

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Ахвердиева Т.Б., Шувалова Ю.В., Герасимова Н.Г., Коваленко Е.Н., Горбатов В.А.,  
Зотова Л.В.

*ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия (430000, Саранск, ул. Большевикская, 68), e-mail: dep-mail@adm.mrsu.ru*

В статье представлены данные об особенностях течения, клиники и лечения рецидивирующего бронхита у детей. Проведен анализ клинико-anamnestических данных и эффективности различных схем терапии данной патологии у детей. Проведено исследование крови у детей с рецидивирующим бронхитом на концентрацию основных классов иммуноглобулинов, антител к атипичным инфекциям, грибам, лямблиям. Установлено, что у детей дошкольного возраста отмечается преобладание частых респираторных заболеваний по сравнению со школьниками. Антитела к хламидиям и микоплазмам в большей степени определялись у детей дошкольного и школьного возраста, лямблиозная инфекция – у дошкольников и дошкольников, а инфицированность грибковой инфекцией у детей школьного возраста (грибы рода *Candida* и *Aspergillus*) возрастала. Применение Полиоксидония в комплексной терапии рецидивирующего бронхита у детей позволяет в более короткие сроки эффективно уменьшить клинические симптомы заболевания и достоверно улучшить показатели функций внешнего дыхания.

Ключевые слова: рецидивирующий бронхит, дети, терапия, полиоксидоний.

## THE CHARACTERISTICS AND THERAPY OPTIMIZATION OF RECURRENT BRONCHITIS IN CHILDREN

Akhverdieva T.B., Shouvalova J.V., Gerasimova N.G., Kovalenko E.N., Gorbatov V.A.,  
Zotova L.V.

*Ogarev Mordovia State University, Saransk, Russia (430000, 68, Bolshevistskaya street, Saransk), e-mail: dep-mail@adm.mrsu.ru*

The article reports data on the characteristics, clinics and treatment of recurrent bronchitis in children. There is the analysis of clinical and anamnestic data and the effectiveness of different regimens of this disease in children in this report. The concentration of the major classes of immunoglobulins, antibodies to atypical infections, fungi, giardia have been analyzed in children with recurrent bronchitis. Found that preschool children indicated the prevalence of frequent respiratory infections compared with students. Antibodies to chlamydia and mycoplasma have been determined increasingly in preschool and school-age children, giardia infection – in preschool and fungal infection in children of school age (*Candida* and *Aspergillus*). The use of polyoxidonium in a complex therapy of recurrent bronchitis has been found to attain the control over clinical symptoms of illness most effectively and to considerably improve the indices of the external respiration function.

Keywords: recurrent bronchitis, children, therapy, polyoxidonium.

Среди приоритетных направлений педиатрической науки особое место отводится совершенствованию основ медицинского наблюдения за больными с рецидивирующей бронхолегочной патологией, в частности рецидивирующим бронхитом [2]. Интерес к рецидивирующему бронхиту вызван его высоким удельным весом в структуре бронхолегочной патологии, возможностью трансформации в бронхиальную астму уже в раннем детском возрасте и исходом в хронический бронхит на последующих этапах жизни [1]. Несмотря на проводимые многочисленные исследования по изучению этиологии, патогенеза, клиники и терапии бронхолегочных заболеваний, актуальность данной тематики сохраняется и на современном этапе. Это обусловлено тем, что до настоящего времени не отработаны вопросы комплексной патогенетической терапии [4]. Вопрос лечения и

профилактики рецидивирующего бронхита у детей сегодня рассматривается в аспекте совершенствования методов ранней диагностики и, что особенно важно, иммунореабилитации детей с рецидивирующим бронхитом [3].

**Целью работы** явилось изучение особенностей течения и сравнение эффективности различных схем терапии рецидивирующего бронхита у детей.

#### **Методы исследования**

В исследование включено дети с рецидивирующим бронхитом (n=100), которые получали стационарное лечение по данной патологии. В первой части нашего исследования все дети были разделены на три группы с учетом возраста (I группа – дети 1–3 лет, II – дети 4–6 лет, III – дети 7 и старше лет), во второй части исследования дети были разделены на две группы в зависимости от получаемой терапии: дети в возрасте от 1 до 17 лет, получавшие стандартную терапию (n=50), и дети, получавшие стандартную терапию и иммуномодулятор (полиоксидоний) (n=50) 5 инъекций на курс. Проведен анализ клинико-anamнестических данных, лабораторных, функциональных показателей и эффективности различных схем терапии данной патологии у детей.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе исследования было выявлено, что среди больных с рецидивирующим бронхитом преобладали дети от 1 до 6 лет, проживающие в городской местности. Рецидивирующий бронхит чаще регистрировался у мальчиков в I группе (62 %) и практически с одинаковой частотой у мальчиков и девочек во II и III группах (47 % и 46 % соответственно).

