

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ

Д.С. ИСЛАМОВА, Ш.М. ИБАТОВА, Н.Ш. АВЕЗОВА, С. НАИМОВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА РЕЦИДИВЛАНУВЧИ БРОНХИТ

Д.С. ИСЛАМОВА, Ш.М. ИБАТОВА, Н.Ш. АВЕЗОВА, С. НАИМОВ

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд шаҳри

RECURRENT BRONCHITIS IN CHILDREN

D.S. ISLAMOVA, SH.M. IBATOVA, N.SH. AVEZOVA, S. NAIMOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Рецидивирующий бронхит – это особая нозологическая единица, которая требует внимательного подхода со стороны педиатров, поскольку является фактором риска последующего развития ряда хронических заболеваний органов дыхания. Заболевание занимает одно из ведущих мест среди заболеваний органов дыхания, частота которого в структуре бронхолегочных заболеваний, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 40% [5, 14, 16].

В.К. Таточенко и ряд других исследователей указывают на более высокую распространенность рецидивирующих бронхитов в экологически неблагоприятных зонах у детей дошкольного возраста и на ее снижение в младшем школьном возрасте, объясняя этот факт процессами адаптации [1, 4]. Что же касается исходов рецидивирующего бронхита, то они не всегда однозначны: во многих случаях (70-80%) наступает спонтанное выздоровление, однако у некоторых детей он может трансформироваться в бронхиальную астму или выступать переходной формой хронического бронхита [7].

В настоящее время выделяют следующие основные критерии диагностики рецидивирующего бронхита: повторные эпизоды острого бронхита 2–3 раза и более в течение года на фоне острой респираторной инфекции; длительность периода обострения – 2 недели и более, отсутствие внешних признаков бронхоспазма, бронхообструкции, дыхательной недостаточности; субфебрильная температура тела; клинический признак – кашель, длительность кашля больше, чем длительность сохранения хрипов в легких; перкуторный тон над легкими не изменен, может быть укороченным в прикорневом участке; аускультативно дыхание может быть жестким, с присутствием диффузных сухих и разнокалиберных влажных хрипов; изменение легочного рисунка при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких [2, 7].

Возникновение рецидивирующего бронхита тесно связано с острой респираторной вирусной инфекцией, когда провоцирующим фактором в

развитии первого эпизода рецидивирующего бронхита является ОРВИ (преимущественно вирус гриппа или парагриппа 1-го типа, адено- и РС-вирус).

При рецидивах бронхита может присоединяться бактериальная инфекция (пневмококк, гемофильная палочка) и микоплазма. Рецидивирующий бронхит у детей раннего и дошкольного возраста, согласно многочисленным проведенным исследованиям, чаще возникает под воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды: пассивное курение, загрязнение вне- и внутрижилищного воздуха, плохие материально-бытовые условия; часто болеющие родственники в окружении ребенка; при наличии отягощенного перинатального анамнеза (угроза прерывания беременности, предшествующие мертворождения, внутриутробное инфицирование и т.д.), при наследственной предрасположенности к респираторным болезням [9, 13].

Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы у детей первых трех лет жизни (узость воздухоносных путей, рыхлость и гидрофильность слизистой оболочки бронхиального дерева, ее склонность к отеку и гиперсекреции на фоне воспалительного процесса), вероятно, одна из основных причин появления симптомов бронхита [4, 7]. Формирование недостаточности мукоцилиарной и сурфактантной системы создает условия для поддержания воспалительного процесса, который, в свою очередь, приводит к изменению количества и реологических свойств мокроты, а также к нарушению дренажной функции бронхов [9, 17].

Следует отметить, что именно нарушение мукоцилиарного клиренса является ключевым механизмом, способствующим рецидивированию бронхита [9, 10, 16]. Клинические исследования подтверждают, что нарушение мукоцилиарного клиренса у детей с рецидивирующим бронхитом сопровождается изменениями вязкости и эластичности бронхиального секрета, усилением секреторной функции бронхиальных желез и бокаловидных клеток, изменением соотношения

нейтральных и кислых гликопротеидов мокроты и как следствие – приводит к развитию мукостаза, еще более усугубляющего имеющиеся нарушения функции реснитчатого эпителия бронхов.

