

STRUCTURE OF BRONCHO-OBSTRUCTIVE SYNDROME IN HOSPITALIZED CHILDREN

Lim V.I.¹, Garifulina L.M.², Nabieva Sh.M.³,
Usmanova M.F.⁴, Ortikbaeva N.T.⁵ (Republic of Uzbekistan)
Email: Lim515@scientifictext.ru

¹Lim Vyacheslav Innokentyevich - Associate Professor,
DEPARTMENT OF PEDIATRICS № 2, NEONATOLOGY AND
PROPAEDEUTICS OF CHILDHOOD, DISEASES;

²Garifulina Lilya Maratovna - Associate Professor, Head of the Department,
DEPARTMENT OF PEDIATRICS, FACULTY OF MEDICINE;

³Nabieva Shohista Mustafaevna – Assistant;

⁴Usmanova Munira Fayzullaevna – Assistant;

⁵Ortikbaeva Nilufar Tursunbaevna – Assistant,
DEPARTMENT OF PEDIATRICS № 2, NEONATOLOGY AND
PROPAEDEUTICS OF CHILDHOOD, DISEASES,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: an analysis of archival medical histories of children in hospital care from 2015 to 2017 was made. There is an increase in the proportion of bronchial obstructive syndrome in the nosological structure of both acute obstructive bronchitis and acute bronchiolitis. The incidence of acute obstructive bronchitis in children had a multi-factor etiopathogenesis, acute bronchiolitis was characterized by monofactivity, depending on the etiological factor. The most common diseases occurred in children aged 6 to 18 months.

Keywords: broncho-obstructive syndrome, acute bronchiolitis, acute obstructive bronchitis, prevalence.

СТРУКТУРА БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Лим В.И.¹, Гарифулина Л.М.², Набиева Ш.М.³, Усманова М.Ф.⁴,
Ортикбаева Н.Т.⁵ (Республика Узбекистан)

¹Лим Вячеслав Иннокентьевич – доцент,
кафедра педиатрии № 2, неонатологии и пропедевтики детских болезней;

²Гарифулина Лиля Маратовна - доцент, заведующая кафедрой,
кафедра педиатрии, лечебный факультет;

³Набиева Шохиста Мустафаевна – ассистент;

⁴Усманова Мунира Файзуллаевна – ассистент;

⁵Ортикбаева Нилуфар Турсунбаевна – ассистент,
кафедра педиатрии № 2, неонатологии и пропедевтики детских болезней,
Самаркандский государственный медицинский институт.

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: был проведен анализ архивных историй болезней детей, находившихся на стационарном лечении с 2015 по 2017 годы. Отмечается увеличение доли бронхообструктивного синдрома в нозологической структуре, как острого обструктивного бронхита, так и острого бронхиолита. Заболеваемость острым обструктивным бронхитом у детей обладала многофакторностью этиопатогенеза, острый бронхиолит характеризовался монофакторностью, зависимостью от этиологического фактора. Наиболее часто заболевания встречались у детей в возрасте от 6 до 18 месяцев.

Ключевые слова: бронхообструктивный синдром, острый бронхиолит, острый обструктивный бронхит, распространенность.

Актуальность. Респираторные заболевания у детей раннего возраста в последние годы характеризуются значительным ростом частоты и более тяжелым течением заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом [1,7,8]. Основными причинами формирования бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста считаются такие заболевания как острый обструктивный бронхит и острый бронхиолит, при этом в старшем возрасте – бронхиальная астма [5].

Известно, что 25% детей в возрасте от 1 месяца до 6 лет страдают от перенесенного бронхообструктивного синдрома. В общей популяции детей БОС встречается у 30 % детей [2,3]. Данные о распространенности у детей первых лет жизни носят неоднозначный характер, ряд авторов отмечают в проведенных исследованиях, что одна третья часть детей раннего возраста, переносили по меньшей мере однократный бронхообструктивный эпизод [10,12]. Острый бронхиолит являясь одним из самых распространенных и тяжелых обструктивных заболеваний у детей зачастую требуют госпитализации [4,6]. Максимальная частота заболеваемости острым бронхиолитом отмечается у детей в возрасте от 2 до 8 месяцев жизни. Все это свидетельствует о значительных сложностях своевременной диагностики БОС в педиатрической практике. Диагностика, лечение и своевременная профилактика заболеваний невозможны без знаний их достоверной распространенности [9,11]. Текущая ситуация в нашем регионе показывает, что отсутствуют данные о распространенности бронхообструктивного синдрома среди детского населения, поэтому актуальным представляется изучение распространенности заболеваний.

