

сохраняющимся повреждением мерцательного эпителия. В первые 2 года возможен летальный исход заболевания. При цитоморфологическом исследовании бронхиального смыва у детей с БЛД выявлены признаки хронического воспаления слизистой оболочки нейтрофильно-лимфоцитарного характера, значительное повреждение и метаплазия эпителия бронхов. Микробиологическое исследование смывов не позволило получить объективных доказательств участия микробной флоры в формировании воспалительных изменений. Своевременная диагностика позволит начать патогенетическую терапию и снизить возможность неблагоприятного исхода в течение первых лет жизни, обеспечить у большинства детей клиническое выздоровление после 4 лет, предотвратить развитие хронического бронхолита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 1996; 2: 71–75.
2. Bancalari E., Abdenour G.E., Feller R. et al. Bronchopulmonary dysplasia clinical presentation. J. Pediatr. 1979; 95: 819–823.
3. Farrell P.A., Fiascone J.M. Strategies for the prevention of bronchopulmonary dysplasia and chronic lung disease of infancy in the 1990. Neonat. Respir. Dis. 1988; 8 (3): 1–12.
4. Farrell P.A., Fiascone J.M. Bronchopulmonary dysplasia in the 1990. A review for the pediatrician. Curr. Probl. Pediatr. 1998; 27: 129–163.
5. Hislop A.A. Bronchopulmonary dysplasia: ante- and postnatal. Pediatr. Pulmonol. 1997; 23: 71–75.
6. Margraf L.R., Tomashefsky J.F., Bruce M. et al. Morphometric analysis of the lung in bronchopulmonary dysplasia. Am. Rev. Respir. Dis. 1991; 143: 391–400.
7. Northway W.H. Bronchopulmonary dysplasia: then and now. Am. J. Dis. Child. 1990; 65: 1076–1081.

Поступила 05.12.01

© РОКИЦКИЙ М.Р., ГРЕБНЕВ П.Н., 2002

УДК 616.24–036.12–053.2–089

М.Р.Рокицкий, П.Н.Гребнев

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии Казанского государственного медицинского университета

SOME DEBATABLE QUESTIONS OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC NON-SPECIFIC LUNG DISEASES IN CHILDREN

M.R.Rokitsky, P.N.Grebnev

Summary

A number of children with chronic non-specific lung diseases requiring surgical treatment has reduced last decades due to improved therapy of pneumonia in children and to diminution in number of congenital lung defects. A discussion of surgical treatment for chronic non-specific lung diseases in children generally considers particular problems; principal points in this field are thought to be solved. The main point is an early revelation of children with pathology suspicious for chronic non-specific lung diseases and timely qualified X-ray and bronchological examination.

Резюме

За последние 10-летия значительно уменьшилось число детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ), требующими хирургического лечения, за счет более совершенной терапии у детей, а также снижения числа врожденных пороков легких. Дискуссия по вопросам хирургического лечения ХНЗЛ у детей ведется в основном по частным вопросам, основные же проблемы в этой области могут считаться решенными. Главным остаются раннее выявление детей с подозрительной на ХНЗЛ патологией и своевременное осуществление квалифицированного рентгенологического и бронхологического обследований.

Настоящее сообщение основано на 40-летнем опыте хирургического лечения хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) у детей, включающем более 4000 одномоментных двусторонних бронхографий и более 2500 радикальных операций

по поводу ХНЗЛ у детей — клиники детской хирургии, руководимые профессорами *С.Л.Либовым* (1959–1967 гг.) и *М.Р.Рокицким* (1967–1999 гг.).

За последние 10-летия подходы к хирургическому лечению ХНЗЛ у детей претерпели серьезные изме-

БЕКЛОФОРТЕ

Беклометазона дипропионат
Дозированный аэрозоль для ингаляций:
200 доз по 250 мкг

Сокращение количества ингаляций по сравнению с низкодозными препаратами беклометазона дипропионата (БДП)

- ✓ Удобство применения для пациента
- ✓ Повышение комплаентности
- ✓ Снижение курсовой стоимости лечения по сравнению с низкодозными препаратами БДП
- ✓ Высокая репутация компании производителя – лидера на мировом рынке антиастматических препаратов

Пять доз Бекотида в одной ингаляции



Это сильно!

