

Vol. 257. – P. 454 – 460.

4. Securi C., Cam F.S., Ercan E. Renin-angiotensin system gene polymorphisms and premature coronary heart disease // JRAAS. – 2005. – Vol. 6. – P. 38-42.

5. Parving H.H., de Zeeuw D., Cooper M.E. ACE gene polymorphism and losartan treatment in type 2 diabetic patients with nephropathy // J. Am. Soc. Nephrol. – 2008. – Vol. 19. – P. 771-779.

6. Zintzaras E., Raman G., Kitsios G. Angiotensin-converting enzyme insertion/deletion gene polymorphic variant as a marker of coronary artery disease: a meta-analysis // Arch. Intern. Med. – 2008. – 2008. – Vol. 168. – P. 1077-1089.

7. Mancia G., Laurent S., Agabiti – Rosei E. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document // J. Hypertension. – 2009. – Vol. 27. – P. 2121 – 2158.

8. World Health Organization. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycemia: Report of a WHO

/ IDF Consultation. Geneva, World Health Org., 2006.

9. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD) // European Heart Journal. – 2013. – Vol.34. – P.3035–3087.

10. Sethi A.A. Angiotensinogen single nucleotide polymorphisms, elevated blood pressure, and risk of cardiovascular disease/ Sethi A.A., Nordestgaard B.G., Gronholt M.L. et al. //Hypertension. — 2003. — Vol. 6. — P. 102–111.

11. Van Rijn M.J. Polymorphisms of the rennin – angiotensin system are associated with blood pressure, atherosclerosis and cerebral white matter pathology / Van Rijn M.J, Bos M.J., Isaacs A. et al. // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2007. – Vol. 78. – P. 1083 – 1087.

Одержано 02.10.2015 року.

УДК 613.95+616.233-002+616-073

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ РЕЦИДИВНОГО ТА ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ (ЧАСТИНА 2)

С.В. Малян*, В.Г. Майданник, В.А. Гаргаун***

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

**Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО И ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ (ЧАСТЬ 2)

С.В. Малян*, В.Г. Майданник, В.А. Гаргаун***

*ГВУЗ «Івано-Франковский национальный медицинский университет», г. Івано-Франковск, Украина

**Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольця, г. Киев, Украина

CLINICAL PECULIARITIES OF RECURRENT AND CHRONIC BRONCHITIS IN CHILDREN (PART 2)

M.V. Makian*, V.H. Maidannyk, V.A. Harhaun***

*Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Резюме. Предметом дослідження в другій частині роботи стали особливості анамнезу захворювання та характеристика об'єктивних змін у дітей із бронхолегеневими захворюваннями. Проведено детальне вивчення особливостей анамнезу захворювання у дітей із хронічним та рецидивним бронхітами. Показано, що на попередніх етапах захворювання в 60-80 % випадків мала місце неефективність амбулаторного лікування із потребою у госпіталізації; у третини пацієнтів – неефективність антибактеріальної терапії із необхідністю зміни антибактеріальних препаратів. Показано, що екстрагенітальна патологія у матерів (ГРВІ під час вагітності, анемія вагітної, TORCH-інфікування, куріння та прийом вагітною ліків, інфікування навколоплідних вод), ускладнений перинатальний період (асфіксія в пологах, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія, пневмонія новонародженого), патологія пологів (кесарів розтин, слабкість пологової діяльності, передчасне відходження навколоплідних вод та перинатальне ураження ЦНС), є факторами ризику щодо розвитку бронхолегеневих захворювань у дітей. Встановлено основні характеристики антропометричних параметрів, об'єктивних змін у дітей з бронхолегеневими захворюванням із визначенням основних діагностичних критеріїв кожної із нозологій.

Ключові слова: хронічний бронхіт, рецидивуючий бронхіт, діти, клінічні прояви.

