

*УДК: 616.233-002-007.271*

*Акбарова Р.М., Туракулова Х.Э.*

*Кафедра педиатрии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЯМИ  
РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА**

**Резюме:** Бронхообструктивный синдром (БОС) регистрируется хотя бы однажды по данным различных авторов у 10-50% детей в возрасте до 6 лет. Рецидивирующее течение синдрома бронхиальной обструкции отмечается по некоторым данным в 25% случаев БОС. Наиболее затруднительными в плане дифференциальной диагностики являются часто встречающиеся у детей младшего возраста рецидивы острого обструктивного бронхита и приступы бронхиальной астмы (БА) на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ).

Трудность дифференциальной диагностики этих заболеваний обусловлена сходной клинической картиной, данными объективного осмотра, результатами рентгенологического исследования и возрастным ограничением использования дополнительных методов верификации диагноза.

Таким образом, БА может длительно скрываться под маской острого обструктивного бронхита, рецидивирующего на фоне ОРИ.

**Ключевые слова:** обструктивный бронхит, респираторный тракт, клинико-иммунологическая особенность.

*Akbarova R.M., Turakulova H.E.*

*Department of Pediatrics*

*Andijan State Medical Institute*

## **CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FEATURES OF OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN WITH RESPIRATORY TRACT INFECTIONS**

*Resume:* Bronchoobstructive syndrome (BOS) is registered at least once according to various authors in 10-50% of children under the age of 6 years. The recurrent course of bronchial obstruction syndrome is noted according to some data in 25% of cases of BOS. The most difficult in terms of differential diagnosis are the frequent relapses of acute obstructive bronchitis and asthma attacks in young children against the background of acute respiratory infection (ARI).

The difficulty of differential diagnosis of these diseases is due to a similar clinical picture, objective examination data, X-ray examination results and age restriction of the use of additional methods of diagnosis verification.

Thus, BA can hide for a long time under the mask of acute obstructive bronchitis, which recurs against the background of ARI.

*Key words:* obstructive bronchitis, respiratory tract, clinical and immunological feature.

**Введение.** Бронхо-обструктивный синдром – один из наиболее распространенных синдромов поражения органов дыхания у детей и подростков[4]. Для того, что бы уметь диагностировать, лечить, проводить профилактику этого состояния, необходимы знания многих фундаментальных и клинических дисциплин, приобретаемых студентами в течение всего времени обучения в ВУЗе[1].

Накоплен опыт диагностики и лечения клинических форм, не входивших в отечественную классификацию болезней органов дыхания у детей еще 8 лет назад: хронического бронхита, бронхолегочной дисплазии[6].

Достигнуты значительные успехи в понимании тяжелой обструктивной патологии легких, обусловленной поражением мышечных

бронхов. Установлен характер возрастной эволюции обструктивных болезней легких[5].

Сказываются ошибки при диагностике, поздняя госпитализация, бесконтрольное или, напротив, недостаточное использование отдельных групп лекарственных препаратов[2,3]. Специального внимания заслуживают больные, достигшие подросткового возраста.

Известно, что драматические исходы при астме у детей приходятся, главным образом, на пубертатный период.

**Цель исследования.** Разработать дифференциально-диагностические критерии обструктивного бронхита, ассоциированного с различными инфекциями респираторного тракта у детей и определить их прогностическое значение.

**Материалы и методы исследования.** Установление отношения шансов OR и относительного риска RR, исследование диагностической значимости уровня ИЛ -4, ИЛ- 8 у больных острым обструктивным бронхитом (n=23) и обструктивным бронхитом, рецидивирующего течения (n=27) у детей раннего и дошкольного возраста.

**Обсуждение.** Наибольшую этиологическую значимость в развитии обструктивного бронхита у детей' имеет аденовирусная инфекция, меньшую - респираторно-синцитиальная инфекция, парагрипп, грипп, вирусно-бактериальные ассоциации.

Обструктивные бронхиты у детей первого года жизни чаще вызываются; респираторно-синцитиальной инфекцией, в раннем возрасте — парагриппом и вирусно-хламидийной инфекцией, у дошкольников? - аденовирусной инфекцией, гриппом и вирусно-микоплазменной инфекцией.

