



Азимова Камола Талатовна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИОЛИТНИНГ ТИББИЙ –ИЖТИМОЙ АҲАМИЯТИ

Азимова Камола Талатовна

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

MEDICAL AND SOCIAL SIGNIFICANCE OF ACUTE BRONCHIOLITIS IN CHILDREN

Azimova Kamola Talatovna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: kamolaazi@gmail.com

Резюме. Ўткир бронхиолит ривожланишининг тиббий, биологик ва ижтимоий хавф омилларини ва уларнинг касаллик даврида даволаш-профилактика тадбирларини таъкил этишни такомиллаштиришидаги аҳамиятини ўрганиш. Ўткир бронхиолит билан оғриган 94 нафар ёш болалар текширилди. Барча беморлар умумий клиник ва лаборатория ва инструментал текширувдан ўтказилди. Болаларда ўткир бронхиолит ривожланишининг асосий минтақавий хавф омиллари кам вазни тугилиши, сунъий озиқлантириши, ёши 3 ойдан кам ва оила таркиби 5 ва ундан ортиқ кишидан иборат бўлиши, болалар боғчалари ва энагаларга ташириб буюришидир. касалликнинг такрорий эпизодлари пайдо бўлишининг олдини олиш жараёни

Калим сўзлар: болалар, ўткир бронхиолит, ижтимоий хавф омиллари.

Abstract. To study the medical, biological and social risk factors for the development of acute bronchiolitis and their significance during the course of the disease to improve the organization of treatment and preventive measures. 94 young children with acute bronchiolitis were examined. All patients underwent general clinical and laboratory and instrumental examination. The main regional risk factors for the development of acute bronchiolitis in children are birth with low body weight, artificial feeding, age less than 3 months and family composition of 5 or more people, visits to nurseries and nannies, which should be taken into account in the process of preventing the occurrence of repeated episodes of the disease.

Key words: children, acute bronchiolitis, social risk factors.

Введение. В структуре общей заболеваемости детей респираторная патология повсеместно встречается наиболее часто и отмечается ее стабильный неуклонный рост [2,3,7]. У детей бронхиальная гиперреактивность снижает легочную функцию и создает условия для формирования повторных эпизодов бронхообструкции с развитием хронических форм бронхолегочных заболеваний [1,4,8]. На систему здравоохранения нашей страны возложен ряд задач, направленных на сохранение здоровья детей раннего возраста, раннюю диагностику заболеваний и снижение их осложнений. [1,6].

В Узбекистане в систему здравоохранения включены «...поддержка здорового образа жизни и профилактика заболеваний...» [2,4]. На основании этого нами изучены медико-биологические и социальные факторы риска развития острого бронхиолита и показана их медико-социальная значимость на течение заболевания с целью улучшения организации лечебно-профилактических мероприятий. Заболевание наиболее часто встречается у детей в возрасте до 9 месяцев (90% всех случаев). Ежегодная статистика показывает 150 млн. случаев бронхиолита в мире за год, что составляет 11 заболевших на 100 детей раннего возраста. При всем этом 7–13% из общего числа заболевших детей требуют стационарного

лечения, а 1–3% нуждаются в госпитализации в отделение реанимации или интенсивной терапии [5, 7]. Острый бронхиолит, зачастую РС-вирусной этиологии, переносят практически все дети раннего возраста до 90%, однако лишь примерно в 20% случаев у них может развиваться острый бронхиолит, что может быть обусловлено наличием ряда предрасполагающих факторов, которые способствуют тяжелому течению бронхолегочного процесса у детей раннего возраста [6].

