

УДК 616.22-053.2(083.132)

**КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ (ПО МАТЕРИАЛАМ ОБЛАСТНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. БЕЛГОРОДА)****CLINICAL AND ETIOLOGICAL CHARACTERISTICS OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN (ON MATERIALS OF REGIONAL INFECTIOUS DISEASES CLINICAL HOSPITAL BELGOROD)****Т.А. Романова<sup>1</sup>, А.Т. Разенкова<sup>1,2</sup>, Т.Н. Пономаренко<sup>1</sup>, Н.В. Попова<sup>3</sup>  
Т.А. Romanova<sup>1</sup>, А.Т. Razenkova<sup>1,2</sup>, Т.Н. Ponomarenko<sup>1</sup>, N.V. Popova<sup>3</sup>**<sup>1</sup>Белгородский государственный национальный исследовательский университет  
Россия, 308015 г. Белгород, ул. Победы, д. 85<sup>2</sup>ОГКУЗ «Областная инфекционная клиническая больница имени Е.Н. Павловского», г. Белгород  
Россия, 308023, Белгород, ул. Садовая, 122<sup>3</sup>Городская детская поликлиника №4 г. Белгорода  
Россия, 308006, г. Белгород, ул. Щорса, 43<sup>1</sup>Belgorod National Research University  
Russia, 308015, Belgorod, Pobedy St., 85<sup>2</sup>AGCUS "Infectious clinical hospital named. E. N. Pavlovsky, Belgorod  
Russia, 308023, Belgorod, Sadovaya St., 122<sup>3</sup>City nursery polyclinic №4 of Belgorod  
Russia, 308006, Belgorod, Shchors St., 43

E-mail: romanova@bsu.edu.ru

*Ключевые слова:* бронхиты, обструкция, вирусные инфекции, бронхиолит.  
*Keywords:* bronchitis, obstruction, viral infection, bronchiolitis.

*Аннотация.* Проведен анализ заболеваемости обструктивным бронхитом среди детей Белгородской области. За период 2011 -2014 гг. было выявлено и пролечено 672 больных в возрасте от 0 года до 1,5 лет. Распределение по этиологии было следующее: RS-инфекция – 26 (3,9%); парагрипп - 9 (1,4%); риновирус - 32 (4,8%); аденовирус – 37 (5,5%); не уточненные – 568 (84,4%). Рассмотрены особенности клинического течения.

*Resume.* The analysis of the incidence of obstructive bronchitis among children of the Belgorod region. Between 2011 and 2014 were identified and treated 672 patients aged from 0 to 1.5 years. The distribution etiology was as follows: RS-infection – 26 (3,9%); parainfluenza - 9 (1,4%); rhinovirus - 32 (4,8%); adenovirus – 37 (5,5 per cent); unspecified – 568 (84,4%). Peculiarities of the clinical course.

**Введение**

Острые обструктивные состояния дыхательных путей у детей встречаются достаточно часто и иногда протекают тяжело, сопровождаясь признаками дыхательной недостаточности. Самыми распространенными из них является острый стенозирующий ларинготрахеит (круп), обусловленный воспалением слизистой и подслизистого пространства гортани и трахеи, с вовлечением в патологический процесс тканей и структур подсвязочного пространства и развитием стеноза гортани. Также достаточно часто причиной острых обструктивных состояний дыхательных путей на фоне острых респираторных заболеваний (ОРЗ) у детей являются острый обструктивный бронхит, бронхиолит и бронхиальная астма (БА) [Острые респираторные заболевания у детей. 2002, Таточенко В.К. и др. 2012].

Бронхообструктивный синдром — это симптомокомплекс функционального или органического происхождения, клинические проявления которого складываются из удлиненного выдоха, свистящего, шумного дыхания, приступов удушья, кашля и др. Термины «бронхообструктивный синдром» и «круп» не могут быть использованы как самостоятельный диагноз [Зайцева О. В. 2005].

Распространенность обструктивных состояний дыхательных путей на фоне ОРЗ достаточно высока, особенно у детей первых 6 лет жизни. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями респираторного тракта у детей раннего возраста. Так, частота развития бронхиальной обструкции на фоне острых респираторных заболеваний у детей первых лет жизни составляет, по данным разных авторов, от 5% до 50%. Наиболее часто обструктивные состояния отмечаются у детей с отягощенным семейным анамнезом по аллергии [Ключников С.О. и др. 2009]. Такая же тенденция имеется и у детей, которые часто, более 6 раз в году, болеют респираторными инфекциями. В западной литературе в настоящее время принят термин «wheezing» — синдром «шумного дыхания», объединяю-

ший ларинготрахеальные причины ООСДП и бронхообструктивный синдром. Отмечено, что свистящие хрипы и одышку хотя бы один раз в жизни имеют 50% детей, а рецидивирующее течение бронхообструкции характерно для 25% детей [Педанова Е. А. и др. 2003].

В настоящее время обструктивные бронхиты стали встречаться чаще.

Частое поражение дыхательной системы у детей инфекционными агентами обусловлено анатомо-физиологическими особенностями, эпидемиологической обстановкой и состоянием иммунной системы.

### Цели исследования

Провести анализ этиологической структуры и характера клинического течения обструктивных бронхитов у детей, наблюдавшихся в областной инфекционной клинической больнице имени Е.Н. Павловского г. Белгорода за период с 2011 по 2014 гг.

