

имплантация мини-шунта Ex-Pressi или установка дренажной системы Ahmed.

Выводы.

1. РГ представляет собой наиболее тяжелую категорию больных глаукомой, которая сопровождается выраженными изменениями путей оттока внутриглазной жидкости, пролиферацией тканей глаза, рубцеванием и неоваскуляризацией, ведущими к стойкому повышению ВГД, что требует индивидуального подхода как к выбору метода хирургического лечения, так и более тщательному дооперационному обследованию с использованием современных методов визуализации структур переднего отрезка глаза (Visant OCT).

2. При выборе метода хирургического лечения необходимо учитывать степень рефрактерности ПОУГ. При низких и средних степенях рефрактерности может быть использован классический подход к выбору хирургического лечения (СТЭ), а наличие высокой степени рефрактерности диктует применение дренажных устройств различной модификации.

3. Использование фильтрующих операций в сочетании с применением дренажей различной модификации является наиболее предпочтительным методом выбора хирургического лечения пациентов с рефрактерной глаукомой, который обеспечивает стойкую нормализацию ВГД.

Литература

1. Бессмертный, А.М. Система дифференциального хирургического лечения рефрактерной глаукомы: автореф. дис. ...д-ра мед. наук : 14.00.08 / А.М. Бессмертный; Моск. НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Росздрава. – М., 2006. – 43 с.

2. Еричев, В.П. Рефрактерная глаукома: особенности лечения / В.П. Еричев // Вестн. офтальмол. – 2000. – № 5. – С.8 – 10.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Байгом С.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В последнее десятилетие в структуре заболеваний органов дыхания отмечено отчетливое повышение удельного веса обструктивных бронхитов [2, 4]. Острый обструктивный бронхит относится к наиболее актуальным проблемам современной педиатрии. Это обусловлено высокой заболеваемостью, тяжестью течения, возможностью рецидивирования бронхообструктивного синдрома [1, 2, 5].

Обструктивный бронхит у детей – это воспалительное поражение бронхиального дерева, протекающее с явлением обструкции, т. е. нарушением проходимости бронхов. Течение обструктивного бронхита у детей сопровождается малопродуктивным кашлем, шумным свистящим дыханием с форсированным выдохом, тахипноэ,

дистанционными хрипами. Частота обструктивного бронхита в структуре бронхо-легочных заболеваний, по данным различных авторов, колеблется от 5 до 40% [1, 2, 3].

У детей раннего возраста от 5 до 50 % случаев острых респираторных инфекций (ОРИ) осложняются бронхообструктивным синдромом, основной причиной формирования которого является острый обструктивный бронхит [1, 2]. Практически у каждого второго ребенка с ОРИ в клинической картине имеет место та или иная степень выраженности бронхиальной обструкции [5].

Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста уже на протяжении многих лет привлекает внимание ученых и практических врачей, что связано с гетерогенностью его генеза и трудностями диагностики, особенно в раннем возрасте [2].

Цель исследования - изучить особенности клиники и лабораторных показателей острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

Методы исследования. Было обследовано 150 детей (95 мальчиков и 55 девочек) первых 3 лет жизни, выбранных произвольным путем, с острым обструктивным бронхитом, которые проходили лечение в пульмонологическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы. По возрасту, пациенты были разделены на 3 группы: до года - 83 ребенка, 1-2 года - 39 детей и 2-3 года - 28 детей. Всем детям проводилось комплексное клиническое обследование с учетом жалоб, анамнестических данных, результатов физикальных методов обследования, общеклинических лабораторных и рентгенологических обследований органов грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. Дети первого года жизни болели острым обструктивным бронхитом чаще (55,3%), чем второго (26,0%) и третьего года жизни (18,7%), $p < 0,05$. У мальчиков (63,6%) обструктивный бронхит отмечался чаще, чем у девочек (36,4%), $p < 0,05$. Данные возрастно-половой структуры острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста представлены в таблице.

Таблица - Возрастно-половая структура острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста

Дети	Возраст			Всего (абс./%)
	до 1 года	1-2 года	2-3 года	
мальчики	52	26	17	95/63,6*
девочки	31	13	11	55/36,4
Всего (абс./%)	83/55,3*	39/26,0	28/18,7	150/100

Примечание: * - $p < 0,05$ по возрасту и полу

Основная часть детей поступала с признаками острой респираторной инфекции, которые проявлялись ринитом (87,5%), фарин-

гитом (90%), катаральным отитом (по 10%), реже конъюнктивитом (5%).

Более частая заболеваемость и тяжелое течение острого обструктивного бронхита отмечались у детей с перенесенной антенатальной и перинатальной патологией (79,7% случаев). В числе неблагоприятных факторов анамнеза отмечалась акушерско-гинекологическая патология матерей, представленная гестозами беременности (73,4%), предшествующими абортами (52,6%), приемом лекарственных препаратов во время беременности (48%), патологией в родах (42%), что соответствует литературным данным [3]. Раннее искусственное вскармливание достоверно чаще имело место у обследованных детей, чем естественное - соответственно 64,8% и 35,2%, $p < 0,05$. У 37,4% обследованных детей выявлена отягощенность генеалогического анамнеза по аллергическим заболеваниям. Пищевая аллергия была отмечена у 54,6% детей с острым обструктивным бронхитом.

