



¹С.А. Мокия-Сербина, ²Д.И. Шульга

УПОРНО РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ОБСТРУКЦИЯ БРОНХОВ ПРИ ПРОСТОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

¹Днепропетровская государственная медицинская академия,

²Криворожский городской детский пульмонологический центр

Бронхообструктивный синдром – состояние, характеризующееся приступами экспираторной одышки вследствие бронхоспазма, нарушения бронхиальной проходности и гиперсекреции бронхиальных желез. Являясь основным выражением бронхиальной астмы, бронхообструктивный синдром может возникнуть при патологических состояниях бронхолегочного аппарата, а также некоторых внелегочных заболеваниях, когда возникает необходимость дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой. Под нашим наблюдением находилось 18 детей в возрасте от 3 до 16 лет с упорно рецидивирующей обструкцией бронхов. С направляющим диагнозом рецидивирующий обструктивный бронхит госпитализировано 3 больных, с диагнозом бронхиальная астма – 15. Из анамнеза болезни стало известно, что клинически выраженные проявления бронхиальной обструкции регистрировались не менее 5-6 раз в год на фоне ОРВИ. Каждый эпизод обструкции бронхов продолжался около 2-4 недель, сопровождался подъемом температуры тела до субфебрильных цифр. Проводимая консервативная контролирующая (интал, ингаляционные кортикостероиды), а также скорпомощная терапия на высоте обострения, с включением

β_2 -адреномиметиков, холинолитиков, системных кортикостероидов, по показаниям антибиотиков широкого спектра действия, была малоэффективной. У пациентов практически отсутствовала клиническая ремиссия заболевания. Атопический дерматит (покраснение и легкое шелушение кожи на щеках) зарегистрирован у 3 детей, пищевая и лекарственная аллергия у 4.

При поступлении в стационар у всех больных наблюдался субфебрилитет, влажный малопродуктивный кашель, умеренно выраженная экспираторная одышка, тимпанический звук при перкуссии грудной клетки, участки ослабления дыхания при аускультации с на-

личием сухих и влажных разнокалиберных хрипов. В клинических анализах крови отмечались умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом в формуле крови и небольшое повышение СОЭ. Количество эозинофилов не превышало норму. У 5 детей показатели общего иммуноглобулина Е превышали возрастную норму.

Проведенные нами дополнительные методы обследования (рентгенография, фибробронхоскопия, бронхография, реопульмонография, спирография, компьютерная томография) позволили диагностировать простую гипоплазию легких. Однако, описанных выше методов обследования оказалось недостаточно для исключения у всех больных бронхиальной астмы, что явилось показанием для включения в комплекс обследования реопульмонографии с определением показателей кровотока в каждой доле легкого и вычисления индекса обратимости. Показатели кровенаполнения определялись до и после проведения фармакологической пробы с 2.4% эуфиллина, который вводился внутривенно. Индекс обратимости вычисляли по формуле:

$$I_{\text{обр}} = \text{РИ}_1 - \text{РИ}_0 \setminus \text{РИ}_0$$

РИ_1 – реографический индекс перед проведением фармакологической пробы (усл.ед)

РИ_0 – реографический индекс после проведения фармакологической пробы (усл.ед)

При значении индекса обратимости меньше, чем 0,2 усл.ед. необратимый характер изменений в гипоплазированной зоне легкого подтверждался. При значении индекса обратимости больше чем 0,2 усл.ед. врожденный характер изменений легочной ткани мог быть исключен.

Таким образом, проведенные исследования с включением определения индекса обратимости при реопульмонографии кровотока свидетельствуют о высокой их диагностической значимости для выявления причин упорного рецидивирования бронхиальной обструкции у детей и определение тактики их целенаправленного лечения.

Сведения об авторе:

Мокия-Сербина С. А., д. мед. наук, профессор, зав. каф. педиатрии и клинической лабораторной диагностики ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии.

Адрес для переписки:

Мокия-Сербина С. А. 50047, г. Кривой Рог, ул. 23 Лютото, 55, ГКБ №8.