Нами установлено, что у детей с рецидивирующим бронхитом даже в период ремиссии имеют место нарушения клеточного состава индуцированной мокроты. В частности, у них отмечаются такие цитоморфологические изменения, как коррелирующее с бактериальной колонизацией мокроты увеличение количества эффекторных клеток (нейтрофилы, лимфоциты, эозинофилы), снижение активности макрофагальных реакций, значимое увеличение количества дистрофически измененных клеток реснитчатого эпителия бронхов [5, 18].

Кроме того, у детей с рецидивирующим бронхитом имеет место нарушение показателей местного иммунитета: снижение уровней секреторного иммуноглобулина (Ig) А и лизоцима в слюне. Все эти патологические изменения нарушают защитные свойства бронхиального дерева, приводят к ухудшению дренажной функции бронхов и в итоге способствуют рецидивированию воспалительного процесса [4, 12].

Проблема лечения рецидивирующего бронхита является одной из сложных в пульмонологии детского возраста [15, 17]. Важнейшим фактором, определяющим прогноз течения заболевания, является рациональный выбор стартовой терапии на первичном этапе оказания медицинской помощи. Поскольку основным клиническим симптомом рецидивирующего бронхита является длительно сохраняющийся кашель, педиатрам необходимо уметь правильно оценить его характер и придерживаться современных рекомендаций по его лечению [22, 24].

Для правильного лечения кашля обязательно необходимо учитывать фармакологические характеристики противокашлевых средств. Сегодня на фармацевтическом рынке в широком ассортименте представлены противокашлевые средства различных групп: препараты, стимулирующие отхаркивание, муколитики, мукорегуляторы, мукогидранты, а также комбинированные препараты [7, 23].

Необходимо помнить, что в начале острого воспалительного процесса в бронхах, сопровождающегося сухим кашлем, показаны препараты, стимулирующие секрецию мокроты, при непродуктивном влажном кашле – препараты, разжижающие мокроту, а при продуктивном кашле – мукорегуляторы, нормализующие слизеобразование и состав секрета [13, 21].

В последние годы все более широкое применение в амбулаторной педиатрической практике находят именно комбинированные противокашлевые препараты, в состав которых включено

сразу несколько действующих веществ с различными механизмами действия, облегчающими выведение мокроты из бронхов [19]. Бесспорным преимуществом комбинированных противокашлевых препаратов является сочетание отхаркивающих, муколитических и противовоспалительных свойств – благодаря этому они обеспечивают одновременное воздействие практически на все основные звенья патогенеза кашля [11, 13].

Таким образом, эпизоды рецидивирующего бронхита у детей характеризуются воспалительными изменениями в слизистой оболочке бронхов, ослаблением факторов местной защиты, легкими обструктивными нарушениями и скрытым бронхоспазмом, а также цитоморфологическими изменениями клеточного состава индуцированной мокроты (в первую очередь – увеличением количества основных эффекторных клеток и дистрофией реснитчатого эпителия) [12, 14].

Применение в качестве средства стартовой терапии комбинированных препаратов положительно влияет на клиническое течение рецидивирующего бронхита у детей и ускоряет выздоровление, что обусловлено его нормализующим влиянием на мукоцилиарный клиренс, неспецифические факторы местной иммунной защиты слизистой оболочки бронхов, а также мукокинетическим и непрямым противовоспалительным эффектом.

Литература:

1. Баранов А.А. Научная школа детской аллергологии НИИ Педиатрии АМН СССР НИЦЗД РАМН/ А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова // Педиатрия. - 2012.-N 3.-С.82-89.
2. Волков И.К. Антиоксидантная терапия при хронических заболеваниях легких у детей // Пульмонология, детского возраста: проблемы и решения / под ред. Ю.Л. Мизерницкого, А.Д. Царегородцева. М., 2007. - Вып. 7. - С. 70-73.
3. Воробьева А. В. Об этиопатогенезе острого бронхита и бронхиолита у детей (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2017. – Т. 11. – №. 4.
4. Давыдова И.В. Рентгенологические критерии диагностики бронхолегочной дисплазии/ И.В. Давыдова, Е.Н. Цыгина, О.В. Кустова, М.А. Басаргина// Российский педиатрический журнал. - 2008.-N 5.-С.66-68.
5. Куртасова Л. М., Шакина Н. А. Особенности иммунного ответа и метаболические изменения лимфоцитов периферической крови у детей раннего возраста с рецидивирующим обструктивным бронхитом // Медицинская иммунология. – 2017. – Т. 19. – №. 5.
6. Леженко Г. А., Пашкова Е. Е., Крайняя А. В. Содержание антимикробных пептидов у детей раннего возраста, больных острым бронхитом, в

