УДК: 616.24-008.44:616.235:616-002.18

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Каримова Нилуфар Иргашевна – д.м.н., старший преподаватель
Каландарова Мохира Дурмаматовна – магистр
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)
Тожиддинов Улугбек Абдулазизович – Ph.D., самостоятельный соискатель
Андижанский государственный медицинский институт (Андижан, Узбекистан)

Аннотация. *Целью исследования явилось изучение клинического течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста в амбулаторных условиях и выделить факторы, способствующие как возникновению, так и усугублению тяжести течения этого заболевания. Было проведено комплексное клинико-функциональное исследование 41 ребенка с острым обструктивным бронхитом в возрасте 1-3 лет. Результаты исследования показали, что факторами вероятности развития у детей бронхиальной обструкции у детей являются: осложненное течение беременности, анемия у матери, асфиксия при рождении, аллергическая предрасположенность организма, характер питания матери (употребление облигатных аллергенов), искусственное вскармливание, фоновые заболевания (анемия, рахит, гипотрофия, тимомегалия), частые ОРИ, патология ЛОР органов, отягощённый аллергологический анамнез, остаточные явления рахита, наличие сопутствующих аллергических заболеваний, избыточный вес.*

Ключевые слова: *острый обструктивный бронхит, клиника, факторы риска, антенатальная патология, дети.*

Введение. В последние годы отмечается выраженная тенденция к увеличению числа детей с частыми респираторными заболеваниями, сопровождающимися развитием синдрома бронхиальной обструкции [1,2]. Этот факт вызывает тревогу, так как особенностью синдрома бронхиальной обструкции в этом возрасте является высокий процент рецидивирования, что способствует развитию бронхиальной астмы (БА) и инвалидизации детей в более позднем периоде. Во многих случаях патология легких, проявляющаяся бронхиальной обструкцией, своими корнями произрастает из самого раннего детского возраста, продолжается в старшем детском и в зрелом возрастах [1]. Бронхообструктивный синдром у детей является одной из проблем современной педиатрии [1,3,6]. Это обусловлено его распространенностью в общей структуре бронхолегочных заболеваний, часто с тяжелым течением и осложнениями [3, 5]. У детей раннего возраста от 5 до 50 % случаев острых респираторных вирусных инфекций осложняются бронхообструктивным синдромом, основной причиной формирования которого является острый обструктивный бронхит [2]. Практически у каждого второго ребенка с ОРВИ в клинической картине имеет место та или иная степень выраженности бронхиальной обструкции [5].

Цель исследования: изучить клиническое особености и факторы риска развития бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста в амбулаторных условиях, способствующие как возникновению, так и усугублению тяжести течения этого заболевания.

Материалы и методы исследования: Было проведено комплексное клинико-анамнестическое исследование факторов риска развития БОС у 60 детей с ООБ в возрасте от 1 года до 3 лет, получавших дечение на базе семейной поликлиники № 8, Мирзо-Улугбекского района города Таш-

кента. Группу сравнения составили 30 детей с ОБ того же возраста. Всем детям проводилось комплексное клиническое обследование с учетом жалоб, анамнестических данных, результатов физикальных методов обследования, общеклинических лабораторных и микробиологических методов исследования по стандартным методикам. Полученные результаты были обработаны при помощи традиционных статистических методов с использованием программы Exel.

Результаты исследования: По нашим данным, частота встречаемости острого обструктивного бронхита возросла с 7,2 % в 2020 г. до 19,5 % в 2024 г. Также усилилась и тяжесть течения этого заболевания, поэтому увеличилась длительность лечения (от 5,4 суток в 2020 г. до 9,6 суток в 2024 г.) и частота госпитализаций в стационар. Эта тенденция отражает общее увеличение частоты заболеваний среди детей этого возраста. Среди обследованных пациентов были дети первого года жизни, которые болели острым обструктивным бронхитом достоверно чаще, чем второго и третьего года, причем чаще болели мальчики, чем девочки. Факторный анализ риска развития БОС представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Факторный анализ риска развития БОС на основании анамнестических данных (%; OR; RR; χ^2;)