БЕКЛОФОРТЕ

Беклометазона дипропионат

Состав препарата и форма выпуска

Дозированный аэрозоль для ингаляций Беклофорте содержит 200 доз по 250 мкг беклометазона (в форме беклометазона дипропионата) в качестве действующего вещества.

Фармакологические свойства

Глюкокортикостероид для местного применения с выраженным противовоспалительным эффектом.

Показания к применению препарата

Базисная противовоспалительная терапия различных форм бронхиальной астмы у взрослых и детей 4 лет и старше.

Способ применения и рекомендуемые дозы

Беклофорте предназначен только для ингаляционного введения.

Рекомендуемые начальные дозы препарата:

Взрослые и подростки в возрасте 12 лет и старше

- бронхиальная астма легкой степени тяжести – 500 мкг/сут;
- бронхиальная астма средней степени тяжести – 750 – 1000 мкг/сут;
- бронхиальная астма тяжелой степени – 1000 – 2000 мкг/сут.

Дети в возрасте от 4 до 12 лет

- бронхиальная астма легкой степени тяжести – следует использовать ингалятор Бекотид, содержащий 50 мкг беклометазона дипропионата в одной дозе, так как рекомендуемые дозы ингаляционного беклометазона дипропионата составляют до 400 мкг в сутки;
- бронхиальная астма средней степени тяжести – по 250 мкг 2 раза в сутки;
- бронхиальная астма тяжелой степени – по 250 мкг 3 раза в сутки.

Побочные эффекты

У некоторых пациентов могут развиваться кандидоз полости рта и горла, охриплость голоса или раздражение слизистой оболочки глотки, которые могут быть предупреждены полосканием полости рта и горла водой сразу после ингаляции или применением спейсера. В редких случаях возможно возникновение парадоксального бронхоспазма и аллергических реакций. При длительном применении в максимальных дозах возможно снижение функции коры надпочечников.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к любому компоненту препарата.
При беременности применение Беклофорте возможно, когда ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода.

Для получения дополнительной информации обращайтесь в представительство GlaxoSmithKline по адресу:
Россия, 117418 Москва, ул. Новочеремушкинская, 61, тел. (095) 777 8900, факс (095) 777 8901.



GlaxoSmithKline

Lassamed

Компания
"ЛАССМЕД"

Москва, ул. М. Трубецкая, д.8 (здание ММА им. Сеченова), левое крыло, эт.12
Тел./факс: (095) 956-26-88; E-mail: sales@lassamed.com, www.lassamed.ru

СПИРОМЕТРЫ ДЛЯ ДЕТСКОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Спирометры фирмы Micro Medical Ltd. (Великобритания) адаптированы для проведения исследований у детей любого возраста, в т.ч. неспособных к форсированным маневрам.

- ✓ Ручные, портативные и стационарные
- ✓ 3 - 44 показателя, в т.ч. FVC, FEV1, PEF
- ✓ Процент изменения результатов (тренды)
- ✓ Динамика показателей до- и после приема бронхолитических средств
- ✓ Должные значения
- ✓ Специализированная для детей программа с "жевательной резинкой"
- ✓ Оценка бронхиального сопротивления
- ✓ Турбинный датчик, не требующий калибровки
- ✓ Память и возможность подключения к ПК



Гарантийное и постгарантийное сервисное обслуживание, обучение, ремонт

Micro Medical Limited
PO Box 6, Rochester, Kent, ME1 2AZ, UK
www.micromedical.co.uk

Micro
Medical

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бенакорт®

БУДЕСНИД

глюкокортикостероид для базисной
терапии бронхиальной астмы
порошок для ингаляции

Сальбен®

САЛЬБУТАМОЛ

высокоэффективный стимулятор
 β_2 - адренергических рецепторов
порошок для ингаляции

Сальгим®

САЛЬБУТАМОЛА ГЕМИСУКЦИНАТ
высокоэффективный стимулятор
 β_2 - адренергических рецепторов
раствор для ингаляции
порошок для ингаляции
таблетки

Сальтос®

САЛЬБУТАМОЛА ГЕМИСУКЦИНАТ
селективный стимулятор
 β_2 - адренергических рецепторов
таблетки с пролонгированной
бронхолитической активностью

