

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

А.М. ШАМСИЕВ, Л.А. МУХАМАДИЕВА, Ш.А. ЮСУПОВ, Д.Т. РАББИМОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА КУЗАТИЛАДИГАН СУРУНКАЛИ БРОНХИТ ТЎҒРИСИДА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

А.М. ШАМСИЕВ, Л.А. МУХАМАДИЕВА, Ш.А. ЮСУПОВ, Д.Т. РАББИМОВА

Самарқанд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд

MODERN VIEW ABOUT CHRONIC BRONCHITIS IN CHILDREN

A.M. SHAMSIEV, L.A. MUHAMADIEVA, SH.A. YUSUPOV, D.T. RABBIMOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Бронхолегочная патология занимает значительное место в структуре детской заболеваемости. В последние два десятилетия отмечается увеличение удельного веса рецидивирующих и хронических заболеваний органов дыхания у детей, которые нередко продолжаются в зрелом возрасте и являются причиной ограничения трудоспособности и инвалидности [1,4,16, 28,30, 32].

Смертность от болезней органов дыхания занимает третье место после болезней системы кровообращения и новообразований. А если учесть, что подавляющее большинство больных составляют лица молодого и среднего возраста, а также дети и подростки, то становится очевидным актуальность проблемы ранней диагностики и лечения этих пациентов [8,9,10, 11, 27,29,31].

Проблема хронического бронхита - одна из наиболее сложных в пульмонологии и прежде всего пульмонологии детского возраста. хроническим бронхитом - самая распространенная форма ХНЗЛ, в резолюции XIV конгресса педиатров России с международным участием подчеркивается, что среди детей всех возрастов отмечается преимущественный рост хронической патологии. Ее доля в структуре всех нарушений здоровья в настоящее время превышает 30% [22]. На симпозиуме педиатров-пульмонологов, проведенном в 1995 г. на базе НИИ педиатрии РАМН, хронический бронхит как самостоятельная нозологическая форма был включен в реестр хронических заболеваний легких у детей. Он был определен как хроническое распространенное воспалительное поражение бронхов, сопровождающееся продуктивным кашлем, постоянными разнокалиберными влажными хрипами в легких (в течение нескольких месяцев) при наличии 2-3 обострений заболевания в год на протяжении 2 лет подряд.

Н.Р. Палеев и В.А. Ильченко [21] определяют хронический бронхит как хроническое заболевание, характеризующееся диффузным по-

ражением дыхательных путей с избыточной секрецией слизи в бронхиальном дереве.

Развитию хронического бронхита способствуют хронические воспалительные и нагноительные процессы в легких и верхних дыхательных путях, снижение реактивности организма, избыточной секрецией слизи в бронхиальном дереве. [2,18,19, 23].

Исследования Д. Х. Махмудовой [75] показали, что основное место в структуре ХНЗЛ среди хлопкосеющих и хлопкоочистительных производств в Узбекистане занимает хроническим бронхитом (73,7%), причем его наиболее тяжелые обструктивные формы. Впервые, исследованиями Рустамовой М.Т. [25] было доказано, что ухудшение экологической ситуации в южном Приаралье вследствие усыхания Аральского моря и загрязнения окружающей среды аэрозольными частицами высокодисперсных солей, пыли и других химических веществ, а также низкий уровень жизни населения способствует росту заболеваемости ХНЗЛ, особенно хроническим бронхитом.

В основе патогенеза хроническим бронхитом лежат гипертрофия и гиперфункция желез слизистой оболочки бронхов. При этом усиливается секреция слизи, изменяется состав секрета (значительно увеличивается содержание кислых мукополисахаридов), повышается его вязкость. Длительная гиперфункция приводит к истощению мукоцилиарного аппарата бронхов, дистрофии и атрофии эпителия [14]. Нарушение дренажной функции бронхов способствует возникновению инфекционного процесса, активность и рецидивы которого в значительной степени зависят от местного иммунитета бронхов и развития вторичной иммунологической недостаточности (в бронхиальном секрете снижается содержание лизоцима, лактоферрина, а в поздней стадии болезни и секреторного иммуноглобулина А, уменьшается активность Т-лимфоцитов).[12]. Тяжелым проявлением болезни является обструктивный синдром, обусловленный избыточ-

ным количеством слизи в бронхиальном дереве, бронхоспазмом, а также экспираторным спадением мелких бронхов при эмфиземе, развивающейся у большинства больных с обструктивным синдромом [26].

