюдения. Результаты сравнительного анализа показали, что у пациентов основной группы после курса проведения комплексной терапии отмечался значимый рост показателей внешнего дыхания. Так, экскурсия грудной клетки у них стала достоверно выше в 2,2 раза в сравнении с пациентами группы сравнения, получающими только базисную терапию (3,8±3,9 см и 8,5±5,3 см соответственно). У детей основной группы отмечено так же увеличение ЖЕЛ и жизненного индекса до 3,3±1,8 л и 56,2±2,3 мл/кг соответственно, что превышало параметры группы сравнения в 2,5 раза и 1,3 раза. Комплексная терапия привела к увеличению объема (3,8±1,8 л) и пиковой скорости форсированного выдоха (393,3±3,3 л/мин) по сравнению с детьми группы сравнения, получавшими стандартный комплекс терапии (1,3±0,6 л и 316,1±6,8 л/мин, соответственно). Задержка дыхания на вдохе в основной группе была в 1,6 раз выше, чем в группе сравнения, составляя 37,1±2,7 секунд. Аналогичная динамика прослеживалась в отношении силы мышц спины (в 2,2 раза) и живота (в 2,9 раз), а также общей физической работоспособности (в 1,3 раза).

Не менее выраженное улучшение на фоне комплексной программы терапии в основной группе выявлено и в психоневрологическом статусе. У 36,8% детей (n=14) отмечалось улучшение сна и его качества, концентрация внимания и память восстановились в 34,2% (n=14) наблюдений, при этом дети охотнее занимались, значимо увеличилась продолжительность концентрации внимания, уменьшилась утомляемость. За счет активации речевых зон головного мозга как экспрессивной (моторной), так и импрессивной (сенсорной) речи отмечалась динамика в

Volume: 3 Issue: 10 | Oct–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

нормализации темпа речи, ее ритма (n=19; 50%). За счет активации центра регуляции акта мочеиспускания Баррингона у 31,6% (n=14) детей сформировались суточные ритмы и привычка удержания мочи в ночное время.

Таким образом, предложенная программа комплексного лечения БА у детей с отдаленными последствиями перинатального поражения ЦНС представляет циклический процесс и включает оценку состояния пациента, коррекцию терапии (медикаментозной и немедикаментозной), а также контроль ответа на проводимое лечение с учетом коррекции выявленных неврологических синдромов. Основной задачей представленного алгоритма и параметром эффективности терапии является достижение контроля с длительной ремиссией, а также предупреждение обострения.

Литература:

1. Khaidarzhonovna K. S., Farkhadovna M. Z., Khaitovich S. R. Features of physical development in children with bronchial asthma //journal of biomedicine and practice. – 2023. – Т. 8. – №. 2.
2. Мавлянова З. Ф., Хайдарова С. Х. Актуальные вопросы хронического бронхита у детей //Science and Education. – 2023. – Т. 4. – №. 2. – С. 328-337.
3. Хайдарова С. Х. и др. Перинатальный анамнез и функциональные показатели у детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы, осложненными бронхиальной астмой // International Journal of Alternative and Contemporary Therapy. – 2024. – Т. 2. – №. 3. – С. 44-47.
4. Бурханова Г. Л., Мавлянова З. Ф., Равшанова М. З. Convulsive Syndrome In Children: Tactics Of Conduct //Журнал Биомедицины И Практики. – 2022. – Т. 7. – №. 1.
5. Худойкулова Ф. В. и др. the structure, age features, and functions of hormones. pedagog, 1 (5), 681-688. – 2023.
6. Бурханова Г., Мавлянова З., Ким О. Влияние спортивного питания на физическое развитие детей и подростков с повышенной физической нагрузкой //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 4 (97). – С. 24-26.
7. Akbarovna A. M., Farkhadovna M. Z., Anatolevna K. I. M. O. Орқа мия ва умуртқа поғонасининг бўйин қисмининг туғруқ жароҳатлари билан беморларнинг диагностикасида электронейромиографиянинг ўрни //Journal of biomedicine and practice. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
8. Геппе Н.А., Колосова Н.Г., Зайцева О.В., и др. Диагностика и терапия бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста. Место небулизированных ингаляционных глюкокортикостероидов в терапии бронхиальной астмы и крупа (Консенсус по результатам совета экспертов Педиатрического респираторного общества). Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. - №63(3). – С. 124-3
9. Краснорyцкая О.Н., Леднева В.С. Клинико-биохимические показатели в диагностике нарушения развития детей с последствиями перинатального поражения нервной системы // Педиатрия. – 2018. - Т.97. - №3 – С. 175-179
10. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 5-е изд., перераб. и доп. М.: Оригинал-макет, 2017
11. Павленко В.А., Мельникова И.М., Мизерницкий Ю.Л. Прогностическое значение функциональных показателей дыхательной системы и вегетативной нервной системы у детей раннего возраста, перенесших острый обструктивный бронхит на фоне

Volume: 3 Issue: 10 | Oct–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

перинатального поражения центральной нервной системы // Вопросы практической педиатрии. – 2015. – Т.10. - №1 – С. 7-1

12. Трепилец С.В., Голосная Г.С., Трепилец В.М., Кукушкин Е.И. Гипоксически-геморрагические поражения мозга у новорожденных: значения определения нейрохимических маркеров, маркеров воспаления и апоптоза в неонатальном периоде и результаты катамнестического наблюдения // Педиатрия. – 2018. – Т.97. - №1 – С. 31-3
13. Selroos O. Effect of disease duration on dose-response of inhaled budesonide in asthma. Respir Med. 2008; 102(7): 1065-72. DOI:10.1016/j.rmed.2007.12.02
14. Selroos O, Löfroos AB, Pietinalho A, Riska H. Asthma control and steroid doses 5 years after early or delayed introduction of inhaled corticosteroids in asthma: a real-life study. Respir Med. 2004; 98(3): 254-62. DOI:10.1016/j.rmed.2003.10.007