

–С.7-11.

4. Харитонов К. К. Абсцесс головного мозга при черепно-мозговой травме. В справочнике по нейротравматологии. – М., 1994. – с. 10-11.

5. Gerrard G. and Franks K. Overview of the diagnosis and management of brain, spine and meningeal metastases. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2004; 75 Suppl 2: P.37-42.

БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ

Маймерова Г.Ш., Ашералиев М.Е., Мыкыев К.М., Шайдерова И.Г.,
Садыков У.А., Кочкунов Д.С.

Национальный центр охраны материнства и детства, отделение аллергологии
и клинической иммунологии, г. Бишкек.

КРСУ им.Б.Н.Ельцина, кафедра «Педиатрии, медицинской генетики и детской хирургии»,
г. Бишкек.

Резюме. В обследование были включены 20 детей с бронхоэктатической болезнью в возрасте от 5 до 17 лет, наблюдавшиеся на амбулаторном и стационарном уровне в различных медицинских учреждениях, в том числе и НЦОМид в течение 3 лет. В каждом индивидуальном случае отдано предпочтение консервативному методу лечения у данных больных, которое было направлено на подавление инфекции и восстановлению бронхиальной проходимости.

Ключевые слова: дети, бронхоэктатическая болезнь.

БАЛДАРДЫН БРОНХОЭКТАЗДЫК ООРУСУ.

Маймерова Г.Ш., Ашералиев М.Е., Мыкыев К.М., Шайдерова И.Г., Садыков У.А., Кочкунов Д.С.
Улуттук эне жана бала мамлекеттик борбору, аллергология жана клиникалык иммунология бөлүмү,
Бишкек шаары.

Б.Н.Ельцин атындагы КРСУ “педиатрия, медициналык генетика жана балдар хирургия” кафедрасы,
Бишкек шаары.

Тасмия. Изилдөөгө 20 бронхоэктаздык оору менен ооруган 5 жаштан 17 жашка чейинки балдар кирген, алар ар кайсы медициналык мекемелерде амбулатордук жана стационардык деңгелде байкоодо жүрүшкөн. Ал эми 3 жылдан бери УЭЖБМБ доктурдун байкоосунда болушкан. Ар бир индивидуалдык учурда ооруган балдарды консервативдик гана дарылоону артык көрүп, биздин алган маалыматтарыбыз боюнча консервативдик дарылоо методу инфекцияны басуу жана бронхтун өтүшүн калыбына келтирүүсүн жакшыртат.

Ачкыч сөздөр: балдар, бронхоэктаздык оору.

BRONCHIECTASIS IN CHILDREN.

Maimerova G.Sh., Asheraliev M.E., Mykyev K.M., Shayderova I.G., Sadykov W.A.Yu., Kochkunov D. S.
National Center for Maternal and Child Welfare, Department of Allergy and Clinical Immunology, Bishkek.
KRSU im.B.N.Eltisina, Department of “Pediatrics, Medical Genetics and Pediatric Surgery”, Bishkek

Summary. In the survey included 20 children with bronchiectasis in age from 5 to 17 years, observed on outpatient and inpatient level in various medical institutions, including NTSOMiD within 3 years. In each individual case, preferred conservative method of treatment in these patients, which was aimed at the suppression of infection and recovery of bronchial patency.

Keywords: children, bronchiectasis.

Актуальность проблемы. Хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) представляют собой одну из наиболее сложных проблем в педиатрии не только в нашей стране, но и странах ближнего и дальнего зарубежья. Многие вопросы, касающиеся этого заболевания, остаются спорными до настоящего времени. С XX века, начиная с работ С.П. Борисова (1953) все ХНЗЛ у детей, были объединены под общим термином «хроническая пневмония». Бронхоэктатическая болезнь легких рассматривалась как один из этапов формирования «хронической пневмонии» – от бронхита к бронхоэктазам [1]. А в современной медицинской литературе термины «бронхоэктазы», «бронхиолоэктазы», «бронхоэктатическая болезнь» нередко используются как синонимы для обозначения

