

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Тухтаева О.Т.

*Тухтаева Олмахон Ташевна – кандидат медицинских наук, ассистент,  
кафедра госпитальной педиатрии,  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** в статье анализируются вопросы терминологии, клиники, критерии диагностики обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

**Ключевые слова:** дети, обструктивный бронхит, клиника, критерии диагностики.

Термин «бронхообструкция» обозначает патологическое состояние, возникающее вследствие нарушения проходимости бронхов с последующим нарастанием сопротивления потоку воздуха во время вентиляции и характеризующееся эпизодами одышки в результате бронхоконстрикции, воспалительной инфильтрации, гиперсекреции и дискринии подслизистых желез, отека и гиперплазии слизистой дыхательных путей, в частности бронхов.

Синдром острой бронхиальной обструкции у детей раннего возраста уже на протяжении полувека находится в поле пристального внимания исследователей и практических врачей, что связано с гетерогенностью его генеза, высокой распространенностью и трудностями дифференциальной диагностики [4-8, 10]. При формировании СБО развивается воспаление дыхательных путей с участием эпителиальных и эндотелиальных клеток, гранулоцитов, макрофагов, моноцитов, может быть Т-клеточная активация в ответ на инфекционный антиген или аллерген. В результате воспаления формируется нарушение геометрии мелких бронхов за счет утолщения стенки, закрытия просвета слизью и клеточным детритом, увеличения высвобождения провоспалительных цитокинов, повышения бронхиальной гиперчувствительности, нарушения нейрорегуляторных механизмов в связи с парасимпатической гиперреактивностью [1, 2]. Отек слизистой оболочки бронхов всего лишь на 1 мм вызывает повышение сопротивления воздушному потоку более чем на 50% [6].

Одним из клинических проявлений гиперреактивности дыхательных путей является кашель. У детей раннего возраста в силу морфофункциональных особенностей кашлевой рефлекс несовершенен. Поэтому при инфекциях дыхательных путей у новорожденных и детей первых месяцев жизни кашель часто отсутствует. Кроме того, он может провоцировать отказ от еды, срыгивания и рвоту. В ряде случаев кашель не выполняет дренажной функции [10].

Важнейшими патофизиологическими компонентами острого СБО у детей являются отек слизистой оболочки бронхов, гиперсекреция слизи и бронхоспазм. При затяжном характере СБО развивается гиперплазия слизистой, а при хроническом воспалении, типичном для БА и бронхолегочной дисплазии (БЛД), постепенно формируются явления фиброза и склероза, что свидетельствует о структурной перестройке бронхов (ремодуляции) [3, 7 - 9].

Таким образом, анатомо-физиологические особенности органов дыхания и вегетативной ориентации детей раннего возраста обуславливают значительную частоту СБО и характерные особенности его клинических проявлений. Так, ведущую роль в развитии нарушения проходимости бронхов при ОБ играют выраженный отек слизистой бронхов и гиперсекреция вязкой слизи в отличие от БА, при которой в основе нарушения бронхиальной проходимости лежит бронхоспазм [3-5]. Вместе с тем свойственное маленьким детям слабое развитие гладких мышц бронхов придает обострению БА ярко выраженную «бронхитическую» окраску, обусловленную гиперпродукцией вязкого секрета. Это маскирует сущность заболевания и затрудняет дифференциальную диагностику с ОБ, хотя у некоторых детей уже на первом году жизни формируются типичные признаки бронхоспазма как главного компонента бронхообструкции [3-5].

Чаще всего и клинически ярко СБО проявляется у детей первых лет жизни, что обусловлено морфофункциональными особенностями органов дыхания: узостью дыхательных путей, недостаточной эластичностью легких, мягкостью хрящей бронхиального дерева, недостаточной ригидностью грудной клетки, склонностью к развитию отеков, гиперсекрецией вязкой слизи, слабым развитием гладкой мускулатуры бронхов [8-11].

b<sub>2</sub>-адренергические рецепторы широко представлены в дыхательных путях и присутствуют на гладкомышечных клетках, эпителиоцитах, клетках подслизистых желез, многочисленных клетках воспаления, в альвеолах и пресинаптических нервах [2]. Функция b<sub>2</sub>-адренорецептора зависит от соединения с G<sub>s</sub>-белком, стимулируемого аденилатциклазой, которая повышает уровень циклического аденозинмонофосфата в клетке, его высокое содержание, кроме расслабления гладкой мускулатуры бронхов, подавляет выброс медиаторов реакции гиперчувствительности немедленного типа из клеток воспаления (прежде всего из тучных), что важно для детей с атопией. После этого чувствительность

β-адренорецептора к дальнейшей стимуляции снижается. Улучшение дренажной функции дыхательных путей. Для снижения вязкости секрета и его эвакуации в комплексной терапии СБО применяются различные отхаркивающие средства, при выборе которых необходим индивидуальный подход.