Анализируемые показатели	ОБ (n =30)		ООБ (n =60)		OR	RR	χ^2
	n	%	n	%			
Отягощенный акушерский анамнез:							
- угроза прерывания бер.	4	13,3	15	25,0	2,17	1,25	1,64
- угроза невынашивания	3	10,0	10	16,7	1,8	1,19	0,72
- ранний гестоз беременности	26	86,7	51	85,0	0,87	0,96	0,05
- поздний гестоз беременности	2	6,7	9	15,0	2,47	1,27	1,3
– хронич. фетоплацентар. недост	1	3,3	13	21,7	8,02	1,5	5,12
Экстрагенитальная патология:							
- ОРВИ во время берем.	29	96,7	60	100,0	2,03	1,34	0,26
- Анемия 1-2 степени	17	56,7	50	83,3	3,82	1,72	7,5
- Острый бронхит	1	3,3	11	18,3	6,5	1,46	3,9
Повышенное потребление аллергенов	5	16,7	41	68,3	10,8	2,1	21,4
Курение во время беременности	3	10,0	15	25,0	3,0	1,33	2,8
Употребление алкоголя	4	13,3	7	11,7	0,86	0,95	0,05
Преждевременное рождение	1	3,3	8	13,3	4,46	1,39	2,22
Кесарево сечение	4	13,3	16	26,7	2,36	1,27	2,1
Недоношенность	3	6	12	20,0	2,25	1,25	1,44
Родились в асфиксии	4	13,3	25	41,6	4,64	1,5	7,35

Примечание: OR- отношение шансов; RR-относительный риск χ^2 - критерий Хи-квадрат различия между детьми из группы ОБ и ООБ

По данным таблицы 1, выявляются отклонения во внутриутробном развитии детей с ООБ. Доказано, что эти факторы имеют важное значение, как предрасполагающие к формированию у детей БОС. Проведенный факторный анализ выявил, что перенесенный отягощенный акушерский анамнез влиял на развитие БОС у детей с ООБ. Наиболее высокие показатели факторного анализа имели: хроническая фетоплацентарная недостаточность у 21,7% (13) матерей детей с ООБ (OR 8,02; RR 1,5; χ^2 5,12; P=0,02), поздний гестоз беременности у 15,0% (9) матерей (OR 2,47; RR 1,27; χ^2 1,3; P<0,001), угроза прерывания беременности у 25,0% (15) матерей (OR 2,17;

RR 1,25; χ^2 1,64; P=0,2). Наличие экстрагенитальной патологии у матерей во время беременности также выявило наличие высокого риска развития БОС у ребёнка после рождения. Наиболее высокие показатели факторного анализа имели: наличие анемии I-II степени у 83,3% (50) матерей (OR 3,82; RR 1,72; χ^2 7,5; P=0,007), перенесенный острый бронхит у 18,3% (11) матерей (OR 6,5; RR 1,72; χ^2 3,9; P=0,05). Повышенное потребление аллергенов матерями во время беременности также имело высокий коэффициент риска развития БОС у 68,3% (41) детей с ООБ (OR 10,8; RR 2,1; χ^2 21,4; P<0,001), а также активное или пассивное курение 25,0% (15) матерей детей с ООБ (OR 3,0; RR 1,33; χ^2 2,8; P=0,09). Помимо этого, большую роль в развитии БОС играли отклонения во время родов, такие как: преждевременное отхождение околоплодных вод у 15,0% (9) матерей (OR 5,12; RR 1,41; χ^2 2,56; P=0,09), длительный безводный промежуток у 13,3% (8) матерей (OR 2,15; RR 1,23; χ^2 0,9; P=0,34), явления преэклампсии у 16,7% (10) матерей (OR 2,8; RR 1,3; χ^2 1,73; P=0,09), недоношенность 20,0% (12) детей с ООБ (OR 2,25; RR 1,25; χ^2 1,44; P=0,23), роды в асфиксии 41,6% (25) детей с ООБ (OR 4,64; RR 1,5; χ^2 7,35; P=0,007).

Аллергическая предрасположенность у детей является фактором риска и пусковым механизмом формирования бронхиальной обструкции (табл. 2). В связи с этим особое внимание было уделено изучению аллергологического анамнеза. В группе детей с ООБ отягощенная аллергическая наследственность у родителей была выявлена 39 (65,0%) случаев, причем по материнской линии встречалась у 28,3% (17) (OR 3,56; RR 1,38; χ^2 14,2; P<0,001), по отцовской линии - 13,3% (8) (OR 2,15; RR 1,23; χ^2 0,9; P=0,34), по обеим линиям – 23,3% (14) (OR 1,98; RR 1,22; χ^2 1,25; P=0,26). Следовательно, отягощенность аллергологического анамнеза у матерей и наследственная отягощённость по обеим линиям в обеих группах наблюдалась достоверно чаще, чем в группе сравнения, что также может считаться предрасполагающим фактором к развитию БОС у детей.

