

# КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАТЯЖНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Алиева П.Р. Email: Alieva1176@scientifictext.ru

Алиева Парохат Рустамовна – ассистент,  
кафедра госпитальной и поликлинической педиатрии,  
Ургенчский филиал  
Ташкентская медицинская академия, г. Ургенч, Республика Узбекистан

**Аннотация:** в Республике Узбекистан из года в год продолжают увеличиваться случаи заболевания затяжного бронхита у детей. В Хорезмской областной многопрофильной детской больнице мы провели исследование детей больных с затяжным бронхитом. Затяжной бактериальный бронхит характеризуется кашлем с мокротой, отвечающим обычно на 2-недельный курс антибактериальной терапии, при этом отсутствуют другие причины, способные объяснить кашель. Затяжной бронхит является ведущей причиной хронического влажного кашля у детей. Важны причины острого и хронического кашля в детском возрасте. Представлены история описания, определение и диагностические критерии затяжного бронхита.

**Ключевые слова:** затяжной бактериальный бронхит, бронхоэктазы, бронхиты, бронхиальная астма, дети.

## THE CLINICAL COURSE OF PROTRACTED BACTERIAL BRONCHITIS IN CHILDRENS AND ADOLESCENTS IN THE KHOREZM REGION

Alieva P.R.

Alieva Parohat Rustamovna - Assistant,  
DEPARTMENT OF HOSPITAL AND POLYCLINICS PEDIATRICS,  
URGENCH BRANCH  
TASHKENT MEDICAL ACADEMY, URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

**Abstract:** in the Republic of Uzbekistan cases of prolonged bronchitis continue to increase. In the Khorezm regional multidisciplinary childrens hospital we conducted a study of children with prolonged bronchitis. Protracted bacterial bronchitis (PBB) is characterized by productive cough, usually after 2-week course of antibiotic therapy, while there are no other reasons that could explain the cough. PBB is a main cause of chronic wet cough in children. The article lists causes of acute and chronic (wet and dry) cough in children. It presents description history, definition and diagnostic criteria for PBB; consistently characterizes epidemiology, etiology, risk factors, pathogenesis and clinical picture, laboratory instrumental diagnostics and treatment of PBB.

**Keywords:** protracted bacterial bronchitis, bronchoectasis, bronchitis, bronchial asthma, children.

Исследования течения заболевания затяжного бронхита у детей проводились в Хорезмской многопрофильной областной детской больнице. Кашель в детском возрасте является одной из наиболее частых жалоб пациентов и одной из основных причин обращения к педиатру [1]. В среднем в норме здоровые дети кашляют в среднем 11 раз в день, во время инфекций верхних дыхательных путей. Частота и интенсивность кашля увеличиваются [2]. Кашель подразделяют в зависимости от продолжительности характера и времени появления (утренний, дневной, ночной, после физической нагрузки) [3, 4]. Описание характера кашля зачастую неточно, что зависит от внимательности врача, родителей или окружающих ребенка лиц, а также способности последних описать кашель. Поэтому наиболее распространенными критериями, на основании которых классифицируют кашель, являются его продолжительность и продуктивность. Причинами острого кашля у детей являются вирусный круп обструктивный или стенозирующий ларингит, пневмония, воздействие раздражителей, аспирация инородного тела, приступ бронхиальной астмы (БА), острый бронхит, такие нелегочные факторы, как, например, лейкоз или сердечная недостаточность [5].

Согласно различным определениям хроническим кашлем в детском возрасте считают кашель продолжительностью свыше 3 недель. Тремя основными причинами хронического кашля у взрослых являются гастроэзофагеальный рефлюкс синдром постназальный затек и кашлевой вариант БА. Однако особую настороженность врача должен вызывать хронический влажный кашель, сохраняющийся свыше 3–4 недель. В целом его наличие свидетельствует либо об усилении секреции в дыхательных путях, либо о нарушении мукоцилиарного клиренса.

**Материалы и методы исследования:** Данное исследование проводилось в Хорезмской многопрофильной областной детской больнице. У 40 из 100 обследованных детей с хроническим кашлем более 3 недель обнаружен гнойный бронхит, вызванный бактериальными возбудителями и эффективно излечивающийся антибиотиками. Средний возраст детей на момент исследования составил 2 года.

