

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЧАСТЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ И РАЗВИТИЯ РБ У ДЕТЕЙ

Юсупова Г.А.

Болезни органов дыхания в настоящее время занимают одно из лидирующих мест в структуре детской заболеваемости и остаются актуальной проблемой педиатрии. Одним из наиболее распространенных поражений нижних дыхательных путей являются бронхиты, которые развиваются у 50 % детей [1, 2].

На протяжении нескольких десятков лет в общей структуре заболеваемости детского возраста ведущее место занимают болезни органов дыхания [2,8,9,10], доля которых, по данным официальной статистики, составляет 50–73% [1,2,3,8]. В структуре острых и рецидивирующих заболеваний дыхательных путей у детей одной из основных причин амбулаторной обращаемости к педиатру является бронхит, максимально высокий уровень заболеваемости которого регистрируется в возрасте до 3 лет, а затем от 9 до 15 лет. В последние годы отмечается увеличение контингента детей, часто болеющих острыми респираторными инфекциями [6,7,8,10]. По данным многочисленных европейских исследований, группа часто болеющих детей составляет почти 5% популяции детей в возрасте от 3 до 6 лет. Рецидивирующие или повторяющиеся респираторные инфекции, превышая адаптационные возможности детского организма, могут привести к нарушению функционирования механизмов элиминации инфекционных агентов и обусловить развитие хронической патологии [4,5].

Инфекционный синдром проявлялся рецидивирующим характером течения острых и хронических инфекционно-воспалительных заболеваний различной этиологии и локализации [4].

Многофакторность развития РБ у детей широко обсуждается в научной литературе. Основными факторами риска развития РБ у детей выделены: генетическая предрасположенность к респираторным заболеваниям и их длительному течению; неблагоприятные экологические факторы, климатические и социальные условия; инфицирование ассоциацией возбудителей и их персистенция со снижением преимущественно местной реактивности бронхов; неэффективность эвакуаторной способности бронхиального дерева [1,2,9].

Важными местными факторами защиты респираторного тракта является секретлируемая бокаловидными клетками и эпителиоцитами слизи, в состав которой входят обладающие антибактериальной активностью лизоцим,

лактоферрин, секреторный иммуноглобулин А (sIgA) и бактерицидные вещества бронхиального секрета: лизоцим, интерферон, лактоферрин, трансферрин, α -1-антитрипсин а также альвеолярные макрофаги и сурфактант легких, который также способствует механическому удалению частиц, защищая бронхи и легкие от внешних агентов [1,2,7,8,10].

Для профилактики и повышения эффективности лечения рецидивирующего бронхита особенно важным является выявление факторов риска. Истоки этого патологического состояния нередко находятся в раннем детстве, в младенчестве и зачастую обусловлены состоянием здоровья матери до и во время беременности.

Таким образом, приведенные литературные данные свидетельствуют о том, что этиопатогенез РБ сложен, не все его звенья достаточно изучены. Дальнейшие исследования в этом направлении позволят оптимизировать критерии прогнозирования риска возникновения РБ у детей. Персистирующее течение заболевания требует взаимопонимания между родителями ребенка и врачом в соблюдении последовательных реабилитационных программ, для улучшения состояния здоровья пациента, в связи с чем поиск оптимальных лечебно-реабилитационных технологий, позволяющих проводить своевременную коррекцию нарушений проходимости бронхов, является важной задачей педиатров и пульмонологов.

Цель исследования: Изучить факторы риска возникновения частых респираторных инфекций и развития РБ у детей.

Методы исследования: Всего под наблюдением были 123 ребенка с РБ в возрасте от 1 года до 5 лет с рецидивирующим бронхитом в стадии обострения (1-я гр.), из них 82 мальчика и 41 девочка, и 30 больных этим же заболеванием в стадии ремиссии (2-я гр.), в том числе 17 мальчиков и 13 девочек. Контрольную группу составили 30 детей, эпизодически болеющих ОРВИ. Критерием выборки детей в группу обследования служил установленный диагноз рецидивирующего бронхита. В зависимости от пола среди обследованных нами больных преобладали мальчики.