Резюме. Предметом исследования во второй части работы стали особенности анамнеза заболевания и характеристика объективных изменений у детей с бронхо-легочными заболеваниями. Проведено детальное изучение особенностей анамнеза заболевания у детей с хроническим и рецидивирующим бронхитами. Показано, что на предыдущих этапах заболевания в 60-80% случаев имела место неэффективность амбулаторного лечения с потребностью в госпитализации; у трети пациентов - неэффективность антибактериальной терапии с необходимостью изменения антибактериальных препаратов. Показано, что экстрагенитальная патология у матерей (ОРВИ во время беременности, анемия беременной, TORCH-инфекции, курение и прием беременной лекарств, инфицирование околоплодных вод), осложненный перинатальный период (асфиксия в родах, хроническая внутриутробная гипоксия, пневмония новорожденного), патология родов (кесарево сечение, слабость родовой деятельности, преждевременное отхождение околоплодных вод и перинатальное поражение ЦНС), являются факторами риска развития бронхолегочных заболеваний у детей. Установлены основные характеристики антропометрических параметров, объективных изменений у детей с бронхолегочными заболеваниями с определением основных диагностических критериев каждой из нозологий.

Ключевые слова: хронический бронхит, рецидивирующий бронхит, дети, клинические проявления.

Abstract. Case history features and description of objective changes in children with bronchopulmonary diseases were the subject of the

research. Case history features in children with chronic and recurrent bronchitis were studied in detail. It was shown that ineffectiveness of outpatient treatment with the need for hospitalization occurred in 60-80% of cases, antibiotic therapy inefficiency with the need for anti-infective drugs change was in one third of patients at previous stages of the disease. Extragenital pathologies in mothers (ARVI during pregnancy, anemia of pregnancy, TORCH infections, smoking and taking medication, amniotic fluid contamination), complicated perinatal period (asphyxia during delivery, chronic intrauterine hypoxia, pneumonia of newborn), delivery pathologies (Cesarean section, poor uterine contraction strength, premature rupture of membrane and CNS perinatal affection) were indicated to be the risk factors for the development of bronchopulmonary diseases in children. The main characteristics of anthropometric measurements, objective changes in children with bronchopulmonary disease were identified with defining of basic diagnostic criteria for each nosology.

Keywords: *chronic bronchitis; recurrent bronchitis; children; clinical manifestations.*

Результати дослідження

Вивчення даних анамнезу захворювання у пацієнтів із бронхолегеневими захворюваннями (БЛЗ), схильними до рецидивного перебігу, показало, що середня тривалість захворювання при хронічному бронхіті (ХБ) становила (4,3±0,9) років, а при рецидивному (РБ) – (3,8±1,2) років. Тривалість попередніх епізодів загострення захворювання у пацієнтів із РБ складала (19,4±1,9) днів, а із ХБ – (54,4±3,7) днів ($p<0,05$) (табл. 1). Неefективність амбулаторного лікування в анамнезі мала місце у 62,5 % дітей із РБ та 86,6 % – із ХБ ($p<0,05$), необхідність стаціонарного лікування – у 50,0% обстежених із РБ та 86,6 % – із ХБ ($p<0,05$), потреба в застосуванні антибіотиків виникала у 33,7 % пацієнтів із РБ та у 73,3% – із ХБ ($p<0,05$). Необхідність призначення антибіотиків при БЛЗ обґрунтовувалася, як правило, вираженим інтоксикаційним синдромом та появою гнійного характеру мокротиння на тлі змін параклінічних показників (лейкоцитоз із вираженим паличкоядерним зсувом). Причому лише 31,5% обстежених із ХБ та 18,5 % – із РБ попередньо отримали до двох курсів антибактеріальної терапії, інші пацієнти – три та більше таких курсів на рік. Більше того, у 14 (46,6 %) дітей із ХБ виникала потреба в зміні антибіотиків більше одного разу ($p<0,05$).

У 69 (86,5) пацієнтів із РБ та 18 (60,0) із ХБ загострення захворювання маніфестувало із проявів ГРЗ; 11 (13,5) батьків пацієнтів із РБ та 12 (40,0) із ХБ пов'язували виникнення загострення із переохолодженням. Вивчення анамнестичних даних показало, що переважна більшість обстежених (83,3 % із ХБ та 80,0 % із РБ) почали часто хворіти на ГРЗ із трьохрічного віку. У значної частини дітей (88,3 % із ХБ та 65,0 % із РБ ($p<0,05$)) респіраторна патологія маніфестувала після перенесеного гострого бронхіту чи пневмонії. Частота

епізодів захворювання на ГРЗ в анамнезі складала (6,9±1,1) разів на рік у пацієнтів із РБ та (8,1±1,4) – із ХБ. Частота респіраторних захворювань помітно зростала після початку відвідування дитиною дитячих дошкільних закладів.