Пульмотест

УКАЗАТЕЛЬ ПИКОВОЙ
СКОРОСТИ ВЫДОХА

Небулайзер Вояж

КОМПРЕССОРНЫЙ АЭРОЗОЛЬНЫЙ
ИНГАЛЯТОР

ГЛУБОКИЙ СОН БЕЗ ПРИСТУПОВ
ЛЕГКОЕ УТРЕННЕЕ ДЫХАНИЕ
РЕГУЛЯРНАЯ АКТИВНАЯ РАБОТА
ПОЛНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ С НОРМАЛЬНЫМ
КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ, БЕЗ ЭКСТРЕННЫХ ВЫЗОВОВ ВРАЧА
ОТСУТСТВИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЦЕНЫ И КАЧЕСТВА



ПУЛЬМОМЕД

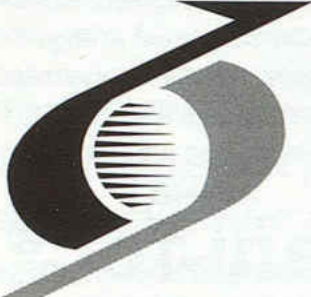
Производство лекарственных препаратов
для базисной терапии бронхиальной астмы

117071, Москва, Ленинский проспект, д. 33, корп. 3, этаж 3. Тел/факс (095) 954-6550.

Aventis Pharma



УДОБНЫЙ АНТИБИОТИК.

 **ТАВАНИК**
(левофлоксацин)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДТВЕРЖДЕНА
У 150,000,000 ПАЦИЕНТОВ.



**УВЕРЕННАЯ
ПОБЕДА НАД
БРОНХОСПАЗМОМ!**

Форадил формотерол®

МГНОВЕННЫЙ эффект ДЛИТЕЛЬНОЕ действие

Краткое описание: селективный бета2-адреномиметик. **Состав и форма выпуска:** формотерола фумарат. Порошок для ингаляций в капсулах. 1 капсула – 12 мкг. **Показания:** профилактика и лечение бронхоспазма у больных с обратимым обструктивным заболеванием дыхательных путей, таким, как бронхиальная астма. Профилактика бронхоспазма, вызванного вдыхаемыми аллергенами, холодным воздухом или физической нагрузкой. Профилактика и лечение нарушений бронхиальной проходимости у больных с обратимым или необратимым хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), в том числе хроническим бронхитом и эмфиземой. **Дозирование:** для взрослых доза препарата для регулярной поддерживающей терапии составляет 12-24 мкг (содержимое 1-2 капсул) 2 раза в день. Детям в возрасте 5 лет и старше для регулярной поддерживающей терапии бронхиальной астмы назначают по 12 мкг два раза в день. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к активному веществу или лактозе. **Предостережения:** после начала терапии Форадилом больным бронхиальной астмой следует продолжать противовоспалительную терапию, в частности, глюкокортикоидами, без изменения режима дозирования. Необходимо соблюдать осторожность у больных ишемической болезнью сердца, нарушениями сердечного ритма и проводимости, особенно при атриовентрикулярной блокаде III степени, тяжелой сердечной недостаточностью, идиопатическим подклапаным аортальным стенозом, гипертрофической обструктивной кардиомиопатией, тиреотоксикозом, при наличии или подозрении на удлинение интервала QT. У больных сахарным диабетом рекомендуется дополнительный контроль гликемии. Избегать применения в периоды беременности и кормления грудью. **Взаимодействия:** хинидин, дигопирамид, прокаинамид, фенотиазины, антигистаминные препараты, трициклические антидепрессанты, ингибиторы MAO, симпатомиметики, производные ксантина, стероиды, диуретики, препараты дигиталиса, бета-адреноблокаторы. **Побочные действия:** иногда: тремор, сердцебиение, головная боль. Редко: судороги в мышцах, миалгии, тахикардия; возбуждение, головокружение, нервозность, бессонница, усиление бронхоспазма, раздражение ротоглотки. В отдельных случаях: реакции гиперчувствительности, в том числе тяжелая артериальная гипотензия, ангионевротический отек. **Упаковка:** 30 капсул в упаковке в комплекте с Аэролайзером®. **Примечание:** Прежде, чем назначить препарат, пожалуйста, внимательно прочитайте полную информацию о препарате.