необратимого расширения бронхов, сопровождающихся их анатомическим дефектом [2]. Также в «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем», X пересмотра (ВОЗ, 1995) бронхоэктатическая болезнь представлена под рубрикой (J. 47). Бронхоэктатическая болезнь подразделяется как на врожденные, так и приобретенные и в зависимости от рентгенологической картины также выделяют следующие типы бронхоэктазов: варикозный, веретенообразный, мешотчатый, цилиндрический смешанный. Описаны по некоторым литературным данным ателектатический, атрофический, гипертрофический, деструктивный, диспластический, постбронхитический и ретенционный типы бронхоэктазов [3]. Бронхоэктазы впервые были описаны

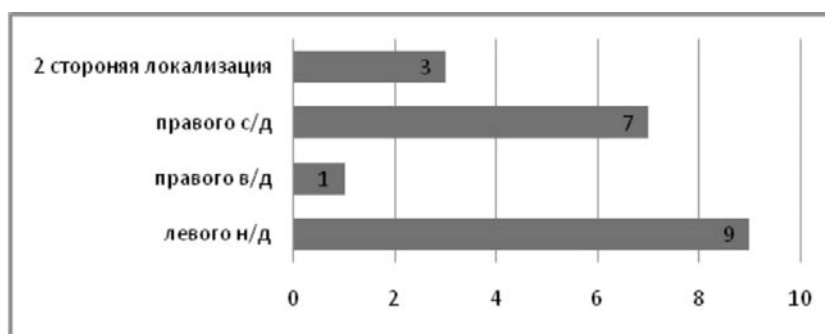


Рис.1. Поражение лёгких у пациентов с бронхоэктатической болезнью.

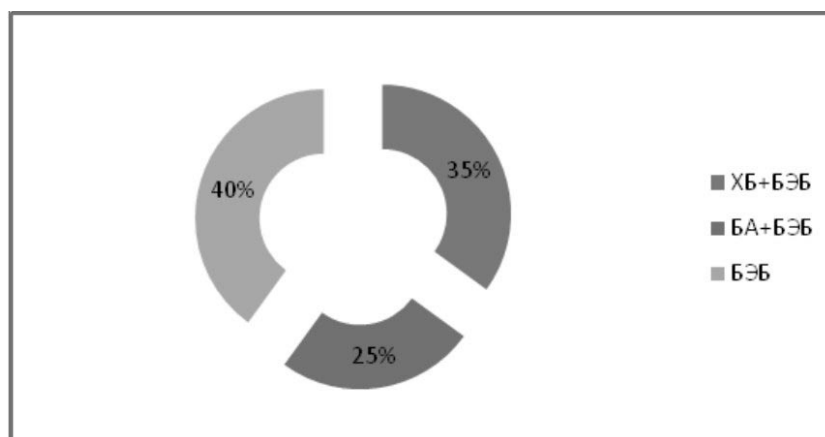


Рис.2. Структура больных детей

Лаенекоем почти 200 лет назад, механизмы их формирования до сих пор до конца не изучены. Однако среди наиболее вероятных патогенетических моментов развития бронхоэктазов решающее значение имеют воспаление дыхательных путей и нарушение бронхиальной проходимости вследствие закупорки или обструкции бронха. Следует отметить, что начальные признаки бронхоэктатической болезни обычно появляются у детей в течение первых 3 лет жизни ребенка, а диагностируется она, как правило, у детей дошкольного возраста. Однако необходимо заметить, что по литературным данным 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 [4]. Крайне редкими стали гнойные осложнения, ранее считавшиеся характерными для бронхоэктатической болезни. Это объясняется расширением диагностических мероприятий, успехами медикаментозного лечения при воспалительных заболеваниях легких, эффективности антибактериальной терапии и профилактических мероприятий [4].

Методы и материалы исследования. На базе отделения аллергологии и клинической иммунологии Национального Центра охраны материнства и детства (НЦОМД) за последние 3 года обращались дети с признаками бронхиальной обструкции при покое и физической нагрузке для исключения диа-

гноза «бронхиальная астма» (БА). Для диагностики дополнительно были использованы следующие инструментальные методы обследования: рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография органов грудной клетки, бронхоскопия, определения функции внешнего дыхания, бактериологический анализ мокроты с определением чувствительности и флоры. У всех детей, которым проводилась бронхоскопия, выявлялись катарально-гнойные или гнойный эндобронхит. Воспаление слизистой оболочки бронхов сопровождается нарушением структуры и функции мерцательного эпителия и тем самым обуславливается нарушение мукоцилиарного транспорта. Это, в свою очередь, способствует упорному течению воспалительного процесса в респираторном тракте.