Материал и методы исследования. Обследованы 146 детей (86-58,9%) мальчиков и (60-41,1%) девочек в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев, в среднем $6,73 \pm 0,28$ мес. Диагноз «Острый бронхиолит» (J21) установлен согласно МКБ-Х на основании клинической картины и данных лабораторно-инструментального обследования. В основную группу обследования включены 94 ребенка в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев ($5,33 \pm 0,29$ мес.) с диагнозом острый бронхиолит: 62 (66%) мальчика, 32 (34,0%) девочки. Контрольную группу составили 52 здоровых ребенка того же возраста ($9,25 \pm 0,33$ мес.): 24 (46,2%) мальчика и 28 (53,8%) девочек. Больные дети поступали в стационар с первичным эпизодом острого бронхиолита и были госпитализированы в I и II

отделениях экстренной педиатрии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период 2022-2024 г. Всем проведено клинико-лабораторное исследование с изучением медико-биологических и социальных факторов. Критериями исключения были больные с врожденными заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Пациенты находились в стационаре в соответствии со спецификой работы службы экстренной медицинской помощи согласно стандартам диагностики и лечения с последующим наблюдением в амбулаторных условиях. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере программой Statistica 10. Применялись методы определения средней арифметической (M), среднего квадратичного отклонения (σ), стандартной ошибки среднего (m), относительных величин (частота, %). Статистическая значимость полученных измерений определялась по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P). Для определения значимости частоты встречаемости анамнестических данных и клинической симптоматики у больных, характеризующих особенности течения заболевания в зависимости от этиологического фактора при остром бронхолите у детей проводился сравнительный анализ по типу «случай-контроль», для проведения расчёта отношения шансов (Odds Ratio, OR). Достоверность полученных результатов

определялась с применением критерия хи-квадрат (χ^2) при значении ошибки (P < 0,05).

Результаты исследования. Анализ данных показал, что, наибольшая заболеваемость острым бронхолитом отмечалась в ноябре 34,0% (32) и декабре 29,8% (28), затем в январе месяце 21,3% (20), остальные случаи наблюдались в период с сентября по март месяц 14,9% (14). Известно, что масса тела при рождении имеет одну из ведущих ролей в определении здоровья детей в последующие годы жизни. В нашем исследовании особую группу 37,2% (1/3 от всего количества наблюдения) и 9,61% в группе контроля составили маловесные дети при рождении (менее 2500 г.), при этом половина из этих детей родились в сроки гестации от 37 до 40 недель. Данный фактор риска имел достоверные границы как фактор, предрасполагающий к развитию острого бронхолита (RR=1,572 95%CI=1,279-1,932, $\chi^2=12,839$, p=0,001). На сегодняшний момент грудное вскармливание является «золотым стандартом», обуславливающим гармоничное здоровое развитие ребенка с правильным становлением иммунитета. Изучение характера вскармливания выявило, что частота детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании, что рекомендовано ВОЗ, была различной. При этом у детей с острым бронхолитом она встречалась всего у 1/5 часть больных - 23,4% (22) детей, тогда как частота исключительно грудного вскармливания в группе контроля составила 1/2 часть - 51,9% (27) детей и статистически различались (RR=0,605 95%CI=0,434-0,843, $\chi^2=12,212$, p=0,001).

Таблица 1. Факторы риска перинатального периода и характера вскармливания

Заболевания матери	Основная группа, n= 94		Контрольная группа, n= 52		χ^2	P	RR	95%CI	OR	95%CI
	abc	%	abc	%						
Недоношенность	26	27,6	2	3,84	12,249	0,001	1,611	1,338-1,940	13,000	2,168-42,154
Низкая масса тела при рождении	35	37,2	5	9,61	12,839	0,001	1,572	1,279-1,932	5,576	2,026-15,347
Грудное вскармливание	22	23,4	27	51,9	12,212	0,001	0,605	0,434-0,843	0,283	0,137-0,583
Искусственное вскармливание	36	38,3	8	15,4	8,348	0,004	1,439	1,156-1,791	3,414	1,444-8,071
Смешанное вскармливание	36	38,3	17	32,7	0,455	0,500	1,089	0,854-1,389	1,278	0,626-2,608

