

БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М.

Кыргызско - Российский Славянский Университет им. Б.Н.Ельцина, кафедра педиатрии, г.Бишкек

Резюме: освещены вопросы этиопатогенеза, клиничко-диагностические аспекты бронхоэктатической болезни у детей.

Ключевые слова: бронхоэктатическая болезнь, дети, бронхоскопия, бронхография.

БАЛДАРДЫН БРОНХОЭКТАЗ ООРУСУ

Мыкыев К.М.

Кыргыз-Орус Славян Университети, медицина факультети, педиатрия кафедрасы, Бишкек шаары

Корутунду: балдардагы бронхоэктаз оорусунун келип чыгышы, өсүү жолу жана оорунун белгилери, аныктоо жолдору берилген.

Негизги сөздөр: бронхоэктаз оорусуу, балдар, бронхоскопия, бронхография.

BRONCHOECTASIS IN CHILDREN

Mykyev K.M.

Kyrgyz - Russian Slavic University after the name of B.N.El'cin, pediatric department, Bishkek city

Resume: There have been analyzed questions of ethiopathogenesis,diagnostical and clinical aspects of bronchoectasis in children.

Key words: bronchoectasis, children, bronchoscopy, bronchography.

Актуальность. Среди нагноительных нагноительных заболеваний легких у детей, по частоте бронхоэктатическая болезнь занимает первое место. Частота распространенности бронхоэктазий у детей колеблется от 0,5 до 1,7% [1,3,4] Впервые это заболевание описано Лазнеком в 1819 г, однако до настоящего времени этиология и патогенез не могут считаться окончательно выясненным [11]. Ряд авторов предлагают термины «бронхоэктазы», «бронхоэктазио», но считается более оправданной позиция [12], считающих что «бронхоэктатическая болезнь» - это комплекс клиничко-морфологических проявлений, не только поражение бронхов, но и всех элементов легочной ткани.

Этиология. Бронхоэктатическая болезнь – полиэтиологическое заболевание. В ряде случаев возможен врожденный характер бронхоэктазий; чаще встречаются так называемые дизонтогенетические бронхоэктазии – возникающие в результате патологического воздействия на формирующееся легкое (т.к. процесс формирования заканчивается к 7-10 годам) [11]. Существуют мнения о ведущей роли хронического воспаления бронхиальной стенки в генезе бронхоэктазий [12]. В то же время необходимо отметить формирование ателектатических бронхоэктазий в результате нарушений бронхиальной проходимости и при чинами могут быть – инородные тела длительно находившиеся в просвете бронха [9], ателектазы сопровождающие пневмонии и бронхиты, и сдавление бронха извне лимфоузлами [11]. Некоторые авторы считают, что ведущая роль в формировании хронического бронхолегочного процесса принадлежит острой пневмонии возникающей в раннем возрасте (87,5%), после ОГДП до 14,5%[3,4,11]. Определенную роль может сыграть муковисцидоз [11],

при котором возникают благоприятные условия для развития ателектазов.

Патогенез. Морфологическая картина бронхоэктазий характеризуется прогрессирующими дистрофическими и атрофическими изменениями всех структурных элементов стенки бронха. Поражение нервной системы ведёт к нарушению функции бронхов – ослаблению тонуса, снижению сократительной способности и перистальтики. Постоянное приступообразное повышение внутрибронхиального давления ведёт к дальнейшему расширению бронхов, присоединению вторичной инфекции, перибронхиальным склеротическим изменениям, пневмосклерозам.

Клиника. Характерным для бронхоэктатической болезни как у большинства больных с хроническими нагноительными заболеваниями легких у детей является в большинство случаев начало в 3-5 лет. Дети в анамнезе со слов родителей перенесенные в первые месяцы жизни «бронхиты», «ОРЗ», «пневмонии». С течением времени ребенок часто простужается, обычным явлением становятся повышение температуры сопровождающиеся усилением кашля. Подъем температуры длится не более 3-5 дней и состояние детей страдает мало. Постепенно обострения принимает сезонный характер, несколько раз в год характерно в период ремиссии «покашливания», симптом «утреннего шлевка» т.е. поднимаясь с постели, ребенок откашливает и отплеживает гнойную мокроту (почти у детей старше 3-х лет). При значительном объеме поражения две и более доли увеличивается количество мокроты, принимает стойкий гнойный характер, изредка отмечается неприятный запах изо рта.