Таблица 2.

Факторный анализ наследственной отягощённости по аллергическим заболеваниям у детей с ООБ (%; OR; RR; χ^2; CI)

Отягощенная аллерг. наслед.	ОБ (n =30)		ООБ (n =60)		OR	RR	χ^2
	абс	%	абс	%			
По обеим линиям	4	13,3	14	23,3	1,98	1,22	1,25
По матер. линии	3	10,0	17	28,3	3,56	1,38	14,2
По отцовской линии	2	6,6	8	13,3	2,15	1,23	0,9
Без аллерг. наследств.	21	70,0	21	35,0	0,23	0,62	9,84

Примечание: OR- отношение шансов; RR-относительный риск χ^2 - критерий Хи-квадрат различия между детьми из группы ОБ и ООБ

Результаты проведенного нами корреляционного анализа между выявленными факторами риска, тяжестью и длительностью течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Результаты корреляционного анализа выявленных факторов с тяжестью и длительностью течения ООБ у детей

Факторы	Тяжесть (r)	Длительность (r)
Пассивное курение	0,65	0,72
Анте- и перинатальная патология	0,68	0,70

Нарушение физического развития	0,46	0,42
Анемия	0,45	0,40
Рахит	0,42	0,38
Нарушения иммунного гемостаза	0,49	0,44
Дисбиоз зева	0,65	0,68
Дисбиоз кишечника	0,68	0,70

Выявленные факторы риска учитывались при лечении детей с острым обструктивным бронхитом в амбулаторных условиях, и требовали проведения у них дальнейших адаптационных мероприятий.

Выводы:

1. Факторами вероятности развития у детей бронхиальной обструкции у детей являются: осложненное течение беременности (OR=2,47-11,5; RR=1,72), анемия у матери (OR=3,41-3,82; RR=1,72), асфиксия при рождении (OR=2,79-4,64; RR=1,5), аллергическая предрасположенность организма (OR=2,74-3,56; RR=1,38), характер питания матери (употребление облигатных аллергенов) (OR=4,68-10,8; RR=2,1), искусственное вскармливание (OR=1,83-2,57; RR=1,34), фоновые заболевания (анемия, рахит, гипотрофия, тимомегалия), частые ОРИ, патология ЛОР органов (24%), отягощённый аллергологический анамнез, остаточные явления рахита, наличие сопутствующих аллергических заболеваний, избыточный вес (OR=2,0-8,0; RR=1,23-2,21; CI: 2,9-21,5; P от <0,01 до <0,001).

2. Проведенный кореляционный анализ позволил отнести наличие анте- и пренатальной патологии, дефицитных состояний, нарушение физического развития и биоценоза в условиях пассивного курения к факторам риска развития и тяжести течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста

3. Лечение детей с острым обструктивным бронхитом должно быть комплексным и направленным на устранение выявленных факторов риска и сопутствующих патологических состояний со стороны других органов и систем детского организма, с проведением дальнейших адаптационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волосовец, О.П. Диагностика, лечение и профилактика бронхообструктивного синдрома у детей / О.П.Волосовец [и др.] // Метод.реком. – 2018 - 23 л.

2. Зайцева, О.В. Бронхообструктивный синдром у детей / О.В.Зайцева [и др.] // Пособие для врачей. // - 2020 - 48 л.

3. Зайцева, О.В. Бронхообструктивный синдром у детей / О.В.Зайцева // Педиатрия. – 2015. - №4. - С. 94-104.

4. Сорока, Ю.А. Бронхообструктивный синдром в педиатрической практике / Ю.А.Сорока // Здоровье ребенка. - 2019. - №2.- С.77-81.

5. Ткаченко, Ю.П. Повторяющийся обструктивный бронхит у детей раннего возраста / Ю.П.Ткаченко [и др.] // Врачебная практика. - 2020. - №1. – С.49-52

6. Kovacevic, S. Risk factors associated with wheezing illness in young children / S. Kovacevic [et al.] // Abs. 10 Congress ERS. – 2019. – P.486