Исходом хронического воспалительного процесса в бронхах являются склероз бронхиальной стенки, перибронхиальный склероз, атрофия желез, мышц, эластических волокон и хрящей бронхов. Возможно сужение просвета бронха или его расширение с образованием бронхоэктазов [20, 33,34, 37]. Хронический бронхит является одним из проявлений муковисцидоза, чрезмерная вязкость мокроты, вызывая резкое нарушение мукоцилиарного клиренса, способствует бактериальному заселению и воспалительному процессу бронхиального дерева [13,24].

Хроническому бронхиту свойственно диффузное поражение бронхиального дерева. Морфологически имеет место гиперплазия слизистых желез, увеличение числа бокаловидных клеток, что приводит к гиперсекреции слизи. Уменьшается число реснитчатых клеток, увеличивается количество ворсинок, утолщается базальная мембрана. Следствием этого является нарушение мукоцилиарного очищения. Pichler M., с соавт. Обследовав детей с хроническим обструктивным бронхитом обнаружили у них персистирующую аденовирусную инфекцию. М.Е. Березовский, Н.Н. Розина выявили, что выраженность изменений мерцательного эпителия слизистой оболочки бронхов отчетливо зависит от активности эндобронхита. При гнойном эндобронхите резко уменьшается число ресничек, наблюдается их укорочение. Поверхность клеток мерцательного эпителия, лишенная ресничек, покрыта микроворсинками. В развитии и поддержании воспаления в бронхолегочной системе определенное место занимают простагландины и лейкотриены, способствующие повышению проницаемости капилляров, гиперсекреции слизи, сокращению гладких мышц бронхов [36]. Последние годы активно изучается роль хемокинов и цитокинов в патогенезе хронического бронхита [35]. Различают следующие клинические формы хронического бронхита: простой неосложненный с выделением или без выделения слизистой мокроты, без бронхиальной обструкции; гнойный хронический бронхит с постоянным или периодическим выделением гнойной мокроты, без бронхиальной обструкции; обструктивный хронический бронхит с выделением слизистой мокроты и стойкими обструктивными нарушениями вентиляции; гнойно-обструктивный хронический бронхит с выделением гнойной мокроты и стойкими об-

структивными нарушениями вентиляции. [11,12]. Для всех форм хронического бронхита типичны обострения, особенно в холодную сырую погоду: усиливаются кашель и одышка, увеличивается количество мокроты, появляются недомогание, пот по ночам, быстрая утомляемость. При обострении любой формы ХБ может развиваться бронхоспастический (астматический) синдром [11]. Он характеризуется преходящим затруднением дыхания — легкими приступами удушья, которые возникают в любое время суток. Температура тела при обострении ХБ может быть нормальной или субфебрильной. Над всей поверхностью легких определяются жесткое дыхание и сухие хрипы. Лейкоцитарная формула и СОЭ чаще остаются нормальными, но при выраженной активности инфекционного процесса могут появиться небольшой лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле. [3,5]. При обострении гнойного ХБ незначительно изменяются биохимические показатели воспаления (С-реактивный белок, сиаловые кислоты, серомукоид, фибриноген, α_1 - и α_2 -глобулиновые фракции протеинограммы). [6,7,11]. Для определения степени активности ХБ большое значение имеет макроскопическое, цитологическое и биохимическое исследование мокроты. Так, при выраженном обострении болезни мокрота гнойная, в ней содержатся преимущественно нейтрофильные лейкоциты, повышено содержание кислых мукополисахаридов и волокон ДНК усиливающих вязкость мокроты, снижены содержание лизоцима, лактоферрина, иммуноглобулина А и активность α_1 -антитрипсина, повышена активность протеаз. [15,16]. Обострения ХБ сопровождаются нарастающими расстройствами дыхания, а при наличии легочной гипертензии и расстройствами кровообращения. В начальных стадиях ХБ изменения на бронхограммах в большинстве случаев отсутствуют. При длительно текущей ХБ на бронхограммах могут выявляться обрывы бронхов среднего калибра и отсутствие заполнения мелких бронхов вследствие обструкции (так называемое мертвое дерево [17]. Характерны поперечная исчерченность и зазубренность контуров крупных бронхов, расширенные протоки бронхиальных желез, неровность, четкообразность бронхов среднего калибра, реже их деформация.

