РАЗДЕЛ II. МЕДИЦИНА

Аллаярова С.Д., Юсупова М.А.

Дифференциально-диагностические критерии обструктивного бронхита, ассоциированного с различными инфекциями респираторного тракта у детей

*Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии
(Узбекистан)*

doi:10.18411/spc-22-10-2017-04

idsp: 000001:spc-22-10-2017-04

Abstract

The purpose of research - to develop a differential diagnostic criteria for obstructive bronchitis associated with various infections of the respiratory tract in children and to determine their prognostic significance. In infants the differing development of bronchial obstruction on the first day of the disease, mainly the formation of severe (75%) with severe respiratory failure and a longer course of the disease.

Key words: obstructive bronchitis, respiratory tract infections, child.

Ведущее место среди заболеваний детей раннего возраста занимает патология респираторного тракта. У 25-31% детей респираторные инфекции протекают с клиникой обструктивного бронхита, причем в 30-50% случаев он принимает затяжное, волнообразное или рецидивирующее течение [1,4,5].

Частые заболевания респираторного тракта ведут к формированию хронической бронхолегочной патологии [1,2]. Среди часто болеющих детей рецидивирующим бронхитом страдает 59,3% [3,8]. У части детей рецидивирующие обструктивные бронхиты являются дебютом бронхиальной астмы [4,6]. Поиск причин рецидивирования существенно затрудняют широкий этиологический спектр ОРИ, протекающих с обструктивным бронхитом, однотипные клинические проявления бронхообструкции, преимущественно ранний возраст заболевших [3,7]. Вместе с тем, ранняя этиологическая дифференцировка необходима для прогнозирования тяжести и длительности обструктивного бронхита, проведения рациональной терапии, предотвращения рецидивов заболевания.

70-80% детей с частыми инфекциями респираторного тракта имеют изменения иммунной системы, касающиеся, прежде всего, клеточного звена, системы интерферона и фагоцитоза [6]. Интерес исследователей к изучаемой проблеме в настоящее время недостаточен. Это связано с повсеместной гиподиагностикой рецидивирующих бронхитов и диспансеризацией пациентов в группе часто болеющих детей, что нередко лишает их дифференцированного подхода со стороны педиатров [3,5].

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

Материал и методы исследования. В соответствии с возрастом были сформированы 3 группы: до 1 года (дети грудного возраста), 1-3 лет (дети раннего возраста) и 4-6 лет (дети дошкольного возраста). Контрольную группу составили 75 здоровых детей в возрасте от 6 мес. до 6 лет, в том числе 25 детей в группе до 1 года, 25 детей в группе 1-3 лет и 25 детей в группе 4-6 лет. Все дети контрольной группы родились от здоровых родителей, с благоприятным течением беременности у матерей, с весом при рождении 3200-3800 г. Период новорожденности у всех детей протекал без

осложнений. Дети болели ОРИ не чаще 1-3 раз в год, обструктивный бронхит не развивался.

Для установления этиологии острых респираторных инфекций проводили иммунофлюоресцентное исследование. Для окраски использовали флюоресцентные поликлональные антитела против аденовирусов, респираторно-синцитиальных вирусов, вирусов парагриппа 1,2,3 типов. Определение атипичной микрофлоры (хламидий и микоплазм) производилось путем серологической диагностики возбудителей рода *Chlamydia pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae* методом ИФА с использованием тест систем «Вектор бест-IgM», «Вектор бест-Ig G», а также методом непрямой иммунофлюоресценции при исследовании мазков с задней стенки глотки на атипичную микрофлору.

Статистическая обработка полученных данных проводилась общепринятыми методиками альтернативно-вариационной статистики с помощью программных систем BIOSTAT и AtteStat for Windows. Критический уровень значимости (p) задавался величиной 0,05.

Пациенты находились в детской многопрофильной клинической больнице г. Ургенча в период 2009-2013 гг. Клиническое обследование детей проводилось с использованием общепринятых физикальных методов. Оценка тяжести общего состояния детей включала выраженность симптомов интоксикации и определение степени бронхиальной проходимости. Осуществлялась обзорная рентгенография органов грудной клетки. При наличии показаний использовались биохимический анализ крови, рентгенография придаточных пазух носа, бронхоскопия, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ и ЭЭГ.

Результаты исследования и их обсуждение. В этиологической структуре гриппа и ОРВИ за 5-летний период выявлено уменьшение доли гриппа с 59,6% в 2005 г. до 14,2% в 2009 г., $p < 0,05$ и рост острых негриппозных ОРВИ с 18,3% в 2009 г. до 25,4% в 2013 г. преимущественно за счет ОРВИ неуточненной этиологии, что можно объяснить повышением охвата детского населения вакцинопрофилактикой гриппа. Первый эпизод обструктивного бронхита возникал преимущественно в раннем возрасте ($2,6 \pm 1,3$ года). Бронхообструкция развивалась на $3,3 \pm 0,1$ сутки от начала респираторного заболевания, продолжалась $7,1 \pm 2,3$ дней. Развивались чаще легкие (46,7%) или среднетяжелые (41,1%) формы заболевания. Одышка возникала у всех пациентов, имела преимущественно экспираторный характер (75%), длилась $3,7 \pm 1,8$ суток. Обструктивный бронхит, ассоциированный с респираторными инфекциями, чаще развивался у детей мужского пола (60,5%, $p < 0,05$), в возрастной группе 1-3 лет (42,7%, $p < 0,05$). У большинства детей прослеживалась неблагоприятная наследственность по аллергии (46,1%) и негативное влияние факторов антенатального анамнеза (63,3%). В 41,7% случаев отмечалась отягощенность пассивным курением. 70% детей имели повышенную заболеваемость на первом году жизни, 53,8% - в дошкольном возрасте. У 6,7% детей диагностировались врожденные аномалии развития трахеобронхиального дерева. Первый эпизод обструктивного бронхита возникал преимущественно в раннем возрасте ($2,6 \pm 1,3$ года). Бронхообструкция развивалась на $3,3 \pm 0,1$ сутки от начала респираторного заболевания, продолжалась $7,1 \pm 2,3$ дней. Развивались чаще легкие (46,7%) или среднетяжелые (41,1%) формы заболевания. Одышка возникала у всех пациентов, имела преимущественно экспираторный характер (75%), длилась $3,7 \pm 1,8$ суток.