Факторами риска обструктивных бронхитов при- аденовирусной инфекции являются; пассивное курение и частая предшествующая заболеваемость, при РС-инфекции - неблагоприятный; антенатальный

анамнез, при гриппе - патология органов дыхания в семье, при вирусно-хламидийных ассоциациях - повышенная респираторная; заболеваемость детей и их матерей. Для обструктивных бронхитов вирусно-микоплазменной этиологии характерна многофакторность причин.

Наибольшую этиологическую значимость в формировании тяжелых форм обструктивного бронхита имеет респираторно-синцитиальная инфекция, в развитии затяжная-течения — вирусно-хламидийные ассоциации и респираторно-синцитиальная инфекция.

Рецидивирующее течение обструктивного бронхита характерно для аденовирусной инфекции (33,3%), вирусно-хламидийной (60%) и вирусно-микоплазменной (100%) ассоциаций.

Неблагоприятные исходы обструктивного бронхита в виде непрерывно-рецидивирующего течения (13,3%) и трансформации, в бронхиальную астму (20%) развиваются при вирусно-микоплазменной инфекции.

Особенностью обструктивного бронхита на первом году жизни является преимущественное развитие тяжелых форм при' респираторно-; синцитиальной инфекции, затяжного течения - при респираторно-синцитиальной и вирусно-хламидийной инфекциях.

Более глубокие нарушения системы иммунитета отмечаются у детей с обструктивным бронхитом, ассоциированным со смешанными вирусно-хламидийной и вирусно-микоплазменной инфекциями, в виде уменьшения функциональной активности фагоцитирующих клеток, снижения показателей Т-клеточного звена, дефицита А.

**Вывод.** Результаты работы позволяют использовать комплекс дифференциально-диагностических отличий обструктивного бронхита у детей с различными инфекциями респираторного тракта для прогнозирования тяжести и длительности, заболевания, проведения адекватной терапии.

Данные, характеризующие особенности иммунного статуса детей с обструктивными бронхитами при вирусно-бактериальных инфекциях, отражают необходимость использования иммунокорректирующей терапии и диспансерного наблюдения детей.

На основании установленных клинико-anamnestических и иммунологических особенностей обструктивного бронхита у детей с острыми респираторными инфекциями разработан алгоритм дифференциально-диагностического наблюдения с целью профилактики рецидивов заболевания.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1.Алимов, А.В. Роль chlamydia pneumonia в возникновении респираторной патологии у детей школьного возраста / А.В. Алимов, Э.А. Шамансурова, Д.Э. Мазинова // Педиатрия. 2014. - № 4. - С. 119 - 120.

2.Дубовская, А.И. Прогностическая значимость факторов, способствующих формированию бронхиальной астмы, у детей, перенесших в первые годы жизни: автореф. дис. . канд. мед. наук / А.И. Дубовская. Челябинск, 2017. - 27 с.

3.Малкоч, А.В. Острые респираторные заболевания и возможности иммуномодулирующей терапии / А.В. Малкоч, Л.А. Анастасевич, А.С. Боткина // Лечащий,врач. 2018. - № 8. - С. 16 - 18.

4.Романенко, Е.С. Клинико-иммунологические особенности острого обструктивного бронхита и пневмонии у детей раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы: дис. .канд. мед. наук / Е.С. Романенко. 2013. - 195 с.

5.Яковлев, М.Г. Опыт применения небулайзерной. терапии при бронхообструктивном синдроме'у детей, / М.Г. Яковлев, Е.Г. Кондюрина, Т.С. JThv// Материалы XIII конгресса по болезням органов, дыхания. - СПб., 2013.-С. 125.

6.Maffey, A.F. New respiratory viruses in children 2 months to 3 years old with recurrent wheeze / A.F. Maffey, C.M. Venialgo, P.R. Barrero // Arch ArgentPediatr. 2008; - Vol. 4. - P: 302 - 309.,

6.Vogelberg, C. Exhaled breath condensate pH in infants and children with acute and recurrent wheezy bronchitis / C. Vogelberg, C. Würfel; A. Knoetzsch // Pediatr Pulmonol. 2008. - Vol. 12. - P. 1166 - 1172.