

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Ш.М. ИБАТОВА, Р.Ш. БАРАТОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт;

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## БОЛАЛАРДА БРОНХОБСТРУКТИВ СИНДРОМНИНГ РИВОЖЛАНИШИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Ш.М. ИБАТОВА, Р.Ш. БАРАТОВА

Самарканд Давлат медицина институти;

Республика шошилинич тез ёрдам илмий Маркази Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

## ASSESSMENT OF RISK FACTORS FOR BRONCHIAL OBSTRUCTION SYNDROME IN CHILDREN

Sh. M. IBATOVA, R.Sh. BARATOVA

Samarkand State Medical Institute;

Samarkand branch of Republican Research Centre of Emergency Medicine, Republic of Uzbekistan, Samarkand

---

*2012 - 2015 йилларда 1 ёшдан 3 ёшгача бронхообструктив синдром билан даволанган бемор болаларнинг 912 та касаллик тарихи ретроспектив таҳлил қилинди. Бронхообструктив синдром ўткир обструктив бронхит фонида болаларда 494 (54,2%) ни ташкил этди, 1 - гуруҳ. Бронхиал ходисаларисиз ўткир бронхит таъхиси болаларда 418 (45,8%) ни ташкил этди 2 гуруҳ. Болаларда бронхообструктив синдром ривожланишига олиб келувчи хавф омиллари баҳоланди.*

**Калит сўзлар:** хавф омиллари, ретроспектив таҳлил, бронхообструктив синдром, пневмония, ўткир обструктив бронхит.

*A retrospective analysis of 912 cases of children with histories of BOS in age from 1 to 3 years for the period from 2012 to 2015. BOS has developed against the background of an acute obstructive bronchitis was diagnosed in 494 (54.2%) children group 1. In the comparison group, the diagnosis of acute bronchitis without the phenomena of bronchial obstruction was diagnosed in 418 (45.8%) group 2. There were an evaluated factors of the risk in development BOS of the children.*

**Key words:** risk factors, retrospective analysis, bronchial obstruction, pneumonia, acute obstructive bronchitis.

---

**Актуальность.** Заболевания органов дыхания на сегодняшний день остаются одной из актуальных проблем педиатрии и в Республике Узбекистане занимают первое место в структуре детской заболеваемости и смертности [1, 4, 8]. У детей раннего возраста широко распространены острые пневмонии и бронхиты, которые протекают с бронхообструктивным синдромом (БОС) и часто обуславливают неблагоприятный исход основного заболевания. На возникновение и развитие БОС оказывают влияние различные факторы и, прежде всего, респираторная инфекция, обуславливая обструкцию от 5% до 40% случаев [2, 3, 5, 9, 13, 14].

Факторами риска развития бронхиальной обструкции у детей являлись: токсикозы беременных, осложненные роды, гипоксия в родах, недоношенность, отягощенный аллергологический анамнез, рахит, белково-энергетическая недостаточность питания, перинатальная энцефалопатия, раннее искусственное вскармливание, перенесенные респираторные заболевания в раннем возрасте, наследственная и врожденная патология

бронхолегочной системы и неблагоприятное состояние окружающей внешней среды [6, 7, 10, 11, 12].

**Целью исследования** явилась оценка факторов риска развития бронхо-обструктивного синдрома у детей.

**Материалы и методы исследования.** Оценка факторов риска развития БОС проведена по статистическим методам в эпидемиологическом анализе. Нами был проведен ретроспективный анализ 912 случаев историй болезни детей с БОС в возрасте от 1 до 3-х лет, которые были госпитализированы в отделение интенсивной педиатрии Самаркандского Филиала Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи за период с 2012 по 2015 года.

Для оценки факторов риска развития заболевания, нами проведены исследования, которые включали в себя тщательный анализ жалоб, анамнестических данных больных, данные общего осмотра, результатов физикальных методов обследования, общеклинических лабораторных, иммунологических, микробиологических и ин-

струментальных методов исследования по стандартным методикам с учетом антропометрических данных и массо-ростовых показателей. Все полученные нами данные из архивных материалов были внесены в специально разработанные на кафедре педиатрии №4 карты.