Цель исследования. Изучить структуру заболеваний, осложненных бронхообструктивным синдромом у детей.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование проводилось на базе Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра в отделениях пульмонологии, детской реанимации. Критериями госпитализации и выписке из стационара считались согласно установленным в центре протоколам. В ходе работы использовался описательно-оценочный метод эпидемиологического исследования, проведен ретроспективный анализ историй болезни детей,

находившихся на стационарном лечении в период с 2015 по 2017 годы. Следующие показатели подвергались изучению и тщательному анализу: дата поступления, диагноз, возраст, адрес проживания, койко-дни. К заболеваниям, осложненным бронхообструктивным синдромом, относились острый обструктивный бронхит, острый бронхиолит и бронхиальная астма.

Полученные данные были обработаны при помощи статистических методов с использованием помощью пакета статистической программы «Statistica 6.0» на персональном компьютере.

Результаты исследования. За истекший период с 2015 по 2017 года отмечалась следующая динамика: с ООБ госпитализировано 2580 больных, с ОБ 1720 больных, с внебольничной пневмонией 3240 больных, с острыми респираторными инфекциями 3350 больных, с прочими заболеваниями 2170 больных. Сравнительная динамика нозологических форм заболеваний, показывает, что основными причинами госпитализации детей являлись острая респираторная инфекция и внебольничная пневмония, доля которых составила в среднем за истекший период 25,6% и 24,8% соответственно. При этом нами было отмечено снижение как доли острой респираторной инфекции, так и доли пневмонии в структуре заболеваний у детей что по-видимому связано с характерными этиологическими трансформациями в структуре респираторных заболеваний у детей в результате внедрения пневмококковой вакцины. Было отмечено стойкое увеличение доли заболеваний осложненных бронхообструктивным синдромом в структуре общей заболеваемости: так острый бронхит в среднем за отчетный период составил 19,8% от общего числа госпитализированных детей, острый бронхиолит составил – 13,2%. Отмеченная тенденция повышения числа заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом в нозологической структуре госпитализированных детей, имеет несколько причинно-следственных факторов: увеличения частоты бронхообструктивного синдрома во всем мире у детей, повышение диагностики, раннее выявление заболеваний, их регистрация, являющихся результатом проводимых нами исследований.

Доля больных с бронхиальной астмой была весьма низкой (0,7%), что по-видимому было связано с успешным внедрением лечебно-профилактических мероприятий, программ противодействия бронхиальной астмы среди детского населения. В этой связи, изучение распространенности бронхиальной астмы у детей нами не проводилось.

Также следует отметить, что из полученных нами данных патологические состояния, осложненные бронхообструктивным синдромом у детей имеет сезонность. Нами было установлено, что чаще всего заболевания встречались в характерные для респираторных заболеваний времена года, так при остром обструктивном бронхите отмечается рост встречаемости в мае – июне - июле и в октябре в 2015 году, сентябре – декабре в 2016 году, в мае, июне и августе сентябре в 2017 году. Подобная картина отмечается и при остром бронхиолите. Максимальная частота заболеваний отмечалась в традиционно холодных временах года. Сравнительный анализ частоты развития

бронхообструктивного синдрома показывает, что острый обструктивный бронхит у детей в большинстве случаев формируется в периоды сложных климатических условий для детей раннего возраста: низкая температура с резкими перепадами (зимний и начало весеннего периода года). При остром обструктивном бронхите заболеваемость имела характер «волнообразной» кривой, без экстремальных перепадов, свидетельствующих о многофакторности этиопатогенеза заболевания.

Таблица 1. Эпидемиологические показатели детей с острым обструктивным бронхитом и острым бронхиолитом

Показатели		2015 год		2016 год		2017 год	
		ООБ 720	ОБ 540	ООБ 830	ОБ 560	ООБ 1030	ОБ 620
Возраст	1-12 мес.	117 (16,3%)	440 (86,6%)	250 (27,1%)	478 (85,5%)	277 (19,8%)	527 (88,1%)
	1-3 года	368 (51,1%)	100 (11,8%)	356 (44,2%)	80 (14,4%)	520 (66,9%)	89 (10,3%)
	Старше 3 лет	235 (32,6%)	0 (0%)	224 (18,7%)	2 (0,1%)	133 (13,3%)	4 (0,7%)
Адрес	Город	340 (46,7%)	225 (41,2%)	335 (40,4%)	237 (42,3%)	447 (43,4%)	239 (38,5%)
	Село	380 (53,3%)	315 (58,8%)	495 (59,6%)	323 (57,7%)	583 (56,6%)	381 (61,5%)

Примечание: ООБ – острый обструктивный бронхит. ОБ – острый бронхиолит.

