



ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ

Шамсиддинова Мадинабону Шухраткизи

студентка 5 курса, медико-педагогический факультет,

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд

Аннотация. Среди заболеваний дыхательных путей у детей, находящихся на стационарном лечении наибольшую удельный вес, занимают внебольничные пневмонии и острый обструктивный бронхит. В настоящее время отмечается рост количества обструктивных бронхитов, который составляет 4,5-7,5 тысяч случаев на 100 тысяч детского населения. В ходе сравнительного анализа динамики клинических симптомов острого обструктивного бронхита у пациентов I и II групп было выявлено несколько значимых отличительных симптомов в группе детей с бронхообструктивным синдромом. Эти особенности могут помочь в более ранней диагностике и определении особенностей лечения заболевания в этой группе больных.

Ключевые слова: факторы риска, бронхообструктивный синдром, острый бронхит, дети

Актуальность. Заболевания бронхолегочной системы остаются наиболее распространенными в детском возрасте и несмотря на растущее количество исследований посвященных данной проблеме, необходимо продолжить детальный подход к вопросам патогенеза, состояния иммунной системы при патологии [1, 2]. Острый обструктивный бронхит остается одним из распространенных и тяжело протекающих заболеваний дыхательной системы у детей [3,4,6]. Сообщается, что в нашем регионе заболеваемость детей ООБ имеет четкую зависимость от сезона года, региона, возраста ребенка и эпидемиологической ситуации. [5,7].

Отмечено, что свистящие хрипы и одышку на фоне респираторных заболеваний хотя бы один раз в жизни имеют не менее 50% детей, в то время как рецидивирующее течение бронхиальной обструкции характерно для 30-50% детей [8,10]. Согласно существующей классификации бронхолегочных заболеваний острый бронхит у детей по вариантам течения подразделяется на острый (простой) бронхит и острый обструктивный бронхит [9]

Острый бронхит – это воспалительное заболевание слизистой оболочки бронхов, причинами развития которого являются чаще инфекционные, неинфекционные, реже химические и физические факторы. К настоящему времени накоплены убедительные данные о важной роли иммунной системы в формировании и развитии ООБ у детей.

Таким образом, несмотря на растущее количество публикаций, посвященных проблеме острого обструктивного бронхита, являющегося распространенными в детском возрасте, необходимо продолжить дальнейшее изучение факторов риска развития данного заболевания.

Цель: установить анамнестические факторы риска развития бронхообструктивного синдрома у детей с острым бронхитом.

Материалы и методы исследования: Для установления значимых факторов риска формирования ООБ у часто болеющих детей, проведен комплексный анализ внешних и внутренних факторов, воздействующих на организм ребенка и оказывающих влияние на развитие заболевания и путем статистических методов, оценивалась диагностическая значимость каждого фактора в группах исследуемых больных. Были обследованы 2 группы детей, по 40 больных в каждой группе, в I группу вошло 40 больных с острым бронхитом, осложненным БОС, во II группы вошло 40 больных с острым бронхитом, не осложненным БОС.

Результаты исследования и обсуждение. Для определения значимости частоты встречаемости анамнестических данных у больных, характеризующих особенности течения ООБ у детей, был проведён анализ произвольных таблиц сопряжённости.

Сравнительный анализ исследуемых показателей у больных ОБ показал, что по сроку гестации частота рождения больных из группы с БОС, практически не отличались от детей II группы (OR= от 0,52 до 1,41; CI= от 0,18 до 3,96; χ^2 = от 0,04 до 1,37; p = от 0,242 до 0,835)

У больных во II группе основная доля частоты детей с наблюдалась в возрасте до 1 года (58,8%), в сравнении с пациентами с типичной этиологией (62,5%), при этом отсутствовала достоверная значимость данного возрастного диапазона (OR=0,85; CI=0,39-1,86; χ^2 = 0,16; p=0,693), также как и других возрастных групп (OR= от 0,94 до 1,76; CI= от 0,41 до 6,80; χ^2 = от 0,02 до 0,69; p = от 0,41 до 0,887).

