

**КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ  
РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА В ПЕДИАТРИИ**

**PEDIATRIYADA QAYTALANUVCHI BRONXITLARNING KLINIK XUSUSIYATLARI  
VA RIVOJLANISH SHAROITLARI**

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND CONDITIONS OF DEVELOPMENT OF  
RECURRENT BRONCHITIS IN PEDIATRICS**

*Кабилова Д.К.*

<https://orcid.org/0009-0009-2500-3068>

*Central Asian Medical University*

*Азизова Н. Д., Каримова М.Х.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии  
МЗ РУз.*

Кабилова Д.К., Азизова Н. Д., Каримова М.Х. КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА В ПЕДИАТРИИ. In ActaCAMU (Vol. 11, Number 1, pp. 106–110). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17181110>

**Аннотация:** Целью исследования явилось выявить особенности клинического течения и иммунного статуса у детей с рецидивирующим бронхитом. Исследования проводились у 117 детей в возрасте от 4 до 6 лет, находившиеся на стационарном лечении в отделении пульмонологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Педиатрии с диагнозом рецидивирующий бронхит, в период обострения заболевания. Среди госпитализированных: мальчиков – 65 (55,5 %) и девочек – 52 (44,4 %). У всех детей были изучены основные клинические особенности и иммунологические показатели.

**Ключевые слова:** рецидивирующий бронхит, дети, клиника, факторы риска.

**Annotatsiya:** Ushbu tadqiqotning maqsadi takroriy bronxit bilan og'riqan bolalarning klinik kechishi va immunitet holatini aniqlash edi. Tadqiqotda Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining pulmonologiya bo'limiga kasallikning kuchayishi davrida takroriy bronxit tashxisi bilan yotqizilgan 4 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan 117 nafar bola ishtirok etdi. Kasalxonaga yotqizilganlarning 65 nafari (55,5%) o'g'il bolalar, 52 nafari (44,4%) nafari qizlardir. Barcha bolalarda asosiy klinik xususiyatlar va immunologik parametrlar baholandi.

**Kalit so'zlar:** qaytalanuvchi bronxit, bolalar, klinik ko'rinish, xavf omillari.

**Abstract:** The aim of this study was to identify the clinical course and immune status of children with recurrent bronchitis. The study included 117 children aged 4 to 6 years, hospitalized in the Pulmonology Department of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Pediatrics with a diagnosis of recurrent bronchitis during an exacerbation of the disease. Among those hospitalized, 65 (55.5%) were boys and 52 (44.4%) were girls. Key clinical features and immunological parameters were assessed in all children.

**Keywords:** recurrent bronchitis, children, clinical presentation, risk factors.

**Актуальность.** Частая респираторная заболеваемость у детей продолжает оставаться одной из актуальных задач современной педиатрии. Особое внимание уделяется заболеваниям дыхательной системы, характеризующимся рецидивирующим течением. Значительное место среди них занимает рецидивирующий бронхит (РБ), для которого характерна обратимость бронхиальных изменений. Несмотря на относительно лёгкое клиническое течение, РБ представляет диагностические трудности, особенно при дифференциации с такими заболеваниями, как бронхиальная астма и пневмония [1, 2]. Рецидивирующий бронхит (РБ)

чаще всего развивается в детском возрасте, особенно в период дошкольного детства, когда фиксируется наибольшее число случаев. В школьные годы частота заболевания несколько снижается. У некоторых детей РБ со временем может перейти в хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ), что в зрелом возрасте нередко приводит к инвалидности. Всё это подчеркивает значимость и актуальность данной проблемы. тей [3, 4, 5]. Распространенность рецидивирующего бронхита (РБ) составляет 16,4 случаев на 1 000 детей [2, 4, 7]. Из 1 000 детей ими страдает 40–50 человек в возрасте 1–3 лет, 75–100 человек – 4–6 лет и 30–40 человек – 7–9 лет. В экологически неблагоприятных зонах патология намного выше. Так, в возрасте 3–6 лет она выше в 5–6 раз, чем в благоприятных районах, достигая 250 случаев на 1 000 детей. РБ отличает обратимость бронхиальных изменений и, несмотря на нетяжелое клиническое течение, сложность дифференциальной диагностики с другой респираторной патологией (бронхиальной астмой, пневмонией) [6, 7]. При этом, несмотря на наличие большого количества публикаций, посвящённых данной проблеме, остаются нерешёнными ключевые вопросы, касающиеся причин развития РБ, а также особенностей его этиопатогенеза и клинического проявления.