Кількість загострень ХБ у обстежених в середньому складала (4,1±0,2), у дітей із РБ – (6,2±0,4) рази/рік. При цьому, у 60,0 % пацієнтів із РБ та у 23,3% із ХБ, загострення виникали в осінньо-весняний період, у решти – не мали вираженої сезонності. В той же час, три і менше загострень за рік визначалася у 13,3 % пацієнтів із РБ та 8,7 % – із ХБ, чотири – у 63,3 % із РБ та 65,0 % – із ХБ, п'ять і більше – у 23,3 % із РБ та 26,3 % – із ХБ. Тривалість ремісії між загостреними до 3-х тижнів визначалася у 26,3 %, до 1 місяця – у 65,0 %, до 2 місяців – у 8,7 % обстежених із ХБ. Тривалість ремісії між загостреними РБ до 2-х місяців визначалася у 23,3 %, до 3-х місяців – у 63,3 %, більше 3-х місяців – у 13,3 % обстежених.

Аналіз антенатальних факторів ризику показав, що обтяжений акушерський анамнез мав місце в 81,7 % матерів дітей із РБ та 75,0 % – із ХБ. Вірогідно частіше в порівнянні із здоровими ($p_N<0,05$) в пренатальному анамнезі пацієнтів із БЛЗ зустрічалися обтяжений акушерський анамнез, загроза невиношування вагітності, хронічна фетоплацентарна недостатність, анемія вагітної та TORCH-інфікування (табл. 2).

Екстрагенітальна патологія спостерігалася у 96,7% матерів дітей із РБ та 93,3% – із ХБ ($p_N<0,05$). При цьому, у 48,3 % дітей із ХБ та 46,7 % – із РБ матері вірогідно частіше ($p_N<0,05$) переносили ГРВІ під час вагітності. Курили під час вагітності 36,7 % матерів дітей з ХБ та 20,0% – із РБ ($p_N<0,05$), час від часу приймали алкоголь – 10,0 % матерів дітей з ХБ та 11,7% – із РБ. На прийом ліків під час вагітності вказувало 53,3 % матерів пацієнтів із ХБ та 45,0 % – із РБ ($p_N<0,05$). Причому вони вірогідно частіше, ніж матері здорових дітей ($p_N<0,05$), приймали антибіотики та нестероїдні протизапальні середники. Фізіологічні вчасні пологи були у 43,3 % матерів дітей із ХБ та 53,3% – із РБ ($p_N<0,05$). При цьому, у матерів дітей із бронхолегеневою патологією вірогідно частіше мали місце кесарів розтин ($p_N<0,05$), слабкість пологової діяльності ($p_N<0,05$) та передчасне відходження навколоплідних вод ($p_N<0,05$). Виразених відмінностей в перебігу перинатального періоду у пацієнтів із РБ та ХБ не було. Втім, анемія вагітної, TORCH-інфікування, куріння та прийом ліків під час вагітності вірогідно частіше зустрічалися у матерів дітей із ХБ ($p<0,05$).

Ускладнений ранній неонатальний період спостерігався у 53,3 % дітей із ХБ та 58,3% – із РБ ($p_N<0,05$). Причому у них вірогідно частіше, ніж в групі здорових, зустрічалися асфіксія в пологах, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія, пневмонія новонародженого та перинатальне ураження ЦНС ($p_N<0,05$).

При цьому, лише 75,0 % дітей із ХБ та 81,7 % – із РБ були прикладені до грудей матері в пологовій залі ($p_N<0,05$). 30,0% дітей із ХБ та 26,7% – із РБ вигодовувалися штучно одразу після народження ($p_N<0,05$) і лише 5,0 % із ХБ та 8,3 % – із РБ перебували на природному вигодовуванні рік і більше ($p_N<0,05$). Поза тим, на раннє введення прикорму (з 4 місяців) вказують 30,0% опитаних матерів дітей із ХБ та 43,3% – із РБ ($p_N<0,05$).