 **NOVARTIS**

Полную информацию о препарате ФОРАДИЛ® можно получить в представительстве компании **Новartis Фарма Сервисес Инк.:**
103104 Москва, Б. Палашевский пер., 15; тел.: (095) 967-1270, 969-2175; факс: (095) 967-1268.

Беродуал®

БЕРОДУАЛ® дозированный ингалятор

БЕРОДУАЛ® дозированный ингалятор — высокоэффективная, безопасная, уникальная комбинация β_2 -агониста (фенотерол) и антихолинэргического препарата (ипратропиум бромид)

- ▶ Препарат первого выбора при сочетании астмы и ХОБЛ
- ▶ Первый выбор при астме у пациентов пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями ССС
- ▶ При недостаточной эффективности монотерапии антихолинэргических препаратов или бета-агонистов
- ▶ Препарат первого выбора при бронхообструктивном синдроме у детей старше 1 года
- ▶ Второй шаг после Беротека® при лечении астмы
- ▶ Второй шаг после Атровента® при лечении ХОБЛ

Дозированный аэрозоль во флаконах по 15 мл (300 доз)

1 доза содержит ипратропиум бромид 0,02 мг + фенотерола гидробромид 0,05 мг

Регистрационное свидетельство
П № 012123/01.2000 от 19.07.2000

Представительство австрийской фирмы "Берингер Ингельхайм Фарма ГмбХ"
117049, Москва, ул. Донская, д. 29/9, стр. 1
Тел.: +7 095 788 61 40, факс: +7 095 788 61 41
E-Mail: info@mos.boehringer-ingenlheim.com



Boehringer
Ingelheim

Флуимуцил пероральный для детей

N-ацетилцистеин

Действие на слизь

Действие на инфекцию

Оригинальный N-ацетилцистеин
исследования **Zambon**



- Уменьшает вязкость и плотность патологического секрета, способствует его эвакуации¹
- Уменьшает количество бактериальных колоний у пациентов с бронхитами²

Лечит острые и рецидивирующие трахеобронхиты



Zambon Group

Библиография

1. Verstraeten JM. Overdruk uit: Acta tuberc. Pneumol. Belg. 1979; 70/1: 71-81
2. Riise Gc. Eur Respir J. 1994; 7: 94-101

Россия, 121002 Москва,
Глазовский пер., д. 7, офис 17
Тел.: (095) 933-38-30, 933-38-32
Тел./факс: (095) 933-38-31

E-mail: zambon@zambon.ru, <http://www.zambon.ru>



V Международная конференция МАКМАХ

АНТИМИКРОБНАЯ 4-6 июня г. Москва 2002 ТЕРАПИЯ

Доклады ведущих специалистов России, Европы, США

- Актуальные проблемы антибиотикорезистентности
- Современные антимикробные препараты
- Инфекции дыхательных путей
- Инфекции мочевыводящих путей
- ИППП (гонорея, генитальный герпес и др.)
- Инфекции кожи и мягких тканей
- Нозокомиальные инфекции
- Сепсис
- Биотерроризм
- Туберкулез

Регистрация – до 1 мая 2002 г.

Прием тезисов – до 1 апреля 2002 г.

Организаторы конференции

- Министерство здравоохранения РФ
- Российская академия медицинских наук
- МАКМАХ
- НИИ антимикробной химиотерапии

При участии

- Европейской комиссии (ЕС)
- Европейского общества по клинической микробиологии и инфекционным болезням (ESCMID)
- Британского общества по химиотерапии (BSAC)
- Испанского общества по химиотерапии (SSC)

Для получения программы конференции и дополнительной информации обращайтесь в оргкомитет конференции

Оргкомитет конференции:

214019, Россия, Смоленск, а/я 60

Тел. (0812) 61-13-01, 61-13-27; факс (0812) 61-12-94

Эл. почта: conference@antibiotic.ru Интернет: www.antibiotic.ru

нения как количественного, так и качественного характера. Прежде всего необходимо отметить существенное и прогрессирующее уменьшение числа детей с ХНЗЛ, требующих хирургического лечения. Так, если в 1992–1993 гг. в нашей клинике были оперированы 93 ребенка с различными формами ХНЗЛ и врожденных пороков легких (по поводу бронхоэктазий — 85 больных, легочных кист — 6 детей, гипоплазии доли легкого — 1 ребенок, секвестрации — 1 пациент), то в 2000–2001 гг. — всего 53 ребенка (по поводу бронхоэктазий — 45 больных, легочных кист — 4 пациента, хронической эмпиемы — 4 больных). Возможно, снижение числа детей с приобретенными бронхоэктазиями можно объяснить резким снижением количества детей младшего возраста с бактериальными деструкциями легких (БДЛ). Известно, что, по данным разных авторов, 7–14% детей, перенесших БДЛ, в дальнейшем страдали бронхоэктазиями. Бесспорно, немалую роль сыграло более совершенное лечение пневмоний у детей. Однако необъяснимым представляется нам снижение числа таких врожденных пороков легких, как гипоплазия легкого и доли (исчезли ранее встречавшиеся довольно регулярно гипоплазии верхней доли правого легкого), врожденный поликистоз, солитарные кисты легких, пресловутое "ателектатическое легкое", врожденные бронхоэктазии, секвестрации легкого. Причем это снижение происходит на фоне явного роста числа детей с врожденными пороками сердца, органов пищеварения и т.д. и совершенствования диагностических возможностей медиков. Все это в определенной степени снизило интерес специалистов к проблеме ХНЗЛ у детей.

Вопросы выявления у детей различных форм ХНЗЛ и врожденных пороков развития легких, подлежащих хирургическому лечению, равно как и вопросы уточненной диагностики этой патологии, на наш взгляд, не претерпели серьезных изменений. Как и прежде, в первичной диагностике бронхоэктазий мы придаем большое значение симптомам стабильной локализации хрипов и "утреннего плевка мокроты". Отметим, что все реже стали встречаться классические симптомы ХНЗЛ — пальцы в виде барабанных палочек, цианоз, грубые деформации грудной клетки и т.д. Организация выявления таких детей требует активного участия детских торакальных хирургов-пульмонологов при консультативных осмотрах детей с ХНЗЛ в поликлиниках, специализированных санаториях, пульмонологических отделениях детских больниц. Как и прежде, сохранила свое значение обзорная рентгенография легких в двух проекциях, позволяющая выявить смещение средостения, тени ателектазов, полостные образования легких и т.д. Решающим методом диагностики бронхоэктазий, на наш взгляд, остается бронхологическое обследование, включающее наряду с бронхоскопией одномоментную двустороннюю бронхографию. Здесь следует остановиться на месте и возможностях рентгеноло-

гической компьютерной томографии в диагностике бронхоэктазий. В нашей клинике проведен сравнительный анализ результатов компьютерной томографии легких и одномоментной двусторонней бронхографии у 80 детей с бронхоэктазиями. Наши первые впечатления сводятся к тому, что компьютерная томография может играть лишь роль ориентировочного метода исследования, свидетельствующего о наличии или отсутствии бронхоэктазий, т.е. уточняющего показания к бронхографическому исследованию. Компьютерная томография не дает ответа на столь важные для торакального хирурга вопросы, как характеристика поражения, его точная посегментарная локализация, состояние прилегающих сегментов и непораженных основным процессом отделов легкого, особенности ветвления и отхождения бронхов и т.д.

В последние годы многие клиницисты склонны сузить показания к хирургическому лечению ХНЗЛ у детей, что во многом связано с проявлениями положительного патоморфоза этой патологии — более гладкое течение с редкими, легко протекающими, обострениями. На наш взгляд, абсолютными показаниями являются строго локализованные ограниченные сформированные бронхоэктазии, ателектатические бронхоэктазии, врожденные пороки развития — гипоплазия легкого или доли, секвестрация легкого, врожденный поликистоз, солитарные кисты легкого. С осторожностью следует относиться к бронхоэктазиям на почве длительного пребывания в бронхе инородного тела — настойчивая бронхоскопическая санация, проводимая после удаления инородного тела, способствует регрессу патологического процесса.