Многочисленные публикации по проблеме РБ не отвечают на ряд важных вопросов о причине возникновения этого заболевания, особенностях этиопатогенетических и клинических аспектов [1, 8].

**Целью исследования явилось:** выявление клинических особенностей и факторов риска развития рецидивирующих бронхитов у детей.

**Материалы и методы.** В ходе проведенной нами работы было обследовано 90 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Материалом наблюдений и исследований послужили следующие группы детей:

I группа- 45 больных с рецидивирующим бронхитом с бронхообструкцией.

II группа-45 больных с рецидивирующим бронхитом.

Проведен анализ анамнестических данных, в том числе наличие отягощенного семейного анамнеза, пол, возраст начала заболевания, характер питания на первом году жизни, частоту и особенности течения острых респираторных инфекций (ОРИ), бытовые условия, наличие у родителей вредных привычек. Проанализированы данные ante-, перинатального анамнеза, течение неонатального периода, особенности заболеваний в раннем возрасте, наличие других аллергических заболеваний, кроме БА - атопического дерматита (АД) и аллергического ринита (АР). Статистическую обработку полученных результатов проведено с помощью пакета программ Statistica, 6.0.

Важными факторами, определяющими состояние здоровья ребенка и его развитие, являются особенности акушерского статуса, состояние ребенка при рождении и его развитие до наступления настоящего заболевания. Результаты анамнестических данных представлены в таблице 1.

Были проведены обследования детей в возрастной группе от 1 до 14 лет. Распределение детей по возрасту показало, что внебольничной пневмонией с обструктивным синдромом чаще встречается 1-3 лет 48(63%), у детей в возрасте 4-6 зарегистрировано 17(23%), 7-11 лет 9(12%), тогда как у детей 12-18 лет составила 2(2%). У 1-3 лет детей с ООБ и РБ с БОС 32(44%) – 35(24%) , у детей в возрасте 4-6 зарегистрировано 17(24%) – 46(30,5%), 7-11 лет 18(25%) - 46(30,5%), тогда как у детей 12-18 лет составила 5 (7%) - 23(15%).

Анализируя, мы выявили, что при ООБ больные в основном поступали на 3-5 день заболевания 74 (67,3%); при РБ с БОС с рекуррентным течением поступали дети в основном на 5-7 день болезни - 24 (48,0%) детей; при ВП с БОС в основном поступали на 3-5 день заболевания 96 (45,5%) после безуспешного лечения на дому.

Анализируя полные данные анамнеза обследованных детей, мы выделили наиболее часто встречающиеся факторы риска (табл. 1).

Как следует из таблицы, большинство больных РБ с БО родились от II-III беременностей 20 (45,3%) и соответственно II-III родов 17(38,5%). Больные РБ 22 (49,2%) родились от первой беременности, от II-III беременностей в 17(38,5%) случаев, от IV и более

– 5 (12,3%) детей. У большинства наблюдаемых матерей обследованных больных имели место различные осложнения течения беременности, и была наибольшей в группе матерей больных БА 39 (87,7%). ОРИ во время беременности была наибольшей в группе матерей детей с РБ 36 (80,0%). В период беременности была диагностирована легкая или средне - тяжелая форма анемии у матерей больных РБ с БО в 64 (85,3%) случаев, РБ с БО – 45 (75,0%), при РБ у 54 (83,1%). В группе больных РБ в 37 (83,1%) случаев у матерей в анамнезе было патологическое течение родов. Недоношенность и рождение в асфиксии выявлены в наибольшей частоте случаев в группе больных РБ – 2 (6,2%) и 6 (14,7%), при РБ у 2 (6,2%) и 9 (21,5%) соответственно.