Общепринятым определением ЗББ у детей является наличие влажного кашля продолжительностью более 3 недель, прекращающегося после лечения антибиотиками, при отсутствии каких-либо других симптомов, характерных для хронических заболеваний дыхательных путей при исследовании эпидемиологии затяжного бронхита распространенность остается варьировавшей. Оно составило 40% из 100 детей в городе Ургенче, в районах Хорезмской области 23,4% из 108 детей. За развитие гнойного ЗББ ответственны бактериальные пневмотропные возбудители. В цитированном исследовании бактериологическое исследование жидкости бронхоальвеолярного лаважа (ЖБАЛ) выявило наличие *Haemophilus influenzae* у 49%, *Streptococcus pneumoniae* у 21%, *Moraxella catarrhalis* у 17% и *Staphylococcus aureus* у 12% пациентов. Возрастная медиана пациентов составила 2,9 (1,7–4,4) года, со средней продолжительностью кашля 11 (8–14) месяцев. Положительная бактериальная культура была выделена у 82% обследованных, при этом у 61% больных был идентифицирован один микроорганизм, у 22% – 2 микроорганизма и у 17% – 3 и более. Обнаруживались *H. influenzae* (61%), *M. catarrhalis* (34%), *S. aureus* (27%), *S. pneumoniae* (20%) [4]. В других исследованиях также чаще всего обнаруживались *H. influenzae* (47,4–81%), *S. pneumoniae* (20–37%), *S. aureus* (12%), *M. catarrhalis* (17%), реже *Escherichia coli* (6,1%) и *Enterobacter aerogenes* (5,3%) [1]. Сравнительно часто при затяжном бронхите выявлялись несколько микроорганизмов, а также респираторные вирусы (риновирусы, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы, вирусы парагриппа) [2]. У большей части пациентов аденовирус определялся в ассоциации с бактериальными возбудителями – *H. influenzae*, *M. catarrhalis* и *S. pneumoniae*. Аденовирус рода С (генотипы 1 и 2) доминирует в нижних дыхательных путях (НДП) у маленьких детей с хроническими бронхолегочными заболеваниями с гнойным эндобронхитом, что предполагает возможную роль аденовируса в патогенезе хронических гнойных заболеваний у детей [2]. В этой связи интересной представляется возможность развития облитерирующего бронхиолита в исходе аденовирусной инфекции у детей, признаваемой в качестве одного из этиологических факторов заболевания [1].

**Заключение:** Возможными причинами нарушения МЦК и образования биопленок у детей с ЗББ и, следовательно, факторами риска заболевания могут быть:

1) частые повторные вирусные бронхиты, которые приводят к повреждению респираторного эпителия с задержкой репарации;

2) маляция дыхательных путей;

3) иммунодефицит;

4) пассивное курение, когда родитель ребенка курит;

5) воздействие аэрополлютантов

Ларингомалаяция отмечалась в 20%, а трахеомалаяция – в 14% случаев ЗББ у детей [2]. По другим сведениям, частота маляции дыхательных путей на разных уровнях у данных больных может достигать 44% [3]. Трахеобронхомалаяция у детей с ЗББ может быть первичным феноменом как результат врожденной незрелости эластических структур у детей раннего возраста или вторичным явлением как следствие интенсивного воспаления дыхательных путей. Таким образом, для правильной диагностики ЗББ очень важно определить характер кашля, возможность ЗББ предполагает наличие жалоб на длительный влажный кашель. Диагностика ЗББ у детей трудна, ключевым исследованием является фибробронхоскопия с микробиологическим и цитологическим исследованием ЖБАЛ.

#### *Список литературы / References*

1. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. Ю.Л. Мизерницкий, А.Д. Царегородцев, ред. Вып. 2. М.: Медпрактика-М, 2012: 39–50.
2. *Munyard P., Bush A.* How much coughing is norma. *Arch. Dis. Child.*, 1996; 74: 531–534.
3. *Таточенко В.К.* Болезни органов дыхания у детей: Практическое руководство. М.: Педиатр, 2012: 480.
4. *Шилдс М.Д., Доэрти Г.М.* Хронический кашель у детей. Клиническая и неотложная педиатрия. Новости, мнение, обучение, 2015; 1: 11–20.
5. *Kantar A., Shields M., Cardinale F., Chang A.B.* Cough. *Pediatric Respiratory Medicine*. E. Eber, F. Midulla, eds. ERS, 2013: 44–49.