Детские хирурги, в принципе соглашаясь с перечисленными выше показаниями, считают нужным откладывать хирургическое вмешательство до достижения ребенком 7-летнего возраста. Мы полагаем, что само по себе выявление перечисленной выше патологии диктует выполнение операции вне зависимости от возраста пациента, естественно, при отсутствии общих противопоказаний или осложняющих моментов, так как современная анестезиология обеспечивает надежную защиту ребенка в любом возрасте. В то же время выжидательная тактика неизбежно приведет к развитию гнойной инфекции в бронхах пораженных отделов легких, обострениям патологического процесса со всеми вытекающими отсюда последствиями. Строго дифференцированного подхода требует определение показаний к хирургическому лечению хронической пневмонии у детей — под этим заболеванием мы понимаем ограниченный пневмосклероз с бронхоэктазиями или без них. Мы разделяем позиции ведущих педиатров-пульмонологов, говорящих о том, что хирургическое лечение более показано при долевым поражениям, протекающих с бронхоэктазиями и частыми обострениями гнойного эндобронхита. Однако к относительным показаниям мы относим и изолированный пневмосклероз с бронхоэктазиями IV–V сегментов.

Хирургическое вмешательство противопоказано при рассыпном, мозаичном типе бронхоэктазий и обширных, диффузных бронхоэктазиях с поражением большей части обоих легких. Хронический деформирующий бронхит мы не считаем показанием к хирургическому лечению.

Несколько слов нужно сказать непосредственно о хирургической тактике: мы категорически отказались от одномоментных двусторонних резекций легких, даже при четко ограниченных поражениях нижних долей — риск представляется неоправданным по сравнению с последовательными операциями с полугодовым промежутком.

Не имея опыта выполнения экстирпации бронхов по Э.А.Степанову, мы не можем обсуждать эту методику.

Дискуссионным является вопрос о хирургической тактике при бронхоэктазиях базальных сегментов. Анализируя опыт серий базальных резекций, мы пришли к выводу о большей целесообразности лобэктомии в этих ситуациях. Исключение составляют наблюдения ателектатических бронхоэктазий базальных сегментов при непораженном VI сегменте, практически занимающем место нижней доли.

При изолированных полостных образованиях легких (кисты, буллы) показана методика, разработанная в нашей клинике (М.Р.Рокицкий, П.Н.Гребнев), — пункционное дренирование внутрилегочной полости тонким катетером с одновременной окклюзией дренирующего бронха; активная аспирация и санация по-

лости с последующим введением спиртовойодного раствора. Дренаж удаляют на 4–6-е сутки, обтуратор из бронха — на 8–12-е. В 85% наблюдений удавалось добиться исчезновения полостного образования.

В послеоперационном периоде используем метод активного ведения — сидение в 1-е сутки, вставание на 2–3-и. Оптимальным является направление ребенка в местный специализированный санаторий в первые 6 мес после операции.

Реабилитационный режим находится в прямой зависимости от объема удаленной паренхимы. Так, после удаления одной доли или нижней доли и язычковых сегментов левого легкого занятия лечебной физкультурой, начатые еще в стационаре, должны быть продолжены дома. Через 4–6 мес возможны занятия физкультурой в школе по облегченной программе, через год — по общей программе. После билоб- и пульмонэктомий занятия в школе физкультурой разрешены только через год и только по облегченной программе. Необходимо исключить тяжелый физический труд, занятия спортом из-за реальной опасности развития легочной гипертензии.

Таким образом, дискуссия ведется в основном по частным вопросам, основные же проблемы хирургического лечения ХНЗЛ у детей могут считаться решенными. Главным остаются раннее выявление детей с подозрительной на ХНЗЛ патологией и своевременное осуществление квалифицированного рентгенологического и бронхологического обследований.

Поступила 06.12.01

© АКСЕНОВА В.А., 2002

УДК 616.24–002.5–053.2–036.1

В.А.Аксенова

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНУТРИГРУДНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

НИИ фтизиопульмонологии Московской медицинской академии
им. И.М.Сеченова Минздрава РФ

MODERN CLINICAL FEATURES OF INTRATHORACIC TUBERCULOSIS IN CHILDREN

V.A.Aksenova

Summary

The article sums up a multi-profile epidemiological and clinical study performed for the last decade in the Russian Federation. Clinical peculiarities of child's intrathoracic tuberculosis, reasons of complicated forms occurrence and an influence of various factors on their frequency were viewed. An importance of the differentiated approach to intrathoracic tuberculosis detection in phthysiopaediatric and general therapeutic facilities was shown.

A comparison of clinical signs of extended complicated and uncomplicated tuberculosis has determined that the mild forms have several characteristic features. The disease onset is typically gradual. Sensitivity to tuberculin is quite low in most patients. Intoxication could be mild or manifested by single symptoms, such as