Таблица 1

## Факторный анализ обследованных детей

Факторы риска	РБ, n=45		РБ с БО, n=45		P
	абс	%	абс	%	
Родились от: I беремен	22	49,2	18	41,3	>0,05
II -III беременности	17	38,5	20	45,3	>0,05
IV и более беремен.	5	12,3	5	13,3	>0,05
Родились от: I родов	24	53,9	19	44,0	>0,05
II-III родов	17	38,5	15	45,3	<0,01
IV и более родов	3	7,7	3	10,7	>0,05
Осложнения течения настоящей беремен.: токсикозы I-II-й половины	39	87,7	21	46,7	>0,05
Анемия I-II степени	37	83,1	38	85,0	>0,05
Заболевания матери во время беременности: ОРИ	36	80,0	17	38,7	>0,05
Патологическое течение родов	18	40,0	12	28,3	<0,01
Родились: недоношенными	2	6,2	6	14,7	<0,01
в асфиксии	9	21,5	13	30,0	<0,01
Питание до года:					
- естественное	20	46,6	18	66,6	<0,01
- искусственное	10	22,3	4	10,0	>0,05
- смешанное	15	35,3	10	23,3	>0,05

В клинической картине рецидивирующего бронхита (табл.1) у всех детей 45 (100 %) наблюдали проявления интоксикации: субфебрилитет – у 14 (32,5%) детей, лихорадка (выше 38,1 °С) – у 6 (14,5%), слабость, адинамия – у 34 (76,9%), снижение аппетита – у 33 (73,5%), эмоциональная лабильность – у 25 (57,3%) детей. У 32 (72,6%) детей отмечали затрудненное носовое дыхание, слизистое отделяемое из носа – у 22 (47,9%). У 100% детей доминирующим симптомом являлся кашель, из них у 20 (45,3%) – малопродуктивный, у остальных детей – продуктивного характера. Признаки экспираторного затруднения дыхания, шумного или свистящего характера – у 11 (25,6%) детей, включение вспомогательной мускулатуры в акте дыхания – у 4 (9,4%), раздувание крыльев носа – у 23,9%. Кроме того, выявлялась бледность кожных покровов у 28 (62,4%) детей, сухость кожи – у 8 (19,6%), пероральный цианоз – у 17 (39,3%) детей.

На тяжесть обследованных больных существенное влияние оказывает неблагоприятный преморбидный фон и сопутствующая патология (табл.2). Анализируя данную таблицу, можно

констатировать, что во всех трех группах наблюдения наиболее часто встречались такие фоновые состояния, как анемия I-II степени, остаточные явления рахита и аллергический диатез. В группе больных ООБ у детей вышеуказанные состояния имели большее значение.

Таблица 2

**Характеристика фонового состояния и сопутствующей патологии  
у обследованных больных**

Фоновые заболевания	ООБ n=45		РБ с БО n=45		P	P1
	абс	%	абс	%		
Анемия I-II	36	80,0	38	85,0	>0,01	>0,01
Остаточные явления рахита	11	25,0	21	46,6	>0,01	>0,01
Атопический дерматит	5	10,0	15	33,3	>0,01	>0,01
Избыточный вес	10	21,6	12	26,6	>0,01	>0,01
БЭНП	8	18,3	14	31,6	>0,01	>0,01
Заболевания ЛОР органов	11	23,3	15	33,3	>0,01	>0,01

**Примечание:** P - достоверность различий показателей между I и II группами больных; P<sub>1</sub> - достоверность различий показателей между II и III группами больных;

Из сопутствующей патологии заболевания ЛОР органов установлены у 11 (23,3%) больных с ООБ, у 15 (33,3%) больных ООБ с рекуррентным течением.

Таким образом, представленные данные еще раз подтверждают, что дети с различной степенью выраженности фоновых состояний и сопутствующей патологией являются группой риска по развитию заболеваний.

Основными жалобами родителей больных детей были кашель 120 (100,0%), одышка 120 (100,0%) повышение температуры тела у 74 (61,5%) детей, снижение аппетита 108 (90,3%), слабость 92 (76,6%), нарушение сна 113 (93,8%). Клиническая оценка основывалась на совокупности симптомов интоксикации, дыхательной и сердечной недостаточности, аускультативных, перкуторных данных и рентгенологических изменений.

При поступлении в отделение детей с ООБ ведущим клиническим проявлением заболевания была дыхательная недостаточность.

Такое состояние как слабость отмечалась у 39 (55,4%) больных, аппетит был сниженным у 57 (81,8%) больных. Нарушение сна, бледность кожных покровов и одышка отмечались в 70 (100,0%) случаев. Цианоз носогубного треугольника наблюдался у 22 (31,8%) детей. Температура тела при поступлении была фебрильной у 13 (19,1%) больного. Характер кашля был сухим у 57 (81,8%) больных, влажным - у 13 (18,2%) больных. При аускультации легких на фоне жесткого дыхания выслушивались сухие хрипы у 55 (78,2%) больных, у 15 (21,8%) выслушивались влажные хрипы.

