ISSN: 2692-5206
AMERICAN ACADEMIC PUBLISHER
INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES

RISK FACTORS AND CLINICAL FEATURES OF RECURRENT BRONCHITIS IN CHILDREN

Azizova N. D.,[1] Kabilova D. K.,[2] Zokirov B. K.[3]

1. Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Pediatrics of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan,
2. Medical Faculty of the Central Asian Medical University. Fergana.
3. Andijan State Medical Institute.

Summary. Bronchopulmonary pathology in children includes acute and chronic diseases, among which a special place is occupied by recurrent obstructive bronchitis (ROB), which is a precursor to bronchial asthma. The study analyzed the clinical features and risk factors for the development of recurrent bronchitis in young children. The study included 90 children aged 3 months to 3 years, divided into two groups: with recurrent bronchitis and with recurrent bronchitis with broncho-obstruction. The main predisposing factors were identified, including perinatal complications, frequent respiratory infections, hereditary predisposition and allergic reactions. Clinical manifestations of broncho-obstruction were characterized by difficulty breathing, wheezing, cough and radiographic changes in the lungs. The study emphasizes the need for early detection and prevention of recurrent bronchitis in children with a high risk of developing bronchial asthma.

Key words: broncho-obstructive syndrome, recurrent bronchitis, bronchial asthma, risk factors, pediatric pulmonology, respiratory infections.

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Аннотация. Бронхолегочная патология у детей включает острые и хронические заболевания, среди которых особое место занимает рецидивирующий обструктивный бронхит (РОБ), являющийся предшественником бронхиальной астмы. В исследовании проанализированы клинические особенности и факторы риска развития рецидивирующих бронхитов у детей раннего возраста. Обследовано 90 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, разделенных на две группы: с рецидивирующим бронхитом и с рецидивирующим бронхитом с бронхообструкцией. Выявлены основные предрасполагающие факторы, включая перинатальные осложнения, частые респираторные инфекции, наследственную предрасположенность и аллергические реакции. Клинические проявления бронхообструкции характеризовались затрудненным дыханием, свистящими хрипами, кашлем и рентгенологическими изменениями легких. Исследование подчеркивает необходимость раннего выявления и профилактики рецидивирующего бронхита у детей с высоким риском развития бронхиальной астмы.

Ключевые слова: бронхообструктивный синдром, рецидивирующий бронхит, бронхиальная астма, факторы риска, детская пульмонология, респираторные инфекции.

ISSN: 2692-5206
AMERICAN ACADEMIC PUBLISHER
INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES

Актуальность. Бронхолегочная патология детского возраста многообразна и включает острые и хронические, инфекционно-воспалительные и аллергические болезни, врожденные и наследственные заболевания легких.

Повторные обструктивные бронхиты у детей раннего возраста, как состояние, предшествующее бронхиальной астме, являются одной из актуальных проблем детской пульмонологии и аллергологии. Большинство авторов признает, что по своей этиологической, патогенетической и клинической сущности рецидивирующий обструктивный бронхит (РОБ) определяет фон к развитию бронхиальной астмы, что дает основание рассматривать детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом как группу угрожаемых по этому заболеванию [1–3]. Бронхообструктивный синдром (БОС) клинически проявляется затруднением и удлинением выдоха, вздутием легких, участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, свистящими хрипами на выдохе. Возникновение бронхообструкции обычно происходит постепенно, чаще на второй-третий день ОРЗ, чем она и отличается от астматического приступа, развивающегося внезапно. Наибольшая частота бронхообструктивного синдрома приходится на ранний детский возраст, что обусловлено относительной узостью дыхательных путей, слабостью дыхательных мышц, обильным кровоснабжением, гиперсекрецией бронхиальных желез.

Таким образом, тенденция роста острых респираторных заболеваний (ОРИ) у детей и их роль в развитии бронхообструкции, высокий риск рецидивирования обструктивных бронхитов и возможность реализации бронхиальной астмы, разнообразие иммунных нарушений при данной патологии определяют актуальность изучения факторов и механизмов формирования бронхообструктивного синдрома у детей с инфекциями респираторного тракта.