Таким образом, опорными признаками в анамнезе у детей при бронхоэктатической болезни являются:

-раннее начало, частые обострения процесса, сезонность обострений;

-постепенно нарастающее количество отделяемой мокроты, «симптом утреннего плевка», покашливание период ремиссии;

-некоторое отставание в развитии, быстрая утомляемость;

-многократное малоэффективное лечение в стационарах, санаториях.

Диагностика. Осмотр ребенка дает уточняющий диагноз. Прежде всего, отставание в физическом развитии, бледность кожи, изменения пальцев в виде барабанных палочек и ногтей в виде часовых стекол (рис.1), особенно у детей с запущенными формами. Грудная клетка у 70% больных с бронхоэктазиями различные виды деформации, часто у 34,5% асимметрич-



Рис.1

Лабораторные и общеклинические исследования детей с бронхоэктатической болезнью редко выявляют какие-либо серьезные отклонения изменения показателей внешнего дыхания (ВД) и газов крови в период ремиссии находятся в прямой зависимости от объема поражения, сопутствующих поражений.

Таким образом, опорными признаками при бронхоэктатической болезни при объективном исследовании являются:

- деформация грудной клетки, отставание пораженной половины в акте дыхания, западение её;

-смещение сердце в сторону локализации очага поражения (типично для ателектатических бронхоэктазий);

- симптом «стабильной локализации» хрипов, наличие крепитирующих хрипов.

При обзорной рентгенография отмечается: - смещение тени средостения в сторону локализации поражения, наличие добавочных теней, ателектазов, инфильтратов, деформация легочного рисунка, тяжесть, ячеистость (рис.3).

ные деформации, западение пораженной половины грудной клетки (рис.2). При осмотре отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания, некоторое опущения угла лопатки, сближение ребер, сужение межреберных промежутков, западение пораженной половины грудной клетки. Перкуссия – может не выявить каких-либо отчетливых отклонений, однако при ателектатической бронхоэктазии смещения сердца в сторону локализации поражения. Аускультативно типичным для бронхоэктатической болезни это крепитирующие, трескучие хрипы. В период обострения процесса появляются обильные влажные разнокалиберные хрипы. Патогномичным при аускультации симптомом является симптом «стабильной локализации» хрипов (над пораженным участком хрипы выслушиваются и вне обострения, постоянно).



Рис.2

Бронхоскопия является решающим методом в диагностике. При бронхоскопии необходимо убедиться на отсутствие или наличие инородного тела, ателектазов, сдавлений, состояние слизистой бронхов, наличие и характер мокроты. Характерно - диффузный катаральный или гнойный эндобронхит, наличие гнойного отделяемого поступающее из устья пораженного бронха. Диагностическая бронхоскопия завершается лечебной санацией, промыванием бронхов. При необходимости проводят повторный курс лечебной бронхоскопии. При бронхографии – определяют различные формы (цилиндрические, мешотчатые, веретенообразные, смешанные) расширение бронхов (рис. 4) той или иной анатомической структурной единицы (субсегмента, сегмента, доли, легкого). Из современных методов в диагностике бронхоэктатической болезни в последние годы применяются компьютерная и магнитно-резонансная томография грудной клетки (КТ И ЯМРТ).



Рис.3

Дифференциальная диагностика: на ранних этапах и в поликлинических условиях проводят с бронхиальной астмой. В отличие от бронхоэктазии, в этих случаях бывает более выраженная приступообразность дыхательной недостаточности, хрипы выслушиваются над поверхностью обоих лёгких и быстро исчезают по окончании приступа.

При рецидивирующей затяжной пневмонии процесс, в отличие от бронхоэктазии, локализуется в ткани лёгкого, поэтому проявления бронхита уходят на задний план.