При перкуссии грудной клетки определялся коробочный оттенок перкуторного звука у 62 (88,2%). Перкуторные изменения в легких у 59 (83,9%) имели локальный характер в виде укорочения легочного звука, у 53 (75,8%) наблюдался коробочный оттенок перкуторного звука, который характерен для бронхиальной обструкции. Если локальные перкуторные изменения были идентичными в сравниваемых группах больных, то коробочный оттенок перкуторного звука был характерен для больных с ООБ.

При наблюдении больных РБ с БОС нами выделены фазы обострения и клинической ремиссии.

Обострение РБ с БОС характеризовалось острым (подострым) началом, кашлем, вначале сухим – у 46 (92,0%), влажным – у 4 (8,0%) больных. Сухой кашель при поступлении по характеру приступообразный, больше в ночное время, на 5-6 сутки лечения трансформировался во влажный.

Цианоз носогубного треугольника наблюдался у 12 (24,0%), со стороны кожных покровов - сухость – у 36 (72,0%) больных. Аускультативные признаки были разнообразны и

в основном зависели от уровня поражения слизистых бронхов. Сухие хрипы определялись у 6 (12,0%) детей, влажные проводные хрипы у 44 (88,0%) детей. Признаки гипоксии в виде цианоза носогубного треугольника у больных с ООБ держались в течение  $2,3 \pm 0,8$  суток, а у больных РБ с ОБ этот показатель составил  $3,4 \pm 0,3$  суток.

При аускультации продолжительность жесткого и ослабленного дыхания у больных с пневмонией составила  $11,2 \pm 0,3$  и  $7,8 \pm 0,5$  суток соответственно, что достоверно длительнее, чем у больных ОБРТ.

При рентгенологическом обследовании у 70 (100%) больных с ООБ отмечалась эмфизема лёгочной ткани, усиление бронхосудистого рисунка.

При рентгенологическом обследовании у 50 (100,0%) больных ОБРТ отмечались признаки бронхиальной обструкции – вздутие легочной ткани, повышение ее прозрачности, горизонтальное расположение ребер, широкие межреберные промежутки, уплощение и низкое стояние легочного рисунка.

**Выводы.** Сопоставление клинических наблюдений за детьми из всех исследуемых групп показало, что при рецидивирующем бронхите (РБ) симптомы, такие как пероральные хрипы, влажный кашель и влажные хрипы в легких, сохраняются дольше. Рентгенологическое исследование у пациентов всех групп выявило двустороннее усиление легочного рисунка, расширение корней легких и повышение прозрачности легочных полей — признаки, характерные для бронхообструктивного синдрома (БОС). Ключевыми прогностическими факторами риска развития рецидивирующих бронхитов у детей являются перинатальные осложнения, отягощенный преморбидный фон, а также наличие сопутствующих и ранее перенесенных заболеваний.

### Литература

1. Ахмедова Д.И., Ашурова Д.Т., Арифова Г.А. Факторы риска развития синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста // Ж. Педиатрия. - Т., 2019. - 2-3. - С. 52-53
2. Ашурова Д.Т. Клинико-иммунологическая характеристика синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста // Материалы 9 съезда педиатров России, Москва. - 2021. –С. 54.
3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. - М.: Атмосфера, 2013. - С. 16.
4. Зайцева, О.В. Бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста / О.В. Зайцева // Аллергология и иммунология в педиатрии. - 2014.- №1.- С. 40-51.
5. Зубаренко, А.В. Основные принципы этио-патогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики бронхообструктивного синдрома у детей / А.В. Зубаренко, О.А. Портнова, Т.В. Стоева // Здоровье ребенка. - 2017. - №7. - С. 14-16.
6. Котлуков, В.К. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста с респираторными инфекциями различной этиологии: особенности клинических проявлений и иммунного ответа / В.К. Котлуков // Педиатрия. - 2016. - №3. - С. 14-21.
7. Охотникова Е.И. Особенности течения и лечения бронхиальной астмы у детей раннего возраста / Е.И.Охотникова // Современная педиатрия. – 2009. – №2 (24). – С.32-34.
8. Семенова Р.И., Богданов Н.А., Маскеев К.М. Методические аспекты идентификации этиологической значимости антропогенных загрязнений в генезе хронического бронхита // Тер.архив. - 2003. - №7. - С. 54-58.