Вивчення анамнезу життя показало, що серед дітей із БЛЗ переважали міські жителі, які склали 65,0 % обстежених із РБ та 68,3 % – із ХБ. Причому 46,7 % пацієнтів із БЛЗ проживають у екологічно неблагополучних регіонах області.

Таблиця 1. Особливості анамнезу захворювання у дітей із бронхолегеневими захворюваннями

Анамнестичні дані	РБ (n=80)	ХБ (n=30)	P
Середня тривалість захворювання, роки (M±m)	3,8±1,2	4,3±0,9	>0,05
Середня тривалість загострень, дні (M±m)	19,4±1,9	54,4±3,7	<0,05
Неefективність амбулаторного лікування	50 (62,5)	26 (86,6)	<0,05
Потреба в госпіталізації	40 (50,0)	26 (86,6)	<0,05
Потреба в застосуванні антибіотиків	27 (33,7)	22 (73,3)	<0,05
Ефeктивність стартової а/б терапії	64 (80,0)	19 (63,3)	<0,05
Потреба в зміні а/б більше 1 разу	0 (0)	14 (46,6)	<0,05
Старт загострення з проявів ГРЗ	69 (86,5)	18 (60,0)	<0,05
Початок ГРЗ на першому році життя	16 (20,0)	5 (16,6)	<0,05
Початок захворювань на ГРЗ з 3 років	64 (80,0)	25 (83,3)	<0,05
Частота ГРЗ в анамнезі (раз/рік) (M±m)	6,9±1,1	8,1±1,4	>0,05
Кількість загострень/рік (M±m)	6,2±0,4	4,1±0,2	<0,05

Примітки: 1. Всі дані подано в абсолютних цифрах. 2. В дужках подано відсоток осіб із певною ознакою до загальної кількості дітей в групі. 3. P - вірогідність відмінності між пацієнтами із РБ та ХБ

Таблиця 2. Особливості перинатального анамнезу у здорових та дітей з бронхолегневими захворюваннями

Анамнестичний чинник	РБ (n=80)	ХБ (n=30)	Здорові (n=30)
Обтяжений акуш. анамнез:	65 (81,7) [◇]	23 (75,0) [◇]	5 (16,6)
- загроза переривання вагітності	8 (10,0)	5 (18,3)	1 (3,3)
- загроза невиношування	5 (6,7)	4 (13,3) [◇]	0 (0)
- ранній гестоз вагітності	13 (16,7)	16 (21,7)	5 (16,6)
- пізній гестоз вагітності	4 (5,0)	2 (6,7)	0 (0)
- конфлікт по системі АВО	5 (6,7)	1 (5,0)	0 (0)
- хрон. фетоплацент. недостатн.	23 (28,3) [◇]	9 (30,0) [◇]	0 (0)
- анемія вагітної	59 (73,3) [◇]	27 (90,0) ^{*◇}	1 (3,3)
- TORCH-інфекції	23 (28,3) [◇]	17 (56,7) ^{*◇}	5 (16,6)
Екстрагеніт. патологія, в т.ч.:	77 (96,7) [◇]	28 (93,3) [◇]	4 (13,3)
- ГРВІ	37 (46,7) [◇]	14 (48,3) [◇]	2 (6,6)
- гострий бронхіт	13 (16,7)	5 (18,3)	1 (3,3)
- загострення хр. пієлонефриту	15 (18,3)	4 (13,3)	1 (3,3)
- алергійні захвор. у матерів	9 (11,7)	4 (15,0)	1 (3,3)
Куріння під час вагітності	16 (20,0) [◇]	11 (36,7) ^{*◇}	0 (0)
Вживання алкоголю	9 (11,7)	3 (10,0)	0 (0)
Прийом ліків під час вагітності:	36 (45,0) [◇]	16 (53,3) ^{*◇}	2 (6,6)
- антибіотики	20 (25,0) [◇]	10 (33,3) [◇]	0 (0)
- НПЗС	11 (13,3)	7 (23,3) [◇]	0 (0)
- протівірусні препарати	3 (3,3)	2 (6,7)	2 (6,6)
Фізіологічні вчасні пологи	43 (53,3) [◇]	13 (43,3) [◇]	28 (93,3)
Передчасне народження дитини	8 (10,0)	2 (6,7)	0 (0)
Кесарів розтин	25 (31,7) [◇]	8 (28,3) [◇]	1 (3,3)
Медикамент. стимуляція пологів	15 (18,3)	6 (21,7)	2 (6,6)
Слабкість пологової діяльності	23 (28,3) [◇]	5 (18,3)	2 (6,6)
Передчасне відходження н/п вод	13 (16,7) [◇]	6 (21,7) [◇]	0 (0)
Тривалий безводний період	7 (8,3)	2 (8,3)	0 (0)
Преєклампсія	1 (1,7)	2 (5,0)	0 (0)
Ускл. ранній неонат. період	47 (58,3) [◇]	16 (53,3) [◇]	0 (0)
Асфіксія в пологах	15 (18,3) [◇]	6 (21,7) [◇]	0 (0)
Хр. внутрішньоутробна гіпоксія	21 (26,7) [◇]	9 (30,0) [◇]	1 (3,3)
Пневмонія новонародженого	16 (20,0) [◇]	8 (28,3) [◇]	0 (0)
Синдром дихальних розладів н/н	5 (11,7)	4 (13,3)	0 (0)
Перинатальне ураження ЦНС	24 (30) [◇]	8 (26,6) [◇]	0 (0)