Гендерного различия в группах не выявлено, одинаково страдали как мальчики, так и девочки (OR= от 1,11 до 0,90; CI= от 0,42 до 2,38; χ^2 = 0,07; p=0,794).

Поскольку питание на первом году жизни играет существенную роль в формировании заболеваний у детей, нами был проанализирован характер вскармливания у детей обеих групп на первом году жизни. Согласно представленным данным, рассчитанные показатели подтверждают диагностическую ценность искусственного вскармливания в формирования – 76,3% случаев в группе II и 45,0% в I группе (OR=3,92; CI=1,75-8,80; χ^2 =11,58; p=0,001). Раннее искусственное вскармливание увеличивает риск различных заболеваний, в том числе и острых респираторных вирусных инфекций у младенцев, в том числе учитывая влияние питания на формирование иммунологической реактивности у растущего организма ребенка. Напротив,



естественное вскармливание, своевременное введение прикормов служит протективным фактором в отношении развития ООБ у II, при котором частота в группе II по отношению I группы составила 10,0% и 30,0%, а смешанного 13,8% и 25,0% соответственно, не имея диагностическую ценность ($OR=0,26$ и $0,48$; $CI=0,10-0,70$ и $0,18-1,25$; $\chi^2= 7,68$ и $2,34$; $p=0,006$ и $0,126$).

Выводы. Таким образом, в ходе сравнительного анализа динамики клинических симптомов острого обструктивного бронхита у пациентов I и II групп было выявлено несколько значимых отличительных симптомов в группе детей с бронхообструктивным синдромом. Эти особенности могут помочь в более ранней диагностике и определении особенностей лечения заболевания в этой группе больных.

Понимание патогенетической роли выявленных факторов риска может способствовать более глубокому пониманию механизмов развития заболевания при ООБ и иметь разработки более эффективные стратегии диагностики и лечения заболевания.

Список литературы:

1. Шавази Н.М., Гайбуллаев Ж. Ш., Лим М.В., Рузикулов Б.Ш., Карджавова Г.А., Алланазаров А.Б., Ибрагимова М.Ф. Ингаляцияацетилцистеина в терапии рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей // Вопросы науки и образования. 2020. №29 (113).
2. Шавази Н. М., Лим М.В., and Каримова Г.М. "Состояние сердечной гемодинамики по данным эхокардиографического исследования у детей раннего возраста с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком" Вестник экстренной медицины, №3, 2013, С. 289-290.
3. Lim M.V., Shavazi N.M. "The combined use of acetylcysteine and 3% of sodium chloride in the nebulizer therapy of acute bronchiolitis" European sciencereview, no. 11-12, 2016, pp. 63-66.
4. Shavazi, N. M., et al. "The assessment of the degree of broncho-obstruction in acute bronchiolitis in infants." Materials of III conference of the Association of Doctors of Emergency Medical Care of Uzbekistan. 2015.
5. Шавази Н. М., Рустамов М. Р., Лим М. В. Е: I INDEX-Метод объективной оценки бронхообструктивного синдрома у детей // Научно-методический журнал ACADEMY. – 2019. – №. 10 (49). – С. 44.
6. Лим В.И., Набиева Ш.М., Лим М.В. Влияние этиологического фактора развития на течение гемолитической болезни новорожденных // Вопросы науки и образования. 2020. №15 (99).



7. Лим В.И., Шавази Н.М., Гарифулина Л.М., Лим М.В., Саидвалиева С.А. Оценка частоты метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением в Самаркандской области // Достижения науки и образования. 2020. №9 (63).-
8. Шавази Н. М. и др. Оценка степени бронхообструкции при острых бронхиолитах у детей раннего возраста //Материалы III съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. – 2015. – С. 285.
9. Шавази Н.М., Гайбуллаев Ж.Ш., Лим М.В., Рузикулов Б.Ш., Карджавова Г.А., Алланазаров А.Б., Ибрагимова М.Ф. Ингаляции ацетилцистеина в терапии рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей. Вопросы науки и образования. 2020 г., 29 (113), Стр 16-20
10. LM Garifulina, ZE Kholmuradova, MV Lim, VI Lim. The Psychological status and eating behavior in children with obesity. 2020, Issues of science and education, 26, P.110