

**СОБЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА
ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА**

Рузметова С.У. Ассистент-

кафедры 3-педиатрии и медицинской генетики СамГМУ.

***Актуальность.** Бронхообструктивный синдром (БОС) это патологическое состояние респираторной системы, связанное с нарушением бронхиальной проходимости, вызванное триадой патологических изменений в бронхах: спазм, отек, повышенное слизеобразование [55,60]. Респираторные заболевания, протекающие с острой бронхообструкцией относятся к числу часто встречаемой патологии, что связано с увеличением числа часто болеющих детей, в том числе, ростом выявления больных с дефицитом витамина Д в результате воздействия неблагоприятных экологических факторов [6,12].*

Бронхообструктивный синдром чаще всего встречается у детей раннего возраста, что связано с анатомо-физиологическими особенностями организма ребенка. Являясь гетерогенным, он может быть проявлением многих заболеваний [8,12].

***Ключевые слова.** Бронхообструктивный синдром, витамин Д, дети, лечение*

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения острого обструктивного бронхита у детей на фоне рахита и оценить эффективность применения витамина Д.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования нами обследованы 80 детей с острым обструктивным бронхитом, находившиеся на стационарном лечении в отделениях детской реанимации, I и II экстренной педиатрии Самаркандского филиала Республиканского

научно-исследовательского центра экстренной медицинской помощи. Согласно поставленной цели и задачам нами проанализированы результаты обследования больных, которые были разделены на II группы:

I группу составили 20 детей с острым обструктивным бронхитом без клинических проявлений рахита.

II группу составили 60 детей с острым обструктивным бронхитом на фоне рахита, которые были подразделены на 2 подгруппы IIА – 30 больных, находившихся на традиционной терапии, IIБ подгруппа - 30 детей, получавших в дополнение к традиционной терапии препарат Аквадетрим.

При постановке диагноза ООБ (J20.9) и определении тяжести заболевания руководствовались МКБ-10 - Международной классификацией болезней 10-го пересмотра [1, 57].

Согласно МКБ-10 рахит относится к разделу болезней эндокринной системы и обмена веществ (МКБ-10–E55.0.Рахит активный).

Диагноз больных, степень тяжести заболевания установлены согласно существующим стандартам [39], на основании характерного анамнеза, клинических, лабораторно-инструментальных данных. Специальные методы исследования: определение уровня витамина Д в плазме крови методом хемилюминесцентного иммунного анализа (Cobase 411); проведение оценки бронхообструкции по шкале RDAI, СШО; пульсоксиметрия.

В ходе исследования были представлены результаты анамнестических, клинических, общепринятых лабораторных (общий анализ крови и мочи) и специальных (щелочная фосфатаза крови, кальций и фосфор крови, рентгенография костей) методов обследований у 80 детей раннего возраста с острыми обструктивными бронхитами, находившихся на стационарном лечении в отделениях детской реанимации и II экстренной педиатрии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2017 по 2019 годы. Обследуемые пациенты поступали с типичными признаками заболевания, в

постановке диагноза учитывались данные стандартных лабораторно-инструментальных обследований.

Критериями диагностики острого обструктивного бронхита у детей являлись клинические (повышенная температура, затрудненное дыхание, эмфизематозное вздутие грудной клетки, дистанционные хрипы, общая слабость, потеря аппетита), физикальные (коробочный перкуторный звук над легкими, сухие свистящие диффузные хрипы с экспираторным компонентом) и рентгенологические (усиление легочного рисунка, утолщение корня легких, повышенная прозрачность легочных полей, горизонтальное положение ребер, низкое расположение диафрагмы) признаки.

Характеристика наблюдаемых больных основывалась на изучении клинической характеристики течения бронхообструктивного синдрома у детей с острыми обструктивными бронхитами на фоне рахита, динамики заболевания, лабораторных и специальных инструментальных исследований.

Распределение всех наблюдаемых детей по возрасту и полу приведено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение наблюдаемых больных по возрасту и полу

| Возраст | Пол | | | | Всего | |
|---------------|----------|------|---------|------|-------|------|
| | Мальчики | | Девочки | | n | % |
| | N | % | n | % | | |
| 2-6 месяца | 10 | 12,5 | 6 | 7,5 | 16 | 20,0 |
| 6-12 месяцев | 16 | 20,0 | 9 | 11,2 | 25 | 31,3 |
| Старше 1 года | 22 | 27,5 | 17 | 21,3 | 39 | 48,7 |
| Всего | 48 | 60,0 | 32 | 40,0 | 80 | 100 |

Из таблицы 1 видно, что острый обструктивный бронхит наблюдался в 1,5 раза чаще у мальчиков, что возможно связано с меньшими резервными

способностями и напряженностью адаптационных механизмов их организма. В возрастном аспекте большинство – почти каждый второй (48,7%) больной был в возрасте старше года.

