

ОГЛЯДИ

УДК: 616. 233/24-036.12

Н.В. Банадига, І.О. Рогольський

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського
46001 Тернопіль, майдан Волі, 1

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЕКОПАТОЛОГІЇ, СТРУКТУРИ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ХРОНІЧНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ

Проблема хронічної неспецифічної патології (ХНП) органів дихання серед дітей з позицій клініциста чи науковця не втратила своєї актуальності і на сьогодні [13]. Особлива увага зумовлена, насамперед, поширеністю даної патології. Провідне місце у структурі ХНП бронхолегеневої системи займають: рецидивуючий бронхіт (РБ), бронхіальна астма (БА), які мають тенденцію до зростання [18, 19].

Незбавного зростання набула захворюваність БА — так, за даними Харченко (1995), вона зустрічається від 9 до 20 на 1000 дитячого населення. За цього тяжкий перебіг діагностується у 15-28 % випадків [22]. Статистика за різними джерелами строката, але в основному відображає негативну тенденцію до збільшення питомої ваги БА у структурі як бронхолегеневих, так і алергічних хвороб, що становить 50-70 % [1, 21]. Аналогічна ситуація має місце у розвинутих (в плані медичної науки) країнах світу, де розповсюдженість БА серед дітей сягає 6-8 % [20]. Лише у США за останні 25 років захворюваність БА зросла на 58 %, а у Росії тільки по м. Москві - у 7 разів [7].

БА є безпосередньою причиною виникнення інвалідності у дітей, що в подальшому спонукає до втрати працездатності 8 % дорослого населення [22]. У сучасних умовах медици зіткнулися з реальною проблемою смертності від БА: щорічно в світі помирає 2 мільйони людей від цієї недуги, з них лише у Франції щорічно 2000 хворих працездатного віку. У США за останні 20 років смертність від БА збільшилась у 2 рази [4]. Така ж тенденція спостерігається серед дітей: якщо 1990 року вона становила 0,35 % [21], то в наступні роки — 1-2 %. Смертність від ядухи дітей Японії зросла до 2-4 %, особливо в промислових регіонах країни. Найбільш небезпечним у цьому аспекті є підлітковий вік — 12,4 та 14,1 років [22, 23].

Безпосередньою причиною при БА у дітей є асфіксийний синдром, який розвивається переважно у хворих, що тривало приймали стероїдну терапію [9, 20]. Актуальність проблеми ХНП органів дихання, до яких входить РБ, визначається не лише значною їх розповсюдженістю, але й можливістю трансформації у хронічну бронхолегеневу патологію у дорослих, з ймовірністю інвалідизації [10, 17]. РБ складає третину усіх захворювань рецидивного та хронічного характеру у дітей, що становить від 11 до 38 %. За цього 46,9 % хворих складають діти віком 4-7 років [2, 6, 21].

Результати численних наукових досліджень засвідчують, що в останнє десятиліття намітився ріст обструктивного синдрому при РБ, що визначає в подальшому його прогноз [2, 4, 5]. Хронічна пневмонія (ХП) залишається однією з дискутабельних та до кінця не вирішених проблем дитячої пульмонології. З плином років змінились підходи до діагностики, лікування, але ця патологія залишається серйозною в прогностичному аспекті. Досягнення сучасної медичної науки призвели до того, що впродовж останнього десятиліття немає росту

захворюваності. За даними бронхологічного обстеження, у 17,3 % хворих дітей діагностується неспецифічна ХП, за цього найбільш часто уражується нижня доля лівої легені. У цілому ХП діагностують у 0,5 на 1000 дітей. Насторожує те, що у 70 % хворих мають місце різної глибини вентиляційні порушення, а також у 4-5 % пацієнтів — бронхообструктивний синдром, котрі зумовлюють несприятливий перебіг [12, 17, 19]. Окрім того, викликає занепокоєння та обставина, що у 83 % хворих на ХП клінічна симптоматика виникає в перші 3 роки життя, після перенесеної гострої пневмонії.