Нельзя так же не заметить, что хронический бронхит у детей может быть проявлением целого ряда других бронхолегочных страданий (приобретенных, врожденных, наследственных), дифференциация которых нередко представляет определенные сложности [13,19,35].

Таким образом, хронический бронхит у детей встречается или в виде отдельной нозологической формы, или как синдром при других респираторных страданиях. В этой связи назрела необходимость определения и углубленного изучения клинико-патогенетических механизмов хронического бронхита у детей, разработки критериев их диагностики, что имеет существенное значение для раннего распознавания заболевания и выбора адекватных терапевтических мероприятий, направленных на предотвращение прогрессирования процесса.[19].

Литература:

1. Азизова Н.Д. Распространенность хронической пневмонии у детей в Ташкентской и Хорезмских регионах. Совершенствование профилактики. // Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Ташкент, 2006.//
2. Асадова Г.У. Оптимизация терапевтической тактики рецидивирующих бронхитов у детей дошкольного возраста. // Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Ташкент, 2006.//
3. Волков И.К. Диагностическая и терапевтическая эффективность бронхоскопии при хронических и рецидивирующих бронхолегочных заболеваниях у детей: //Автореф. дисс.... докт. мед. наук. - М., -1993. -40 с.
4. Волков И.К., Катосова Л.К., Рачинский С.В., Сорокина Г.Е. Роль антибактериальной терапии в течение и лечение хронических заболеваний легких у детей. //Лечащий врач, -2002, -№9.
5. Гайдашев Э. А., Новиков В. Н., Верхованцев Ю. А. Клинико-диагностическое значение комплексного исследования бронхоальвеолярной лаважной жидкости при неспецифических воспалительных заболеваниях легких у детей // Педиатрия. - 1992. -№ 1.-С.64- 68.
6. Геронина С.А. Показатели липидного обмена, фослипидов, системы ПОЛ-АОЗ у больных хроническим катаральным необструктивным бронхитом. //Бюллетень физиологии и патологии дыхания. -2004. -Т19. -С.22-24.
7. Дворецкий Л.И. Антибактериальная терапия хронического бронхита. //Русский медицинский журнал. -2002. -Т. 10.- N3.- С 108-114.
8. Джубатова Р.С. Прогностические критерии хронизации у детей группы риска с заболеваниями дыхательной и сердечно-сосудистой системы. // Автореф. дисс... докт. мед. наук. – Ташкент, 2005.//
9. Ермолаева О.А, Ермакова И.Н., Мизерницкий Ю.Л. Неинвазивная гемолазеротерапия в комплексном лечении часто болеющих детей и больных бронхиальной астмой. Четвертый Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» -Москва. -25-27 октября 2005. -С. 238.
10. Захаров П.П., Розина Н.Н. Исходы хронических заболеваний легких у детей по результатам отдаленных наблюдений (обзор литературы). //Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2001. -Том 46. -№3. –С30-33.
11. Зуев Б.М., Побединский Н.М., Джибладзе Т.А. Озонотерапия в гинекологии. -1998. –С.3-5.
12. Каганов С.Ю., Розина Н.Н., Лев Н.С. Современные вопросы определения и классификации клинических форм инфекционно — воспалительных заболеваний легких у детей. //Педиатрия -2004. -1. -С.62-66.
13. Капранов Н.И. Фармакотерапия при бронхолегочных поражениях у детей, больных муковисцидозом: // Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии. –М. -2002.-267 с.
14. Климанская Е.В. Эндобронхиальные методы лечения хронических заболеваний легких. //В кн. "Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии". Том "Пульмонология". (Под редакцией Царегородцева А.Д., Таболина В.А.). -М.-2002. -С.165-175.
15. Кобылянский В.И., Кокосов А.Н., Чернякова Д.Н., Пунин А.А., Шишкова Е.А. Функционально — морфологическое исследование мукоцилиарной системы на этапах болезни у больных хроническим бронхитом. //Тер. Архив. -1997. -№3. -С.12-16.
16. Кокосов А.Н. Определение и классификация хронического бронхита. //В кн. "Хронические обструктивные болезни легких" (под редакцией Чучалина А.Г.). –М. -1998. -С.111-117.
17. Кокосов А.Н. Хронический простой (необструктивный) бронхит. //В кн."Хроническиеобструктивные болезни легких" (под редакцией Чучалина А.Г.) СПб. -1998. -С. 117-129.
18. Котлуков В.К., Блохин Б.М., Румянцев А.Г., Делягин В.М., Мельникова М.А. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста с респираторными инфекциями различной этиологии :особенности клинических проявлений и иммунного ответа //Педиатрия.- №3. -2006. -С.14-21.
19. Кушелевская О.В.,Сенцова Т.Б., Волков И.К. Роль Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae в развитии инфекционного процесса у детей с хроническими заболеваниями легких. //Вопросы совр. педиатрии . -2007. -Т.6. -№2. -С148-149.
20. Латыпова Ш.А. Роль NO-ергической системы в формировании рецидивирующих форм бронхитов у детей и принципы их лечения. // Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Ташкент, 2011.//

