

**В.І. Чергінець,
С.І. Ільченко**

РЕЦИДИВНИЙ БРОНХІТ У ДІТЕЙ

Дніпропетровська державна медична академія
кафедра пропедевтики дитячих хвороб з курсом сестринської справи

Ключові слова: бронхіт
рецидивний, діти

Key words: recurrent bronchitis,
children

Резюме. В статті изложены взгляды авторов на вопросы диагностики, особенности течения и прогноз рецидивирующих бронхитов у детей. Высказано мнение, что рецидивирующий бронхит – возрастная бронхопатия, которая гетерогенна по составу и потому может иметь разные варианты развития. Среди них: ликвидация по мере взросления, трансформация в бронхиальную астму, формирование хронического бронхита. Обсуждена роль отдельных факторов, которые могут определять течение и исход заболевания. Приводятся диагностические критерии клинической трансформации рецидивирующего бронхита в бронхиальную астму и хронический бронхит. Статья имеет практическую направленность и служит целям повышения качества диспансерного наблюдения детей с рецидивирующим бронхитом.

Summary. Authors' opinion on diagnostic, features of clinical course, and prognosis of recurrent bronchitis in children are presented in the article. It was advanced an opinion that recurrent bronchitis is age-related heterogenic bronchopathy with different ways of development: disappearance during life, transformation into bronchial asthma, chronic bronchitis formation are among them. The role of definite factors which may define clinical course and outcome was discussed. Diagnostic criteria of clinical transformation of recurrent bronchitis into bronchial asthma and chronic bronchitis are presented. The article has practical orientation and serves the purpose of improvement of medical care quality in children with recurrent bronchitis.

Рецидивний бронхіт (РБ) є частим захворюванням серед дітей і діагностується майже у третини пацієнтів, що знаходяться на диспансерному обліку з приводу хронічних неспецифічних захворювань дихальної системи. За даними статистичних досліджень, воно виявляється більш ніж у 3% дітей дошкільного віку і 1% школярів [7].

Як самостійне захворювання, що має свої власні, відмінні від інших захворювань дихальної системи критерії діагностики, РБ було вперше офіційно представлено в угрупованні класифікацій хронічних неспецифічних захворювань бронхолегеневої системи у дітей, яке було схвалено та прийнято до практичного використання Пленумом педіатрів СРСР у 1981 році [4]. Тоді, після активного обговорення проблеми широким загалом педіатрів, було визначено, що РБ є захворюванням, яке характеризується виникненням у дитини не менше 3-4 бронхітів на рік протягом двох років, схильністю цих бронхітів до затяжного (більше двох тижнів) перебігу, відсутністю клінічно вираженої обструкції бронхів при його загостреннях.

Незважаючи на тривалий час практичного використання діагнозу педіатрами, єдиного погляду на природу РБ не склалося, і тому розуміння патогенезу захворювання, як воно відо-

бражене в публікаціях окремих авторів, має значні і суттєві відмінності. Так, частиною дослідників РБ розглядається і вивчається як дебют хронічного бронхіту [2, 10], іншими – з позицій можливості формування бронхіальної астми (БА) [1,3,9].

Для кращого розуміння проблем діагностики та реабілітації хворих на РБ на сучасному етапі корисним може виявитись аналіз ситуації щодо діагностики неспецифічних бронхолегеневих захворювань у дітей в цілому, яка склалась до прийняття їх класифікації зразка 1981 року. Тоді для діагностики неспецифічних захворювань бронхолегеневої системи у дітей найбільш часто використовувався тепер ліквідований як недоцільний діагноз „хронічна пневмонія”. За популярною в той час класифікацією Борисова-Гавалова такий діагноз встановлювався багатьом дітям, і його практичне використання передбачало розуміння патологічного процесу в дихальній системі дитини як стадійного. Такі уявлення та практична відсутність результатів бронхологічних та інших об'єктивних досліджень у той час неминуче вели до затушовування різниці між особливостями перебігу, проявами та прогнозом тепер загальноновизнаних і реально існуючих окремих нозологічних форм захворювань. Тобто, існувала ситуація, яка дозволяла

під маскою діагнозу „хронічна пневмонія” перебувати в його рамках різним неспецифічним захворюванням дихальної системи. Після вилучення із збірного діагнозу „хронічна пневмонія” окремих, чітко окреслених форм захворювань (вади розвитку, ураження легенів при системних захворюваннях, затяжні сегментарні процеси і т.ін.) там залишились пацієнти із захворюваннями, виникнення яких ще не було ідентифіковане з позицій патогенезу, але які характеризувались однією спільною рисою – мали виражену схильність до частих затяжних бронхітів. Саме ці пацієнти згодом склали групу пацієнтів, яку об'єднав у собі клінічний діагноз РБ.

