

**БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА:
ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ, ПРИЧИНЫ**

©2016 Н.М. Шавazi, М.В. Лим, Л.И. Исаева, М.А. Шулешко, А.А. Алланазаров
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский филиал Республиканского научного
Центра экстренной медицинской помощи

Ключевые слова: дети, бронхообструктивный синдром, факторы риска.

Таянч сўзлар: болалар, бронхообструктив синдром, хавф омиллари.

Keywords: children, bronchoobstructive syndrome, risks factors.

Цель исследования: определить значимость различных факторов формирования бронхообструктивного синдрома у детей при респираторных заболеваниях. Обследовано 80 больных, которые были разделены на 2 группы: I-я группа – 40 детей с острым бронхитом, II – 40 детей с острым обструктивным бронхитом. Выявлено, что наиболее частыми факторами формирования бронхообструктивного синдрома явились: хронические очаги инфекции у матери, паратрофия, перинатальные поражения центральной нервной системы, атопия, асфиксия новорожденных, группа часто болеющих детей, смешанное и искусственное вскармливание, отсутствие вакцинопрофилактики, лимфатико-гипопластический диатез, неадаптированные смеси, наследственная отягощенность по бронхолегочной патологии. Таким образом, выявление факторов, способствующих риску развития бронхообструктивного синдрома у детей, позволит снизить частоту бронхиальной обструкции и тяжесть течения заболевания.

**ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРДА БРОНХООБСТРУКТИВ СИНДРОМ:
РИВОЖЛАНИШ ХАВФИ ВА САБАБЛАРИ**

Н.М. Шавazi, М.В. Лим, Л.И. Исаева, М.А. Шулешко, А.А. Алланазаров

Тадқиқот мақсади: болаларда ўткир респиратор касалликларда бронхообструктив синдромнинг шаклланишида ҳар хил хавф омилларининг аҳамиятини аниқлаш. Беморлар сони 80 нафарни ташкил этади ва улар 2 гуруҳга бўлинди: I-гуруҳ – ўткир бронхит билан касалланган 40 нафар бола, II – ўткир обструктив бронхит билан касалланган 40 нафар бола. Бронхообструктив синдромга олиб келувчи энг кўп тарқалган хавф омиллари бўлиб қуйидагилар аниқланди: оналардаги сурункали инфекция учоқлари, паратрофия, марказий нерв системасининг перинатал зарарланиши, атопия, чақалоқлар асфиксияси, тез касалланувчи болалар гуруҳи, аралаш ва сунъий овқатлантиришдаги болалар, вакцинопрофилактиканинг йуклиги, лимфатико-гипопластик диатез, ургатилмаган аралашмалар ва бронх-упка касалликлари буйича наслий мойиллик.

Хулоса қилиб айтганда, болаларда бронхообструктив синдромга олиб келувчи хавф омилларининг аниқланиши, уларда бронхиал обструкциянинг учраш тезлигини ва оғирлик даражасини камайтиради.

**BRONCHIAL OBSTRUCTION IN INFANTS:
FACTORS OF FORMATION, THE CAUSES**

N.M. Shavazi, M.V. Lim, L.I. Isaeva, M.A. Shuleshko, A.A. Allanazarov

The purpose of the study: to determine the significance of various factors in the formation of bronchial obstruction in children with respiratory diseases. The study involved 80 patients who were divided into 2 groups: I group - 40 children with acute bronchitis, II group - 40 children with acute obstructive bronchitis. It is revealed that the most frequent factors in the formation of bronchial obstruction syndrome were: mother's chronic infection, obesity, perinatal injuries of the central nervous system, atopy, asphyxia, bottle-feeding, absence of vaccination, lymphatic hypoplastic diathesis, unadapted feeding family history of bronchopulmonary diseases. Thus, the identification of factors contributing to the risk of development of bronchial obstruction in children will reduce the incidence of bronchial obstruction and severity of the disease.

Актуальность. Заболевания органов дыхания у детей имеют самую высокую распространенность в сравнении с другими нозологическими формами [1]. Пик заболеваемости приходится на детей первых трех лет жизни, что связано с анатомо-физиологическими особенностями респираторной системы в этом возрасте [2].