Анализ частоты обострения заболевания показал, что в I и во II исследуемых группах чаще встречается обострение заболевания от 4 до 5 раз в год (47,6 % и 38,3 % детей соответственно), в III группе чаще регистрируется обострение от 2 до 3 раз в год (58,5 % детей). Количество часто болеющих детей в первой группе составило 80,9 %, во второй 73,5 % из них 64 % детей посещали ДДУ, 36 % детей – неорганизованные, в третьей группе 37,5 %, что представлено на рис.1.

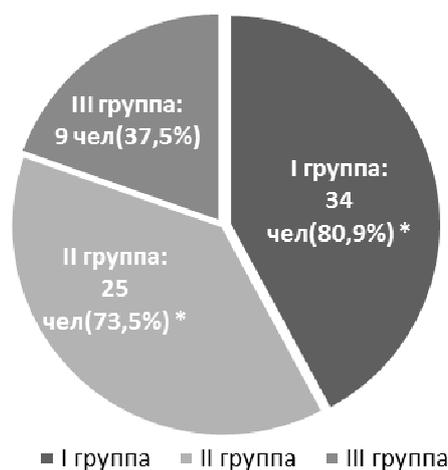


Рисунок 1. Количество часто болеющих детей среди пациентов с рецидивирующим бронхитом

Примечание: \* – показатели достоверно отличаются ( $p < 0,05$ )

Наследственная предрасположенность к заболеваниям органов дыхания отмечалась у 40,4 %, 26,4 %, 25 % детей соответственно. По нашим данным у родителей и ближайших родственников чаще наблюдались БА и поллиноз. Данные аллергологического анамнеза и аллергологических проб свидетельствуют, что детей в I исследуемой группе отмечалось преобладание сенсибилизации к пищевым аллергенам (45,2 %), во II и III группе детей – к бытовым аллергенам (23,5 % и 37,5 % соответственно). Эпидермальная аллергия отмечалась в исследуемых группах (у 4,8 %, 14,8 % и 20,8 % детей соответственно). Поливалентная аллергия отмечалась у 4,8 % детей I группы, во II группе составила 20,5 % и в III группе – 29 %. Отсутствие сенсибилизации отмечалось у 30,5 % детей в I группе, 23,5 % во II группе, 4 % в III группе.

По данным ИФА крови во всех трех группах детей с РБ в равной степени отмечались диагностически значимые титры к ЦМВ (42,8 %, 44,1 % и 45,8 % соответственно) и ВПГ (14,2 %, 11,7 % и 12,5 % соответственно). Хламидийная и микоплазменная инфекция в большей степени отмечалась у детей дошкольного и школьного возраста (II группа – 23,5 % и 17,6 % соответственно; III группа – 37,5 % и 20,8 % соответственно). Частота встречаемости лямблиозной инфекции с возрастом уменьшалась и чаще регистрировалась у детей раннего и дошкольного возраста (16,6 % и 14,7 % соответственно), а инфицированность грибковой инфекцией (грибы рода *Candida* и *Aspergillus*) возрастала. Концентрация иммуноглобулинов в сыворотке крови свидетельствовала об умеренном увеличении IgE и снижении IgA у исследуемых групп детей.

Во второй части нашего исследования мы оценивали жалобы больных, данные объективного обследования, а также данные инструментальных и лабораторных методов исследования при поступлении, на 6 день от начала лечения и на период выписки из

стационара (курс лечения составил 15 дней). Полученные результаты согласуются с данными, полученными нами при изучении бронхообструктивного синдрома в предшествующих исследованиях [5].

Больные предъявляли следующие жалобы: затрудненное дыхание, заложенность носа, кашель. При поступлении в общий анализ крови в обеих группах у детей отмечался лейкоцитоз с повышением количества сегментоядерных форм, лимфоцитов и умеренная эозинофилия, в протеинограмме выявлено повышение  $\alpha_2$ -фракции глобулинов. Показатели ОФВ<sub>1</sub> свидетельствовали, что у детей с рецидивирующим бронхитом при поступлении функции внешнего дыхания были в пределах нормы, либо отмечалось их легкое снижение.