У трети детей сформировалось рецидивирующее (35,6%) или непрерывно-рецидивирующее (3,3%) течение. В 8,3% случаев в исходе рецидивирующих форм регистрировалась бронхиальная астма. Особенностью заболевания на первом году жизни явились достоверно частое ($p < 0,05$) развитие бронхолита (42,8%) с длительной ($4,3 \pm 1,8$ дней) одышкой смешанного характера (78,6%) и выраженной дыхательной недостаточностью (95,2%), длительный ($22,6 \pm 4,2$) сухой кашель, гипертермия (30,9%).

Обструктивный бронхит, ассоциированный с аденовирусной инфекцией (42 ребенка), развивался преимущественно в дошкольном возрасте ($4,0 \pm 1,1$ года), характеризовался легкими формами бронхообструкции (73,8%) и развитием в трети случаев (33,3%) рецидивов. Заболевание протекало с выраженной температурной реакцией (73,8%), длительной интоксикацией ($8,4 \pm 2,5$ дней), ярко выраженным и длительным ($14,8 \pm 2,5$ дней) катаром верхних дыхательных путей. Отмечалось развитие ринита (100%), конъюнктивита (100%) и тонзиллофарингита (50%), регистрировался длительный ($16,6 \pm 2,9$) влажный кашель (81%), сочетанные хрипы при аускультации (95,2%).

Обструктивный бронхит, возникший на фоне респираторно-синцитиальной инфекции (30 детей), в 66,7% случаев развивался на 1-м году жизни. Средний возраст детей составил $1,1 \pm 0,6$ лет. Особенностью бронхита явились ранние сроки развития (на $1,8 \pm 0,2$ сутки), тяжелое (53,3%) и длительное ($9,4 \pm 1,4$ дней) течение, преобладание симптомокомплекса бронхиолита (53,3%). Были характерны длительная ($7,0 \pm 0,6$ дней) и выраженная одышка с дыхательной недостаточностью II-III степени (73,3%), навязчивый сухой, приступообразный кашель (83,4%), диффузные влажные разнокалиберные хрипы при аускультации (53,3%), длительное сохранение катара дыхательных путей ($13,3 \pm 2,4$ дней) и кашля ($28,6 \pm 3,9$ дней).

Таким образом, результаты исследования показали наличие возрастных и клинических особенностей обструктивного бронхита (ОБ) в зависимости от этиологии ОРИ. Для дифференциально-прогностической оценки обструктивного бронхита, ассоциированного с инфекциями респираторного тракта, необходимо использовать совокупность клинических и анамнестических критериев.

Реализация ОБ при различных инфекциях респираторного тракта зависела также от отягчающих факторов преморбидного фона ребенка. Негативными факторами анамнеза явились неблагоприятная наследственность по аллергии (59,5%), искусственное вскармливание (64,3%), принадлежность к группе часто болеющих (73,8%), пассивное курение (73,8%). Заболевание у детей первого года жизни достоверно отличалось ($p < 0,05$) более длительным и тяжелым течением, развитием смешанной одышки (100%), тяжелой (33,3%) и среднетяжелой (66,7%) степенью дыхательной недостаточности.

В числе неблагоприятных факторов анамнеза также регистрировалось частое перинатальное поражение ЦНС детей (83,4%) и акушерско-гинекологическая патология матерей, представленная токсикозами беременности (73,4%), предшествующими абортами (73,4%), приемом лекарственных препаратов во время беременности (100%), патологией в родах (60%). У детей первого года жизни ОБ отличался развитием бронхообструкции в первый день заболевания, формированием преимущественно тяжелых форм (75%) с выраженной дыхательной недостаточностью и более длительным течением заболевания.

1. Геппе Н.А., Колосова Н.Г., Селиверстова Н.А. Причины бронхиальной обструкции у детей и направления терапии / «РМЖ» №22, 2011. С.137.
2. Геппе Н.А., Селиверстова Н.А., Малышев В.С., Утюшева М.Г., Старостина Л.С. Бронхографическое исследование легких у больных БА раннего возраста. Пульмонология 2008; 3:38-41.
3. Зайцева С.В., Снитко О.В. Терапия острого обструктивного синдрома у детей с острыми респираторными заболеваниями// Лечащий врач 2013 №11.
4. Ключникова С.О., Зайцева О.В., Османов И.М. Острые респираторные заболевания у детей. Пособие для врачей. М., 2009. 35 с.
5. Dicipinigitis PV., Gayale Y.E. Sensitivity effect of Guaifenesin on Cough Reflex. Chest 2003; 124: 2178-2181.
6. Jackson DJ, Gangnon RE, Evans MD, et al. Wheezing rhinovirus illnesses in early life predict asthma development in high-risk children. Am J Respir Crit Care Med 2008;
7. Midulla F, Scagnolari C, Bonci E et al. Respiratory syncytial virus, human bocavirus and rhinovirus bronchiolitis in infants. Arch Dis Child 2010; 95: 35-41.