

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА
У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ****Н. М. Шавози, А. Б. Алланазаров**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: анамнез, клинические показатели, обструктивный бронхит, часто болеющие дети.**Tayanch soʻzlar:** tarix, klinik koʻrsatkichlar, obstruktiv bronxit, tez-tez kasal bolalar.**Key words:** history, clinical indicators, obstructive bronchitis, frequently ill children.

Одной из основных нозологических форм респираторных заболеваний являются острые бронхиты, частота которых составляет от 70 до 220 случаев на 1000 детей, при которых синдром бронхиальной обструкции варьирует от 5 до 40 %, что свидетельствует об актуальности данной проблемы. По данным Всемирной организации здравоохранения заболевания органов дыхания составляют до 15% инфекционных причин смерти детей в возрасте до 5 лет. В педиатрической популяции наиболее высокий уровень респираторной заболеваемости регистрируется среди группы «часто болеющих детей» [1,2]. Своевременная диагностика, прогнозирование течения обструктивного бронхита, нередко вызывает затруднение для планирования лечебных и профилактических мероприятий особенно у часто болеющих детей, в этой связи необходимо определение важнейших критериев диагностики заболевания. Для установления значимых факторов риска формирования обструктивного бронхита у ЧБД, проведен комплексный анализ внешних и внутренних факторов, воздействующих на организм ребенка и оказывающих влияние на развитие заболевания.

**TEZ-TEZ KASAL BOʻLGAN BOLALARDA OʻTKIR OBSTRUKTIV BRONXIT
KURSINING XUSUSIYATLARI****N. M. Shavazi, A. B. Allanazarov**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, Oʻzbekiston

Nafas olish kasalliklarining asosiy nozologik shakllaridan biri oʻtkir bronxit boʻlib, uning chastotasi 1000 bolaga 70 dan 220 tagacha, bronxial obstruksiya sindromi 5 dan 40% gacha oʻzgarib turadi, bu ushbu muammoning dolzarbligini koʻrsatadi. Jahon sogʻliqni saqlash tashkiloti maʼlumotlariga koʻra, 5 yoshgacha boʻlgan bolalar oʻlimining yuqumli sabablarining 15% gacha nafas olish organlari kasalliklari. Pediatrik populyatsiyada nafas olish kasalliklarining eng yuqori darajasi "tez-tez kasal boʻlgan bolalar" guruhida qayd etilgan. [1,2]. Oʻz vaqtida tashhis qoʻyish, obstruktiv bronxit kursini bashorat qilish, koʻpincha terapevtik va profilaktika choralarini rejalashtirishda qiyinchiliklarga olib keladi, ayniqsa tez-tez kasal boʻlgan bolalarda, bu borada kasallikni tashxislashning eng muhim mezonlarini aniqlash kerak. FICda obstruktiv bronxitning shakllanishi uchun muhim xavf omillarini aniqlash uchun bolaning tanasiga taʼsir qiluvchi va kasallikning rivojlanishiga taʼsir qiluvchi tashqi va ichki omillarning har tomonlama tahlili oʻtkazildi.

FEATURES OF THE COURSE OF ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN FREQUENTLY ILL CHILDREN**N. M. Shavazi, A. B. Allanazarov**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

One of the main nosological forms of respiratory diseases is acute bronchitis, the frequency of which is from 70 to 220 cases per 1000 children, in which the bronchial obstruction syndrome varies from 5 to 40%, which indicates the relevance of this problem. According to the World Health Organization, respiratory diseases account for up to 15% of the infectious causes of death in children under 5 years of age. In the pediatric population, the highest level of respiratory morbidity is recorded among the group of "frequently ill children". [1,2]. Timely diagnosis, prediction of the course of obstructive bronchitis, often causes difficulty in planning therapeutic and preventive measures, especially in frequently ill children, in this regard, it is necessary to determine the most important criteria for diagnosing the disease. To establish significant risk factors for the formation of obstructive bronchitis in FIC, a comprehensive analysis of external and internal factors affecting the child's body and influencing the development of the disease was carried out.