Примітки: 1. Всі дані подано в абсолютних цифрах, в дужках подано відсоток. 2. * - вірогідність різниці показників у пацієнтів із ХБ та РБ; ◇ - вірогідність різниці показників щодо здорових (p<0,05)

Аналіз антропометричних параметрів встановив, що нормальний масово-ростовий показник мали 22,1 % дітей з ХБ та 60,9 % – із РБ (p<0,05), дефіцит ваги – 71,9 % та 23,9 % (p<0,05), тенденцію до ожиріння – 6 % та 15,2 % дітей обстежених груп, відповідно.

Загальний стан пацієнтів в періоді загострення найчастіше розцінювався як середньої важкості, однак у 26,7 % – із ХБ та 13,8 % – із РБ (p<0,05) – як важкий за рахунок проявів дихальної недостатності та інтоксикаційного синдрому. Задишка при фізичному навантаженні спостерігалась у 46,7 % пацієнтів із РБ і всіх дітей із ХБ (p<0,05)), а в спокої – у 50,0 % дітей з ХБ і у 15,0 % – із РБ (p<0,05). Шкірні покриви при

поступленні частіше були бліді (у 61,3 % дітей з РБ і 40,0 % – із ХБ (p<0,05)); у 40,0 % дітей із ХБ шкіра була бліда з ціанотичним відтінком, а у 10,0 % спостерігалась її мармуровість.

Збільшення лімфатичних вузлів у вигляді мікрополіаденії мало місце у 69,2 % обстежених (у 58,8 % дітей з РБ і 80,0 % – із ХБ (p<0,05)). При цьому, у 30,6 % пацієнтів із БЛЗ відмічали гіперплазію шийних лімфовузлів. Лімфатичні вузли, в основному, були м'якоеластичної консистенції, рухомі, неболоччі, хоча у 6,7 % дітей відмічалась їх болочистість при пальпації.

При перкусії у більшості пацієнтів із РБ спостерігався ясний легеневий звук (60,0 %) (p<0,05) або вкорочення звуку паравертебрально (31,3%) (p<0,05), а при ХБ – мозаїчність перкуторного звуку (30,0 %) (p<0,05), тимпаніт (26,7 %) та вкорочення звуку (20,0 %) (p<0,05). В той час, як у обстежених із РБ найчастіше при аускультатії вислуховувалось жорстке дихання (61,3 %) (p<0,05), а також сухі розсіяні (71,3%) (p<0,05) та вологі середньоміхурцеві хрипи двобічно (28,8 %), при ХБ мало місце ослаблене везикулярне (65,0 %) (p<0,05) і жорстке (35,0 %) дихання, сухі розсіяні (53,3 %) (p<0,05) і двобічні (46,7 %) хрипи.