Статистичні дані розповсюдженості ХП бронхолегеневої патології прямо залежать від екологічного оточення, ступеня забруднення атмосферного повітря, урбанізації та інших чинників [2, 5, 10]. На сьогодні набрали значення аксіоми значний рівень захворюваності дітей РБ, БА в промислових регіонах [11, 14, 15]. Аналіз розповсюдженості хвороб органів дихання за період 1985-1991 р. р. у дітей, мешканців промислових регіонів України, порівняно із середніми показниками в областях із меншим розвитком промислового комплексу свідчить, що частіше хворіють діти промислових регіонів (1052,0 проти 745,7), в тому числі на хронічний бронхіт — 6,4 проти 4,6, БА — 2,7 проти 1,5 [15].

У широкому розумінні екопатогенний ризик для здоров'я дітей передбачає глобальні зміни, що відбуваються на планеті. — "парниковий ефект" та потепління клімату, збільшення концентрації вуглекислого газу, оксидів азоту, метану в атмосфері [12]. Треба брати до уваги і регіональні проблеми, екстремальні кліматичні, геофізичні та геохімічні умови, інтенсивну урбанізацію, хімізацію та інші досягнення науково-технічного прогресу [3]. У цілому вони призвели не лише до зростання питомої ваги патології органів дихання, але і змінили якісний її склад. Дослідження, здійснені на екологічно несприятливих територіях, свідчать, що на першому місці перебуває бронхолегенева, на другому — алергічна патологія, на третьому — залізодефіцитні анемії [9, 11].

Екологічну патологію визначає не стільки загальна розповсюдженість захворювань, скільки частота і тяжкість хронічних хвороб, поява незвичних захворювань або їх поєднання, а також омолодження окремих екологічних форм, зокрема БА [7, 17, 24]. Згідно з дослідженнями, проведеними в Росії, алергічна патологія серед дітей із екологічно забруднених районів у 5 разів частіше спостерігається, ніж із чистих. На чистій території БА зустрічається у 9,7, а РБ у 6,0 на 1000 дітей, коли на забруднених відповідно — 24 і 94 на 1000 дитячого населення [5].

Змінене довкілля — наслідок численних катастроф, серед яких найбільш потужною є аварія на Чорнобильській АЕС. Адже саме її наслідки визначили стан здоров'я більше 15 мільйонів жителів Білорусії, України, Росії. Серед дитячого населення України вималювались окремі зрушення, зумовлені змінами імунологічними, гормональними, метаболічними, функціональними відхиленнями кардіо-респіраторної системи [8]. Сукупність їх створила ґрунт для росту ХП бронхолегеневої системи, серед яких ведучими є респіраторні алергози [14, 16]. За період 1988-1994 рр. серед дітей, які були евакуйовані із зони аварії на ЧАЕС та серед тих, що проживають на контрольних територіях, спостерігається зростання частоти патології органів дихання. Так, частота БА зросла відповідно в 1,2 і 1,5 разів, хронічний бронхіт — відповідно у 1,7 і 2,5 разів [16, 17].

Очевидною є залежність частоти і структури патології бронхолегеневої системи від несприятливих чинників навколишнього середовища [3, 6, 20]. В умовах зміненого екологічного довкілля зростає ймовірність хронічного стресу, який за певних умов може бути патогенетичним фактором, що погіршує здоров'я людини, особливо в дитячому віці, відмінною рисою якого є нестійкість гомеостазу, внаслідок безперервних морфофункціональних перебудов, пов'язаних із ростом та розвитком організму [15, 18].

Екологічна несприятливість зумовлює мультифакторіальний вплив на хвору дитину, а тому ті тенденції, що вималювались останніми роками в структурі і клініці ХП бронхолегеневої системи, не можна вважати кінцевими. Багатогранність впливу зовнішніх чинників на систему гомеостазу при хронічній патології органів дихання потребують ґрунтовних досліджень нових ланок та їх взаємозв'язків. Співдружність клініцистів та

