

БРОНХИТ У ДЕТЕЙ И МЕРЫ БОРЬБЫ С НИМ

Махмудова Барно Шамсуддиновна

Алимова Гулрух Мукимовна

Андижанский государственный медицинский институт

Неослабевающий интерес многих исследователей и практических врачей к проблеме рецидивирующего бронхита обусловлен не только высокой частотой встречаемости у детей раннего возраста, но и рядом дискуссионных вопросов, касающихся классификации, возможности трансформации в другие нозологические формы на последующих этапах жизни, трудностями дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: рецидивирующий бронхит, синдром бронхиальной обструкции, дети, респираторные инфекции.

BRONCHITIS IN CHILDREN AND ITS COUNTERMEASURES

Maxmudova Barno Shamsuddinovna

Alimova Gulrux Mukimovna

Andijan State Medical Institute

The unrelenting interest of many researchers and practitioners in the problem of recurrent bronchitis is due not only to the high frequency of occurrence in young children, but also to a number of debatable issues related to classification, the possibility of transformation into other nosological forms at later stages of life, and the difficulties of differential diagnosis.

Key words: recurrent bronchitis, bronchial obstruction syndrome, children, respiratory infections.

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 [12, 16, 20].

Распространенность рецидивирующего бронхита (РБ) составляет 16,4 случаев на 1 000 детей [9].

Из 1 000 детей ими страдает 40–50 человек в возрасте 1–3 лет, 75–100 человек – 4–6 лет и 30–40 человек – 7–9 лет. В экологически неблагоприятных зонах патология намного выше. Так, в возрасте 3–6 лет она выше в 5–6 раз, чем в благоприятных районах, достигая 250 случаев на 1 000 детей [2, 11, 26].

Согласно современным представлениям, РБ – мультифакторное, экозависимое заболевание, ведущим патогенетическим звеном которого является рецидивирующее воспаление слизистой бронхиального дерева, обусловленное снижением местных факторов защиты и общей иммунологической резистентности организма, в ответ на инфекционные, аллергические, токсические, физические и нейрогуморальные воздействия, формирующее гиперреактивность дыхательных путей. Важно отметить, что повторные эпизоды бронхообструктивного синдрома, сопровождающего респираторные вирусные инфекции, как правило, формируют бронхиальную гиперреактивность, что определяет возможность фенотипической реализации бронхиальной астмы у детей раннего возраста [4, 30].

Бронхит как самостоятельная нозологическая форма в патологии детского возраста был выделен во второй половине XX века, которая ознаменовалась более благоприятными социальноэкономическими условиями жизни общества и широким внедрением функциональных методов исследования в практику. Накопленные в литературе данные позволили определить обобщенную характеристику бронхитов у детей, которая легла в основу первой классификации данной нозологии в 70-е гг. прошлого столетия. Группировали бронхиты по генезу, клинической форме, этиологии, локализации, по характеру воспалительного процесса. Определяя бронхит по клинической форме как «острый», «рецидивирующий» или «хронический», имели в виду не только временные параметры бронхита, но и главным образом его клиническую характеристику, отражая не только характер начала и длительность заболевания, сколько особенности патологического процесса, лежащего в

основе каждого из них [6, 18].

Эти нозологические формы были сохранены в последующих классификациях (1981 г., 1995 г.), а также в современной классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей [20, 22]. Острым бронхитом (J20.0–J20.9), согласно современной классификации, называется острое воспаление слизистой оболочки бронхов, вызываемое различными инфекционными, реже физическими или химическими факторами, которое клинически проявляется кашлем, диффузными сухими и разнокалиберными влажными хрипами в легких без специфических рентгенологических признаков.

Острый обструктивный бронхит протекает с синдромом бронхиальной обструкции, характеризуется преимущественным поражением мелких бронхов, чаще на фоне острой респираторной вирусной инфекции. Проявляется экспираторной одышкой, шумным свистящим дыханием, рассеянными сухими и разнокалиберными влажными хрипами в легких. Рентгенологически выявляется усиление легочного рисунка, а также признаки вздутия легочной ткани при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких.