Для диагностики синдромологических особенностей заболевания использовались данные параклинических методов исследования: общий анализ крови, мочи, кала, рентгенологические исследования органов грудной клетки, данные пульсоксиметрии и заключения специалистов.

БОС развившийся на фоне острого обструктивного бронхита (ООБ) был диагностирован у 494 (54,2%) детей 1 группа. В группе сравнения диагноз острого бронхита (ОБ) без явлений бронхиальной обструкции был констатирован у 418 (45,8%) больных 2 группа (таблица 1).

Среди обследованных дети до 1 года составили – 499 (54,7%), дети от 1 до 3 лет составили – 277 (30,4%) и дети от 3 до 5 лет – 136 (14,9%). Среди всех обследованных мальчиков было всего 540 (59,2%), девочек – 372 (40,8%) (таблица 2).

В группе детей с БОС на фоне ООБ количество мальчиков составило 325 человек, где было отмечено явное преобладание его над девочками (65,8% и 34,2%, соответственно). Во второй группе среди детей с ОБ мальчиков было – 215 (51,4%), девочек – 203 (48,6%) т. е. существенной разницы в половой принадлежности больных не отмечалось.

Как представлено в таблице 2, среди всех обследованных больных дети до 1 года жизни болели ООБ и ОБ чаще (54,7%), чем дети, более старшего возраста (1-3 года – 30,4%; 3-5 лет – 14,9%).

Среди всех детей, которые находились на стационарном лечении в период с 2012 по 2015

года, отмечалась следующая сезонность данного заболевания. Так, наиболее часто дети с ООБ поступали зимой (201 больных) и весной (175 больных). Осенью поступило 102 и летом всего 56 больных. И если в относительно холодные и влажные периоды года подъем заболеваемости ООБ можно сопоставить с повышением активности соответствующих вирусных инфекций, то в летний период возможна роль пыльцевой и пищевой аллергии, как фактора риска развития БОС.

Изучая сезонность ОБ нами было обнаружено следующее – в зимние месяцы года поступило 161 больных, весной – 132, осенью – 86 и летом – 39 больных. Аналогично, рост заболеваемости ОБ в зимний период также связано с повышением вирусной активности возбудителей заболевания.

Повторные случаи ОРИ (6 раз и более) в течении года были отмечены у 212 (42,9%) больных ООБ. У большинства детей с ООБ (358 больных – 72,5%) выявлены дефицитные состояния и отягощенный преморбидный фон: 313 (63,4%) детей были рано переведены на искусственное вскармливание, у 278 (56,3%) в анамнезе было выявлено перинатальное поражение ЦНС, у 222 (45%) – рахит и 481 (97,3%) – анемия.

Большинство детей родились доношенными 851 (90,6%) и имели массу тела более 2500 гр. Недоношенных было всего 61 (9,4%), причем с ООБ – 46, а с ОБ – 15 детей. У половины обследованных детей с ООБ отмечалось нарушение физического развития. При этом чаще встречалось высокое и дисгармоничное физическое развитие (у 223 детей, 36,4%). На рисунке 1 показана частота проявлений различных анамнестических данных у больных детей с ООБ.

Таблица 1.

