

УДК: 616.24-002-056.3-078

ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХОБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Файзиева У.Р., д.м.н., доцент

E.-mail: ugilbibi@mail.ru

Нормаматов Д.Х., соискатель

Уракова У.Э. студентка 501-группа

Резюме

В данной статье автор показывает распространенность бронхообструктивного синдрома у детей в Сурхандарьинской области. Был проведен пятилетний ретроспективный анализ. Доказано, что острый обструктивный бронхит, бронхиолит, рецидивирующий обструктивный бронхит у детей, проживающих в экологически неблагоприятных районах региона, могут вызывать в дальнейшем бронхиальную астму и хронический обструктивный болезни легких.

Ключевые слова: дети, ретроспективный анализ, непроходимость, экология, заболеваемость.

Abstract

In this article, the author shows the prevalence of broncho-obstructive syndrome in children in the Surkhandarya region. A five-year retrospective analysis was carried out. It has been proven that acute obstructive bronchitis, bronchiolitis, recurrent obstructive bronchitis in children living in ecologically unfavorable areas of the region can cause further bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease.

Keywords: children, retrospective analysis, obstruction, ecology, morbidity.

Резюме

Муаллиф томонидан ушбу мақолада болалардаги бронхообструктив синдром билан кечувчи касалликларнинг Сурхондарё вилоятида учраш даражаси кўрсатилган. 5 йиллик ретроспектив таҳлил ўтказилган. Вилоятнинг экологик ноқулай ҳудудларида яшовчи болаларда ўткир обструктив бронхит, бронхиолит, қайталанувчи обструктив бронхитлар кўп учраши келгусида бу гуруҳ беморларда бронхиал астма, сурункали обструктив ўпка касалликларига сабаб бўлиши исботланган.

Калит сўзлар: болалар, ретроспектив таҳлил, обструкция, экология, касалланиш

Актуальность проблемы. Болезни органов дыхания в настоящее время занимают одно из лидирующих мест в структуре детской заболеваемости и остаются актуальной проблемой педиатрии. Одним из наиболее распространенных поражений нижних дыхательных путей являются бронхиты, которые развиваются у 50 % детей/ Бронхообструктивный синдром (БОС)—клинический симптомо-комплекс, обусловленный нарушением проходимости воздуха по бронхам вследствие сужения или окклюзии дыхательных путей с последующим увеличением сопротивления дыхательных путей к вдыхаемому воздушному потоку. В повседневной практике педиатры довольно часто используют термин БОС, или «синдром бронхиальной обструкции». Обструкция дыхательных путей (лат. *obstructio* —запирание, преграда, помеха) — это затруднение прохождения воздушного потока, обусловленное наличием какого-либо препятствия по ходу бронхиального дерева [1,2,3].

К числу общих клинических симптомов и объективных признаков БОС относят:

- кашель; он может быть сухим, приступообразным, спастическим и малопродуктивным, а также влажным, навязчивым, с отхождением различного количества мокроты;
- шумное, свистящее дыхание, которое слышится на расстоянии; одышку (затруднение дыхания) в покое, проявляющуюся втяжением уступчивых мест грудной клетки -ямки, межреберных промежутков, а также раздуванием крыльев носа у малышей;
- тахипноэ во сне и при физической нагрузке;
- сухие свистящие хрипы (на вдохе и выдохе; по всей поверхности легких или локально), выслушиваемые при аускультации; приступы удушья, иногда частые, рецидивирующие;
- периодическое ухудшение самочувствия ребенка —появление резкого беспокойства, чувства страха, чувства нехватки воздуха [4,5].

Синдром бронхиальной обструкции – частый ведущий признак большой группы острых, рецидивирующих и хронических заболеваний. Острая форма обструктивного бронхита встречается чаще всего у детей до трех лет, что связано с анатомо-физиологическими особенностями организма и особо тяжело протекает у детей первого полугодия на фоне РС-вирусной инфекции. Переходу болезни в хроническую форму могут способствовать частые ОРЗ, склонность к аллергическим реакциям и даже генетическая обусловленность.

Цель работы: изучить частоту встречаемости заболевания протекающими с БОС у детей на основе ретроспективного анализа;

Материалы и методы исследование. В 2017-2021 годах клинической базе областного детского многопрофильного центра проведен ретроспективный анализ больных с БОС. На основании ретроспективного исследования 500 историй болезни детей с БОС проведен анализ статистических данных распространенности острого обструктивного бронхита, рецидивирующего обструктивного бронхита, бронхиолита и бронхиальной астмы в регионе.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием прикладных программ математико-статистического анализа Microsoft Excell Version 7.0. Статистические методы включали определение среднего значения выборки (М), стандартной ошибки среднего (m). Достоверность различий статистических совокупностей оценивалась параметрическими методами для различных дисперсий по критерию Стьюдента (t).