Актуальность. Несмотря на многочисленные исследования, проблема острых обструктивных бронхитов (ООБ), особенно из группы «часто болеющие дети», остаётся нерешённой, что связано с затруднением своевременной диагностики, особенностями клинических и лабораторных проявлений заболевания [3,4,8].

В детском возрасте распространённость острых обструктивных бронхитов достигает до 4,5-7,5 тысяч случаев на 100 тысяч детского населения, заболевание зачастую принимает затяжное, волнообразное или рецидивирующее течение, что характерно для диспансерной группы «часто болеющие дети» [5,6,10].

Недостаточная изученность проблемы с учётом особенностей анамнестических данных, клинической симптоматики, значения состояния иммунного статуса и показателей цитокинового профиля указывают на необходимость дальнейших исследований по совершен-

ствованию диагностической и лечебной тактики при остром обструктивном бронхите у «часто болеющих детей», решение которых может кардинально влиять на течение и исход заболевания [7,9].

В этой связи актуальным и важным является определение особенностей клинического течения, состояния клеточного и гуморального иммунитета, цитокинов при остром обструктивном бронхите у «часто болеющих детей», с последующей разработкой патогенетических методов лечения по уменьшению частоты рецидивов и тяжести заболевания.

Цель научного исследования: изучить особенности течения острого обструктивного бронхита у часто болеющих детей.

Материал и методы исследования. Для установления диагностической значимости клинических признаков, взаимосвязи с показателями иммунного статуса и цитокинового профиля проведено обследование 120 детей с острым обструктивным бронхитом разделённых на 2 группы: I группа (контрольная) 40 больных острым обструктивным бронхитом из группы «эпизодически болеющие дети» (ЭБД).

II группа (основная) 80 больных с острым обструктивным бронхитом из группы «часто болеющие дети» (ЧБД).

С целью определения причинно-значимых факторов, участвующих в развитии бронхообструктивного синдрома (БОС) был проведен анализ генеалогического, биологического и социального анамнеза, преморбидного и семейного фона, характеризующих состояние здоровья семьи и особенности развития ребенка в ante-, постнатальном периодах и в первые годы жизни ребенка у пациентов и их родителей в исследуемых группах. По данным ретроспективного анализа медицинской документации пациентов основной и контрольной групп нами были проанализированы клинические особенности БОС. Данные уточнялись при клиническом осмотре и опросе родителей. Детально выяснялись возраст появления начальных симптомов бронхиальной обструкции (кашля, одышки, свистящего дыхания), частота их появления, клинические особенности и обстоятельства их появления, а также другие показатели.

Результаты исследования: для определения значимости частоты встречаемости анамнестических данных у больных, характеризующих особенности течения обструктивного бронхита у детей, был проведён анализ произвольных таблиц сопряжённости (таблицы 1).

Сравнительный анализ исследуемых показателей показал, что по сроку гестации частота рождения больных ООБ у ЧБД, практически не отличались от больных ООБ у ЭБД ($OR=0,52=1,41$; $\chi^2=0,04-1,37$). Во II группе основная доля частоты детей с наблюдалась в возрасте до 1 года (58,8%), в сравнении с пациентами I группы (62,5%), при этом отсутствовала достоверная значимость данного возрастного диапазона. Гендерного различия в группах не выявлено, одинаково страдали как мальчики, так и девочки.

Согласно представленным данным, рассчитанные показатели подтверждают диагностическую ценность искусственного вскармливания в формировании – 76,3% случаев в группе ЧБД и 45,0% в группе ЭБД ($OR=3,92$; $CI=1,75-8,80$; $\chi^2=11,58$; $p=0,001$). Раннее искусственное вскармливание увеличивают 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, при котором частота в группе ЧБД по отношению группы ЭБД составила 10,0% и 30,0%, а смешанного 13,8% и 25,0% соответственно, не имея диагностическую ценность.