Чи виявилась ця група хворих однорідною? Певно, що ні. Досвід роботи з дітьми, що мають РБ, підтверджує саме цю точку зору. Разом із тим клінічно, особливо в дебюті захворювання, дуже важко визначити особливості морфофункціональної основи патологічного процесу, які б дозволили впевнено скласти прогноз його перебігу.

Катамнестичні дослідження, проведені за дітьми з РБ, показали, що клінічна симптоматика в динаміці перебігу захворювання може змінюватись у трьох основних напрямках.

Виявилось, що найчастіше спостерігається самоликвідація симптомів захворювання з часом. У більшості дітей такі зміни відбуваються при досягненні ними 7-9-річного віку, тобто віку, коли легені дитини досягають своєї морфологічної і фізіологічної зрілості. Якщо цей процес затримується – видужання відбувається пізніше.

В іншій частині хворих видужання не відбувається, а спостерігається трансформація РБ бронхіту в астматичний бронхіт (АБ) чи БА [1,3,9]. За нашими даними, такий перехід з часом відбувається у 15,2% хворих на РБ і схильність до змін у такому напрямку виявляють діти, у яких в період ремісії за допомогою методів функціональної діагностики виявляється неспецифічна бронхіальна гіперчутливість та прихований бронхоспазм. Має також значення спадкова схильність дитини до астми [8,9].

Ще одна частина хворих на РБ – це діти, які продовжують хворіти і після досягнення ними віку, коли в нормі настає анатомо-фізіологічна зрілість бронхолегеневих структур. З часом такі пацієнти набувають усіх клінічних ознак, необхідних для діагностики у них хронічного бронхіту (ХБ).

Фактори патогенезу, які у хворих на РБ зумовлюють формування ХБ, остаточно не

визначені. Є підстави вважати, що важливе значення при цьому має тривалий вплив на бронхолегеневу систему дитини різноманітних несприятливих факторів зовнішнього середовища. Помічена, наприклад, шкідливість паління та пасивного паління дітей та підлітків [7]. Вивчення ж конкретних механізмів негативного впливу факторів зовнішнього середовища, які сприяють формуванню ХБ у дітей з РБ (у тому числі в дитячому віці), ще тільки розпочато [6]. Потенційно важливу роль у цьому відношенні можуть відігравати такі інфекційні захворювання, як кір, кашлюк, тяжкі форми респіраторних вірусних інфекцій, а також забруднення атмосфери токсичними речовинами. Не виключено, що існує і генетична схильність до такого варіанту трансформації РБ, але її реалізація значною мірою визначається впливом зовнішніх патогенів. Конкретні патофізіологічні механізми реалізації генетичної схильності до формування ХБ у дітей не встановлені. Можливо також, що такому перебігу подій є супутньою патологія: вогнища хронічної інфекції в ЛОР-органах, носіння патогенної флори на слизових дихальних шляхах (*Helicobacter pylori*), тривалі гіповітамінози, розлади харчування, гіпокінезія. На наш погляд, негативний вплив того чи іншого патогену значною мірою визначається ступенем вікової зрілості бронхолегеневих структур у період його дії. Тому є підстави вважати, що патогенез формування ХБ у хворих на РБ хоча і має комплексний характер, але майже завжди має виражену індивідуальність.

Для збереження високої культури діагностики різних форм неспецифічних захворювань легенів у дітей важливо відрізнити стадійність розвитку ХБ у частини пацієнтів, хворих на РБ, від закономірної стадійності змін у бронхах при захворюваннях, патогенез яких безпосередньо передбачає виникнення стійкого запального процесу в нижніх дихальних шляхах. Це стосується таких захворювань, як вади розвитку легенів і бронхів із порушенням їх саногенетичної здатності, легеневі форми муковісцидозу, первинні форми імунодефіцитних станів, дефіцит α_1 -аптитрипсину, стійкі порушення вегетативного забезпечення дихання з боку центральної нервової системи і т.п. Бронхіти, що розвиваються на такому фоні, є „вторинними” ХБ. Їх клінічна реєстрація повинна обов'язково передбачати діагностику первинного захворювання. Тобто, клінічна діагностика у дитини хронічного бронхіту повинна розглядатись не як остаточний діагноз, а як синдром захворювання, яке потрібно ідентифікувати. З цієї причини введення в

перелік хронічних неспецифічних захворювань у дітей діагнозу ХБ у розумінні його первинної природи не тільки недоцільне, а і шкідливе. Практичне використання діагнозу ХБ, як окремої нозологічної одиниці, неминуче привело б до тих же наслідків, що і застосування діагнозу „хронічна пневмонія” за класифікацією Борисова-Гавалова 25-30 років тому - тобто, до погіршення культури діагностики неспецифічних захворювань органів дихання. Це сприяло б виникненню ситуації, при якій діагноз ХБ (як первинного захворювання) встановлювався б дітям із схожими за клінікою, але різними за природою захворюваннями дихальної системи, в результаті чого коректна їх реабілітація стала неможливою.