Клинически степень нарушения проходимости бронхов при различной патологии зависит от соотношения отдельных компонентов бронхообструкции, наличия генетически обусловленной гиперреактивности бронхов, особенностей причинных факторов и воспаления. Важнейшими патофизиологическими компонентами острого СБО у детей являются отек слизистой оболочки бронхов, гиперсекреция слизи и бронхоспазм. При затяжном характере СБО развивается гиперплазия слизистой, а при хроническом воспалении, типичном для БА и бронхолегочной дисплазии, постепенно формируются явления фиброза и склероза, что свидетельствует о структурной перестройке бронхов (ремодуляции) [7, 8, 11].

Результаты наших исследований показали, что обструктивный бронхит клинически проявлялся одышкой экспираторного характера, шумным дыханием со свистящим выдохом, чаще слышимым дистанционно у 89% детей, подъем температуры тела наблюдалось у 93,7% детей, нарушения общего состояния у 94,9%, коробочный перкуторный звук и эмфизематозное вздутие грудной клетки наблюдалось почти у всех больных, ослабление дыхания у 18% детей, кашель и сухие свистящие хрипы у 100% детей. ДН различной степени выявлены у 97,9%. Рентгенологические данные наблюдаемых детей; повышенная прозрачность ткани легкого, горизонтальное положение ребер, низкое расположение диафрагмы.

При изучении клинических проявлений обструктивного бронхита у детей раннего возраста выявлено, что в генезе обструкции бронхов ведущую роль играет спастический компонент аллергического характера. Дети относительно адаптированы к БОС. Физикальные данные более разнообразны в течении дня. Продолжительность БОС кратковременная, особенно при удалении аллергена. Но может быть продолжительной а при инфекционном ДН более выражена, Длительность инфекционного процесса 1-2 недели. Характерна цикличность патологического процесса.

#### **Список литературы**

1. *Германова О.Н.* Клинико-иммунологические особенности обструктивного бронхита у детей с инфекциями респираторного тракта: автореф. дисс. ... кан-та мед. наук. Ставрополь, 2011. 22 с.
2. *Ласица О.И., Охотникова Е.Н.* Современные аспекты этиопатогенеза, клиники, диагностики и дифференциальной диагностики бронхиальной астмы у детей раннего возраста: Методич. рекомендації. К., 2000. 31 с.
3. *Мизерницкий Ю.Л.* Бронхообструктивный синдром при ОРИ у детей раннего возраста: дифференциальная диагностика и принципы дифференцированной терапии/ Материалы V региональной научно-практической конференции «Воронцовские чтения. Санкт-Петербург-2012». СПб, 2012. Р. 130-144.
4. *Мизерницкий Ю.Л.* Диагностика и принципы терапии острой бронхиальной обструкции у детей / Ю.Л. Мизерницкий // Педиатрия, 2008. № 1. С. 77-80.
5. *Мизерницкий Ю.Л., Царегородцев А.Д.* Что скрывается за диагнозом «рецидивирующий бронхит» у детей? // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2003. № 6. С. 31-33.
6. *Орнатская М.М., Мизерницкая О.Н., Терлецкая Р.Н., Стронгина Э.И., Мизерницкий Ю.Л., Костюченко М.В., Скугаревская И.О., Шаблинская С.Д.* Клинико-функциональная характеристика обструктивного синдрома при острой респираторной вирусной инфекции у детей раннего возраста // Вопросы охраны материнства и детства, 1987. № 4. С. 27-32.
7. *Охотникова Е.Н., Шарикадзе Е.В.* Особенности неотложной терапии синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста/здоровье ребенка, 2012. 4 (39). Киев.
8. *Охотникова Е.Н., Ласица О.И., Курашова О.Н., Ревуцкая А.Е., Леуш В.Т., Зарудняя О.Ф.* Особенности неотложной помощи и интенсивной терапии бронхиальной астмы у детей раннего возраста / Е.Н. Охотникова, О.И. Ласица, О.Н. Курашова и др. // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія, 2000. № 1(Д). С. 286-288.
9. *Сорока Ю.А.* Муколитическая терапия в педиатрической практике / Ю.А. Сорока // Клінічна педіатрія, 2010. № 1(22). С. 10-15.
10. *Тодоріко Л.Д., Сем'янів І.О.* Особливості бронхообструктивного синдрому у хворих на туберкульоз легенів / Л.Д. Тодоріко, І.О. Сем'янів // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія, 2012. № 1–2 (50–51). С. 48–51.
11. *Kendig and Chernic's Disorders of the Respiratory Tract in Children (8th ed.), 2012. 1142 p.*