

## ОСТРЫЙ БРОНХИТ В ПЕДИАТРИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

*Абдуллаева Дильмурахон Ахмадуллаевна  
АГМИ, Ассистент кафедры педиатрии*

**Аннотация:** В статье представлены данные о структуре заболеваемости и особенностях современного течения болезней органов дыхания у детей. Определены актуальность, место среди бронхолегочных заболеваний, особенности течения современных бронхитов в детском возрасте. Дана краткая клиническая характеристика, определены основные подходы к лечению острых бронхитов.

**Ключевые слова:** болезни органов дыхания, острый бронхит, дети, комплексная терапия.

## ACUTE BRONCHITIS IN PEDIATRICS: PROBLEMS AND SOLUTIONS

*Abdullaeva Dilmurakhon Akhmadullaевна  
ASMI, Assistant of the Department of Pediatrics*

**Abstract:** The article presents data on the structure of morbidity and features of the current course of respiratory diseases in children. The relevance, place among bronchopulmonary diseases, features of the course of modern bronchitis in childhood are determined. A brief clinical description is given, the main approaches to the treatment of acute bronchitis are determined.

**Key words:** respiratory diseases, acute bronchitis, children, complex therapy.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Заболевания органов дыхания являются одним из наиболее актуальных разделов педиатрии и имеют как медицинское, так и социальное значение. Статистические показатели заболеваемости детей Андигана за последние 20 лет наблюдения свидетельствуют о неуклонно лидирующем положении болезней органов дыхания (БОД) в структуре педиатрической заболеваемости.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В структуре бронхолегочной патологии среди заболеваний нижних дыхательных путей (ДП) безусловным лидером является бронхит (Б) – полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежит воспаление слизистой оболочки бронхов, а клиническими проявлениями являются кашель, образование мокроты, при поражении мелких бронхов – одышка.

По данным официальной статистики, показатель заболеваемости Б колеблется в широких пределах, составляя 14–25 на 1000 среднегодового детского населения страны, т.е. 5% всех заболеваний детского возраста и около 30% БОД [1]. Многочисленными эпидемиологическими исследованиями последних лет показано, что распространенность Б выше среди детей, проживающих в крупных промышленных городах, в плохих санитарно-эпидемиологических условиях, в условиях скученности населения (детские коллективы), в регионах с холодным, влажным климатом, значительными перепадами температуры, влажности, атмосферного давления в течение суток.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Актуальность проблемы Б в детском возрасте очевидна и обусловлена:

- высокой заболеваемостью;
- высокой частотой формирования пневмонического процесса на фоне текущего Б;
- склонностью заболевания к затяжному, рецидивирующему, осложненному течению;

- способностью **Б** (преимущественно рецидивирующих) создавать предпосылки для развития бронхиальной гиперреактивности с последующим формированием обструктивных форм заболевания, бронхиальной астмы (БА);

- большими экономическими затратами на лечение (особенно рецидивирующих, обструктивных, хронических форм заболевания) как непосредственно для семьи больного ребенка, так и для органов здравоохранения государства в целом.

Согласно *этиологии заболевания* можно выделить три основные варианта **Б**:

- *инфекционные Б*, вызванные разнообразными инфекционными агентами: вирусами, бактериями, включая атипичные микроорганизмы, грибами, простейшими;

- *неинфекционные Б*, возникающие как следствие воздействия на слизистую оболочку ДП разнообразных аллергенов (пыль, пыльца растений и др.); токсических веществ (паров кислот, щелочей, продуктов сгорания бензина, двуокиси серы и др.); физических факторов (горячий сухой или чрезмерно холодный воздух) и др.;

- *Б смешанной этиологии* – когда причиной формирования заболевания является группа факторов как инфекционной, так и неинфекционной природы.

*Диагностика Б* не представляет сложностей. В детском возрасте **Б** имеет две основные клинические формы:

- простой **Б**;
- обструктивный **Б**.

*Простой Б* чаще возникает в первые дни вирусной инфекции, вслед за развитием проявлений со стороны носоглотки (ринита, фарингита, синусита и др.). С учетом тесной связи заболевания с вирусной инфекцией в клинической картине **Б** выделяют две группы симптомов:

- симптомы, связанные с вирусной интоксикацией;

- симптомы, непосредственно связанные с поражением слизистой оболочки бронхов.

*Причинами затяжного течения Б могут быть:*

- осложнения Б (мукостаз, бронхогенные ателектазы);
- распространение воспалительного процесса на мелкие бронхи;
- бактериальное суперинфицирование;
- отсутствие полной иррадикации микроорганизма из ДП (иммунодефицитные состояния – ИДС);
- анатомические особенности строения ДП и др.

*Гематологические изменения* неманифестны, не постоянны и зависят от этиологии Б. Однако иногда гемограмма позволяет решить вопрос о преимущественно вирусной (лимфоцитоз), бактериальной (лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) или аллергической (эозинофилия) природе Б.

*Рентгенографическое исследование грудной клетки* при остром Б обычно не показано. Однако при наличии длительного кашля (более 2–3 недель), стойких односторонних, локальных катаральных явлений в легких, в случаях необычной аускультативной картины заболевания проведение рентгенологического исследования целесообразно с целью исключения пневмонического процесса, аспирации инородного материала в ДП, бронхолегочного процесса специфической природы, онкологии

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Современная противовоспалительная терапия Б в детском возрасте является основой патогенетического лечения заболевания. Из известных нестероидных противовоспалительных препаратов Эреспал обладает наиболее выраженным эффектом, подавляющим ключевые звенья воспалительного процесса в ДП, независимо от этиологии бронхолегочного процесса. Воздействуя многогранно на ключевые моменты воспаления, препарат позволяет:

- снизить медикаментозную нагрузку на пациента;

- обладает косвенным мукоактивным и противокашлевым эффектом, связанным с подавлением воспаления и снижением слизиобразования в ДП;
- может использоваться в качестве основного противовоспалительного препарата в лечении незавершенных бронхолегочных процессов по окончании курса АБТ как альтернатива антибактериальному лечению;
- является безопасным лекарственным препаратом с незначительным числом побочных и нежелательных эффектов, не имеет выраженных лекарственных взаимодействий и хорошо сочетается с наиболее часто используемыми в лечении Б лекарственными средствами;
- имеет хороший профиль безопасности.

### **ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Середа Е.В. Бронхиты у детей: современные принципы терапевтической тактики. Фарматека. 2002; 11: 38–44.
2. Ревякина В.А. Кашель у детей: причины, подходы к терапии. Consilium medicum. Пульмонология. 2006; 8 (2): 38–42.
3. Самсыгина Г.А. Острый бронхит у детей и его лечение. Педиатрия. 2008; 87 (2): 25–32.
4. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста. Под ред. Г.А. Самсыгиной. М.: Миклош, 2006: 111–136. В 5. Бубнова Н.И. Хронические неспецифические заболевания лёгких у детей. В кн.: Клеточная биология легких в норме и при патологии. Под ред. В.В. Ерохина, Романовой Л.К. М.: Медицина, 2000: 351–357.
6. Артамонов Р.Г. Бронхиты. Мед. научный и учебно-методический журнал. 2008; 42: 3–24.