Многих больных с бронхоэктазами раньше необоснованно лечили от туберкулёза. В дифференциальной диагностике необходимо учитывать анамнез. Контакт с больным туберкулёзом, неясные повышения температуры тела без рентгенологической картины пневмонии требуют проведения туберкулиновых проб.

В клинических условиях бронхоэктазию приходится дифференцировать от различных пороков развития бронхолёгочной системы, осложнённых гнойным воспалительным процессом. В этих случаях помогает обзорная рентгенография грудной клетки, проведения бронхоскопии и бронхографии.

По частоте локализации бронхоэктазий выглядит следующим образом: нижняя доля и язычковые сегменты левого лёгкого; нижняя доля правого лёгкого, средняя доля правого лёгкого, нижняя и средняя доля правого лёгкого, тотальное поражение лёгкого, верхняя доля правого лёгкого. Течение и прогноз бронхоэктатической болезни неблагоприятны – рано или поздно присоединяются тяжёлые осложнения в виде легочно-сердечной недостаточности, амилоидоза, прогрессирования и затек гноя в другие отделы лёгкого.

Лечение бронхоэктатической болезни: Консервативная терапия как подготовка к операции, санация трахеобронхиального дерева.

Методы операции: классическое удаление сегмента, группы сегментов, доли и т.д. В 1978 г. Э.А.Степановым разработан метод изолированной экстирпации поражённых бронхов.

Противопоказания к операции:

1. Относительные - а) цилиндрические бронхоэктазии отдельных сегментов при спокойном клиническом течении; б) цилиндрические бронхоэктазии связанные с инородным телом бронха при сроке не более 3-6 мес. В этих двух случаях показана энергичная те-



Рис.4

рапия – бронхоскопическая санация, санаторное лечение, лечение бронхита в течение 1 года.

2. Абсолютные - а) диффузные рассеянные бронхоэктазии мозаичной локализации; б) 2-х сторонние субтотальные поражения, когда непораженным остаётся менее 2-х долей; в) выраженный амилоидоз или легочно-сердечная недостаточность.

Дети с бронхоэктатической болезнью должны:

1) лечиться в специализированных отделениях по специальной программе;

2) параллельно с обследованием проводятся лечебные направленные на санацию трахеобронхиального дерева, обеспечение адекватного дыхания (ингаляция с муколитиками, бронхоскопическая санация, постуральный дренаж, нормализация гомеостаза);

3) операция не ранее чем 5-7 дня после бронхографии и восстановления пока-зателей ВД;

4) после выписки – лечение в специализированном санатории энергичная терапия послеоперационного и остаточного бронха (ЛФК, ингаляция, отхаркивающие и т.д.).

Литература

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т.М. Детская хирургия. 1-е издание на русском языке. СПб.: Хардфорд, 1996.
2. Вельтишев Ю.Е. Врожденные и наследственные заболевания легких у детей. М.: «Медицина». 1986.
3. Детская торакальная хирургия. / Под редакцией В.Н.Стручкова., А.Г.Пугачёва. М.: «Медицина». 1975. – С. 247-67.
4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. М.: «Медицина», 1978.
5. Крофтон Д., Дуглас А. Заболевания органов дыхания. М.: «Медицина» – С. 378-92.
6. Либов С.Л., Ширяева К.Ф. Гнойные заболевания легких и плевры у детей. Л., 1973.
7. Педиатрия. Учебник под ред. Н.П.Шавалова, СПб., 2007. - С. 543-45.
8. Подкаменев В.В. Хирургические болезни детского возраста. М.: Москва, 2005.
9. Хирургические болезни детского возраста под редакцией академика РАМН Ю.Ф.Исакова. Москва, 2004., т.1.

10. Пугачёв А.П., Ормантаев К.С. Двухсторонние хронические нагноительные заболевания легких у детей. Алма-Ата, 1973.

11. Рокицкий М.Р. Хирургические заболевания легких у детей. М.: Медицина, 1988. -С. 253-80.

12. Струков А.И., Кодолова И.М. Хронические неспецифические заболевания легких. М., 1970.