Результаты исследование и их обсуждение. В пятилетней динамике, то есть в 2017-2021годах (по данным Сурхандарьинского областного статистического центра), в результате изучения распространенности патологии БОС по структуре населения (возраст больных) установлено неравномерное распределение заболеваемости. Диагноз острый

обструктивный бронхит и бронхиолит был выставлен на основании клинико-рентгенологических признаков заболевания. Диагноз рецидивирующий обструктивный бронхит и бронхиальная астма был выставлен на основании клинико-рентгенологических признаков заболевания и спирографических исследований, а также результатами пикфлоуметрии. Количество случаев заболевания изучали в зависимости от возраста обследованных больных. По результатам ретроспективного анализа заболеваемость БОС чаще встречается у детей раннего возраста, в основном до 5 лет. В 2017-2021 гг. наблюдался неравномерный, но достаточно устойчивый рост данного показателя. Наибольшая заболеваемость наблюдалась в 2017 и 2021 гг. Такое разнообразие показателей заболеваемости требует более глубокого изучения ее распространенности по регионам. Отчетливо указаны результаты распространения БОС у детей, проживающих в неблагоприятных экологических районах Сурхандарьинской области. По результатам изучения основных симптомов БОС у детей раннего возраста в Сурхандарьинской области распространенность заболевания среди детей раннего возраста зависит от возраста, пола и региона проживания ребенка, условий жизни, питания, аллергоанамнеза, преморбидных, коморбидных состояний. Показано, что распространенность БОС среди детей раннего возраста не соответствует официальным данным медицинских учреждений. Описаны также результаты клинико-анамнестического исследования течения БОС у детей раннего возраста. Распространенность бронхиолита, острого обструктивного бронхита и ее клинических проявлений у детей до 3 лет в экологически неблагоприятных районах Сурхандарьинской области была достоверно выше (Сариасийских, Узунских, Денауских, Термезских, Шерабадских районов), чем в Байсунском и Алтинсайском районах. Доказано наличие гиподиагностики заболевания протекающие с БОС у детей до 3 лет, что связано с недооценкой состояния больных детей, плохими жилищно-материальными условиями и т.др. Всего было ретроспективно проанализировано 500, в том числе 300 амбулаторных карт и 200 историй болезни.

По результатам общего ретроспективного анализа бронхиолит у детей от 3 месяцев до 1 года выявлены больше, которое связано с частыми заболеваниями, плохими жилищными условиями, состоянием здоровья родителей неудовлетворительное, дефицита ухода и вскармливание за детьми. По результатам ретроспективного анализа при анализе анамнеза детей госпитализировали преимущественно при тяжелых состояниях. У детей раннего возраста иммунная система очень слабая, частые респираторные заболевания, необоснованное применение антибактериальной терапии приводит к повышению заболеваемости бронхитов с БОС. По результатами ретроспективного анализа, данным 5-летнего анамнеза, у 25% детей выявлен острый бронхиолит, 42% выявлен острый обструктивный бронхит, 5% бронхиальная астма, 28% выявлены рецидивирующий обструктивный бронхит в возрасте. У пациентов заболеваемость БОС имела статистическую величину $p < 0,05$. По результатам ретроспективного анализа заболеваемость бронхиолит, острый обструктивный бронхит, рецидивирующий бронхит чаще встречается у детей раннего возраста, а бронхиальная астма встречается у детей дошкольного возраста, но имеется гиподиагностика заболевания, чаще диагностировались через 2-3 года после начала болезни. Обнаружение в атмосферном воздухе фтороводорода, диоксида серы и диоксида азота оказало негативное влияние на здоровье населения.

По результатам общего ретроспективного анализа БОС у детей от 3 месяцев до 1 года выявлены больше, которое связано с частыми заболеваниями, плохими жилищными

условия, состояние здоровья родители неудовлетворительное, дефицита ухода и нарушение вскармливание за детьми. По результатам ретроспективного анализа при анализе анамнеза детей госпитализировали преимущественно при острой обструктивном бронхите, бронхиолите, реже при рецидивирующим бронхите. У детей раннего возраста иммунная система очень слабая, частые респираторные заболевания, необоснованное применение антибактериальной терапии приводит к повышению заболеваемости протекающими БОС. По результатам ретроспективного анализа, данным 5-летнего анамнеза, у 33 (32,4 %) детей в возрасте 3-6 месяцев, 36 (35,3 %) 6-12 мес, 22 (21,6 %) 1-3 года, и у 11 (10,7 %) 3-5 лет выявлена тяжелая форма БОС. По данным 5-летнего анамнеза, при неосложненном типе заболевания по результатам ретроспективного анализа у 60 (25,0 %) детей 3-6 месяцев, у 68 (28,2 %) детей 6 мес -12 мес, у 1-2 лет 66 (27,3 %), и 47(19,5 %) у детей 3-5 лет была легкая форма БОС, т.е. без осложнений, статистическую величину $p<0,05$. По результатам ретроспективного анализа заболеваемость БОС чаще встречается у детей раннего возраста.