У детей раннего возраста заболевания органов дыхания часто клинически проявляются синдромом бронхиальной обструкции. У детей раннего возраста бронхообструктивный синдром (БОС) встречается при разнообразных патологиях и требует нозологической диагностики в каждом конкретном случае. Наиболее часто встречающаяся группа заболеваний сопровождающихся бронхообструкцией - это острый обструктивный бронхит [3]. По данным некоторых авторов [4] острый обструктивный бронхит встречается у 25% детей,

госпитализированных по поводу острой респираторной вирусной инфекции. Рецидивирующий обструктивный бронхит встречается в 16,4% случаев, хотя полагают, что его фактическая распространенность в 2-2,8 раза выше [5].

Широкий спектр заболеваний, протекающих с бронхообструктивным синдромом, однотипные клинические проявления бронхообструкции, ранний возраст и манифестация на фоне острой респираторной вирусной инфекции существенно затрудняют проведение дифференциальной диагностики. Тем не менее, установление верного диагноза в каждом конкретном случае имеет важные клинические последствия для ребенка. Использование сравнительного анализа факторов, способствующих развитию бронхообструктивного синдрома, позволит существенно улучшить эффективность терапии и снизить сроки пребывания больного в стационаре [6].

В современной литературе встречаются лишь единичные работы в которых авторы проводят дифференциальную диагностику между острым бронхитом и острым обструктивным бронхитом, а также отсутствуют работы, посвященные комплексному сравнительному анализу факторов, способствующих развитию заболеваний органов дыхания, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом.

В связи с вышеизложенным, представляется весьма актуальным поиск факторов формирования бронхообструктивного синдрома у детей при респираторных заболеваниях.

Цель исследования. Определить значимость различных факторов формирования бронхообструктивного синдрома у детей при респираторных заболеваниях, для совершенствования диагностики и прогнозирования течения заболевания.

Материалы и методы. Для решения поставленных целей мы наблюдали 80 детей с бронхообструктивным синдромом в возрасте от 1 до 3 лет, госпитализированных в отделение второй экстренной педиатрии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Больные были распределены на две группы. I - группу составили 40 детей с острым бронхитом, во II группу вошли 40 больных с острым обструктивным бронхитом. Нами использовались анамнестические, клинические, общелaborаторные, рентгенологические и статистические методы исследования.

Результаты исследования. При поступлении, мальчиков было несколько больше – их соотношение 1,0:0,8, склонность которых к заболеваниям обструктивной природы связана с более поздним развитием дыхательных путей, с большими размерами легких и относительно узкими бронхами. Кроме того андрогены являются эпителий-стимулирующим фактором и предрасполагают мальчиков к более частым инфекциям дыхательных путей. Средний возраст составил 21,3±3,1 месяцев, при этом у детей бронхообструктивный синдром в возрасте от одного года до трех лет выявлялся в 4,1 раза чаще, чем в возрасте до одного года и в 1,2 раза чаще, чем у больных старше трех лет. Больные поступали в отделение на 3,5±0,7 день заболевания. В период 2014-2015 гг. частота госпитализаций больных в отделение с острым бронхитом и острым обструктивным бронхитом показала тенденцию как увеличение количества больных с бронхитами, так и доли острого обструктивного бронхита в их структуре у детей раннего возраста, свидетельствующего о необходимости исследований по данной тематике (таблица 1).

Таблица 1.

Структура нозологических форм бронхитов у детей

Нозологическая форма	2014 год		2015 год	
	абс.	%	абс.	%
Острый бронхит	87	64,4	85	55,2
Обструктивный бронхит	48	35,6	69	44,8
Всего	135	100,0	154	100,0

Данные проведенного анализа анамнестических, клинических данных в обеих группах, были внесены в таблицу, из которой видно что, в анте- и интранатальном периоде у детей с бронхообструктивным синдромом чаще выявлялись хронические очаги инфекции у матери (в контрольной группе у 5 (12,0%), во II группе – у 14 (35,0%)), в постнатальном периоде: рахит у 10 (25,0%) и 27 (67,5%), паратрофия у 2 (5,0%) и 12 (30,0%), перинатальные поражения центральной нервной системы у 2 (5,0%) и 8 (20,0%), атопический дерматит у 5 (12,5%) и 15 (37,5%), асфиксия новорожденных у 6 (15,0%) и 10 (25,0%), группу «часто болеющие дети» у 2 (5,0%) и 12 (30,0%), смешанное и искусственное вскармливание у 5 (12,0%) и 14 (35,0%), отсутствие вакцинопрофилактики у 2 (5,0%) и 8 (20,0%), лимфатико-гипопластический диатез у 4 (10,0%) и 13 (32,5%), неадаптированные смеси составляли кормление у 2 (5,0%) и 7 (17,5%) детей соответственно. Наследственную отягощенность по бронхолегочной патологии отмечалась также чаще у больных II группы: у 5 (12,5%) детей в контрольной группе против 15 (37,5%) больных в группе с бронхообструктивным синдромом (Таблица 2).

