

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.А. Платонова
А.В. Почивалов
Н.А. Фокина

*Воронежская государственная
медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко*

e-mail: sfokin77@mail.ru

Хронические заболевания легких (ХЗЛ) являются наиболее сложным разделом детской пульмонологии. В последние годы отмечается увеличение частоты этих состояний, что сопряжено с рядом серьезных терапевтических и социальных проблем. Хроническая патология легких, возникнув у детей, продолжается в зрелом возрасте и нередко является причиной длительной нетрудоспособности и инвалидности больных.

Ключевые слова: детская пульмонология, хронический бронхит, пневмония, пороки развития легких.

В структуре болезней органов дыхания у детей важное место занимают хронические воспалительные заболевания лёгких. Четкое определение отдельных нозологических форм легочной патологии у детей имеет принципиальное значение для повседневной клинической практики, способствует совершенствованию диагностических и терапевтических мероприятий.

К группам хронических заболеваний легких у детей относятся:

1. Инфекционно-воспалительные болезни легких.
2. Врожденные пороки развития бронхолегочной системы.
3. Наследственные болезни легких.
4. Поражения легких при наследственных заболеваниях.
5. Аллергические болезни легких.

В педиатрической практике на протяжении многих лет по существу все хронические воспалительные заболевания легких у детей сводились к общему понятию – «хроническая» пневмония. В 1995 г. на «Совещании педиатров-пульмонологов РФ» в г. Москве понятие хроническая пневмония получило более ограниченное толкование, что позволило ликвидировать ее гипердиагностику, способствовало выделению отдельных нозологических форм, ранее поглощаемых общим диагнозом хронической пневмонии таких как хронический бронхит и бронхоэктатическая болезнь.

Многие отечественные педиатры долгое время не признавали хронический бронхит самостоятельной нозологической формой, а рассматривали его как облигатный признак других бронхолегочных заболеваний. На упомянутом уже симпозиуме педиатров-пульмонологов (1995 г.) хронический бронхит был включен в реестр хронических заболеваний легких у детей как самостоятельная нозологическая форма.

Заболевание диагностируется при выявлении длительного продуктивного кашля, разнокалиберных влажных хрипов в легких (не менее 3 мес.), при наличии двух-трех обострений заболевания в год на протяжении не менее 2-х лет подряд. Обязательным условием диагноза хронического бронхита является исключение у больного других форм хронической патологии лёгких, протекающих с синдромом бронхита (бронхоэктатическая болезнь, врождённые пороки развития лёгких, первичные иммунодефицитные состояния, муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия).

Клинические проявления хронического бронхита во многом зависят от того патологического процесса, который является основой для его развития. Определяющее значение в формировании заболевания придаётся инфекционным факторам. Ведущими возбудителями воспалительного процесса в настоящее время считаются *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* и *Moraxella catarrhalis*. Выявлено, что *H. influenzae*, *S. pneumoniae* способны повреждать цилиарный эпителий, ухудшать функцию ресничек, что нарушает мукоцилиарное очищение и приводит к развитию панбронхита и перибронхита, способствующих формированию деформирующего бронхита. Подчеркнем, что диагноз «хронический бронхит» в детском возрасте должен быть поводом для углубленного обследования больного в специализированном пульмонологическом стационаре.



Наиболее тяжелая форма бронхита – облитерирующий бронхит. Последний в короткие сроки может привести к формированию эмфиземы легких – тяжелой формы хронической обструктивной патологии с прогрессирующей лёгочно-сердечной недостаточностью.

Как отдельная нозологическая форма в МКБ-10 в классе J.47 выделяется бронхоэктатическая болезнь. Формирование бронхоэктазов у детей, как правило, связывают с перенесёнными в раннем детском возрасте инфекционными заболеваниями (корь, коклюш, респираторная инфекция). Бронхоэктазы у детей могут быть следствием аспирации инородного тела. Начальные признаки бронхоэктатической болезни обычно появляются в первые 3 года жизни ребенка, а диагностируется она, как правило, у детей дошкольного возраста. Основными клиническими проявлениями бронхоэктатической болезни являются повторные обострения воспалительного процесса в легких (до 3-4 раз в год), у детей первых лет жизни нередко наблюдается непрерывно-рецидивирующее течение болезни.

Однако необходимо заметить, что за последние 30 лет наметилась тенденция к более легкому течению болезни у детей: преобладают так называемые «малые формы», которые протекают без явлений гнойной интоксикации, дыхательной недостаточности. Принципиально важно подчеркнуть, что бронхоэктатическую болезнь у детей как отдельную нозологическую форму необходимо отличать от бронхоэктазов, являющихся проявлением других заболеваний.

Так, основу формирования бронхоэктазов могут составлять врожденные и наследственные заболевания. По данным пульмонологической клиники Московского НИИ педиатрии и детской хирургии, врожденные аномалии развития бронхолегочной системы выявляются у 8–10% пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями легких.

Хронический воспалительный процесс является частым, а иногда и основным проявлением наследственной патологии. Так, хронический бронхит и бронхоэктазы – основной признак первичной цилиарной дискинезии (включая синдром Картагенера) – моногенно наследуемой патологии. В основе заболевания лежит врожденный дефект строения ресничек мерцательного эпителия слизистой респираторного тракта, что приводит к их неподвижности и тем самым создает предпосылки для наслоения инфекции и формирования хронического воспалительного бронхолегочного процесса.

