

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА

Калиева Ж.С.

Южно-Казахстанский государственный университет имени М.О.Ауезова

У детей раннего возраста клинические проявления бронхиальной обструкции при ОРЗ отмечаются в 10-30% случаев (74, 79), а среди госпитализированных по поводу ОРЗ больных этого возраста бронхообструктивный синдром встречается до 40% (117,127).

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 (115).

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 обструктивный бронхит (РОБ) - повторение эпизодов бронхиальной обструкции 2-3 и более раз в течение 1-2 последовательных лет на фоне ОРЗ.

В ходе проведенной нами работы было обследовано 147 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Материалом клинко-иммунологических наблюдений и исследований послужили следующие группы детей:

I группа- 77 больных с острым обструктивным бронхитом на фоне ОРЗ.

II группа-38 больных с рецидивирующим обструктивным бронхитом на фоне ОРЗ.

III группа (сравнения) - 12 больных с тяжелой бронхиальной астмой в приступном периоде (С.Ю. Каганов, А.Е. Богорад).

IV группа (контрольная) - 20 здоровых детей в возрасте от 3 мес. до 3 лет. Эти дети проживали в городе Шымкенте, в течение последних 2 месяцев не болели, не подвергались вакцинации, не имели рецидивирующих или хронических заболеваний.

В ходе работы использовали анкету, включавшую доступные для родителей вопросы о наличии у ребенка в анамнезе БОС, его частоте, клинических проявлениях, наследственной предрасположенности к аллергическим и бронхолегочным заболеваниям, повышенной чувствительности к пищевым, медикаментозным, вакцинальным аллергенам и антигенам, а также сведения о количестве беременностей у матери, наличии гестоза, нефропатии, преэклампсии, данные об экологическом состоянии места жительства.

Диагноз заболевания ставили на основании анамнеза, клинических проявлений, результатов общеклинического, вирусологического, серологического и иммунологического исследований.

Этиологическая структура бронхообструктивного синдрома представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы, преобладали больные с парагриппом (40,0%). Большинство этих больных поступили в стационар в октябре, ноябре, марте и апреле, как правило, в первые-вторые сутки заболевания. Диагноз ставили клинически на основании умеренно или слабо выраженной интоксикации и катара дыхательных путей (ларинготрахеит), развившихся, как правило, одновременно. Диагноз подтвержден МФА в 78,3%. Среднее пребывание больного в стационаре составило 7,2 дня.

Таблица 1. Этиологическая структура бронхообструктивного синдрома.

Этиология обструктивного бронхита	ООб		РОБ		Всего	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Аденовирусная инфекция	12	15,6	9	23,7	21	18,3
Грипп	15	19,5	4	10,5	19	16,5
Парагрипп	32	41,5	14	36,8	46	40,0
Респираторно-синцитиальная инфекция	7	9,1	7	18,4	14	12,2
ОРЗ неустановленной этиологии	11	14,3	4	10,6	15	13,0
Всего	77	100,0	38	100,0	115	100,0

Диагноз аденовирусной инфекции (21 ребенок-18,3%) ставился клинически, на основании наличия у детей длительной (до 5-7 дней и более) лихорадки, характерного конъюнктивита и ринофарингита. Диагноз подтвержден МФА у 76,1% и РСК у 23,9% больных. Дети обычно поступали в стационар на 3-4 день болезни. Отчетливой

сезонности заболеваемости не отмечено. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре составила 12,0 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров О.К., Черняк И.Ю. Острые респираторные заболевания у детей, страдающих аллергическими заболеваниями //Актуальные вопросы иммунологии и иммунология - №3,-1987. - с.73-74.
2. Александрович И.В. Клинико- социальная характеристика детей с бронхиальной астмой: Автореф. дис.канд. мед. наук.-СПб, 1999.- 22с.
3. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети: клинико- социальные аспекты. Пути оздоровления. - Саратов. 1986. – с. 84.
4. Артамонов Р.Г. Бронхит у детей - рецидив или хронический? // Педиатрия. - 1988. - №7. - с.81-83.
5. Артамонов Р.Г., Баканов М.И., Паунава С.С., Герасимова Ю.В. К механизму бронхообструктивных состояний у детей первых месяцев жизни.//Материалы к XV симпозиуму соц. стран по проблемам детской пульмонологии.-Киев, 1989.- с.103-105.
6. Артамонов Р.Г. О некоторых дискуссионных аспектах бронхообструктивных состояний у детей //Педиатрия.-1992,-№ 4-6,- с.71-73.
7. Ботвиньев О.К. Системный анализ связей между фенотипическими признаками и состоянием здоровья детей: Автореф. Дис.д-ра мед. Наук.-М.,1985.-С43.
8. Лукашевич М.Г. Клинико-эпидемиологические особенности обструктивного бронхита у детей раннего возраста //Материалы научно- практической конференции педиатров России «Болезни органов дыхания у детей». Москва, 1999.- с.92.
9. Махлиновская Н.Л, Обструктивный синдром при острых респираторных заболеваниях у детей. М.:ЦОЛИУВ, 1982.
10. Сурков В.Д., Кравченко Н.А. Дыхательная недостаточность у детей. Ярославль, 1995.-130 с.
11. Таточенко В.К. Прогноз обструктивных форм бронхита у детей. //Материалы 4 Национального конгресса по болезням органов дыхания, 15-19 марта 1994г. - М., 1994. -№148.
12. Орнатская М.М., Мизерницкая О.Н., Терлецкая Р.Н. и др. Клинико-функциональная характеристика обструктивного синдрома при острых респираторных вирусных инфекциях у детей раннего возраста //Вопросы охраны материнства и детства. 1987. №4. с.27-31.