У больных при поступлении в клинику выявлялись характерные для острого обструктивного бронхита синдромокомплексы, сопровождающиеся ведущими патологическими синдромами, такими как гипертермический синдром, острая дыхательная и сердечная недостаточность. У всех больных имелись одно или несколько сопутствующих заболеваний (рахит, анемия, иммунодефицитное состояние, атопический дерматит, аллергия), свидетельствующие о слабости или извращенности защитных сил организма.

Высокая частота БОС, сопровождавшая острый обструктивный бронхит подчеркивает его распространенность среди детей, что подчеркивает актуальность исследования. Бронхообструктивный синдром различной степени тяжести наблюдался у всех 80 (100,0%) пациентов.

Таблица 2

Распределение обследованных больных детей по тяжести основного заболевания

| Тяжесть заболевания | Количество обследованных n (%) | |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------|
| | ООБ без рахита n (%) | ООБ на фоне рахита n (%) |
| Легкая | 2 (2,5) | 6 (7,5) |
| Средней степени | 15 (18,8) | 38 (47,5) |
| Тяжелая | 3 (3,7) | 16 (20,0) |
| Всего | 20 (25,0) | 60 (75,0) |

Тяжесть состояния детей с острым обструктивным бронхитом на фоне рахита, наблюдаемая при поступлении в стационар, свидетельствует о значительной угрозе жизни больного при развитии заболевания и обусловлена поражением не только органов дыхания, но и вовлечением в

патологический процесс других органов и систем, что проявляется патологическими синдромокомплексами и требует проведения неотложной интенсивной терапии с момента поступления в отделение. Все больные при поступлении в стационар имели типичную клиническую симптоматику.

Бронхообструктивный синдром легкой степени имелся у 10% детей, средней степени тяжести – в 66,3% случаях, тяжелая степень отмечена у 23,7% пациентов, которые госпитализированы в отделении реанимации.

Клиническая характеристика наблюдаемых больных основывалась на изучении особенностей преморбидного состояния детей, тяжести течения и динамики заболевания, данных гемограммы, копрограммы, по показаниям - рентгенологического и ЭКГ обследования.

Распространенность симптоматики заболевания представлена в таблице 3, где отражены основные показатели острого обструктивного бронхита среди обследованного контингента больных.

Таблица 3.

Структура объективных проявлений острого обструктивного бронхита у наблюдаемых больных (n=80).

| Клинические признаки | Частота встречаемости | |
|--|-----------------------|------|
| | N | % |
| Кожа и слизистые | | |
| - бледность | 51 | 63,7 |
| - цианоз | 68 | 85,0 |
| Температура | | |
| - 37,00 С- 38,00 С | 11 | 13,7 |
| - 38,0-39,0 С | 52 | 65,0 |
| - выше 39,00 С | 17 | 21,3 |
| Признаки дыхательной недостаточности | | |
| - Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания | 72 | 90,0 |

| | | |
|---|----|------|
| - Раздувание крыльев носа | 49 | 61,5 |
| - Цианоз различной степени | 68 | 85,0 |
| - Тахипноэ | 71 | 88.8 |
| Втяжения уступчивых мест грудной клетки | | |
| - Легкой выраженности | 9 | 11.2 |
| - Средней выраженности | 64 | 80,0 |
| - Тяжелой выраженности | 7 | 8.8 |
| Физикальные данные в легких | | |
| - укорочение легочного звука | 6 | 7,5 |
| - коробочный легочной звук | 74 | 92,5 |
| - ослабленное дыханиеи влажные хрипы | 11 | 13.8 |
| - свистящие сухие хрипы | 69 | 86.2 |
| Сердечная деятельность | | |
| - приглушенность тонов | 54 | 67,5 |
| - глухость тонов | 9 | 11.2 |
| - тахикардия | 63 | 78.7 |
| - брадикардия | 7 | 8.7 |
| Сознание | | |
| - беспокойство | 21 | 26,3 |
| - заторможенное | 3 | 3.7 |

Многочисленность и серьезность осложнений острого обструктивного бронхита, протекающих на фоне сопутствующих заболеваний свидетельствуют о развитии таких же нарушений и во «внутренней» среде организма у обследуемых больных. Клиническая симптоматика острых обструктивных бронхитов у детей характеризуются не только патологическими изменениями со стороны легких, но и частым вовлечением в процесс других жизненно-важных органов, в частности, сердечно – сосудистой и нервной систем.

