

## **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 классификатсіях (1981 г., 1995 г.), а также в современной классификатсіи клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей [20, 22]. Острым бронхитом (J20.0–J20.9), согласно современной классификатсіи, 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 классификатсіи 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 с превалированием 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, полиморfen, зависит 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 бронхобструкции 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 бронхобstructивный 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.