Результаты исследования. После проведенного специализированного обследования (сбора анамнестических данных, клинко-инструментальных методов исследования) у 20 детей в возрасте от 5 до 17 лет был выявлен бронхоэктазы. Мальчиков было – 9, а девочек -11, преобладали дети из сельской местности – 14, по отношению к городу – 6. Поражение левого легкого определено у 9 (преимущественно нижняя доля); у одного ребенка поражение правого легкого верхняя доля, правого легкого – 7; двустороннее локализация – 3 (все из сельской местности) (рис.1).

У данных детей имело место приобретенный БЭ (корь, коклюш – 5, инородные тела- 2, ателектазы

– 3, ДБСТ - 10). У 35% больных детей было сочетание с хроническим бронхитом, у 25% больных сочетание с бронхиальной астмой и у 40% детей изолированная форма БЭБ (рис.2).

Из 20 детей, был оперирован 1ребенок с поражением средней доли правого легкого. Но мы придерживались тактики консервативного лечения больных детей, для поддержания стойкой клинической ремиссии, чтобы избежать оперативного вмешательства. Основными клиническими проявлениями бронхоэктатической болезни постоянный влажный кашель с мокротой, главным образом по утрам, относительно небольшими количествами, мокрота также отделялась в виде отдельных плевков. У наших детей отделение мокроты «полным ртом» как это описывалось во всем литературном данным, которое наблюдалось при классической БЭБ, наблюдалось редко. После проведенного консервативного лечения, проведения, с лечебно-диагностической целью бронхоскопии и введения данной категории пациентов ИГКС, повторные обострения воспалительного процесса в легких сократились до 1-2 раз в год. Также одышка и оральная крепитация больных беспокоила только в период обострения заболевания, в сравнении до получения комплексного лечения у данных больных. Деформации грудной клетки: уплощение или западение грудной клетки на стороне поражения встречалось у 70% детей, у 10% детей имело место утолщение ногтевых фаланг пальцев («барабанные палочки»). При функциональном исследовании внешнего дыхания выявляются чаще смешанные и рестриктивные вентиляционные сдвиги. Степень их выраженности зависел от распространенности патологического процесса в легких у больных. Для больных с распространенным процессом БЭБ были

характерны снижение величины форсированного выдоха, индекса Тиффно, изменение структуры легочных объемов, увеличение остаточного объема, уменьшение жизненной емкости легких. У больных с локализованным процессом функциональные нарушения были умеренной степени. Наиболее часто в мокроте больных с бронхоэктазами встречаются *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moracella catarrhalis*.

В заключение следует отметить, что бронхоэктатическая болезнь представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему, требующую пристального внимания не только педиатров, но и специалистов различного профиля. Необходимо длительное диспансерное наблюдение и организация системы реабилитации больных БЭБ, что позволит предотвратить осложнения, подавление инфекции и восстановление бронхиальной проходимости. К сожалению, большинство детей (до 46%) имеющих БЭБ остаются инвалидами и во взрослой жизни, что свидетельствует необходимости наблюдения за часто болеющими пациентами и диагностики аномалий развития бронхолегочного дерева.

Литература:

1. Каганов С.Ю. Современные проблемы пульмонологии детского возраста. Пульмонология 1992; 2: 6-12.
2. Гайдашева Э.А., Новиков В.Н. Объективные критерии диагностики врождённых пороков бронхолегочной системы у детей. Пульмонология 1994; 3: 51-53.
3. Зубков В.А., Смойленко В.А. Микробиологические аспекты этиологии и антибактериальной инфекции бронхолегочной инфекции. Пульмонология 2001; 3: 123-127.
4. Каганов С.Ю., Розина Н.Н. Хронические заболевания лёгких у детей: критерии их диагностики. М.2002, с.248.