Полученные нами данные согласуются с положением о меньшей иммунобиологической устойчивости мальчиков по сравнению с девочками, что и обусловило большой удельный вес мальчиков среди обследуемых больных.

Анализ материала показывает, что среди обследованных нами больных преобладали больные с рецидивирующим обструктивным бронхитом. Известно, что обструктивный компонент в основном присущ детям с аллергической настроенностью. Среди обследованных нами больных у 31 ребенка отмечалась аллергическая настроенность: лекарственная аллергия у 10 (10,8%) больных, пищевая у 21 (22,6%).

Характеристика сопутствующих заболеваний у обследованных больных

Диагноз	абс.	%
Хронический тонзиллит	20	21,5
Реактивный гепатит	6	6,45
Неревматический кардит	4	4,3
Хронический риносинусит	7	7,52
Хронический аденоидит	3	3,22
ПЭП	4	4,3
Резидуально органическая энцефалопатия	1	1,07
Астеноневротический синдром	2	2,14
Субатрофический фарингит	1	1,07
Хронический энтероколит	4	4,3
Хронический гепатохолецистит	1	1,07
Хроническое расстройство питания	12	12,9
Тимомегалия	1	1,07
Фарингомикоз	1	1,07
Дисбактериоз кишечника	2	2,14

Как видно из таблицы у большинства детей отмечались сопутствующие заболевания. Известно, что одним из основных факторов риска рецидивирования заболевания является наличие у ребенка очагов хронической инфекции. У 35 (37,6%) наблюдаемых нами больных отмечались хронические заболевания. Дисбактериоз кишечника диагностирован при поступлении только у 2 (2,14%) больных детей.

У абсолютного большинства матерей обследованных нами больных детей исходный уровень здоровья был неудовлетворительным: у более половины матерей отмечалась анемия, у половины - хронический пиелонефрит и патология щитовидной железы, высок уровень хронического тонзиллита. Естественно, надо полагать, что во время беременности состояние матерей еще более ухудшилось. Подтверждением сказанному являются нижеприведенные данные.

Удельный вес больных анемией матерей увеличился с 62,4% до 89,2%, выявлено во время беременности еще дополнительно 20 больных матерей с хроническим пиелонефритом, 73(78,5%) матерей перенесли во время беременности вирусную инфекцию, у 1/3 беременных женщин отмечались функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем. Все вышеизложенные патологические состояния не могли не сказаться на течении беременности и родов.

У более половины всех матерей, обследованных нами детей беременность осложнялась токсикозом, у 29% беременность протекала с проявлениями гестоза, у более 1/3 матерей отмечалась нефропатия беременных. Патологическое течение беременности обусловило высокий удельный вес и патологии в родах: роды путём кесарева сечения у 40,9%, стремительные роды у 22,6%, затяжные роды у 17,2%, обвитие пуповины у 12,9%, преждевременная отслойка плаценты у 10,7% и др. Вполне естественно, что от больной матери с патологическим течением беременности и родов нельзя ожидать рождения здорового ребенка.

У более половины (65,6%) обследованных нами детей в периоде новорожденности констатирована перинатальная энцефалопатия, 21,5% детей перенесли внутричерепную родовую травму, 14 (15,1%) детей родились недоношенными, гнойно-септические заболевания отмечались у 16 (17,2%) обследованных нами детей в периоде новорожденности.

Патология периода новорожденности не могла не сказаться на формировании уровня здоровья ребенка, на его росте и развитии. Закономерным является наличие высокого удельного веса преморбидного фона у обследованных нами больных.

Основному диагнозу сопутствовали в 95,7% случаев анемия гипохромного характера, рахит отмечался у – 43,0% больных, аллергия 35,5%, хроническое расстройство питания у 12,9%. Известно, что истоки здоровья ребенка находятся в его родословной.