- зависимости от этиологического фактора //Здоровье ребенка. – 2017. – Т. 12. – №. 1.
7. Нестеренко З.В. Рецидивирующий бронхит как клинический вариант функциональных изменений респираторной системы у детей // Педиатр. – 2017. – Т. 8. – № 5. – С. 44–48
 8. Нестеренко З.В., Грицай А.А. Особенности болезней органов дыхания у детей с дисплазией соединительной ткани. – Харьков: Щедрасидиба плюс, 2014.
 9. Мартынович Н. Н., Барзунова Т. В., Шинкарева В. М. Особенности течения бронхолегочной дисплазии у детей //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – Т. 62. – №. 4.
 - 10.Мозжухина Л.И., Емеличева Л.Г., Смирнова М.А. Особенности формирования бронхиальной астмы у детей раннего и дошкольного возраста // Материалы XII Конгресса педиатров с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» - Москва, 2008. - С. 312.
 - 11.Осин А.Я., Козлова М.А., Осина Т.Д. Исходы рецидивирующего бронхита у детей // Успехи современного естествознания. – 2003. – № 10. – С. 89-89;
 - 12.Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей // Трудный пациент. 2009. -№1-2.
 - 13.Ротару М.Е. К вопросу об этиопатогенезе хронических бронхолегочных заболеваний у детей // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: сб. материалов IV Рос.конгресса М., 2007.- С. 239.
 - 14.Савенкова Н. Д. Прогнозирование риска возникновения рецидивирующего бронхита у детей, проживающих в условиях воздействия экологических факторов //Новая наука: Теоретический и практический взгляд. – 2017. – Т. 1. – №. 3. – С. 11-13.
 - 15.Савицкая Н.А. Клинико-микробиологические особенности больных с острым деструктивным бронхитом / Савицкая Н.А. и др. // Инфекционные аспекты соматической патологии у детей :сборн. докладов Всеросс. конф. М., 2008. - С. 61-63.
 - 16.Симованьян Э. Н., Денисенко В. Б. Совершенствование терапии острого обструктивного бронхита, ассоциированного с ОРВИ, у детей раннего возраста //Pediatriya named after GN Speransky. – 2018. – Т. 97. – №. 1.
 - 17.Смирнова М.О., Сорокина Е.В. Бронхиты у детей: принципы современной терапии // Трудный пациент. 2009- Т.7, № 8-9- С. 38-42.
 - 18.Чиркова Н. В., Балдина Н. С., Дулькин Л. А. Особенности течения рецидивирующего обструктивного бронхита и внебольничной пневмонии у детей, имеющих гастроэзофагеальный рефлюкс //Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2017. – №. 3. – С. 101-104.
 - 19.Шамсиев А. М., Мухаммадиева Л. А., Юлдашев Б. А. Цитологические показатели бронхоальвеолярной лаважной жидкости у детей с хроническим бронхитом //Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку. – 2017. – С. 46.
 - 20.Шамсиев А. М. Острые деструктивные пневмонии у детей //Ташкент. 1996. 213 с. – 1996.
 - 21.Menn P., Holle R. Comparing three software tools for implementingmarkov models for health economic evaluations. Pharmacoeconomics. 2009; 27 (9): 745-53.
 - 22.Measuring cough severity: Perspectives from the literature and from patients with chronic cough / M. Vernon, N.K. Leidy, A. Nacson et al. // Cough. - 2009.-Vol.5.-P. 5.
 - 23.Shamsiev A. M. et al. Генетичні механізми формування та діагностики хронічного бронхіту в дітей //Вісник наукових досліджень. – 2017. – №.1.
 - 24.Shamsiev A. M., Muhamadieva L. A. Intrabronchial laser therapy in children with bronchoectatic disease and chronic bronchitis //Достижения науки и образования. – 2017. – С. 52.