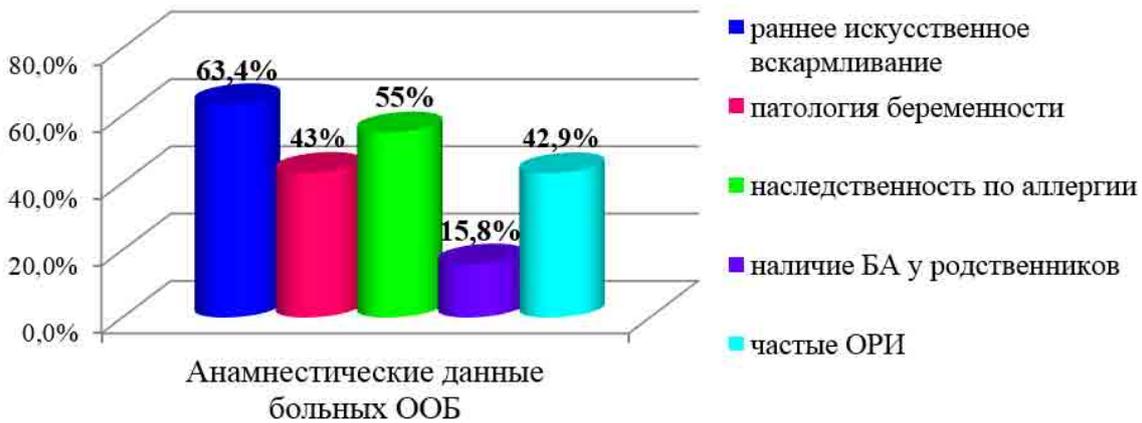
Распределение обследованных больных по нозологии

№	Нозологические формы заболеваний	Всего	
			%
1 группа	Острый обструктивный бронхит с БОС	494	54,2
2 группа	Острый бронхит без БОС	418	45,8
Всего		912	100

Таблица 2.

Распределение обследованных больных по возрасту и полу

Пол	Группы	Возрастная структура						Всего	
		2 мес - 1 г		1 - 3 года		3 г - 5 лет		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Мальчики всего 540 (59,2%)	1	165	50,8	103	31,7	57	17,5	325	65,8
	2	124	57,7	59	27,4	32	14,9	215	51,4
Девочки всего 372 (40,8%)	1	94	55,6	54	31,9	21	12,5	169	34,2
	2	116	57,1	61	30,0	26	12,9	203	48,6
Всего		499	54,7	277	30,4	136	14,9	912	100



**Рис. 1.** Частота проявлений различных анамнестических данных у больных детей с ООБ

**Результаты исследования.** Ретроспективный анализ архивного материала показал, что развитие острой дыхательной недостаточности по типу бронхиальной обструкции у больных с ООБ зависит от совокупности многих факторов, возрастных различий, наличия сопутствующих заболеваний, их комбинации, факторов риска и т.д.

Проведенная работа показала, что факторами риска являются и аномалии конституции, в частности случаи экссудативных форм атопического дерматита (39,1%), лимфатико-гипопластический диатез (19,5%). Согласно полученным нами данным, физикальные симптомы бронхиальной обструкции при ООБ отмечались у всех детей. Частый и продуктивный кашель имел место у 1/3 детей (36,4%), а редкий, чаще по утрам - у остальных 2/3 (63,5%) больных, что связано с недостаточным мукоцилиарным клиренсом в этом возрастном периоде.

Более информативными в диагностическом и дифференциально-диагностическом плане оказались органоспецифические симптомы и данные рентгенологических методов исследования. Так, сухой кашель в начале заболевания, с дальнейшим переходом во влажный был отмечен у всех больных ООБ и ОБ. Влажный кашель с отхождением вязкой, слизисто-гноющей мокроты или рвота были отмечены в историях болезни 303 (61,3%) больных ООБ и у 264 (63,2%) больных ОБ.

Шумное свистящее дыхание и одышка экспираторного характера, как явные признаки бронхиальной обструкции нижних дыхательных путей (соответственно, у 460 - 93,1% и 448 - 90,6%) были выявлены только у больных ООБ, в отличие от пациентов контрольной группы с ОБ, у которых данная симптоматика не была зафиксирована в истории болезни.

Таким образом, были оценены такие факторы риска развития бронхообструктивного синдрома у детей как перинатальная энцефалопатия, раннее искусственное вскармливание, частые острые респираторные инфекции, отягощенный ал-

лергологический анамнез, белково-энергетическая недостаточность питания, рахит, анемия и др. Все это диктует необходимость проведения превентивной работы в семьях, сельских врачебных пунктах и семейных поликлиниках для профилактики бронхиальной астмы.