Характеристика семейного фона у обследованных детей

Заболевания	абс.	%
Количество семей с часто болеющими простудными заболеваниями родственниками	44	47,3
Количество семей с наличием больных хронической бронхолегочной патологией	37	39,7
Количество семей с наличием больных аллергическими заболеваниями	50	53,8

У 47,3% обследованных нами детей в семье отмечались часто болеющие простудными заболеваниями родственники, у 39,7% детей среди ближайших родственников диагностирована хроническая бронхолегочная патология и у 53,8% детей семейный фон был отягощен аллергическими заболеваниями.

Наряду с вышеизложенными факторами риска нами проанализированы еще причинные моменты. Среди обследованных нами больных отмечалась большая распространенность таких факторов риска развития как частые заболевания на первом году жизни, антибиотикотерапия до поступления ребенка в стационар,

раннее смешанное и искусственное вскармливание, лечение матери антибиотиками во время беременности и др. Необходимо отметить, что только 10,7% детей во время антибиотикотерапии получали эубиотики с профилактической целью.

Среди обследованных нами детей на естественном вскармливании на первом году жизни находились 24,7%, смешанном- 43,1% и искусственном- 32,2%. На момент обследования питание соответственно возрасту получали 40,8%. Не менее значимым является социальный статус: хорошие жилищные условия и достаточную материальную обеспеченность имели только 19,4% обследованных больных. Известно, что одним из предикторов нормального роста, развития и хорошего уровня здоровья ребенка является степень образованности родителей. Среди обследованных нами детей высшее образование имели 22,6% отцов и 10,8% матерей.

Выводы: Проведенный нами анализ распространенности факторов риска развития рецидивирующего бронхита у обследованных детей показал наличие высокого удельного веса преморбидных состояний как в родословной, так и у матери ребенка, что обусловило рождение ребенка с предрасположенностью к заболеванию, которое было реализовано у абсолютного большинства уже на первом году жизни.

Поиск причин частых респираторных заболеваний у детей и изучение механизмов развития болезней выявил ряд факторов, которые повышают риск развития многих патологических состояний. В связи с этим своевременная и качественная диагностика РБ, а также правильный выбор тактики лечения является одним из путей профилактики рецидивирующих респираторных инфекций у детей.

Изучение факторов риска развития рецидивирующего бронхита позволило установить, что у абсолютного большинства матерей обследованных нами больных детей исходный уровень здоровья был неудовлетворительным: у более половины матерей отмечалась анемия, у половины - хронический пиелонефрит и патология щитовидной железы, высок уровень хронического тонзиллита. Во время беременности состояние матерей еще более ухудшилось: удельный вес больных анемией матерей увеличился с 62,4% до 89,2%, выявлено во время беременности еще дополнительно 20 больных матерей с хроническим пиелонефритом, 73(78,5%) матерей перенесли во время беременности вирусную инфекцию, у 1/3 беременных женщин отмечались функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем.

У более половины всех матерей, обследованных нами детей беременность осложнялась токсикозом, у 29% беременность протекала с проявлениями гестоза, у более 1/3 матерей отмечалась нефропатия беременных.

Патологическое течение беременности обусловило высокий удельный вес и патологии в родах: роды путём кесарева сечения у 40,9%, стремительные роды у 22,6%, затяжные роды у 17,2%, обвитие пуповины у 12,9%, преждевременная отслойка плаценты у 10,7% и др.