Аналіз поєднаної патології у дітей із БЛЗ показав, що у 73,3% пацієнтів із ХБ та 45,0 % – із РБ (p<0,05) мали місце локальні прояви недиференційованої сполучнотканинної дисплазії; у 70,0 % пацієнтів із БЛЗ – запальні захворювання ЛОР-органів (хронічний тонзиліт у 38,6 % пацієнтів із ХБ та 30,2 % – із РБ; аденоїди у 24,2 % дітей з ХБ та 34,6 % – із РБ) та карієс (у 41,7 % обстежених із ХБ та 26,7 % – із РБ (p<0,05).

Обговорення

Отже, проведений аналіз показав, що існує ціла низка факторів, що мають істотне значення у формуванні БЛЗ із рецидивним перебігом у дітей, а сприятливі умови для їх розвитку часто сягають своїми витокami перинатального періоду [9].

Відомо, що механізми формування РБ та ХБ найчастіше пов'язані з багатогранними фізіологічними та патологічними процесами у респіраторному тракті, у результаті запуску яких виникають дисбаланс в імунній системі та не-ефективна санація вогнища запалення [1, 2, 5]. Незаперечною щодо передумов хронізації процесу є роль рецидивних гострих процесів у бронхолегневій системі при їх несвоєчасній діагностиці та невірній тактиці лікування [3, 8]. Зокрема, вагомий внесок у формування БЛЗ із рецидивним перебігом складає не завжди виправдане використання масивних доз антибіотиків, які пригнічують і без того супресований вірусами і внутрішньоклітинними збудниками клітинний захист організму. Такі ятрогенні необгрунтовані втручання ведуть до зниження функції паренхіматозних органів, агранулоцитозу, пригнічення синтезу речовин, що сприяють дезактивації вірусних протеаз [6].

Крім того, основою імунологічної недостатності та водночас вірусної персистенції при рецидивних БЛЗ можуть бути порушення загальних обмінних процесів, метаболічні зміни на тлі недостатнього або незбалансованого харчування, а також вплив різноманітних токсичних речовин. Так, зафіксовано, що частіше на РБ хворіють діти, які мешкають в регіонах із високою забрудненістю атмосфери. Це обумовлено тим, що із забрудненим повітрям, змогом людина вдихає різноманітні поллютанти, які викликають зниження реактивності бронхопульмональної системи [3, 8].

Значна частка пацієнтів із рецидивними БЛЗ має обтяжений власний або сімейний анамнез щодо алергічних захворювань, які в цілому попри імносупресивний вплив, що здатний видозмінити природні темпи становлення функціональної активності імунної системи, є суттєвими для можливої хронізації запального процесу [6, 9].

Сприятливими моментами у виникненні РБ та ХБ є численні вогнища інфекції у дітей (хронічні синусити, тонзиліти, карієс), постійна персистенція патогенної та умовно-

патогенної флори в яких спричиняє не лише імуносупресивний вплив, але й повсякчас створює реальну небезпеку стати безпосередньою причиною формування запального компоненту у бронхах. Зокрема, у дітей віком понад 2 роки за умови переохолодження, стресових ситуацій саме ця флора безпосередньо викликає запалення слизової оболонки бронхів [6].

Сучасні дослідження змінили уявлення про причини розвитку хронічного процесу в легенях у бік визнання ведучої ролі вад розвитку бронхолегеневої системи й шкідливих факторів зовнішнього середовища, таких як мікроочотчення, активне та пасивне куріння. Доведено, що компоненти тютюнового диму паралізують мукоциліарний рух, порушують синтез сурфактанту, знижують кількість і функцію Т-кілерів, сприяють розвитку алергійної реакції за рахунок підвищення синтезу IgE [8].

Особливо слід зазначити, що більшість із причин розвитку рецидивних БЛЗ є керованими, а їх знання тачасне виявлення дозволять своєчасно провести первинну профілактику захворювання і знизити частоту розвитку рецидивних захворювань органів дихання у дітей [4, 5, 7, 9].