Один из наиболее часто встречающихся пороков развития бронхолегочной системы – поликистоз легких, на долю которого приходится более половины всех пороков развития легких у детей.

Поликистоз характеризуется уменьшением объема респираторной части легкого, признаками остановки развития бронхолегочного аппарата с различной степенью дифференцировки, образованием множественных кист. Инфицирование кист легкого приводит к формированию хронического воспалительного процесса. Поликистоз легких нередко сочетается с другими пороками развития – диафрагмальной грыжей, пороками сердца, костной системы.

Целый ряд пороков обусловлен недоразвитием опорных структур – бронхиальных хрящей. К ним относится лобарная эмфизема, выявляемая преимущественно в раннем возрасте, нередко в периоде новорожденности. В последние годы подчеркивается патогенетическое единство лобарной эмфиземы и синдрома Вильямса-Кемпбелла. Эти поражения рассматриваются с позиций тканевой дисплазии как различные варианты врожденного дефекта развития бронхиальных хрящей.

При синдроме Вильямса-Кемпбелла имеет место полное отсутствие или недостаточное развитие хрящей бронхов от 2-3 до 6-8 порядков. Стенки бронхов, лишённые хрящевой основы, мягкие, податливые, раздуваются на вдохе и колабируют при выдохе. Это приводит к бронхиальной обструкции, способствует застою бронхиального секрета с его последующим инфицированием.

Тканевой дефект лежит в основе синдрома Мунье-Кун а (трахеобронхомегалия). Считается, что в основе порока лежит врожденный дефект эластических и мышечных волокон в стенке бронхов и трахеи. Возможно сочетание синдрома с другими пороками развития, а также с генетически детерминированными заболеваниями. Среди пороков разви-

тия особое место занимает врожденное недоразвитие легкого или его доли – агенезия, аплазия и гипоплазия.

Под агенезией понимают отсутствие легкого вместе с главным бронхом. Аплазия характеризуется отсутствием легкого при наличии рудиментарного главного бронха. При гипоплазии имеются главный и долевого бронхи, которые заканчиваются функционально несовершенным рудиментом, легочная ткань недоразвита. Это достаточно редкие пороки.

Хроническое воспалительное поражение легких – ведущее проявление муковисцидоза. Бронхолегочные поражения при врожденных иммунодефицитных состояниях (ВИДС) обычно являются ведущими в клинических проявлениях этого тяжелого заболевания и часто определяют его прогноз.

Бронхиальная астма принадлежит к числу наиболее распространенных аллергических заболеваний в детском возрасте. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что от 4 до 8% населения страдают бронхиальной астмой. В детской популяции этот процент повышается до 5–10%, во взрослой – колеблется в пределах 5%. Распространенность ее у детей варьирует в различных странах и популяциях, однако среди хронической патологии она, безусловно, является одной из самых частых. БА у детей – заболевание, в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью и характеризующееся периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате распространенной бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов. Исходы бронхиальной астмы у детей определяются многими факторами, среди которых главное значение придается тяжести течения заболевания и адекватной терапии.

Таким образом, хронические воспалительные поражения легких у детей многообразны. Некоторые из этих заболеваний определяют заболеваемость и смертность детского населения, другие, хотя встречаются и не так часто, но имеют принципиальное значение для прогресса пульмонологии детского возраста, как самостоятельной клинической дисциплины. Знание врачами основных клинических проявлений этих страданий, разработка и внедрение в педиатрическую практику современных методов диагностики способствуют раннему выявлению патологии и назначению адекватной терапии.

Литература

1. Каганов, С.Ю. Пульмонология детского возраста и её насущные проблемы / С.Ю. Каганов, Н.Н. Розина // Рос. Вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – №6. – С.6–12.
2. Захаров, П.П. Исходы хронических воспалительных заболеваний легких у детей по результатам отдаленных наблюдений / П.П. Захаров, Н.Н. Розина // Рос. Вестник перинатологии и педиатрии. – 2001. – №3. – С.30–86.
3. Ракицкий, М.Р. Дискуссионные вопросы хирургии хронических неспецифических заболеваний легких у детей / М.Р. Ракицкий, Н.Н. Гребнев // Пульмонология. – 2001. – Т. 6, №1. – С.32–34.
4. Каганов, С.Ю. Бронхолегочные заболевания и некоторые вопросы фармакологии в педиатрии / С.Ю. Каганов, Н.Н. Розина, А.Е. Богород // глава в книге «Руководство по фармакологии в педиатрии и детской хирургии». – М.: Медицина, 2002. – С.145–154.
5. Зайцева, О.В. Бронхиальная астма у детей / О.В. Зайцева // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15, №7. – С.32–34.

TO THE ISSUE OF CLINICAL FORMS OF CHRONIC INFLAMMATORY PULMONARY DISEASES IN CHILDREN

**V.A. Platonova
A.V. Pochivalov
N.A. Fokina**

*Voronezh N.N. Burdenko
State Medical Academy*

e-mail: sfokin77@mail.ru

Chronic lung diseases are the most complicated section of children's pulmonology. Last years it's noted an increasing of frequency of these conditions. It's associated with a number of serious therapeutic and social problems. Chronic lung disease, once appeared in children, lasts in mature age and quite often is a reason of prolonged disability.

Key words: children's pulmonology, chronic bronchitis, pneumonia, defects of lung development.