Таблица 2. Медико-биологические и социальные факторы риска развития острого бронхолита

Заболевания матери	Основная группа, n= 94		Группа контроля, n= 52		χ^2	P	RR	95%CI	OR	95%CI
	abc	%	abc	%						
Возраст младше 3-х месяцев	31	33,0	9	17,3	4,133	0,043	1,304	1,037-1,640	2,351	1,018-5,431
Мужской пол	62	66	24	46,1	5,424	0,02	1,352	1,031-1,772	2,260	1,131-4,517
Низкий социальный уровень семьи	10	10,6	7	13,5	0,259	0,611	0,903	0,595-1,371	0,765	0,273-2,147
Пассивное курение	34	36,1	7	13,5	8,549	0,004	1,451	1,169-1,801	3,643	1,480-8,966
Наличие старших детей в семье	42	44,7	20	38,5	0,530	0,467	1,094	0,861-1,391	1,292	0,648-2,579
Большая семья (более 5 х человек)	29	30,8	4	7,7	10,264	0,02	1,528	1,247-1,871	5,354	1,764-1,245
Посещение ясель или няни	12	12,8	2	3,84	3,073	0,08	1,380	1,072-1,775	3,659	0,786-17,027

Показатель RR свидетельствовал о снижении вероятности развития острого бронхиолита у детей, получающих грудное молоко. Искусственное вскармливание с рождения среди больных составило 38,4% (36), что также составило фактор риска развития заболевания в данной группе (15,4% в группе контроля), $RR=1,439$ 95% CI=1,156-1,791, $\chi^2=8,348$, $p=0,004$.

Это свидетельствует о том, что преждевременное отлучение от груди и перевод на искусственное вскармливание способствует ранней сенсибилизации младенца, расширению спектра потенциальных пищевых аллергенов, снижению факторов пассивного гуморального иммунитета, что, как следствие, ведет к возникновению повторных эпизодов развития респираторных заболеваний. Изучены медико-биологические и социальные факторы риска развития острого бронхиолита. В выборке обследуемых больных возраст младше 3-х месяцев жизни составил треть случаев - 33,% (31) больных, тогда как в группе контроля лишь 17,3% (9) детей, что возможно связано с незрелостью гуморального и клеточного иммунитета в данном периоде и в сочетании с недоношенностью и незрелостью организма приводит к развитию заболевания в этот промежуток жизни ($RR=1,304$ 95% CI=1,037-1,640, $\chi^2=4,133$, $p=0,043$). Со значительной частотой заболеваемость острым бронхиолитом встречалась у мальчиков 66% (62) по сравнению с группой контроля (24-46,1%), что является одним из эндогенных факторов развития воспалительных заболеваний в раннем возрасте ($RR=1,352$ 95% CI=1,031-1,772, $\chi^2=5,424$, $p=0,02$). Такой социальный фактор, как низкий социальный уровень встречался почти одинаково часто в обеих группах (10-10,6% и 7-13,5%, $RR=0,903$ 95% CI=0,595-1,371, $\chi^2=0,611$, $p=0,903$). Пассивное курение в семье, когда курили отцы или дедушки детей, встречалось с достоверно большей частотой в основной группе (34-36,1%), чем в группе контроля 7-13,5% ($RR=1,451$, 95% CI=1,169-1,801, $\chi^2=8,549$, $p=0,004$). Наличие старших детей в семье, также не оказал статистического воздействия в определении факторов риска развития острого бронхиолита (42-44,7% и 20-38,5% соответственно, $RR=1,094$ 95% CI=0,861-1,391, $\chi^2=0,530$, $p=0,467$), также как и рождение за 6 месяцев до начала сезона развития респираторно-синцитиальной инфекции (23-24,5% и 14-26,9% соответственно, $RR=0,954$, 95% CI=0,717-1,271, $\chi^2=0,064$, $p=0,800$). Согласно «Клиническим рекомендациям по оказанию помощи детям с острым бронхиолитом», к факторам риска развития относят большую семью в количестве 4-х и более человек. С учетом региональных особенностей мы провели изучение состава семей. Выявлено, что у детей с острым бронхиолитом состав семьи из 5 и более человек составил 1/3 случаев 30,8% (29) детей ($RR=1,528$, 95% CI=1,247-1,871, $\chi^2=10,26$, $p=0,02$) и эта региональная особенность могла сыграть роль в провоцировании острого бронхиолита. Еще одним из факторов риска послужило посещение ясель в раннем грудном возрасте, а также нянь, ухаживающих за несколькими детьми (12-12,8% и 2-3,84% в группах соответственно) ($RR=1,380$, 95% CI=1,072-1,775, $\chi^2=3,073$, $p=0,08$).