На 6 сутки от начала терапии у детей I группы отмечался более выраженная положительная динамика: затрудненное дыхание сохранилось у 4 %, сухой кашель – 10 %, влажный кашель – 22 %, заложенность носа 8 % детей. Во II группе затрудненное дыхание сохранилось у 10 %, сухой кашель – 18 %, влажный кашель – 32 %, заложенность носа – 14 % детей. Данные объективного осмотра после проведенной терапии на 6 день от начала лечения представлены следующим образом: при перкуссии грудной клетки у детей I группы коробочный оттенок звука сохранился у 14 % детей, при аускультации жесткое дыхание сохранилось у 48 %, тогда как во II группе коробочный оттенок звука сохранился у 30 % детей, жесткое дыхание выслушивалось у 66 % пациентов.

Динамика клинических симптомов отмечалась на 15 день от начала лечения у детей, получающих полиоксидоний в составе стандартной терапии: затрудненного дыхания не было, сухой кашель сохранился у двух детей, влажный кашель у одного больного. Во II группе у детей затрудненного дыхания не было, сухой кашель сохранился у 5, влажный кашель – у 2 больных.

Данные объективного осмотра после проведенной терапии на 15 день от начала лечения представлены следующим образом: при перкуссии грудной клетки у детей I группы коробочный оттенок звука сохранился лишь у одного ребенка, а жесткое дыхание сохранилось у двух детей, тогда как во II группе коробочный оттенок звука сохранился у двух детей, а жесткое дыхание выслушивалось у 8 пациентов. Показатели общего анализа крови на 15 день от начала лечения в обеих группах у детей приблизились к норме.

Показатели функций внешнего дыхания статистически достоверно отличались в анализируемых группах: у детей, получавших полиоксидоний, ОФВ<sub>1</sub> приблизился к возрастной норме, тогда как у 8 % детей во 2 группе сохранялось легкое снижение бронхиальной проходимости.

## **Выводы**

1. Среди пациентов с рецидивирующим бронхитом преобладали дети от 1 до 6 лет, проживающие в городской местности. В I и II группах пациентов с рецидивирующим бронхитом отмечалось преобладание частых респираторных заболеваний (80,9 % и 73,5 % соответственно), по сравнению с детьми III группы.

2. По данным ИФА крови у детей с рецидивирующим бронхитом во всех возрастных группах отмечаются диагностически значимые титры антител к ЦМВ, ВПГ. Хламидийная и микоплазменная инфекция в большей степени отмечалась у детей дошкольного и школьного возраста (II и III группы). Частота встречаемости лямблиозной инфекции с возрастом уменьшается и чаще регистрируется у детей раннего и дошкольного возраста, а инфицированность грибковой инфекцией у детей школьного возраста (грибы рода *Candida* и *Aspergillus*) возрастает.

3. Применение полиоксидония в комплексной терапии рецидивирующего бронхита у детей позволяет в более короткие сроки эффективно уменьшить клинические симптомы заболевания и достоверно улучшить показатели функций внешнего дыхания ( $ОФВ_1$ ) по сравнению с детьми, получавшими только стандартную терапию.

#### Список литературы

1. Баранов А.А., Балаболкин И.И. Детская аллергология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 685 с.
2. Каганов С.Ю. Пульмонология детского возраста и ее насущные проблемы / С.Ю. Каганов, Н.Н. Розина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – № 6. – С. 6-11.
3. Казимирчук В.Е. Рецидивирующий бронхит у детей как клиническое проявление дисфункции иммунной системы / В.Е. Казимирчук // Практическая медицина. – 2003. – № 2. – С. 6-13.
4. Мизерницкий Ю.Л. Дифференциальная диагностика и принципы дифференциальной терапии бронхообструктивного синдрома при ОРВИ у детей / Ю.Л. Мизерницкий // Здоровье ребенка. – 2009. – № 1(16). – С. 27-31.
5. Шувалова Ю.В. Клинико-лабораторная эффективность полиоксидония в комплексной терапии синдрома рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей / Ю. В. Шувалова, Т.Б. Ахвердиева, Н.Г. Герасимова, Е.Н. Коваленко, Т.Е. Чашина, Л.В. Зотова, В.А. Горбатов // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2. – [www.science-education.ru/108-8968](http://www.science-education.ru/108-8968).

**Рецензенты:**

Сипров А.В., д.м.н., профессор кафедры фармакологии, ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск;

Блинов Д.С., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск.