

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ СВЯЗИ ОЧАГОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ С ЗАТЯЖНЫМИ, РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ПРОЦЕССАМИ

MODERN IDEAS ABOUT THE PATHOGENETIC MECHANISMS OF THE CONNECTION OF FOCI OF CHRONIC UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION WITH PROTRACTED, RECURRENT AND CHRONIC BRONCHOPULMONARY PROCESSES

**R. Gadzhimirzayeva
N. Iminova
I. Atasheva
S. Dibraeva
M. Khizriev**

Summary. The continuous increase in the number of combined lesions of the upper and lower respiratory tract, especially in childhood, justifies in-depth research and the development of new approaches to the study of pathogenesis, early diagnosis and targeted treatment of associated diseases of the respiratory system.

This review presents literature data and the results of research by the authors of the article on the mechanisms of the formation of bronchopulmonary pathology in patients with the simultaneous presence of chronic inflammatory processes in the upper respiratory tract. In the historical aspect, considerable attention is paid to the peculiarities of the treatment of foci of chronic infection of the upper respiratory tract in their association with recurrent and chronic non-specific inflammatory processes of the bronchopulmonary system

Keywords: associated diseases of the respiratory system, chronic inflammatory processes of the upper respiratory tract, bronchopulmonary pathologies, "adenosinusbronchopneumonia".

Гаджимирзаева Раисат Гаджимурадовна
К.м.н., врач высшей категории, оториноларинголог,
Дагестанский государственный медицинский
университет
Махачкала
raislor@mail.ru

Иминова Наида Кадиевна
Дагестанский Государственный Медицинский
Университет
Махачкала
ne_3iminova@mail.ru

Аташева Ильмурият Эльбрусовна
Дагестанский Государственный Медицинский
Университет
Махачкала
rbekbolatova6@gmail.com

Дибраева Салихат Айдыновна
Дагестанский Государственный Медицинский
Университет
Махачкала
dibraeva001@gmail.com

Хизриев Магомедкамель Давутович
Дагестанский Государственный Медицинский
Университет
Махачкала
medicalstudyblog2805@gmail.com

Аннотация. Непрерывный рост числа сочетанных поражений верхних и нижних дыхательных путей, особенно в детском возрасте, обосновывает углубленные исследования и разработку новых подходов к изучению патогенеза, ранней диагностики и целенаправленного лечения ассоциированных заболеваний респираторной системы.

В настоящем обзоре приводятся данные литературы и результаты исследований авторов статьи, посвященные механизмам формирования бронхолегочной патологии у больных при одновременном наличии хронических воспалительных процессов верхних дыхательных путей. В историческом аспекте уделено значительное внимание особенностям лечения очагов хронической инфекции верхних дыхательных путей при их ассоциации с рецидивирующими и хроническими неспецифическими воспалительными процессами бронхолегочной системы.

Ключевые слова: ассоциированные заболевания респираторной системы, хронические воспалительные процессы верхних дыхательных путей, бронхолегочные патологии, «аденосинусобронхопневмония».

Актуальность проблемы

На рубеже 50–60 годов прошлого столетия в научной литературе появилось много сообщений, описывающих тесную клинико-патогенетическую связь очагов хронической инфекции верхних дыхательных путей (ВДП) с затяжными рецидивирующими и хроническими бронхолегочными процессами у детей и взрослых [33–35]. Для обозначения тесных взаимоотношений патологических процессов верхних и нижних отделов дыхательного тракта еще в 1929 году Wasson [36] впервые ввел в научный оборот термин «синоbronхит». В отечественной литературе, наряду с указанным термином применяются и такие как «синусопневмония» [13], «аденосинусобронхопневмония» [22], «тонзиллоbronхопневмония» [16], «синоbronхопультмональный синдром» [19].

В формировании синоbronхиального синдрома участвует ряд патогенетических механизмов. В частности, при хронических риносинуситах патологическое отделяемое (инфицированная слизь, гной) при определенных положениях головы и тела спускается в ротоглотку и затекает в нижележащие отделы дыхательного тракта с развитием бронхита, бронхопневмонии.

Клинико-экспериментальными исследованиями показано, что при хроническом воспалении слизистой оболочки ВДП, формируется патологическая импульсация с участием блуждающего нерва, которая реализуется, в том числе, и в бронхах с развитием дисфункции дренажной системы [8,17].

При хронических воспалительных процессах в ВДП образуются аутоантигены. Последние вызывают выработку аутоантител, которые могут оказывать повреждающее действие на ткани отдаленных органов, в том числе бронхолегочной системы [1,25].

Высказано мнение о возможности гематогенного распространения инфекции из очагов хронической инфекции ВДП в нижние, при которой формируется воспалительный процесс в последних [14,20,24].

Имеются данные, свидетельствующие о том, что при хронических воспалительных процессах ВДП формируется гиперреактивность бронхов с вовлечением в патологический процесс таких медиаторов как гистамин, простагландины и лейкотриены, которые приводят к сокращению гладкой мускулатуры бронхиального дерева и повышению секреции слизи в бронхах [29].

Проведенные нами клинико-иммунологические и исследования [5,9] показали, что «аденосинусобронхопневмония» протекает на почве измененной

реактивности организма. В частности, при сочетанных поражениях дыхательного тракта нарушение иммунобиологических показателей (фагоцитоза, бактерицидной активности сыворотки крови, общей иммунологической реактивности (ОИР) по В.И. Иоффе и концентрации меди и магния в сыворотке крови) были более выраженными, чем только при аденосинуситах. Это дало нам основание высказать предположение о том, что ослабляя неспецифическую реактивность организма, хронические очаги инфекции ВДП становятся одним из звеньев в сложной цепи патогенеза сочетанной болезни респираторного тракта.

По мнению большинства ученых [12,18,19] «аденосинусотонзиллоbronхопультмональный синдром» в генезе своем имеет аллергическую основу. Еще в раннем возрасте у 75% подобных больных отмечаются различные варианты аллергического диатеза [9,31]. У части больных аллергический диатез наблюдается с первых недель жизни и является отражением наследственного фактора или внутриутробной сенсibilизации, у других диатез формируется на протяжении первых лет жизни. Объективными проявлениями аллергического диатеза чаще всего являются постоянный насморк, периодический кашель, аллергический дерматит.

В 60–70 годы XX века по мнению большинства исследователей «аденосинусобронхопневмония» в своем генезе имеет инфекционно-аллергическую основу [1,16]. А основным источником сенсibilизации организма вообще, и нижних дыхательных путей в частности, являются хронические аденоидиты, тонзиллиты, синуситы и их сочетания [18, 28]. Исходя из указанного положения, в те годы широко пропагандировался хирургический метод санации ВДП при «аденосинусобронхопневмониях» [18,19,27]. В тоже время катamnестические наблюдения достаточной длительности показали, что далеко не во всех случаях аденотонзиллэктомия приводит к излечению бронхопневмонии [2, 26].

В дальнейшем, благодаря достижениям теоретической и практической аллергологии и иммунологии, было выяснено, что аллергические изменения со стороны нижних дыхательных путей у 85–90% обусловлены неинфекционными (бытовыми, пыльцевыми, пищевыми) аллергенами [11,19,30].

По современным представлениям очаги хронической инфекции не столько сенсibilизируют бронхи, сколько оказывают повреждающее действие на слизистую оболочку дыхательного тракта [3,5,15]. Поврежденная слизистая оболочка является благоприятной почвой для внедрения неинфекционных аллергенов, накопления и фиксации в клетках тканей респираторного тракта аллергических антител [4,15,17].

Хотя у преобладающего большинства детей и взрослых с неинфекционно-аллергическим поражением нижних дыхательных путей диагностируются очаги хронической инфекции носо- и ротоглотки, тем не менее ни специальное аллергологическое обследование больных, ни клинические данные не дают основания заподозрить у них инфекционную аллергию [4,6]. Следовательно, наличие очагов хронической инфекции в ВДП не может быть дифференциально-диагностическим критерием для определения формы аллергии бронхиального дерева.

Опыт нашей клиники и литературные данные [30] свидетельствуют, что наиболее часто встречающимся очагом хронической инфекции ВДП у детей с рецидивирующей, затяжной и хронической бронхолегочной патологией является хронический аденоидит. В этой связи мы полагаем целесообразным критически оценить некоторые прежние положения о показаниях к аденотомии у вышеуказанной категории больных.

При наличии соответствующих клинических признаков (нарушение носового дыхания, постоянный насморк, патологическое отделяемое с затеканием в ротоглотку и т.д.) считается целесообразным удалять глоточную миндалину у детей даже первого года жизни. Вместе с тем известно, что для детей в возрасте 1–3 лет, страдающих аденоидитом, характерна измененная реактивность организма, проявляющаяся чаще всего в форме лимфатического диатеза [12,21]. В связи с этим они, в первую очередь нуждаются в консервативной, преимущественно гипосенсибилизирующей терапии, и лишь отсутствие положительной динамики в течении болезни может служить основанием, совместно с педиатром ставить вопрос о целесообразности хирургической санации носоглотки.