Сравнительный анализ частоты развития анамнестических и социально-бытовых данных при ООБ детей (таблица 2) показывает, что частота рецидивов респираторных инфекций в течение 1 года, являясь одним из важнейших критериев диагностики ЧБД, однозначно влияет на течение и прогноз заболеваний дыхательных путей. Значимым критерием ООБ у ЧБД, является частота рецидива респираторной инфекции 6 и более раз за год - 47,5% случаев, в сравнении с больными I группы – 22,5% ($OR=3,12$; $CI=1,32-7,38$; $\chi^2=7,00$; $p=0,008$). Одним из диагностических критериев ООБ у ЧБД, подтвержденным статистическим анализом является дебют клинической симптоматики БОС у ребенка в возрасте до 1 года, состав-

5 jadval.

Сравнительный анализ частоты анамнестических данных при остром обструктивном бронхите детей.

Показатель	Частота выявления (%)		OR	χ^2	P	ДИ min	ДИ max
	II группа	I группа					
Срок гестации							
31-37 недель	11,3	10,0	1,14	0,04	0,835	0,33	3,96
38-41 недель	78,8	72,5	1,41	0,58	0,445	0,58	3,38
42 недели и более	10,0	17,5	0,52	1,37	0,242	0,18	1,57
Возраст							
до 1-3 года	58,8	62,5	0,85	0,16	0,693	0,39	1,86
4-5 лет	28,8	30,0	0,94	0,02	0,887	0,41	2,16
6 и > лет	12,5	7,5	1,76	0,69	0,41	0,46	6,80
Пол							
Мальчики	57,5	55,0	1,11	0,07	0,794	0,52	2,38
Девочки	42,5	45,0	0,90	0,07	0,794	0,42	1,94
Вскармливание на 1 году жизни							
естественное	10,0	30,0	0,26	7,68	0,006	0,10	0,70
смешанное	13,8	25,0	0,48	2,34	0,126	0,18	1,25
искусственное	76,3	45,0	3,92	11,58	0,001	1,75	8,80
Частота рецидивов респираторных инфекций в 1 год							
4 раз	13,8	40,0	0,24	10,54	0,001	0,10	0,59
5 раз	38,8	37,5	1,05	0,02	0,894	0,48	2,31
6 раз и более	47,5	22,5	3,12	7,00	0,008	1,32	7,38
Возраст манифестации первого эпизода БОС.							
до 1 года	72,5	35,0	4,90	15,63	0,000	2,17	11,05
от 1 до 3 лет	21,3	47,5	0,30	8,75	0,003	0,13	0,68
старше 3 лет	6,3	17,5	0,31	3,75	0,053	0,09	1,06
Частота БОС в год							
1 раз и реже	7,5	20,0	0,32	4,04	0,044	0,10	1,01
2 раза	10,0	30,0	0,26	7,68	0,006	0,10	0,70
3 раза	30,0	30,0	1,00	0,00	1,000	0,44	2,29
4 раз и чаще	52,5	20,0	4,42	11,59	0,001	1,81	10,77
Аллергологический анамнез							
Пищевая аллергия	28,8	32,5	0,84	0,18	0,673	0,37	1,90
Медикаментозная аллергия	11,3	10,0	1,14	0,04	0,835	0,33	3,96
крапивница, отек Квинке	3,8	5,0	0,74	0,10	0,747	0,12	4,62
Социально-бытовые условия							
детские ясли, сад	72,5	30,0	6,15	19,82	0,000	2,67	14,19

Примечание: показатели OR, χ^2 , P – достоверность различий, ДИ min и ДИ max между группами.

вив в группе ЧБД – 72,5%, в группе ЭБД – 35,0% (OR=4,90; CI=2,17-11,05; $\chi^2=15,63$; p=0,001). Сопоставление частот других исследуемых временных градаций манифестации первого эпизода БОС, не выявило значимой разницы в исследуемых группах детей.

Также, особенностями клинического течения ООБ явилась значимая частота развития бронхиальной обструкции 4 раз и чаще в год у ЧБД – 50,0%, в сравнении с больными ЭБД – 20,0% (OR=4,42; CI=1,81-10,77; $\chi^2=11,59$; p=0,001), частота 3 раза и менее в 1 год не имела существенной разницы.