науковців прагне знайти нові підходи до проблеми ХНП бронхолегеневої системи, щоб зменшити ймовірність рецидивів, ускладнень, інвалідності дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балабошкин И.И. Аллергические заболевания детей в районах с промышленным загрязнением // Педиатрия. - 1995. - № 1. - С. 59-60.
2. Бельбот Ю.К. Клинико-эпидемиологические и параклинические особенности рецидивирующего бронхита у детей крупного промышленного города // Тез докл. «Актуальные проблемы социальной медицины и организации здравоохранения и пути их дальнейшего развития на Украине». - Днепропетровск. - 1994. - С. 152-154.
3. Васильева Т.Л. Клинико-патогенетичні особливості рецидивуючого бронхіту у дітей в умовах промислового регіону, лікування і профілактика: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.10 / НАГ. - Київ. - 1995. - С. 40.
4. Вельтищев Ю.Е. Экопатология детского возраста // Педиатрия. - 1995. - № 4. - С. 26-33.
5. Вельтищев Ю.Е. Экологически детерминированная патология детского возраста // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1996. - № 2. - С. 5-12.
6. Вельтищев Ю.Е. Проблемы экопатологии детского возраста - иммунологические дефекты // Педиатрия. - 1992. - № 6. - С. 74-80.
7. Вельтищев Ю.Е., Святкина О.Б. Атопическая аллергия у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1995. - № 1. - С. 4-10.
8. Возіанов О.Ф. Чернобыль - по десяти роках // Журнал АМН України. - 1996. - Т. 2, № 2. - С. 187-190.
9. Дзюва М.Е., Мизерницкий Ю.Л. Сенсибилизация к промышленным хвещеским алергенам при бронхиальной астме у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1995. - Т. 40, № 1. - С. 25-28.
10. Экопатология детского возраста. Сборник лекций и статей / Под. ред. Ярыгина В.Н., Пивоварова Ю.Н., Демина В.Ф. - Москва. - 1995. - С. 375.
11. Ефимова А.А. Экология и здоровье детей // Педиатрия. - 1995. - № 4. - С. 49-50.
12. Зербино Д.Д. Екологічна патологія та екологічна токсикологія - одні з пріоритетних напрямків у медицині // Журнал АМН України. - 1995. - Т. 1, № 2. - С. 323-328.
13. Коздзевская М.Н., Рознова Н.Н. Возрастная эволюция и исходы бронхиальной астмы у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1997. - № 1. - С. 34-39.
14. Лукьянова Е.М. Клинические и параклинические аспекты здоровья детей через 9 лет после Чернобыльской катастрофы // Журнал АМН Украины. - 1995. - Т. 1, № 1. - С. 48-60.
15. Лукьянова О.М. Наукові аспекти вирішення проблеми дитячої захворюваності в Україні // Журнал АМН України. - 1996. - Т. 2, № 2. - С. 334-343.
16. Пономаренко В.М., Нагорна А.М., Проклина Т.Л. Заболеваемость детей дошкольного возраста, проживающих на территории Ровенской области, подвергшейся радиационному загрязнению в результате Чернобыльской катастрофы // Врачебное дело. - 1993. - № 2. - С. 36-38.
17. Пухлик Б.М., Єкімова І.І., Горбатьок І.М. Розповсюдженість бронхіальної астми серед дітей і фактори середовища, що на неї впливають // Укр. пульмонологічний журнал. - 1994. - № 2. - С. 22-24.
18. Чернобыль... Здоровье детей / В.М. Пономаренко, А.М. Нагорная, А.И. Щербатый, В.Н. Полищук. Киев. Укр. Информационные Системы. - 1996. - С. 253.
19. Шамова А.С., Галлямов А.Б., Маленичева Т.С. Прогнозирование уровня аллергических заболеваний у детей в зависимости от степени загрязнения атмосферного воздуха // Казанский медицинский журнал. - 1995. - Т. 76, № 4. - С. 303-305.
20. A cohort study on childhood asthma admissions and readmissions. T. To, P. Dick, W. Feldman et al // Pediatrics. - 1996. - Vol. 98, № 2. - P. 191-195.
21. Asthma and wheezing in the first six years of life // Martinez F.D., Wright A.L., Taussing L.M. et al // England Journal Medicine. - 1995. - Vol. 332. - P. 133-138.
22. Schwartz A. Pathology of allergic diseases. - Praha: Univerzita Karlova, 1990. - P. 197.
23. Sheffer A.L. International Consensus Report on the diagnosis and treatment of asthma // Clin. Exp. Allergy Suppl. - 1992. - Vol. 22. - № 1. - P. 1-72.
24. The relationship between parental and children's serum immunoglobulin E and asthma / B. Burrows, F. Martinez, M.G.Cline, et al // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 1995. - Vol. 152. - P. 1497-1500.

Надійшло 5.02.2001