Выводы. Таким образом, основными региональными факторами риска развития острого бронхиолита у

детей являются рождение с низкой массой тела, искусственное вскармливание, возраст менее 3-х месяцев и состав семьи 5 и более человек, посещение ясель и нянь.

Литература:

1. Азимова К.Т., Гарифулина Л.М. Факторы риска тяжелого течения острого бронхиолита у детей раннего возраста // Журнал Проблемы биологии и медицины-2023.-№2 (142). -С.25-30.
2. Азимова К.Т., Гарифулина Л.М. Генетический подход к прогнозированию течения острого бронхиолита //Журнал Проблемы биологии и медицины-2023.-№6 (150). -С.29-33.
- 3.Бочкарева Л.С., Мироманова Н.А., Мироманов А.М. Прогнозирование тяжести вирусного бронхиолита у детей. Acta Biomedica Scientifica, 2022, Vol. 7, N3.-С.98-109.
- 4.Краснова Е.И., Карпович Г. С., Васюнин А. В., Панасенко Л. М., Ениватова Л. И., Михайленко М. А., Марамыгин Д. С., Дегтярев А. И. Клинико-этиологические особенности острого бронхиолита у детей в Новосибирске. Лечащий врач. – 2021.- № 1. –С.11-15.
- 5.Кршеминская И.В., Овсянников Д.Ю., Дегтярев Д.Н., Дегтярева Е.А. Респираторно-синцитиальный вирусный бронхиолит у недоношенных детей и предикторы его тяжелого течения. Неонатология. 2016; 2:67–80.
- 6.Кршеминская И.В. и др. Клинико-эпидемиологические особенности и профилактика нозокомиального бронхиолита РСВ-этиологии у детей групп риска тяжелого течения. Педиатрия. 2017.- Том 96.-№1.- с.50-57.
- 7.Azimova K.T., Garifulina L. M., Features of the Clinical Characteristics of Acute Bronchiolitis in Children in Relationship with Cytokine Status // American Journal of Medicine and Medical Sciences-2023.-№13 (5).-P. 647-652. DOI: 10.5923/j.ajmms.20231305.21
8. Rizaev J. A. et al. The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases // Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny). – 2022. – Т. 25. – №. 4. – С. 40-45.
9. Rizaev J. A. et al. Physico-chemical parameters of mixed saliva and their correction in patients in the post-covid period // Cardiometry. – 2022. – №. 25. – С. 1168-1173.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ

Азимова К.Т.

Резюме. Изучить медико-биологические и социальные факторы риска развития острого бронхиолита и их значимость в течение заболевания для улучшения организации лечебно-профилактических мероприятий. Обследованы 94 детей раннего возраста с острым бронхиолитом (ОБ). Все больные прошли общеклиническое и лабораторно-инструментальное обследование. Основными региональными факторами риска развития острого бронхиолита у детей являются рождение с низкой массой тела, искусственное вскармливание, возраст менее 3-х месяцев и состав семьи 5 и более человек, посещение ясель и нянь, что следует учитывать в процессе профилактики возникновения повторных эпизодов заболевания.

Ключевые слова: дети, острый бронхиолит, социальные факторы риска.