Таблица 2.

**Факторы риска развития бронхообструктивного синдрома
у детей с респираторной патологией.**

Факторы риска	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
<i>Антенатальный период</i>				
Обострения хронических заболеваний матери	8	20	10	25
Гестозы беременных	9	22,5	12	30
Пограничный возраст матери (моложе 20 и старше 35 лет)	10	25	8	20
Анемия беременных	28	70	36	90
Хронические очаги инфекции	5	12,5	14	35
Соматические заболевания матери	4	10	5	12,5
Токсикоз I половины беременности	4	10	4	10
Заболевания щитовидной железы	5	12,5	4	10
Заболевания ЛОР органов у матери	7	17,5	9	22,5
Вредные привычки матери	2	5	2	5
<i>Интранатальный период</i>				
Длительный безводный период	10	25	16	40
Слабость родовой деятельности	5	12,5	4	10
Обвитие плода пуповиной	4	10	10	25
Недостаточное раскрытие родовых путей	10	25	8	20
Стремительные роды	5	12,5	6	15
Кесарево сечение	4	10	6	15

Таблица 2. (продолжение)

Срочные роды	5	12,5	6	15
Перенашивание	4	10	4	10
Вес при рождении более 4000 гр.	7	17,5	8	20
Вес при рождении менее 2500 гр.	3	7,5	4	10
<i>Постнатальный период</i>				
Анемия	5	12,5	8	20
Рахит	10	25	27	67,5
Паратрофия	2	5	12	30
Перинатальное поражение ЦНС	2	5	8	20
Атопический дерматит	5	12,5	15	37,5
Асфиксия новорожденных	6	15	10	25
Недоношенность	3	7,5	2	5
Часто болеющие дети	2	5	12	30
Иммунодефицитное состояние	5	12,5	6	15
Смешанное и искусственное вскармливание	5	12,5	14	35
Дети без вакцинопрофилактики	2	5	8	20
Дети посещающие детские дошкольные учреждения	4	10	7	17,5
Большая медикаментозная нагрузка (более 5 препаратов)	3	7,5	6	15
Лимфатико-гипопластический диатез	4	10	13	32,5
Микробиологические варианты нарушения кишечной микрофлоры	4	10	7	17,5
Адаптированная смесь	3	7,5	6	15
Неадаптированная смесь	2	5	7	17,5
<i>Наследственный фактор</i>				
Наследственность отягощенная по заболеваниям ССС	4	10	5	12,5
Наследственность отягощенная по бронхолегочной патологии	5	12,5	15	37,5

Выводы. Наиболее частыми предрасполагающими факторами бронхообструктивного синдрома являются: хронические очаги инфекции, паратрофия, перинатальные поражения центральной нервной системы, атопия, асфиксия новорожденных, часто болеющие дети, смешанное и искусственное вскармливание, дети без вакцинопрофилактики, лимфатико-гипопластический диатез, неадаптированные смеси, наследственная отягощенность по бронхолегочной патологии. Таким образом, знание факторов, способствующих риску развития бронхообструктивного синдрома у детей позволит проводить профилактические меро-

приятия для предупреждения развития бронхиальной обструкции и своевременно осуществлять корригирующую посиндромную терапию.

Использованная литература:

1. Баранов. А.А., Намазова-Баранова Л.С.. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острым бронхитом // М., 2015. С.11.
2. Геппе Н.А., Селиверстова Н.А., Малышев В.С., Машукова Н.Г., Колосова Н.Г. Причины бронхиальной обструкции у детей и направления терапии // Русский Медицинский Журнал. 2011. №22.
3. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения (пособие для врачей). М., 2007. 48 с.
4. Таточенко В.К. Практическая пульмонология детского возраста. М., 2011. 268с.
5. Ходош Э.М. Особенности лечения бронхиальной обструкции при остром бронхите // Український пульмонологічний журнал. 2011, № 4. С.49-54.
6. Юлиш Е.И., Вакуленко С.И., Тюрина А.С.. Влияние персистирующих инфекций на формирование и течение рекуррентных обструктивных бронхитов у детей // Перинатология и педиатрия 1(53)/2013. С.106-113.