Клінічно діагностований у дитини ХБ повинен бути зрозумілим лікарю з позицій патогенезу свого виникнення. В результаті поглибленого обстеження дитини лікарю необхідно визначитись у питанні про те, чи є цей бронхіт одним із проявів ще не діагностованого іншого захворювання, чи він – наслідок трансформації РБ в умовах тривалої дії агресивних факторів зовнішнього середовища на функціонально і морфологічно незрілу дихальну систему дитини. Тобто, для педіатра первинний ХБ (bronchitis *suigeneris*) у дитини – це нонсенс. Виникнення такого „надбаного” ХБ повинно розглядатись як негативний результат погано керованої медико-соціальної реабілітації хворої на РБ дитини. Трансформація РБ у ХБ повинна розглядатись як негативний наслідок низького за якістю лікування загострень, неефективної та недостатньої реабілітації в період ремісії, некваліфікованого диспансерного нагляду за хворим у цілому.

Таким чином, визначаючи підходи дитячих пульмонологів до організації диспансерного нагляду за дітьми з РБ, слід наголосити на тому, що це захворювання на початковому етапі свого існування ще не має чітких клінічних ознак, які б дозволяли прогнозувати особливості його подальшого перебігу. Разом із тим, перебіг РБ у катамнезі може змінювати свою симптоматику за трьома основними напрямками: самоліквідуватись зі збереженням схильності до гострих респіраторних захворювань чи без неї; трансформуватись у АБ чи БА; перейти на якісно іншу основу існування з формуванням морфологічних та клінічних ознак, характерних для діагнозу ХБ.

Видужання хворих на РБ дітей є найбільш частим варіантом його перебігу. Як правило, воно є результатом ефективної реабілітації дітей, завдяки чому були створені сприятливі умови для досягнення бронхами своєї морфо-функціональної зрілості. Такий результат виникає на

тлі зменшення інфекційного індексу, своєчасної санації вогнищ інфекції в ЛОР-органах, забезпечення дитини раціональним харчуванням, при відсутності анемії та гіповітамінозів, сприятливих умов зовнішнього середовища, організації здорового способу життя в цілому.

Трансформація РБ в АБ та БА є варіантом його несприятливого перебігу, який спостерігається у 15% хворих. По суті – це реалізація спадкової схильності до цих захворювань, яка також повинна бути керованою. Такі пацієнти потребують ранньої діагностики своєї схильності і тому повинні обстежуватись досвідченими спеціалістами. Діагностично найбільш ваговою ознакою схильності частини хворих на РБ до формування АБ та БА є неспецифічна бронхіальна гіперчутливість (підвищене бронхіальне реагування на неспецифічні подразники). Її діагностика в період ремісії РБ є серйозним попередженням про можливість розвитку у цих хворих БА. Прогностичне значення має і діагностика у хворих на РБ „прихованого бронхоспазму”, який виявляється засобами функціональної діагностики. Виявлений в анамнезі алергічний діатез чи інші прояви нелегеневої локалізації підвищують ризик трансформації РБ в БА. Хворі, у яких перебіг РБ відбувається на фоні бронхіальної гіперчутливості і супроводжується клінічними проявами atopії, потребують цілеспрямованого обстеження в алерголога, створення навколо дитини такого мікроклімату, при якому вплив інфекційних чинників, емоційних стресів, інших несприятливих факторів зовнішнього середовища буде зведено до мінімуму.

Формування у дітей з РБ ХБ зараз активно вивчається [6]. Трансформація РБ у ХБ – це ще один варіант його несприятливого перебігу. Головним критерієм, що свідчить про перехід РБ у ХБ, є свідчення про появу в стінках бронхів хворого стійких морфологічних змін, які не дозволять їм звільнитись від постійного запального процесу. Клінічною ознакою такої трансформації є те, що запальний процес у бронхах не може ліквідуватись з часом без застосування лікувальних засобів. У таких випадках активність запального процесу в бронхах набуває схильності легко відновлюватись після припинення терапії. Морфологічні зміни, що свідчать про трансформацію РБ у ХБ, підтверджуються бронхологічними даними, результатами біопсій, рентгенологічними та функціональними методами досліджень.