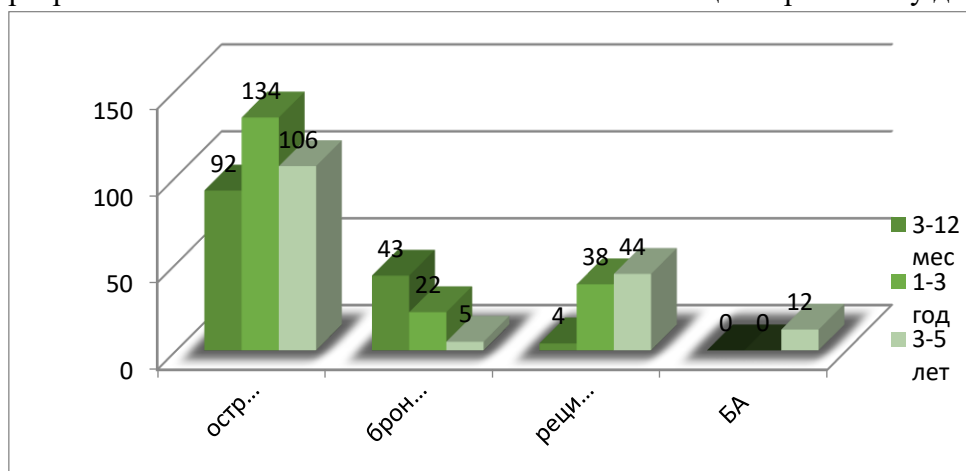


Рис.1. Результаты общего ретроспективного анализа.

Таким образом, по показателям ретроспективного анализа в этих неблагоприятных регионах области определен высокий уровень заболеваемости органов дыхания (бронхиолит, острый обструктивный бронхит, рецидивирующий бронхит, бронхиальная астма). Неблагоприятные экологические условия также оказывали негативное влияние на физическое развитие детей (недостаточная масса тела, низкий рост, неправильное положение и кариес зубов и др.).

Таблица-1

Результаты ретроспективных исследование

№	Возраст детей	Заболевание БОС (n=488)						P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
		Бронхиолит n=70		Острый обструктивный бронхит n=332		Рецидивирую щий бронхит n=86				
		абс	%	абс	%	аб с	%			
1.	3-12 мес	43	61,4±6, 2	92	27,7±2,3	4	4,6,0±1,2	>0,05	p<0,0 5	>0,05
2.	1-2 года	22	31,4±5, 0	134	40,3±2,7	38	44,0±5,2	>0,05	>0,05	>0,05
3.	2-5 лет	5	7,4±2,1	106	31,9±5,3	44	51,0±3,6	>0,05	>0,05	<0,05

Изох: $p > 0,05$

Как видно из таблицы, Р₁₋₃ группах по сравнению с другими группами $p < 0,05$ -статистический достоверно.

В заключение можно сказать, БОС сопровождает многие болезни, такие как острый обструктивный бронхит, рецидивирующий бронхит, бронхиолит, бронхиальная астма и др. Все они требуют соответствующей медикаментозной коррекции. По нашими данными частота заболеваемости БОС у детей от 3 месяцев до 1 года, составила 48,2%, это составляет около ½ часть. Частота БОС у детей от 1 года до 3 лет составила 35,8%, частота БОС у детей от 3 года до 5 лет составила 16%.

По данным ретроспективного анализа самая высокая заболеваемость наблюдалась в экологически неблагоприятных районах с высокой загрязненностью атмосферного воздуха Сариасийском, Узунском, Денауском, Термезском, Шерабадском и в городе Термезе.

Список литературы:

1. Т. Самаль, Т. Маскаленко, Лечение острого бронхита у детей раннего возраста. Минск. Наука и инновации. № 3(121) Март 2013г. стр.66-69
2. Ю.Л. Мизерницкий Бронхообструктивный синдром при ОРИ у детей раннего возраста: дифференциальная диагностика и принципы дифференцированной терапии//Материалы V региональной научно-практической конференции «Воронцовские чтения. Санкт-Петербург-2012». СПб, 2012. Р. 130.
3. С. В. Зайцева. Бронхиты у детей – возможности фитотерапии / С. В. Зайцева, О. В. Зайцева // Русский медицинский журнал. – 2013. – Т. 21, № 2. – С. 96–102.
4. Ю. Л. Мизерницкий Современная мукоактивная терапия у детей с острыми и хроническими бронхолегочными заболеваниями // Русский медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С.150–162.
5. Kendig and Chernic's Disorders of the Respiratory Tract in Children (8th ed.), 2012. 1142 p.