Повторные эпизоды острого бронхита, диагностируемые 2–3 и более раз в год, преимущественно на фоне респираторных вирусных инфекций, определяются как РБ (J40.0). Клинические и рентгенологические проявления в период заболевания соответствуют признакам острого бронхита [11, 21].

В зарубежной литературе повторяющиеся в течение года эпизоды острого бронхита у детей преимущественно дошкольного возраста получили название рекуррентных (recurrent), то есть повторных заболеваний [16, 17].

В современной классификации подчеркивается, что РБ встречается, как правило, у детей первых 4–5 лет жизни. По данным многих авторов, эта нозология наиболее часто регистрируется в возрасте до 7 лет [16, 17, 21,

23].

В основе возрастного ограничения лежат особенности респираторной и иммунной системы, которые в значительной степени связаны с процессами их развития и созревания. По данным литературы, в первые годы жизни ребенка происходят интенсивные процессы роста и дифференцировки элементов легочной ткани и к 6–7 годам морфогенез считается завершенным [3, 16].

В возрасте 1–6 лет происходит переориентация иммунного ответа на инфекционные антигены спревалированием Th2-пути ответа, свойственного детям раннего возраста, на Th1-ответ, типичный для инфекционного процесса у взрослых. Недостаточность системы местного иммунитета и некоторые другие возрастные особенности иммунной системы организма ребенка являются факторами, обуславливающими более высокую чувствительность детей младшего возраста к инфекциям [8, 18, 19, 24].

Биоценоз верхних дыхательных путей у малышей также находится в процессе становления. Причем микробный пейзаж весьма нестабилен, полиморфен, зависим от окружающей среды и меняется с возрастом ребенка, приближаясь к таковому у взрослого человека только к 5–8-летнему возрасту [18].

У малышей при респираторных инфекциях нередко вовлекаются и нижние дыхательные пути с развитием синдрома бронхиальной обструкции, который определяет тяжесть состояния ребенка и часто является причиной госпитализации в стационар. По литературным данным, частота выраженных клинических признаков бронхообструкции при РБ составляет 70–80 % [20]. Впоследствии у значительного числа детей (у 54 %) возможны повторные эпизоды обструктивного бронхита, которые обусловлены повышенной гиперреактивностью бронхов [13] и определяются как РБ (J40.0), согласно современной классификации бронхолегочных заболеваний у детей.

В связи с тем, что бронхообструктивный синдром встречается при разнообразной патологии, то есть является универсальным для некоторых

нозологий, необходимо в каждом конкретном случае по возможности решить вопрос об основном заболевании. Учитывая, что верификация диагноза у детей раннего возраста сложна, данная нозология в результате гипердиагностики стала собирательным понятием. Принимая во внимание отсутствие в МКБ 10 диагноза «рецидивирующий бронхит», данная нозология стала дискуссионной при принятии современной классификации бронхолегочных заболеваний у детей [20].

Опираясь на зарубежную литературу, выделяют фенотипы, имеющие как клиническое, так и прогностическое значение. По дебюту и продолжительности различают транзиторную обструкцию, которая наблюдается у детей только первые три года жизни, и персистирующую, которая наблюдается в первые 6 лет жизни. Развитие обструктивного бронхита у детей после трех лет жизни считается поздним началом и разделяется на атопический и неатопический фенотип, то есть в сочетании с атопией и без нее.

Список литературы

1. Антипкин, Ю. Г. Рецидивирующий бронхит у детей : дискуссионные вопросы / Ю. Г. Антипкин, В. Ф. Лапшин // Здоровье Украины. – 2008. – Т. 18, № 1. – С. 19–20.
2. Волков, И. К. Часто болеющие дети : дифференциальная диагностика и терапия / И. К. Волков // Российский аллергологический журнал : сб. тематических статей по проблеме «Часто болеющие дети». – 2006. – Приложение. – С. 48–63.
3. Геппе, Н. А. Причины бронхиальной обструкции у детей и направления терапии / Н. А. Геппе, Н. А. Селиверстова, В. С. Малышев, Н. Г. Машукова, Н. Г. Колосова // Русский медицинский журнал. – 2011. – Т. 19, № 22. – С. 1333–1404.