В группе ЧБД с ООБ частота наблюдения проявлений аллергии составила при: пищевой – 28,8%, лекарственной – 11,3%, так тяжелых форм аллергических реакций в виде острой крапивницы, отека Квинке – 3,8%, в сравнении с больными ЭБД 32,5%, 10,0% и 5,0% соответственно, не имели статистических различий.

Среди социально-бытовых факторов значимую роль в качестве особенностей ООБ у ЧБД принадлежало посещению детских дошкольных учреждений – 72,5%, в сравнении с детьми из группы ЭБД – 30,% (OR=6,15; CI=2,67-14,19; $\chi^2=19,82$; p=0,001), отсутствие отдельного помещения – 66,3% и 72,5% (OR=0,74; CI=0,32-1,72; $\chi^2=0,48$; p= 0,488).

При развитии ООБ у ЧБД частота острого развития клинической симптоматики заболевания – 71,3% случаев, характеризовалось значимой величиной в сравнении ЭБД – 42,5%

Таблица 2.

Сравнительный анализ частоты клинических проявлений при остром обструктивном бронхите детей.

Показатель	Частота выявления (%)		OR	χ^2	P	ДИ min	ДИ max
	II группа	I группа					
Начало заболевания							
острое	71,3	42,5	3,35	9,32	0,002	1,52	7,40
постепенное	28,8	57,5	0,30	9,32	0,002	0,14	0,66
На какой день заболевания возникла обструкция							
1 день	71,3	42,5	3,35	9,32	0,002	1,52	7,40
2-3 дни	28,8	57,5	0,30	9,32	0,002	0,14	0,66
Состояние							
средней тяжести	28,8	37,5	0,67	0,94	0,331	0,30	1,50
тяжёлое	71,3	62,5	1,49	0,94	0,331	0,67	3,32
Температура							
<37,0 ⁰ С	35,0	27,5	1,42	0,68	0,408	0,62	3,26
37,1-37,9 ⁰ С	20,0	42,5	0,34	6,77	0,009	0,15	0,78
38,0-39,0 ⁰ С	23,8	17,5	1,47	0,61	0,433	0,56	3,85
> 39,0 ⁰ С	21,3	12,5	1,89	1,36	0,243	0,64	5,56
Кашель							
сухой кашель	58,8	72,5	0,54	2,17	0,141	0,24	1,23
влажный	41,3	27,5	1,85	2,17	0,141	0,81	4,22
Мокрота							
скудная	58,8	42,5	1,93	2,83	0,093	0,89	4,16
обильная	41,3	57,5	0,52	2,83	0,093	0,24	1,12
Перкуторно в лёгких							
лёгочной звук	15,0	35,0	0,33	6,28	0,012	0,13	0,80
Коробочный оттенок	85,0	65,0	3,05	6,28	0,012	1,25	7,46
Аускультативно в лёгких							
жёсткое дыхание	88,8	87,5	1,13	0,04	0,841	0,35	3,62
ослабленное дыхание	11,3	12,5	0,89	0,04	0,841	0,28	2,85
Хрипы в лёгких							
крепитирующие	2,5	2,5	1,00	0,00	1,000	0,09	11,37
сухие	57,5	45,0	1,65	1,67	0,196	0,77	3,55
влажные	40,0	52,5	0,60	1,69	0,194	0,28	1,30
Дыхательная недостаточность (ДН)							
ДН 0 ст.	2,5	7,5	0,32	1,67	0,196	0,05	1,97
ДН 1 ст.	8,8	50,0	0,10	26,02	0,000	0,04	0,26
ДН 2 ст.	77,5	40,0	5,17	16,48	0,000	2,27	11,75
ДН 3 ст.	11,3	2,5	4,94	2,67	0,012	0,60	40,48

(OR=3,35; CI=1,52-7,40; $\chi^2=9,32$; p=0,002), у которых чаще встречалось постепенное развитие заболевания - 57,5% случаев. Важным для ООБ у ЧБД, явилось развитие обструктивного синдрома на 1 день заболевания (OR=3,35; CI=1,52-7,40; $\chi^2=9,32$; p=0,002), в сравнении с развитием обструкции на 2 – 3 дни болезни.