При проведенні диференційної діагностики та визначенні відмінностей між РБ та ХБ необхідне

чітке розуміння того, що в основі РБ лежить вікова, (фізіологічна) бронхопатія, а в основі ХБ - стійкі морфологічні зміни бронхолегеневої системи. Виникнення останніх суттєво зменшує резерв функціональної адаптації дихальної системи до різного роду патогенів і створює умови для розвитку хронічного запалення в бронхах. Тому відповідь на питання: що першине, ХБ чи стійкі морфологічні зміни в бронхолегеневій системі, може бути лише однією - стійкі морфологічні зміни.

Формування стійких морфологічних змін у бронхолегеневій системі дітей з РБ може виникати з різних причин. При цьому кількість епізодів загострення РБ не виступає як головна причина його трансформації в ХБ. Адже рецидиви запального процесу в бронхах при РБ, по суті, є патофізіологічними реакціями у вигляді періодичних напружень функціонального стану бронхіальних структур без суттєвих порушень їх морфології. Значно більшу роль відіграють фактори, які не тільки активують запалення, а ще й активно руйнують клітини. Глибокий цитоліз у стінці бронхів (особливо в структурах, відповідальних за регенерацію) може суттєво гальмувати відновлення пошкоджених тканин і тому приводити до морфологічної перебудови в слизовій, в т.ч. шляхом заміщення утворених дефектів сполучною тканиною. До таких пошкоджень бронхів можуть бути відне-

сені глибокі токсичні ураження бронхів, опіки, некротичні бактеріальні бронхіти, загострення, викликані вірусами кору або паличкою кашлюка. Тобто, трансформація РБ у ХБ – не закономірність, але для неї необхідний такий варіант загострення, при якому руйнується нормальна структура бронхіальної стінки і унеможливується її повне відновлення [5]. Для складання прогнозу щодо перебігу РБ на цей факт слід звертати особливу увагу при вивченні анамнезу захворювання.

Фактори, що додатково сприяють такому переходу, можуть бути як внутрішніми, так і зовнішніми. До перших можуть бути віднесені всі стани дитячого організму, які зменшують загальну резистентність до агресивних факторів зовнішнього середовища. Серед них можна назвати гіпо- та авітамінози, неякісне харчування, хронічні інтоксикації, різні види порушень білкового, вуглеводного та ліпідного обмінів, різноманітні супутні захворювання. До зовнішніх можна віднести пряму дію на бронхи активного та пасивного тютюнопаління, повітря, забрудненого шкідливими викидами промислових підприємств, токсичну дію випаровувань після використання фарб та лаків у приміщеннях тривалого перебування дітей, несприятливий гігієнічний стан мікроклімату постійного житла тощо.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Болезни органов дыхания у детей: Руководство для врачей / Рачинский С.В., Таточенко В.К., Артамонов Р.Г. и др.; под ред. С.В. Рачинского, В.К.Таточенко - М.: Медицина, 1987.- С.26-33.
2. Ботьот Ю.К. Рецидивний бронхіт у дітей (механізми формування, екологічні аспекти, реабілітація, прогноз): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - К., 1996.- 40с.
3. Бронхити у дітей / Рачинский С.В., Таточенко В.К., Артамонов Р.Г. и др. – Л.: Медицина, 1978. – С. 14-24.
4. Группировка хронических неспецифических заболеваний лёгких у детей // Педиатрия. – 1981. – №1. – С.7-9.
5. Дука Е.Д., Ильченко С.И. О правомочности диагноза хронической обструктивной болезни лёгких в детском возрасте // Перинатология і педиатрія. – 2008. – №1. – С.68-71.
6. Сучасні підходи до діагностики профілактики рецидивуючих і хронічних бронхітів у дітей / Антипкін Ю.Г., Арабська Л.П., Смірнова Л.А. та ін. – Київ: 2003. – 123 с.
7. Таточенко В.К. Популярная пульмонология детского возраста. – М.: Здоровье, 1998. - 121с.
8. Чергінець В.І. Клініко-функціональна характеристика неспецифічної бронхіальної гіперчутливості у дітей, хворих на бронхіальну астму: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - К., 2001.- 36 с.
9. Чергінець В.І. Чувствительность бронхов к гистамину и состояние бронхиальной проходимости при рецидивирующих бронхолегочных заболеваниях у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Киев, 1983. – 21с.
10. Хронические неспецифические заболевания лёгких у детей / Под ред. К.Ф. Ширяевой – Л.: Медицина, 1978. - 216с.