Таблица 4.

Клиническая симптоматика обследованных больных детей

| Жалобы и симптомы | ООБ без рахита n (%) | ООБ на фоне рахита n (%) |
|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Кашель и приступы удушья: | | |
| -ночной | 7-8,7 | 21-26,2 |
| -дневной | 10-12,5 | 38-47,5 |
| -отсутствует | 3-3,8 | 1-1,3 |
| Характер кашля: | | |
| -с выделением мокроты | 13-16,3 | 19-23,7 |
| -непродуктивный | 7-8,7 | 41- 51,3 |
| Одышка при физической нагрузке | 8-10,0 | 36-66,3 |
| Степень дыхательной недостаточности: | | |
| 0-1 | 6-7,5 | - |
| 1- II | 10-12,5 | 46-57,5 |
| II | 4-5,0 | 11-13,8 |
| III | - | 3-3,7 |

При ООБ на фоне рахита отмечалась высокая частота встречаемости одышки при незначительной физической нагрузке (66,3 %). Заболевание начиналось с сухого кашля в 60,0% случаях, причем он в 5,8 раз чаще был у больных на фоне рахита, влажный кашель отмечался у 40,0%. Выделяемая при кашле мокрота во всех случаях по цвету не отличалась, однако более вязкая мокрота чаще имела у детей при острых обструктивных бронхитах на фоне рахита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артамонов Р.Г. Бронхиты // Медицинский научный и учебно-методический журнал. – 2008. – № 42. – С. 3–24, 59.
2. Анушевская Э.Л. Новый взгляд на витамины группы D.// Новости фармации и медицины. Польша. 1997. - № 5-6. - С. 84-87;
3. Алексеева О. В, Ильенкова Н. А., Россиев Д. А., Соловьева Н. А.

- Оптимизация дифференциальной диагностики рецидивирующей бронхолегочной патологии у детей // Сибирский медицинский журнал. - 2013. — №2.-С. 37-41
4. Алибекова Н.Д. Клинико-патогенетические варианты бронхообструкции у детей раннего возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук.- Баку,- 2006.- 17 с.
 5. Алферов В.П., Сидорова Т.А., Липногорский С.Б., Чугунова О.В. Бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста. // Пособие для врачей. 2006.-31 с.
 6. Ахмедова Д.И., Ашурова Д.Т., Ишниязова Н.Д. Вопросы лечения синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста. // Приложение № 1 к журналу «Вопросы современной педиатрии».- М.- Том 2.—2004.—С. 16.
 7. Белых Н.А. Современные подходы к диагностике и терапии бронхообструктивного синдрома инфекционного генеза у детей / Н.А. Белых, Л.А. Заливная// Актуальная инфектология. – 2015. – Т.6, №1.–88-93
 8. Берман Р.Э., Клигман Р.М., Дженсон Х.Б. - Педиатрия по Нельсону. 17-е издание. Том 5. 2012.
 9. Бабушкина А. В. Острые респираторные вирусные заболевания и бронхообструктивный синдром. Украинский медицинский журнал. 2011; 81(1): 69–74.
 10. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Ильин А.Г., Булгакова В.А., Антонова Е.В., Смирнов И.Е. Научные исследования в педиатрии: направления, достижения, перспективы. Российский педиатрический журнал. 2013;5:4–14.
 11. Бабарыкин Д.А. Экспериментально-клиническая оценка биологической активности аналогов витамина Д3 // Автореф. докт. дисс., М.: 2009. — 43 с.
 12. Боровкова М.Г., Краснов М.В. Факторы риска развития обструктивного бронхита у детей.// Приложение № 1 к журналу «Вопросы современной

педиатрии».- М.- Том 2.- 2003.— С.43.

13. Боярский С.Н. Этиологические, патогенетические и клинические особенности бронхообструктивного синдрома у детей: Автореф. дис. канд. мед. наук — Екатеринбург.-2004.— 26с.