У детей 5 лет и старше наиболее частым показанием к аденотомии является объемное увеличение глоточной миндалины и связанный с ним обструктивный синдром носа. Внедрение в оториноларингологическую практику иммунокорректирующих методов лечения показало, что наряду с положительной динамикой субъективных и объективных проявлений, наблюдается также и отчетливое уменьшение объема миндалины. По материалам наших исследований последнее имеет место у 70,4% подвергшихся консервативному лечению [7].

Работы ряда авторов [9,23,32], посвященные морфогистохимической характеристике удаленной глоточной миндалины при ее хроническом воспалении, свидетельствуют о том, что наряду с признаками хронического воспалительного процесса отчетливо проявляются признаки иммунологической активности паренхимы миндалины (митотическая активность ретикулярных клеток, макрофагальная реакция, увеличение количества и размеров лимфатической ткани). Клиническая интерпретация этих данных позволяет считать, что иммунологическая функция глоточной миндалины и в условиях ее хронического воспаления выражена в достаточной степени, что следует учитывать при выработке показаний к хирургическому лечению.

В заключении следует подчеркнуть, что сложившееся к настоящему времени мнение у оториноларингологов о необходимости бережного отношения к лимфаденоидному глоточному кольцу с целью сохранения важного иммунобиологического защитного барьера в равной степени относится и к больным с «аденобронхопневмониями». В связи с этим показания к аденотомии в каждом конкретном случае сочетания его с бронхопульмональным синдромом должны быть строго обоснованы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтман Е.Н. Хронический тонзиллит и бронхоадениты у детей // М.: Советская Россия, 1971. 168 с.
2. Артамонова Р.Г. Состояние бронхов при затяжных и хронических сегментарных и долевых пневмониях у детей первых лет жизни // Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. М., 1968.
3. Балаболкин И.И. Значение острой бронхолегочной инфекции в развитии бронхиальной астмы у детей // В сб.: «Профилактика, диагностика и лечение острых пневмоний у детей». М., 1978. С. 51–53.
4. Батманова В.В., Гавриленко А.И., Мещерякова Л.Р. Некоторые особенности сенсibilизации детей с бронхиальной астмой // Материалы V Всероссийского съезда детских врачей. Казань, 1977. С. 244–246.
5. Гаджимирзаев Г.А. К 80-летию ЛОР кафедры Даггосмедуниверситета // Вестник оториноларингологии. 2016. № 5. С. 4–7.
6. Гаджимирзаев Г.А. Бронхиальная астма и заболевания верхних дыхательных путей // Вопросы охраны материнства и детства. 1988. № 11. С. 50–52.
7. Гаджимирзаев Г.А. Современные представления о патогенетической взаимосвязи заболеваний верхних и нижних дыхательных путей // Вестник оториноларингологии. 1992. № 2. С. 27–30.
8. Гаджимирзаев Г.А. Парадоксы современной ринопульмонологии и пути их решения // Российская ринология. 1995. № 2. С. 24–29.
9. Гаджимирзаев Г.А., Багомедов М.М., Гамзатова А.А. Оценка эффективности иммуномодулирующей терапии при хронических аденоидитах у детей // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1992. № 1. С. 9–14.

10. Гаджимирзаев Г.А. Некоторые клинические особенности синуситов у детей, страдающих хронической пневмонией // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1978. № 3. С. 19–23.
11. Гаджимирзаев Г.А. Ринобронхопневмональный синдром // Махачкала: Юпитер, 1998. 154 с.
12. Гаджимирзаев Г.А. Заболевания носоглотки и бронхолегочная патология у детей // Сборник трудов Московского НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ России. М., 1978. С. 159–164.
13. Домбровская Ю.Ф. Инфекционно-аллергический фактор в патогенезе респираторных заболеваний у детей // Вопросы охраны материнства и детства. 1963. № 11. С. 9–14.
14. Иванова М.В. Хронический тонзиллит у детей // М.: Медицина, 1973. — 142 с.
15. Каганов С.Ю., Розина Н.Н., Иошпа Л.Л. Бронхолегочные синдромы у детей // Вопросы охраны материнства и детства. 1977. № 1. С. 54–60.
16. Караева Н.И. О распространенности хронического тонзиллита у детей, больных хронической пневмонией и влияние на ее течение при различных методах лечения тонзиллита // Сборник Трудов 1 Всерос. съезда оториноларингологов. М., 1963. С. 183–186.
17. Карпищенко С.А., Лавренова Г.В., Баранская С.В. Тонзиллит и тонзиллогенные заболевания // Вестник оториноларингологии. 2016. № 4. С. 69–71.
18. Климанская Е.В. Основы детской бронхологии // М.: Медицина, 1972. — 180 с.
19. Константинова Н.П., Синюшина М.Н. Роль микробного фактора при синуситах и затяжных, рецидивирующих и хронических пневмониях у детей раннего возраста // Материалы Расширенного Пленума правления Всерос. научного общества оториноларингологов. М., 1965. С. 61–62.
20. Ковалева Л.М. Патология ЛОР-органов при хронических неспецифических заболеваниях легких // В кн.: Хронические неспецифические заболевания легких у детей, под ред. К.Ф. Ширяевой. Л., 1978. С. 183–193.
21. Константинова Н.А. Роль заболеваний верхних дыхательных путей и миндалин в патогенезе некоторых поражений бронхов у детей // Автореферат дисс. ... док. мед. наук. М., 1970. 42 с.
22. Корниенко Н.Н. Тонзилло-кардиальный рефлекс при различных клинических проявлениях хронического тонзиллита // Труды Куйбышевского мед. института «Вопросы тонзиллярной патологии». Куйбышев, 1971. С. 38–46.
23. Ковалева Л.М., Ланцов А.А. Диагностика и лечение заболеваний глотки у детей // СПб., 1995. — 100 с.
24. Некрасова Э.Г. К вопросу профилактики бронхолегочных заболеваний у детей // Тр. Межобл. конф. врачей-оториноларинг. и итоговой научной сессии Ленингр. НИИ болезней уха, горла, носа и речи. Л., 1965.-С.126–128.
25. Плужников М.С., Лавренова Г.В., Левин М.Я., Назаров П.К., Никитин К.А. Хронический тонзиллит. Клиника и иммунологические аспекты // СПб.: Диалог, 2005. 220 с.
26. Рачинский С.В., Таточенко В.К. Хроническая неспецифическая пневмония // В кн.: «Руководство по пульмонологии детского возраста», под ред. Ю.Ф. Домбровской. М., 1978. С. 273–291.
27. Светлова А.К., Константинова Н.П., Ленская Н.А., Жбанкова Н.С. Синобронхиты и синусопневмонии у детей // Педиатрия. 1962. № 9. С. 19–24.
28. Светлова А.К. Затяжные и рецидивирующие бронхолегочные неспецифические заболевания у детей раннего возраста // В кн.: «Руководство по пульмонологии детского возраста», под ред. Ю.Ф. Домбровской. М., 1978. С. 213–217.
29. Черняк А.В., Пашкова Т.Л. Бронхиальная гиперреактивность, механизм развития // В кн. «Бронхиальная астма», под ред. академика РАМН А.Г. Чу-чалина. Том 1. М.: Ангар, 1997. С. 343–356.
30. Чистяков Г.М. Важнейшие клинические формы респираторных аллергозов у детей // Автореферат дисс. ... док. мед. наук. М., 1977. 36 с.
31. Ширяева К.Ф. Хронические неспецифические заболевания легких у детей // Л., 1978. 160 с.
32. Юнусов А.С., Быкова В.П. Рациональная терапия аденоидита у детей с атопией // Российская ринология. 2008. № 2. С. 52–55.
33. Findeishen H. Uber die chronische Sinusitis maxillaris und Sinobronchitis bei Kindern-ein Beitrag zuz Pathogenese, Therapie und Prophylacti des Bronchial asthma // Dotsch Gesundh. Wes. 1954. № 9. P.337–387.
34. Prais W. Sinobronchitis in infant and children // J. Pediat. 1951. Vol. 38. № 5. P. 590–595.
35. Schenek S.C., Seldowiz J.M. Sinobronchitis in Children. Evaluation of roentgen therapy in 168 cases // Missisipi Vall. Med. J. 1952. Vol. 74. № 6. P. 177–180.
36. Wasson W.W. Bronchosinusitis Disease // J. Amer. Med. Ass. 1929. Vol. 93. P. 2018–2023.

© Гаджимирзаева Раисат Гаджимурадовна (raislor@mail.ru), Иминова Наида Кадиевна (ne_3iminova@mail.ru),
Аташева Ильмурия Эльбрусовна (rbebolatova6@gmail.com), Дибраева Салихат Айдыновна (dibraeva001@gmail.com),
Хизриев Магомедкамиль Давутович (medicalstudyblog2805@gmail.com).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»