Развитие БОС у детей приводило к ухудшению состояния, при этом состояние средней тяжести как и тяжелое проявлялось как у детей из группы ЧБД (у 28,8% и 71,3%), так и в группе ЭБД (37,5% и 62,5%), однако низкий показатель отношения шансов свидетельствовал о невысокой диагностической значимости данного признака.

При незначительном повышении частоты гипертермии в пределах от 38,0-39,0⁰С и > 39,0⁰С ООБ в группе ЧБД (23,8% и 21,3%) в сравнении с ЭБД (17,5% и 12,5%), не имело существенных различий между группами.

При ООБ в группе ЧБД чаще наблюдался сухой кашель (58,8%), в I группе (72,5%), как и отхождение скудной трудноотделяемой мокроты - 41,3%, в I группе - 57,5% незначимо отличаясь друг от друга.

При анализе физикальных данных у детей при ООБ у ЧБД значимо чаще определялся лёгочной звук с коробочным оттенком – 85,0% случаях, в сравнении с I группой (OR=3,05;

CI=1,25-7,46; $\chi^2=6,28$; $p=0,012$), аускультативно жёсткое дыхание наблюдалось в большинстве случаев в обеих группах - 88,8% и 87,5%, не имея достоверную разницу и также при характеристике хрипов в лёгких в группах: крепитирующие – 2,5% и 2,5%, сухие 57,5% и 45,0% и влажные – 40,0% и 52,5%

При развитии БОС выраженность степени ДН была более характерны при ООБ в группе ЧБД, у которых наблюдалась более высокая частота ДН 2 степени (75,5%) и ДН 3 степени (11,3%), что проявлялось достоверной разницей (OR=5,17; CI=2,27-11,75; $\chi^2=16,48$; $p=0,001$ и OR=4,94; CI=0,60-40,48; $\chi^2=2,67$; $p=0,012$), при отсутствии проявления (12,43%) или незначительной одышки (47,5%), в сравнении с группой ЭБД (40,0%, 2,5%, 7,5% и 50,0%) соответственно.

Наглядная иллюстрация особенностей анамнестических, клинических и лабораторных показателей при ООБ у ЧБД представлена на рисунке 1.