Цель работы: изучить клинические особенности и факторы риска развития рецидивирующих бронхитов у детей.

Материал и методы. Бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста протекает в виде двух клинических вариантов: острый обструктивный бронхит (ООБ) -эпизод бронхиальной обструкции, возникший, как правило, впервые в жизни на фоне ОРЗ и рецидивирующий бронхит с бронхообструкцией (РБ с БО) - повторение эпизодов бронхиальной обструкции 2-3 и более раз в течение 1-2 последовательных лет.

В ходе проведенной нами работы было обследовано 90 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Материалом наблюдений и исследований послужили следующие группы детей:

I-группа - 45 больных с рецидивирующим бронхитом с бронхообструкцией.

II-Группа - 45 больных с рецидивирующим бронхитом.

В ходе работы использовали анкету, включавшую доступные для родителей вопросы о наличии у ребенка в анамнезе БО, его частоте, клинических проявлениях, наследственной предрасположенности к аллергическим и бронхолегочным заболеваниям, повышенной чувствительности к пищевым, медикаментозным,

ISSN: 2692-5206
AMERICAN ACADEMIC PUBLISHER
INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES

вакцинальным аллергенам и антигенам, а также сведения о количестве беременностей у матери, наличии гестоза, нефропатии, преэклампсии, данные об экологическом состоянии места жительства.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализируя эти показатели, мы выявили, что при РБ с БО больные в основном поступали на 3-5 день заболевания 67,3%; при РБ с рекуррентным течением поступали дети в основном на 5-7 день болезни - 24 (48,0%) детей после безуспешного лечения на дому.

Известно, что на здоровье и развитие ребенка влияют такие важные аспекты, как особенности акушерского анамнеза, состояние новорожденного и его развитие до момента возникновения текущего заболевания. Анализируя полные данные анамнеза обследованных детей, мы выделили наиболее часто встречающиеся факторы риска (табл. 1).

Как следует из таблицы, большинство больных РБ с БО родились от II-III беременностей 20 (45,3%) и соответственно II-III родов 17(38,5%). Больные РБ 22 (49,2%) родились от первой беременности, от II-III беременностей в 17(38,5%) случаев, от IV и более – 5 (12,3%) детей. У большинства наблюдаемых матерей обследованных больных имели место различные осложнения течения беременности, и была наибольшей в группе матерей больных БА 39 (87,7%). ОРИ во время беременности была наибольшей в группе матерей детей с РБ 36 (80,0%). В период беременности была диагностирована легкая или средне - тяжелая форма анемии у матерей больных РБ с БО в 64 (85,3%) случаев, РБ с БО – 45 (75,0%), при РБ у 54 (83,1%). В группе больных РБ в 37 (83,1%) случаев у матерей в анамнезе было патологическое течение родов. Недоношенность и рождение в асфиксии выявлены в наибольшей частоте случаев в группе больных РБ – 2 (6,2%) и 6 (14,7%), при РБ у 2 (6,2%) и 9 (21,5%) соответственно.

Таблица 1

Факторный анализ обследованных детей

Факторы риска	РБ n=45		РБ с БО n=45		P
	абс	%	абс	%	
Родились от: I беремен	22	49,2	18	41,3	>0,05
II -III беременности	17	38,5	20	45,3	>0,05
IV и более беремен.	5	12,3	5	13,3	>0,05
Родились от: I родов	24	53,9	19	44,0	>0,05
II-III родов	17	38,5	15	45,3	<0,01
IV и более родов	3	7,7	3	10,7	>0,05
Осложнения течения настоящей беремен.:	39	87,7	21	46,7	>0,05

ISSN: 2692-5206
AMERICAN ACADEMIC PUBLISHER
INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES

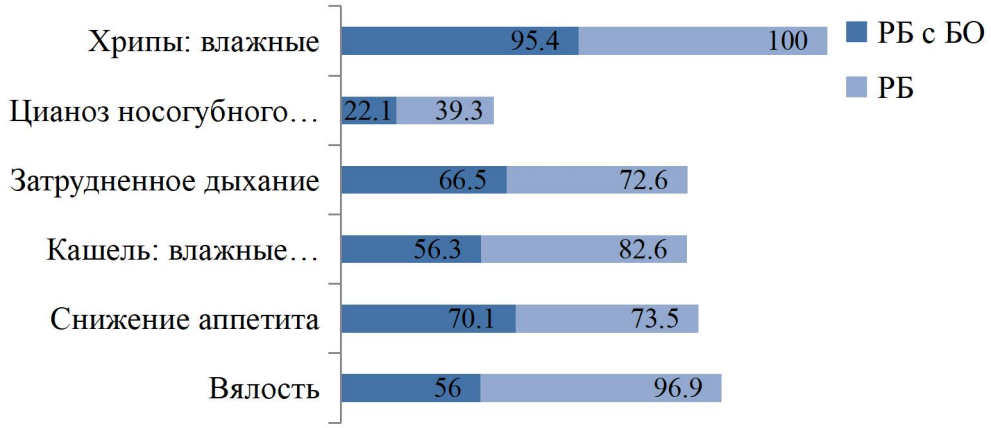
токсикозы I-II-й половины					
Анемия I-II степени	37	83,1	38	85,0	>0,05
Заболевания матери во время беременности: ОРИ	36	80,0	17	38,7	>0,05
Патологическое течение родов	18	40,0	12	28,3	<0,01
Родились: недоношенными	2	6,2	6	14,7	<0,01
в асфиксии	9	21,5	13	30,0	<0,01
Питание до года: - естественное	20	46,6	18	66,6	<0,01
- искусственное	10	22,3	4	10,0	>0,05
- смешанное	15	35,3	10	23,3	>0,05

В клинической картине рецидивирующего бронхита (табл.1) у всех детей 45 (100 %) наблюдали проявления интоксикации: субфебрилитет – у 14 (32,5%) детей, лихорадка (выше 38,1 °С) – у 6 (14,5%), слабость, адинамия – у 34 (76,9%), снижение аппетита – у 33 (73,5%), эмоциональная лабильность – у 25 (57,3%) детей. У 32 (72,6%) детей отмечали затрудненное носовое дыхание, слизистое отделяемое из носа – у 22 (47,9%). У 100% детей доминирующим симптомом являлся кашель, из них у 20 (45,3%) – малопродуктивный, у остальных детей – продуктивного характера. Признаки экспираторного затруднения дыхания, шумного или свистящего характера – у 11 (25,6%) детей, включение вспомогательной мускулатуры в акте дыхания – у 4 (9,4%), раздувание крыльев носа – у 23,9%. Кроме того, выявлялась бледность кожных покровов у 28 (62,4%) детей, сухость кожи – у 8 (19,6%), пероральный цианоз – у 17 (39,3%) детей.

Таблица 1

Частота клинических симптомов у обследуемых детей, (%)

ISSN: 2692-5206
AMERICAN ACADEMIC PUBLISHER
INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES



Клиническая картина у 43 (95,7%) больных с рецидивирующим бронхитом характеризовалась увеличением лимфоузлов разных групп, гипертрофией миндалин – у 35 (79,5%). Перкуторно над легкими определялся коробочный оттенок перкуторного звука – у 11 (25,6%). Аускультативно – рассеянные сухие хрипы – у 20 (45,3%) детей, влажные, разнокалиберные – у 37 (82,6%), у 3 (8,5%) – приглушенность тонов сердца, у 5 (11,9%) – выслушивался систолический шум на верхушке сердца. Гепатомегалия – у 23 (52,9%) больных, гепатоспленомегалия – у 14 (32,7%).

При исследовании периферической крови выраженные сдвиги не были характерны: у 11 (25,6%) умеренно ускоряется скорость оседания эритроцитов (СОЭ), незначительный лейкоцитоз – у 7 (17,1%), анемия 14 (32,5 %), лимфоцитоз 45 (100%), лимфомоноцитоз 28 (62,4%). Рентгенологически определяли двустороннее усиление легочного рисунка 45 (100%), расширение корней легких 45 (100 %), повышение прозрачности легочных полей 14 (32,5%), сгущение рисунка в прикорневых отделах 11 (25,6%). У 4 (10,3%) детей на электрокардиографии (ЭКГ) выявляли признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса.

Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта проявлялись в виде изменения аппетита: повышения у 6 (15,0%) у детей с рецидивирующим бронхитом или понижения у 23 (51,7%) детей с РБ. Жажда была повышенной у 21 (47%) больных с РБ, пониженной у 23 (51,7%) с РБ.

Изменения со стороны мочевыделительной системы в виде ночного энуреза выявлены у больных с РБ в 10 (23,3%) случаев.

Клинические проявления аллергических реакций различной этиологии в 9 раз чаще наблюдались у детей, больных с рецидивирующим бронхитом 1 (3,3%).

Выводы: таким образом, сопоставление результатов клинических наблюдений детей, больных во всех группах исследования показало, что при РБ, наблюдается более длительное проявление пероральных хрипов, влажного кашля и влажных хрипов в легких. На рентгенограммах больных всех групп. определяли двустороннее усиление легочного рисунка, расширение корней легких, повышение прозрачности легочных полей, которые характерны для синдрома БО. Основными прогностическими

ISSN: 2692-5206
AMERICAN ACADEMIC PUBLISHER
INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES

факторами риска развития рецидивирующих бронхитов у детей являются: перинатальные факторы, отягощенный преморбидный фон, сопутствующие и перенесенные заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедова Д.И., Ашурова Д.Т., Арифова Г.А. Факторы риска развития синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста // Ж. Педиатрия.- Т., 2019. - 2-3. - С. 52-53
2. Ашурова Д.Т. Клинико-иммунологическая характеристика синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста // Материалы 9 съезда педиатров России, Москва. - 2021. –С. 54.
3. Балаболкин, И.И. Атопия и аллергические заболевания у детей / И.И.Балаболкин // Педиатрия.–2022.
4. Германова О.Н. Клинико-иммунологические особенности обструктивного бронхита у детей с инфекциями респираторного тракта: автореф. дис. … канд. мед. наук / О.Н. Германова - Ставрополь, 2021.- 23 с.3.–№ 6.–С. 4-7, 99-102.
5. Даминов Т.А. Выявление группы риска по развитию бронхиальной астмы у детей и прогнозирование отдаленных последствий заболеваний с бронхообструктивным синдромом: Даминов Т.А., Халматова Б.Т., Сотиболдиева Н.Р. Инф.письмо (№8п/53).–Т.,2015.–4 с
6. Жукова О. В. Концепция факторов риска в оценке влияния "атипичных" возбудителей на формирование бронхиальной астмы у детей с острым и рецидивирующим обструктивным бронхитом : научное издание / О. В. Жукова // Российский медицинский журнал. - М., 2016. - Том 22 N2P220162. - С. 77-81. - Библиогр.: 5 назв.
7. Pojsupap S., Iliriani K., Sampaio T. Z. A. L. Efficacy of high-dose vitamin D in pediatric asthma: a systematic review and meta-analysis //Journal of Asthma. – 2021. – Т. 52. – №. 4. – С. 382-390.
8. Raissy, H. H. Benefits and Risks of Long-Term Asthma Management in Children: Where Are We Heading? // Drug safety. –2017. – Vol. 40, № 3. – P. 201-210.
9. Sarah, D. Regulatory T cells, inflammation and the allergic response. The role of glucocorticoids and Vitamin D/ D. Sarah [et al.]// The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology .-2020.-№120(2).-P.86-95.
10. Ullmann N, Bossley CJ, Fleming L, Silvestri M, Bush A, Saglani S. Blood eosinophil counts rarely reflect airway eosinophilia in children with severe asthma. Allergy (2023) 68:402–6.
11. Yong S. J. Body mass index and asthma in United States // Arch intern Med. – 2021. – Vol. 161, №13. – P. 1605-1611.