21. Мусаев Ю.М., Пазыл А.Б. Клиническое значение изменений показателей оксид азота при формировании хронической пневмонии у детей. //VI съезд педиатров Республики Узбекистан. - Ташкент -5-6 ноября 2009. -с.298.
22. Озонотерапия. Методические рекомендации. //Под. Ред. докт.мед.наук. -С.П. Перетягина. - Н.Новгород. -1996.- 15 с
23. Резолюция конгресса XIV конгресса Педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» //Российский педиатрический журнал. -2010. -№3. -С.61
24. Розина Н.Н., Смирнова М.О., Захаров П.П. Хронический бронхит у детей и его клинко-патогенетические варианты. //Шестой Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» -Москва. -23-25 октября 2007. -С. 177.
25. Рустамова М.Т. Распространенность и особенности клинического течения хронического бронхита в Южном Приаралье. //Автореф.дисс... докт. мед. наук. -Ташкент. -1994. -39 с.
26. Самсыгина Г.А., Коваль Г.С. Проблемы диагностики и лечения часто болеющих детей на современном этапе. //Педиатрия. -2010. -Т.89. - №2. -С.137-145.
27. Середа Е. В., Лукина О.Ф., Селимзянова Л.Р. Механизмы бронхиальной обструкции и терапевтическая тактика при бронхитах у детей. //Педиатрия. -2010. -Т.89. -№5. -С. 77-86.
28. Таточенко В.К. Практическая пульмонология детского возраста. -М. -2000. -268 с.
29. Хамидов Р.И., Алиев К.Ж., Тилавов С.С., Бойахмедов Ф.Ф., Султонов Х.Х. Ошибки диагностики хронических бронхолегочных заболеваний и их последствия. //VI съезд педиатров Республики Узбекистан. -5-6 ноября 2009. - Ташкент. -С.470.
30. Чучалин А.Г. Белая книга: Пульмонология. //Пульмонология. - 2004. -Т.1. -С.7-34.
31. Шамсиев А.М., Базаров Б.Б., Тураев Ю.А. Опыт клинического наблюдения детей с инородными телами дыхательных путей у детей. //V съезд Педиатров Узбекистана. -Ташкент. -18-19 ноября 2004. -С 410.
32. Chang A.B, Glomb W.B. Guidelines for evaluating chronic cough in . pediatrics: ACCP evidence – based clinical practice guidelines . -Chest. -2006. - 129 (suppl.1) –P.260 –283.
33. Chang A.B., Grinood K., Mutholland E.K. et el Management of bronchoectasis and chronic suppurative lung disease in Indigenous children and adults from rural and remote Ausatralian communities. //Med.J. of Ausatralia . -2008. -189 (7). –P.386-393.
34. Chang A.B, Redding G.J, Everard M.I. Chronic wet cough Protracted bronchitis chronic suppurative lung disease and bronchoectasis. //Pediatr. Pulmonol. -2008. -43(6). - P.519-531 8].
35. Cole P.J. Bronchiectasis. //Resp. Medicine. - 1995. - P.1286-1317.
36. Dombi V.H., Walt H., Primary ciliary dyskinesia, immotile cilia syndrome, and Kartagener syndrome: diagnostic criteria. // Schweizerische Medizinisch Wochenschrift. J. Suisse de Med. - 1996 -V.126 -Nil. –P.421-433.
37. Huang S.L., Su C.H., Chang S.C. Tumor necrosis factor- α gene polymorphism in chronic bronchitis. //Am J RespirCrit Care Med. – 1997. -156: 6. –P.1436-1439.