Обструктивный синдром развивался на $3,7 \pm 0,3$ сутки от начала респираторного заболевания и продолжался $6,3 \pm 0,7$ дней. Одышка возникала у всех пациентов и имела преимущественно экспираторный характер (75%). Лихорадка отмечалась у 57,5% детей и длилась $3,4 \pm 0,5$ дней. Субфебрильная температура была выявлена у 25% детей. Частый продуктивный кашель имел место у 36,4% детей, редкий малопродуктивный кашель отмечался у 63,6% детей, что связано с недостаточным мукоцилиарным клиренсом в этом возрастном периоде [4]. Кашель продолжался в течение $9,7 \pm 5,0$ дней. Дыхательная недостаточность 1 степени была установлена у 85,3% детей с острым обструктивным бронхитом, дыхательная недостаточность 2 степени - у 14,7% чаще встречалась у мальчиков и у детей первого года жизни.

При перкуссии легких у всех детей отмечался легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких выслушивалось жесткое дыхание, удлиненный выдох, сухие свистящие и рассеянные влажные хрипы над всей поверхностью легких. Рентгенологически у всех обследованных детей выявлены признаки бронхита.

У детей первого года жизни острый обструктивный бронхит отличался развитием бронхообструкции в первый день заболевания ($0,7 \pm 0,08$ дней), формированием преимущественно более тяжелых форм с преобладанием дыхательной недостаточности 2 степени (67,8%), развитием смешанной одышки. Сопровождался навязчивым сухим, приступообразным кашлем (83,4%), диффузными влажными разнокалиберными хрипами при аускультации (53,3%), более длительным течением заболевания ($11,3 \pm 2,6$ дней) по сравнению со 2-й и 3-ей возрастными группами, $p < 0,05$.

Нами проведен анализ показателей периферической крови у детей с острым обструктивным бронхитом в зависимости от возраста. В периферической крови определялись признаки острого воспалительного процесса в виде лейкоцитоза у 37,4% случаев, лимфоцитоза у 64,8% детей и ускоренной СОЭ - у 82,5% обследованных. Уровень лейкоцитов ($\times 10^9/\text{л}$) в крови у детей на первом году жизни составил $11,7 \pm 0,8$, 1-2 года - $8,6 \pm 0,8$, 2-3 года - $8,9 \pm 1,2$. Количество лимфоцитов (%) в крови у детей первого года жизни было $61,3 \pm 0,1$, 1-2 года - $58,2 \pm 0,8$, 2-3 года - $56,2 \pm 0,7$, что может свидетельствовать о вирусной этиологии заболевания. Показатель СОЭ (мм/ч) у детей первого года жизни составил $12,4 \pm 5,2$, от 1 года до 2 лет - $11,8 \pm 5,4$, от 2 до 3 лет - $8,9 \pm 3,4$. Со стороны красной крови у 37% наблюдавшихся детей выявлено снижение Hb до 100-110 г/л, преимущественно у детей первого года жизни.

Выводы

1. Острый обструктивный бронхит у детей раннего возраста наиболее часто отмечается на первом году жизни, преимущественно у мальчиков.
2. В развитии острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста имеют значение неблагоприятные факторы семейного анамнеза, патологическое течение беременности и родов у матери, особенности преморбидного фона в постнатальном периоде.
3. Клиническая картина острого обструктивного бронхита у детей первого года жизни отличается более выраженным и длительным течением заболевания.
4. При лабораторном обследовании пациентов в периферической крови выявлены признаки острого воспалительного процесса в виде лейкоцитоза, лимфоцитоза, ускоренной СОЭ и анемии легкой степени тяжести.

Литература

1. Германова, О.Н. Бронхообструктивный синдром у детей с инфекциями респираторного тракта / О.Н. Германова, М.В. Голубева, Л.Ю. Барычева // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2010. - № 4. - С. 42-48.
2. Зайцева, О.В. Бронхообструктивный синдром у детей / О.В. Зайцева // Педиатрия. - 2005. - № 4. - С. 94-104.
3. Недельская, С.Н. Факторы риска развития острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста / С.Н. Недельская [и др.] // Здоровье ребенка. - 2007. - № 3(6). - С. 14-17.
4. Сорока, Ю.А. Бронхообструктивный синдром в педиатрической практике / Ю.А. Сорока // Здоровье ребенка. - 2006. - № 2. - С. 77-81.
5. Ткаченко, Ю.П. Повторяющийся обструктивный бронхит у детей раннего возраста / Ю.П. Ткаченко, Е.В. Усачева // Врачебная практика. - 2000. - № 1. - С. 49-52.