Висновки

1. Перебіг бронхолегеневих захворювань із схильністю до рецидивування у дітей характеризується виникненням частих загострень ($4,1 \pm 0,2$) рази/рік при ХБ та ($6,2 \pm 0,4$) рази/рік – при РБ), що найчастіше маніфестують із ГРЗ (60,0%) – при ХБ та (86,5%) – при РБ, неефективністю амбулаторного лікування (86,6%) – при ХБ та (62,5%) – при РБ), частою потребою у застосуванні антибактеріальних середників (73,3%) – при ХБ та (33,7%) – при РБ) та їх зміні (46,6%) – при ХБ.

2. Факторами ризику розвитку бронхолегеневих захворювань у дітей є: екстрагенітальна патологія у матерів (ГРЗ під час вагітності, анемія вагітної, TORCH-інфікування, куріння та прийом ліків під час вагітності), патологія пологів (кесарів розтин, слабкість пологової діяльності та передчасне відходження навколоплідних вод), ускладнений перинатальний період (асфіксія в пологах, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія, пневмонія новонародженого та перинатальне ураження ЦНС).

3. Перебіг ХБ у дітей супроводжується більш вираженою зміною антропометричних параметрів (негармонійний розвиток, відставання у фізичному розвитку), що може бути

наслідком хронічної гіпоксемії, що супроводжує перебіг даного захворювання.

Перспективи подальших досліджень

В перспективі планується вивчення диференційованих фоноспірографічних характеристик бронхолегеневих захворювань у дітей.

Література

1. Антипкін Ю. Г. Клініко-морфологічні особливості слизової оболонки бронхів у дітей з хронічною патологією дихальних шляхів з урахуванням імуноцитохімічних маркерів апоптозної, макрофагальної та позаклітинної (матрикс) [Текст] / Ю. Г. Антипкін, Т. Д. Задорожна, О. І. Пустовалова // Лікарська справа. – 2009. – № 5-6. – С.32-36.
2. Антипкін Ю. Г. Патогенетичні механізми ушкодження епітелію бронхів у дітей з хронічними бронхітами та бронхіальною астмою / Ю. Г. Антипкін, Т. Д. Задорожна, О. І. Пустовалова // Журнал АМН України. – 2009. – т.15, № 2. – С.331-337.
3. Дука К. Д. Особливості перебігу хронічних бронхітів у дітей та підлітків у сучасних умовах / К. Д. Дука, С. І. Ільченко, М. В. Ширкіна // Современная педиатрия. – 2010. – № 2. – С.77-78.
4. Овсянников Д.Ю. Система оказания медицинской помощи детям, страдающим бронхолегочной дисплазией / Д.Ю. Овсянников, Л.Г. Кузьменко // Руководство для практикующих врачей. – Москва. – 2010. – 151 с.
5. Охотникова Е.Н. Бронхолегочная дисплазия как предиктор формирования хронической патологии органов дыхания у детей / Е.Н. Охотникова, Е.Е. Шунько // Здоров'я України. – 2009. – №1 (23). – С. 46-49.
6. Косовська Т. М. Клініко-імунологічний статус у дітей з хронічним бронхітом / Т. М. Косовська // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012. – т.75, № 5. – С.19-21.
7. Сенаторова А.С. Бронхолегочная дисплазия у детей. Современный взгляд на проблему диагностики и лечения / А.С. Сенаторова, О.Л. Логвинова, Г.Р. Мурагов и соавт. // Современная педиатрия. – 2010. – № 1 (29). – С. 105-112.
8. Страшок Л. А. Хронический бронхит в подростковом возрасте. Современные взгляды на проблему / Л. А. Страшок // Современная педиатрия. – 2011. – № 4. – С.99-101.
9. Шумна Т.Є. Основні аспекти вивчення факторів ризику розвитку захворювань респіраторного тракту у дітей раннього та дошкільного віку / Т.Є. Шумна // Здоров'я дитини. – 2015. – №2 (61). – С. 127-130.

Одержано 05.10.2015 року.