У 65,6% обследованных нами детей в периоде новорожденности констатирована перинатальная энцефалопатия, 21,5% детей перенесли внутричерепную родовую травму, 14 (15,1%) детей родились не в срок, гнойно-септические заболевания отмечались у 16 (17,2%) обследованных нами детей в периоде новорожденности. Патология периода новорожденности не могла не сказаться на формировании уровня здоровья ребенка, на его росте и развитии. Основному диагнозу сопутствовали в 95,7% случаев анемия гипохромного характера, рахит отмечался у – 43,0% больных, аллергия 35,5%, хроническое расстройство питания у 12,9%. Анализ родословной детей, больных рецидивирующим бронхитом позволил выявить у 47,3% наличие часто болеющих простудными заболеваниями родственников, у 39,7% - хронической бронхолегочной патологии и у 53,8% - аллергических заболеваний.

Наряду с вышеизложенными факторами риска нами проанализированы еще специфичные для развития РБ причинные моменты. Среди обследованных нами больных отмечалась большая распространенность таких факторов риска развития РБ, как частые заболевания на первом году жизни 84,9%, антибиотикотерапия до поступления ребенка в стационар 100%, раннее смешанное и искусственное вскармливание 75,3%, лечение матери антибиотиками во время беременности 22,5% и др. Необходимо отметить, что только 10,7% детей во время антибиотикотерапии получали эубиотики с профилактической целью.

Не менее значимым является социальный статус: хорошие жилищные условия и достаточную материальную обеспеченность имели только 19,4% обследованных больных. Известно, что одним из предикторов нормального роста, развития и хорошего уровня здоровья ребенка является степень образованности родителей. Среди обследованных нами детей высшее образование имели 22,6% отцов и 10,8% матерей.

Проведенный нами анализ распространенности факторов риска развития рецидивирующего бронхита у обследованных детей показал наличие высокого удельного веса преморбидных состояний как в родословной, так и у матери ребенка, что обусловило рождение ребенка с предрасположенностью к заболеванию, которое было реализовано у абсолютного большинства уже на первом году жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. Е. Абатуров, Ю. К. Больбот, И. Л. Высочина, Н. М. Токарева. Частые респираторные заболевания и рецидивирующий бронхит у детей.- Киев, 2011.
2. В.Л.Таточенко. Бронхиты у детей. Пособие для врачей /Под ред. Москва., 2004. – 89с.
3. Желенина Л.А., Галустян А.Н., Платонова Н.Б., Куропатенко М.В. Вклад перинатальных факторов риска в формирование фенотипов бронхиальной астмы в детском возрасте // Педиатр. – 2016. – Т. 7. – № 2. – С. 47–56.
4. Закиров И.И., Сафина А.И. Респираторные проявления гастроэзофагального рефлюкса у детей. Вестник современной клинической медицины 2016; № 9.- С. 46-52.
5. Самсыгина Г.А., Богомильский М.Р., Казюкова Т.И., Профилактика и терапия острых респираторных заболеваний с использованием гомеопатических средств. Ж. Педиатрия, 2008. Том 87.- № 6.- С .92-96.
6. Шамсиев Ф.С., Дивеева А.С., Амилова Х.У. Часто болеющие дети. Метод.рекоменд., Ташкент, 2007, 35 с.
7. Юсупова Г.А., Закирова У.И., Толипова Н.К., Латипова Ш.А., Турсунбоев А.К. Роль предикторов в формировании рекуррентного течения обструктивного бронхита у детей. // Вестник ташкентской медицинской академии. -2022. № 3.182-186с.
8. A non-dairy probiotic's (poi) influence on changing the gastrointestinal tract's microflora environment. Brown AC, Shovic A, Ibrahim SA, Holck P, Huang A. // Altern Ther Health Med. -2005, -v. 11(1). –p. 58-64.
9. Akikusa JD., Kempas AS. Clinical correlates of response to pneumococcal immunization.// J. Paediatr. Child Health., 2001; 37(4): 382.
10. Dysbiosis of the Intestine in the Genesis of the Immune Failure in Children with Recurrent Bronchitis. Karimdzhanov I.A.,Yusupova G.A., Iskanova G.Kh., Israilova N.A. //Eurasian Medical Research Periodical. Volume 18 | March 2023. p 49-54.