#### Литература:

1. Ахмедова Д.И. Влияние физической активности на формирование гармонично развитого и здорового поколения /Д.И. Ахмедова, Н.Р. Ахмедова, К.Ш. Салихова //Материалы междунар. конференции «Достижения и перспективы специализированной медицинской помощи детям (Узбекская модель). Ташкент, 2015, - С. 25-26.
2. Аллергология и иммунология : нац. рук. / гл. ред. Р.М. Хаитов, Н.И. Ильина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 656 с. – (Нац.рук-во).
3. Германова, О.Н. Обструктивные бронхиты у детей с инфекциями респираторного тракта / О.Н. Германова // Педиатрическая фармакология. – 2010. – Т. 7, № 5. – С. 106.
4. Даминов Т.А. Выявление группы риска по развитию бронхиальной астмы у детей и прогнозирование отдаленных последствий заболеваний с бронхообструктивным синдромом: Даминов Т.А., Халматова Б.Т., Сотиболдиева Н.Р. Инф.письмо (№8 п/53).–Т.,2011.–4 с.
5. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей // Педиатрия. - 2005. — № 4. — С. 94-104.
6. Зайцева С.В. Синдром бронхиальной обструкции у детей / С.В. Зайцева, О.А. Муртазаева // Трудный пациент. – 2012. – №10 (2-3). – С. 34-39.
7. Умарова С.С., Ибатова Ш.М. и соавт. Основные причины и факторы риска бронхообструктивного синдрома у детей. Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации. XIII Международная научно-практическая конференция. Переяслав - Хмельницкий. 2016. – С. 224-226.
8. Шамсиев Ф.М., Хайдарова М.М., Мовланова Ш.С. Бронхиты у детей (этиология, патогенез,

- клиника, диагностика и лечение). Ташкент 2013. С.114.
9. Шавази Н.М., Лим М.В., Закирова Б.И., Лим В.И, Турсункулова Д.А. Оценка степени бронхообструкции при острых бронхоолитах у детей раннего возраста. Материалы III съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. Ташкент, 29-30 октября, 2015, стр. 285.
10. Chalumeau M., Cheron G. Assathiany R., Moulin F. et al. Mucolytic agents for acute respiratory tract infections in infants: pharmacoepidemiologic problem? // Arch. Pediatrice. 2002. Vol. 9. P.1128-1136.
11. Duijvestijn Y.C.M., Mourdi N. Smuchny J. et al. Acetylcysteine and carbocysteine for acute upper and low respiratory tract infections in paediatric patients without chronic broncho pulmonary disease (Review) // Cochrane Database Syst. Rev. 2010. Vol. 9. P.1-22.
12. Lowell DI, Lister G, Von Koss H, McCarthy P (1987). "Wheezing in infants: the response to epinephrine.". Pediatrics 79 (6): 939-45. PMID 3295741
13. Tal G, Cesar K, Oron A, Houry S, et al. Hypertonic saline/epinephrine treatment in hospitalized infants with viral bronchiolitis reduces hospitalization stay: 2 years experience. Isr Med Assoc J 2006; 8(3): 169-73. 48
14. Wainwright C. Acute viral bronchiolitis in children: A very common condition with few therapeutic

options. PaediatrRespir Rev. 2010;11(1):3937-45.quiz.

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Ш.М. ИБАТОВА, Р.Ш. БАРАТОВА

Самаркандский Государственный  
медицинский институт;

Самаркандский филиал Республиканского  
научного Центра экстренной медицинской  
помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

*Проведен ретроспективный анализ 912 случаев историй болезни детей с БОС в возрасте от 1 до 3-х лет за период с 2012 по 2015 года. БОС развившийся на фоне острого обструктивного бронхита (ООБ) был диагностирован у 494 (54,2%) детей 1 группа. Диагноз острый бронхит без явлений бронхиальной обструкции был диагностирован у 418 (45,8%), 2 группа. Были оценены факторы риска развития бронхообструктивного синдрома у детей.*

**Ключевые слова:** факторы риска, ретроспективный анализ, бронхообструктивный синдром, пневмония, острый обструктивный бронхит.