

КЛІНІКО - ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБСТРУКТИВНИХ БРОНХІТІВ У ДІТЕЙ

Помошник С.О, Новик Н.В., студ. 3-го курсу

Науковий керівник - доц. Січненко П.І.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

В структурі гострої бронхолегеневої патології дитячого віку значне місце займає гострий обструктивний бронхіт, який є різновидом гострого бронхіту і характеризується вираженим синдромом бронхіальної обструкції. Не дивлячись на досягнення медичної науки частота обструктивного бронхіту і на сьогоднішній день залишається досить високою, особливо серед дітей молодшого віку.

Для вивчення клініко – епідеміологічних особливостей обструктивних бронхітів у дітей нами було обстежено 244 дитини у віці від 1 місяця до 12 років, які знаходились на лікуванні в Сумській дитячій клінічній лікарні з приводу обструктивного бронхіту за період 2006 – 2007 роки. З них до 6 місяців 107 дітей (43,9%), 6 місяців - 1 рік - 67 дітей (27,5%), 1 – 3 роки – 51 дитина (20,9%), 3 - 6 років – 11 дітей (4,5%), 6-12 років – 6 дітей (3,2%). З усіх обстежених дітей 88 (36%) хворіли взимку, 47 (19,3%) – навесні, 62 (25,4%) – влітку, 53 (21,7%) – восени, періодично весною та восени – 6 (2,4%). Серед обстежених дітей 70,9% знаходились на змішаному вигодовуванні, з них. 92 дитини (37,7%) були переведені на змішаний тип вигодовування до 3 місяців і 81 дитина (33,2%) – пізніше 3 місяців. На грудному вигодовуванні знаходилось 57 дітей (23,3%), на штучному вигодовуванні з моменту народження знаходилось 14 дітей (5,8%). У 79 (32%) обстежених дітей відмічався обтяжений алергологічний анамнез (реакція на антибіотики, харчові продукти, алергічні реакції у батьків), у 118 (48,3%) випадків відмічались ускладнення перебігу вагітності та пологів (анемія, токсикози, нефропатія, гіпертонічна хвороба, накладання акушерських щипців, кесарів розтин). Як правило, всі діти поступали до лікарні після неефективного лікування вдома - впродовж 5 днів від початку захворювання у 54% випадків, 6-10 днів - у 42% випадків, пізніше – 4%. Клінічний перебіг характеризувався проявами синдрому бронхіальної обструкції у всіх обстежених дітей. Виражені прояви бронхіальної обструкції відзначались у 163 дітей (66,9%), причому більш виражені порушення бронхіальної прохідності відмічались у дітей раннього віку. У 4% хворих (10 дітей) бронхообструктивний синдром супроводжувався надсадним, задушливим, безперервним кашлем. Нормальна температура тіла відмічалась у 66 дітей (35,3%), субфебрильна – у 165 дітей (59,4%), висока (39 та вище) – у 13 хворих (5,3%), але залежності між лихоманкою та вираженістю бронхообструктивного синдрому виявлено не було. Середня тривалість лікування складала 8 – 12 днів, але залежала від термінів госпіталізації від моменту захворювання та наявності фонових станів у дітей (анемія, рахіт, гіпотрофія).

З вище вказаного можна зробити висновок, що в розвитку обструктивних бронхітів велике значення мають характер вигодовування, спадковість, несприятливий перебіг вагітності та ускладнення пологів, схильність до алергічних проявів.

Таким чином, виявлення чинників ризику дозволяє більш цілеспрямовано розробляти плани реабілітаційних і профілактичних заходів щодо попередження обструктивного бронхіту у дітей.