При остром бронхиолите заболеваемость отображалась в виде «пиковой» кривой, не имея столь выраженной зависимости от климатических перепадов как при остром обструктивном бронхите, что вероятно свидетельствует о доминирующей роли респираторно вирусной инфекции, имеющей эпидемиологическую ситуационную характеристику в развитии заболевания. Как видно из таблицы 1, в основном были госпитализированы больные с бронхообструктивным синдромом в возрасте до 3 лет. Анализ результатов таблицы 1 показывает, что чаще всего ООБ наблюдался у детей в возрасте 1-3 лет (57,2%), напротив ОБ отмечался в подавляющем большинстве случаев у детей до 1 года (87,2%).

Наиболее часто заболевания, сопровождающиеся бронхообструктивным синдромом встречались у детей в сельской местности (57,2%) в сравнении с детьми городского населения (42,8%).

Настоящее проведенное исследование по изучению распространенности заболеваний у детей, страдающих бронхообструктивным синдромом позволило получить данные, свидетельствующие о увеличении частоты острого обструктивного бронхита и острого бронхиолита в нозологической структуре среди госпитализированных детей. Наиболее важным в возникшей

тенденции считаем внедрение пневмококковой вакцины в календарь прививок детей Республики Узбекистан.

Выводы: Проведенное исследование показало, что среди детей Самаркандской области отмечается устойчивая тенденция к увеличению частоты встречаемости детей с острым обструктивным бронхитом и острым бронхиолитом у детей в нозологической структуре общей заболеваемости госпитализированных у детей.

По периодам года, частота развития острого обструктивного бронхита у детей имеет вид «волнообразной» кривой, выраженность которой в большей степени зависит от климатических условий, а при остром бронхиолите «пиковобразной» являющейся следствием эпидемиологической ситуации. Острый обструктивный бронхит чаще встречается у детей в возрасте от 1 года до 3 лет, при этом пик подъема заболеваемости острым бронхиолита приходится на возрастной период 1 года жизни, наиболее высокая распространенность острого бронхиолита выявлена среди детей в возрасте от 1 месяца до 1 года, дети старше 18 месяцев лет практически не страдают от заболевания.

Список литературы / References

1. Антипкин Ю.Г., Чумаченко Н.Г., Лапшин В.Ф., Уманец Т.Р. Динамика заболеваемости и распространенности бронхиальной патологии у детей Современная педиатрия. 2 (74), 2016.74.73.
2. Бойтураев Ж.С. и др. Оценка факторов риска развития острой бронхообструкции у детей раннего возраста // Вестник Хакасского государственного университета им. НФ Катанова, 2015. № 12. С. 20-21.
3. Гариб Ф.Ю. и др. Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
4. Котлуков В.К., Блохин Б.М., Румянцев А.Г. и др. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста с респираторными инфекциями различной этиологии: особенности клинических проявлений и иммунного ответа // Педиатрия, 2006. № 3. С.14-21.
5. Шавази Н.М., Лим М.В., Тамбриазов М.Ф. Генеалогические аспекты острого обструктивного бронхита у детей // Вестник врача. С. 39.
6. Шавази Н.М. и др. Возможности небулайзерной терапии бронхообструктивного синдрома у детей // Вестник врача. С. 35.
7. Шамсиев А.М. и др. Лечение детей с хроническим бронхитом //Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2015. № 4. С. 69-71.
8. Шамсиев А.М., Мухамадиева Л.А. Современные подходы лечения детей с деформирующим эндоbronхитом // Вестник Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова, 2015. № 12. С. 112-113.
9. Indiaminov S.I. Morphological features of the human brain in different variants of fatal blood loss on the background of alcohol intoxication //Herald of Russian State Medical University. Moscow, 2011. № 5. С. 63-66.
10. Jamshid S., Ravshan S. Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. № 1-2.

11. *Lim M.V., Shavazi N.M.* The combined use of acetylcysteine and 3% of sodium chloride in the nebulizer therapy of acute bronchiolitis // European science review, 2016. № 11-12. С. 63-66.
12. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
13. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.
14. *Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K.* Ефективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей //Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2016. Т. 26. № 2.
- 15.