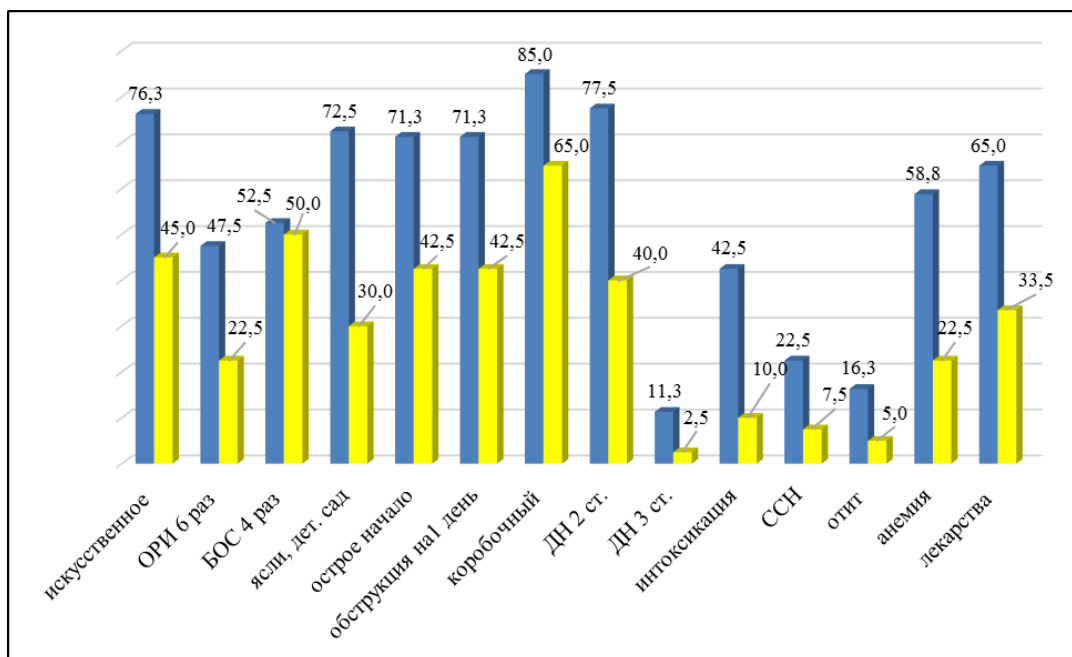


Рис. 1. Диагностическая ценность частоты анамнестических данных и клинических проявлений при остром обструктивном бронхите у больных (%).

■ - I группа (n=40); ■ - II группа (n=80).

Как представлено на рисунке 1, анализ частоты анамнестических данных позволили выявить значимые особенности острого обструктивного бронхита у больных группы ЧБД: раннее искусственное вскармливание (OR=3,92; CI=1,75-8,80; $\chi^2=11,58$; $p=0,001$); рецидив респираторной инфекции 6 и более раз за 1 год (OR=3,12; CI=1,32-7,38; $\chi^2=7,00$; $p=0,008$); развитие бронхиальной обструкции 4 раза и чаще в год (OR=4,42; CI=1,81-10,77; $\chi^2=11,59$; $p=0,001$); посещение детских дошкольных учреждений (OR=6,15; CI=2,67-14,19; $\chi^2=19,82$; $p=0,001$); острое развитие клинической симптоматики (OR=3,35; CI=1,52-7,40; $\chi^2=9,32$; $p=0,002$); развитие обструктивного синдрома на 1 день заболевания (OR=3,35; CI=1,52-7,40; $\chi^2=9,32$; $p=0,002$); прием матерью лекарственных препаратов во время беременности (65,0%, OR=3,45; CI=1,56-7,65; $\chi^2=9,70$; $p=0,001$) и рекомендовать их в качестве дополнительных критериев диагностики заболевания.

Выводы. Понимание и распознавание предрасполагающих факторов может помочь в выявлении детей с высоким риском развития ООБ у ЧБД, что позволит своевременно принять необходимые диагностические и терапевтические мероприятия по снижению частоты и тяжести заболевания.

Использованная литература:

1. Абольян Л. В., Иванова Е. С. Исследование информированности медицинских работников по вопросам поддержки грудного вскармливания //профилактика 2015. – С. 17а-17б..
2. Геппе Н.А., Мелешкина А.В., Чебышева С.Н., Великорецкая М.Д. Приоритеты в тактике ведения детей с бронхиальной обструкцией на фоне острой респираторной вирусной инфекции: что нового? Доктор.Ру. 2021; 20(3): 6–10..
3. Зайцев А. А. Острый бронхит: клинические рекомендации //Медицинский совет. – 2020. – №. 17. – С. 27-32.;
4. Заплатников А. Л., Гирина А. А., Локшина Э. Э., Леписева И. В., Майкова И. Д., Кузнецова О. А., Дубовец Н. Ф. Часто болеющие дети: все ли решено? //Медицинский совет. – 2018. – №. 17. – С. 206-214
5. Иванова НА. Рецидивирующая обструкция бронхов и бронхиальная астма у детей первых пяти лет жизни. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016;61(5):64–69.;
6. Ю.Л. Мизерницкий // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. – Москва: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2018. – Вып.18. – С. 108-119. ISBN 978-5-98803-380-386;
7. Казумян М.А., Василенок А.В., 2018; 37–43;
8. Ibragimova M. F. Diagnostic criteria for pneumonia of atypical etiology in children //British Medical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 5.
9. Fedorovna I. M. The influence of risk factors on the development of atypical pneumonia in young children //Asian journal of pharmaceutical and biological research. – 2022. – Т. 11. – №. 2.
10. Bai L, Su X, Zhao D, et al. Exposure to traffic-related air pollution and acute bronchitis in children: season and age as modifiers. J Epidemiol Community Health. 2018;72(5):426-433. doi:10.1136/jech-2017-209948].