### Материалы и методы

В 2011–2014 годах в областной инфекционной клинической больнице имени Е.Н. Павловского находилось на стационарном лечении 672 ребенка с обструктивным бронхитом, из них 347 мальчиков (51.7%) и 325 девочек (48.3%). Диагноз устанавливался на основании клинических данных (наличия обструктивного синдрома, синдрома интоксикации). Этиологию устанавливали методом ПЦР. При исследовании использовался аналитический метод.

### Результаты

Проведен анализ распространенности обструктивного синдрома у детей с ОРЗ, являющегося причиной госпитализации в отделение детских респираторных инфекций областной инфекционной клинической больницы имени Е.Н. Павловского за период с 2011 по 2014 г.

За период с 2011 по 2014 гг. проанализировано 672 истории болезни детей с обструктивным бронхитом. С диагнозом уточненной этиологии было 104 ребёнка, что составило 15.6%, а 568 – неуточненный, что составило 84.4%.

Клиническая картина, в большинстве случаев (95.5%), характеризовалась среднетяжелым течением, и только в 4.5 % отмечалось тяжелое течение заболевания. 46.2% больных были госпитализированы в 1 – 3-и сутки от начала заболевания, на 3 – 5-е сутки – 46.5%, свыше 5-го дня – 7.3 %.

Распределение по этиологии было следующее:

RS-инфекция – 26(3.9%); парагрипп – 9 (1.4%); риновирус – 32 (4.8%); аденовирус – 37 (5.5%); неуточненные – 568 (84.4%) (рис. 1).



Рис. 1. Распределение больных по этиологии  
Fig. 1. Distribution of patients on an etiology

В 22.9 % случаев был установлен диагноз: ОРЗ, средней степени тяжести, обструктивный бронхит ДН0 степени; 72.6% – ОРЗ, средней степени тяжести, обструктивный бронхит ДН1 степени;

4.5% – ОРЗ, тяжелая форма, обструктивный бронхит ДН2 степени. В 7.89% случаев сопутствующим диагнозом была паратрофия.

Чаще всего диагноз обструктивного бронхита ставился на основании только клинических данных без дополнительных методов исследования (ПЦР). Но при подозрении на пневмонию (стойкий фебрилитет, ассиметрия хрипов, при выраженном токсикозе) проводилась рентгенография органов грудной клетки. Изменения в общем анализе крови были мало информативны.

Аускультативно в лёгких при обструктивном бронхите прослушивалось часто жесткое дыхание с сухими свистящими хрипами с отчетливым удлинением выдоха. Отмечалась одышка с участием вспомогательной мускулатуры, сухой кашель, а также в некоторых случаях объективно отмечался периоральный цианоз. На рентгенограммах органов грудной клетки обычно выявлялась та или иная степень вздутия легких, усиление бронхосудистого рисунка; нередко регистрировались участки понижения прозрачности легочной ткани и мелкие ателектазы.

Все больные получали комплексную этиопатогенетическую и симптоматическую терапию:

1. Противовирусную: виферон, генферон-лайт.
2. Антибактериальную: цефотаксим (при осложнениях).
3. Дезинтоксикационную при средне тяжелых и тяжелых формах.
4. Симптоматическая терапия: бронхолитики, муколитики, жаропонижающие, ингаляции с

бронхолитической смесью, особенно с беродуалом, пульмикортом, с противокашлевыми препаратами (амбробене, лазолван), по показаниям проводилось физиотерапевтическое лечение.

Длительность госпитализации составила от 9 до 12 дней, в среднем 7 дней, 95.6% больных были выписаны с выздоровлением, и только 4.4% выписаны с улучшением или переведены в другие стационары по поводу развившихся пневмоний.

### Выводы

1. В этиологической структуре уточненных обструкций преобладали аденовирусы – 37 (5.5%), риновирусы – 32 (4.8%), в 568 (84.4%) случаев – этиология осталась неизвестной.

2. Клиническая картина, в большинстве случаев (95.5%), характеризовалась среднетяжелым течением, и только в 4.5 % случаев отмечалось тяжелое течение заболевания.

### Список литературы References

- Зайцева О. В. 2005. Бронхообструктивный синдром у детей. Педиатрия. № 4, 94–104.  
Zajceva O. V. 2005. Bronhoobstruktivnyj sindrom u detej. Pediatrija. № 4, 94–104 (in Russian).  
Ключников С. О. и др. 2009. Острые респираторные заболевания у детей. Пособие для врачей. 35.  
Kljuchnikov S. O. i dr. 2009. Ostrye respiratornye zabolevanija u detej. Posobie dlja vrachej. 35 (in Russian).  
Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. 2002. Научно-практическая программа Союза педиатров России. Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка.  
Ostrye respiratornye zabolevanija u detej: lechenie i profilaktika. 2002. Nauchno-prakticheskaja programma Sojuza pediatrov Rossii. Mezhdunarodnyj fond ohrany zdorov'ja materi i rebenka (in Russian).  
Педанова Е. А. и др. 2003. Особенности рецидивирующего обструктивного бронхита у детей раннего возраста. В кн.: Пульмонология. Прил. 13 национальный конгресс по болезням органов дыхания, СПб, 10–14 ноября 2003. 188.  
Pedanova E. A. i dr. 2003. Osobennosti recidivirujushhego obstruktivnogo bronhita u detej rannego vozrasta. V kn.: Pul'monologija. Pril. 13 nacional'nyj kongress po boleznyam organov dyhanija, SPb, 10–14 nojabrja 2003. 188 (in Russian).  
Таточенко В.К. и др. 2012. Болезни органов дыхания у детей. Практическое руководство.  
Tatochenko V.K. i dr. 2012. Bolezni organov dyhanija u detej. Prakticheskoe rukovodstvo (in Russian).