

оценке степени выраженности воспалительных изменений в стенке бронха и эффекта от базисной терапии.

30

БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ И ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Рожкова Л.В., Чердиченко А.М., Карцева И.В.

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург

Бронхообструктивный синдром относится к числу неотложных состояний у детей раннего возраста и требует оказания немедленной терапевтической помощи. Мы наблюдали 35 детей в возрасте от 2 мес. до трех лет с бронхообструктивным синдромом, развившимся на фоне острого и рецидивирующего бронхита. Все дети поступали в стационар в тяжелом состоянии, с субфебрильной или фебрильной температурой и признаками дыхательной недостаточности. На наличие бронхообструкции указывали шумное дыхание, экспираторная одышка, многочисленные свистящие хрипы в легких на выдохе.

Назначали препарат кленбутерол (спиропент), относящийся к селективным бета-2 агонистам. Препарат выпускается в форме сиропа, дозируется чайными и десертными ложками и доступен для применения детям раннего возраста.

У 20 из 35 больных после первых же приемов препарата наблюдали быстрый положительный эффект, заключающийся в прекращении шумного, свистящего дыхания и экспираторной одышки.

У 10 больных назначение бета-2-агонистов оказалось неэффективным, в связи с чем лечение было дополнено внутривенным введением 2,4% раствора эуфиллина из расчета 5-6 мг/кг и преднизолона 1-2 мг/кг.

Впервые в практике лечения детей младенческого и раннего возраста с бронхообструктивным синдромом был использован препарат беродуал (беротек+атровент) из расчета 1-2 капли раствора в 2 мл физиологического раствора через небулайзер (аппарат "Вояж"). Терапевтический эффект заключался в прекращении приступа бронхообструкции в течение 6-8 ч.

Выводы: при лечении детей младенческого и раннего возраста с бронхообструктивным синдромом в качестве средства неотложной помощи рекомендуется использование кленбутерола (спиропента): достаточно высокую эффективность показал беродуал, но применение его требует наличия специального приспособления (небулайзера) и ингалятора типа "Вояж".

31

ХАРАКТЕР МИКРОФЛОРЫ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПЕРИОД РЕМИССИИ У ДЕТЕЙ

Федоров И.А.

Государственная медицинская академия, г. Челябинск

Проблема влияния агентов на течение бронхиальной астмы является сложной, неоднозначной и далека от разрешения. Спектр представлений об участии инфекции в формировании и развитии бронхиальной астмы (БА) чрезвычайно широк: от полного отрицания значения до признания за ней ведущей роли в развитии этого патологического состояния. Однако учет этого фактора в перспективе может стать одним из резервов увеличения эффективности терапии тяжелых форм БА.

Обследовано 115 детей с тяжелым и среднетяжелым течением БА в период ремиссии. Группа детей с тяжелой БА составила 65 чел. При постановке клинического диагноза были использованы критерии Национальной программы (1997). Возраст пациентов - от четырех до 14 лет. Материалом для исследования послужили бронхоскопические смывы (115), полученные во время лечебно-диагностической бронхоскопии.

Установлены особенности слизистой бронхиального дерева при тяжелом течении БА в период ремиссии заболевания, характеризующиеся наличием в смывах *Str. Pneumoniae*, *Acinetobacter*, а также более частым выявлением *Chlamydia trachomatis*, чем при среднетяжелом течении заболевания. Вероятно, не следует преувеличивать значение обнаружения *Chlamydia trachomatis* при тяжелом течении БА в бронхиальном дереве, т. к. у здоровых детей нами были выявлены хламидии при исследовании эпителия ротовой полости в 46,7% случаев.

Предполагается, что хламидийная инфекция может приводить к утяжелению БА, выступая в роли триггера, благодаря ее способности повреждать мерцательный эпителий респираторного тракта, размножаться в альвеолярных макрофагах и индуцировать продукцию и секрецию флогогенных цитокинов.

Таким образом, особенностью периода ремиссии при тяжелом течении БА у детей является персистенция в бронхиальном дереве *Str. Pneumoniae*, *Acinetobacter*, а также *Chlam. Trachomatis* в 62,8% случаев, что существенно больше, чем при среднетяжелом течении заболевания.

32

ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Федоров И.А., Жаков Я.И., Чупрынина А.И., Степанов О.Г.

Государственная медицинская академия, г. Челябинск

Новая концепция патогенеза бронхиальной астмы у детей предопределила новую стратегию терапии, основанную на проведении противовоспалительной терапии. Ингаляционные кортикостероиды считаются наиболее эффективными препаратами, которые применяются как короткими курсами при лечении обострения, так и длительно при терапии тяжелых форм бронхиальной астмы (БА). Под нашим наблюдением находилось 65 детей с тяжелыми формами атопической БА с общей длительностью заболевания от 5 до 10 лет. Возраст пациентов - 4-14 лет. Десять детей получали полноценную базисную терапию ингаляционными кортикостероидами в течение от 6 мес. до 1,5 лет. Определение количества популяций и субпопуляций лимфоцитов периферической крови проводилось путем идентификации CD-молекул, экспрессированных на мембране клеток. Материалом для исследования послужили также биоптаты слизистой бронхиального дерева, полученные во время лечебно-диагностической бронхоскопии.

Проведенная работа выявила в группе детей, длительно и регулярно применяющих ингаляционные кортикостероиды, достоверное снижение абсолютного числа лимфоцитов CD 3, CD 7, CD 4 и CD 8 (соотношение CD 4 и CD 8 при этом существенно не менялось), а также было установлено снижение в циркуляции абсолютного числа лимфоцитов, экспрессирующих маркеры активации CD 25, CD 71 (соответственно рецепторы к интерлейкину 2 и трансферрину). Патоморфологически у детей с тяжелыми формами БА в десяти случаях выявлен хронический катарально-склеротический бронхит, в остальных случаях (17) определялся хронический катаральный бронхит. Повторные биопсии на фоне проводимого лечения ингаляционными кортикостероидами показали наличие инволюционирующего (обратимого) склероза и улучшение капиллярного кровотока (по объемной доле коллагеновых волокон и кровеносных сосудов).

Таким образом, полученные иммуноморфологические данные свидетельствуют о эффективном влиянии ингаляционных кортикостероидов на уровне респираторного тракта и клеточного иммунитета у детей с тяжелыми формами БА.

33

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛИЗИРОВАННОГО БЕРОДУАЛА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ОРВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Царькова С.А.

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург

Развитие острого бронхообструктивного синдрома (ОБОС) нередко осложняет течение вирусного кroupa у детей. В комплекс патогенетической терапии ОБОС необходимо включение бронходилататоров (БД) как препаратов, влияющих на релаксацию гладкой мускулатуры всех отделов бронхиального дерева. Примером такого препарата, широко используемого в терапии ОБОС, является эуфиллин (Э). Вместе с тем, в официальной фармакологии не рекомендуется в/в введение Э детям до 14 лет из-за возможного развития осложнений. Кроме того, отсутствие в большинстве клиник мониторингирования кон-