

Н.Н.Розинова, П.П.Захаров, М.Н.Ковалевская, Е.И.Шмелёв, С.Ю.Каганов

ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: ОТ ПЕДИАТРА К ТЕРАПЕВТУ

Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ;
Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза РАМН, Москва

CHRONIC LUNG DISEASE: FROM A PAEDIATRICIAN TO A THERAPEUTIST.

N.N.Rosinova, P.P.Zakharov, M.N.Kovalevskaya, E.I.Shmelev, S.Yu.Kaganov

Summary

The article demonstrates results of paediatricians' and therapists' joint work assessing peculiarities of course and outcome of chronic lung diseases in different ages (a child — an adolescent — an adult). It was revealed that various forms of chronic lung pathology (chronic bronchitis, bronchiectasia, primary ciliary dyskinesia, bronchial asthma) start in childhood and, as a rule, go on in maturity. Factors effecting the disease outcome are analyzed.

Резюме

В статье представлены результаты совместной работы педиатров и терапевтов по оценке особенностей течения и исходов хронических заболеваний легких на различных возрастных этапах (ребенок — подросток — взрослые). Показано, что различные формы хронической патологии легких (хронический бронхит, бронхоэктазия, первичная цилиарная дискинезия, бронхиальная астма), начавшись у детей, как правило, продолжаются у больных, зрелого возраста. Рассмотрены факторы, влияющие на исход заболевания.

Болезни органов дыхания стабильно занимают в стране первое место в структуре общей заболеваемости детей и подростков. Некоторые клинические формы бронхолегочной патологии в значительной степени влияют на уровень младенческой смертности; другие, начавшись в раннем детском возрасте, принимают хроническое течение, приводят к ограничению трудоспособности, инвалидизации больных в зрелом возрасте. Все это определяет значимость проблемы пульмонологии детского возраста не только для педиатрии, но и для клинической медицины в целом [1].

Особенности течения хронических заболеваний легких, их клинико-функциональная эволюция на различных возрастных этапах (ребенок — подросток — взрослые) являются предметом интереса и педиатров, и терапевтов. Нельзя в этой связи не заметить, что еще в 1914 г., делясь впечатлениями с московскими педиатрами о V съезде Российских терапевтов, А.А.Кисель подчеркивал, что между терапевтами и педиатрами должна быть как можно более тесная связь [2].

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечении хронических неспецифических заболеваний легких у детей, многие вопросы, касающиеся этой патологии, остаются дискуссионными. Речь, в частности, идет о вопросах терминологии, определения сущности отдельных форм хронических

бронхолегочных заболеваний, что практически важно при осуществлении преемственного наблюдения этих больных в педиатрических и терапевтических лечебно-профилактических учреждениях.

В настоящем сообщении представлены результаты совместной работы педиатров и терапевтов по оценке особенностей течения и исходов различных хронических неспецифических заболеваний легких, начавшихся в детском возрасте.

Мы располагаем данными о 270 больных, лечившихся прежде в клинике пульмонологии Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ. У детей были хронические инфекционно-воспалительные бронхолегочные заболевания, врожденная и наследственная патология легких, бронхиальная астма (табл.1).

Дети наблюдались в подавляющем большинстве не менее 5 лет, а более чем 1/3 старше 10 лет (табл.2). К моменту наблюдения в отдаленные сроки большинство пациентов было в подростковом (13–17 лет — 85 больных) и в зрелом (старше 18 лет — 154 больных) возрасте (табл.3).

При анализе результатов отдаленных наблюдений мы убедились в том, что хронические заболевания легких, начавшись в детском возрасте, как правило, не прекращаются, а становятся патологией взрослых.

Специальное внимание мы уделили хроническим инфекционно-воспалительным заболеваниям легких.

Таблица 1

Состав наблюдавшихся больных детей (270 человек)

Нозологические формы	Число больных
Бронхоэктатическая болезнь (хроническая пневмония с бронхоэктазами)	79
Хронический бронхит (деформирующий)	38
Кистозная гипоплазия	27
Синдром Картагенера	26
Бронхиальная астма	100

Нельзя при этом не заметить, что в педиатрической практике на протяжении последних 10-летий, начиная с работ *С.П.Борисова* [3], широко использовался диагноз "хроническая пневмония". Это понятие имело достаточно расширенное толкование и по существу поглотило другие формы хронических воспалительных заболеваний легких (от бронхита до бронхоэктазии).

В последние годы положение о стадийном формировании хронической пневмонии у детей подверглось принципиальному пересмотру. Согласно принятому на симпозиуме педиатров-пульмонологов в Москве (1995) определению, хроническая пневмония у детей имеет в своей основе необратимые морфологические изменения в виде деформации бронхов и пневмосклероза в одном или нескольких сегментах и клинически проявляется рецидивами воспаления в легочной ткани и бронхах [4]. Вместе с тем нельзя не подчеркнуть, что хроническая пневмония, как нозологическая форма, не включена в "Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем" 10-го пересмотра (МКБ-10). При этом в рубрике J47 выделена бронхоэктатическая болезнь (бронхиолэктазия) [5].

Отношение к хроническому бронхиту у детей неоднозначно. До последнего времени многие отечественные педиатры рассматривали хронический бронхит только как признак других бронхолегочных заболеваний. Однако мы, как и другие клиницисты, считаем, что хронический бронхит у детей правомерно определять как самостоятельную нозологическую форму. Однако сложность проблемы хронического бронхита просматривается и в МКБ-10, где различные варианты хронического бронхита клинически трудно различимы. Речь идет, в частности, о простом хроническом

бронхите (J41.0), слизисто-гнойном хроническом бронхите (J41.1), смешанном простом и слизисто-гнойном бронхите (J41.8), хроническом бронхите неуточненном (J42) [5].

Согласно данным официальной статистики Министерства здравоохранения РФ, в 1999 г. было зарегистрировано 69 279 детей (до 14 лет) и 39 984 подростка (15–17 лет), больных хроническим бронхитом. Иными словами, в 1999 г. число детей и подростков, страдающих хроническим бронхитом, превысило 100 000 человек [6].

В последние годы, благодаря совершенствованию диагностических методов, широкому использованию современных антибиотиков течение хронических воспалительных заболеваний легких и их исходы приобрели более благоприятный характер. Многие авторы считают возможным говорить о так называемых малых формах заболевания, протекающих без выраженной гнойной интоксикации и дыхательной недостаточности [7–9].

Проспективные и ретроспективные исследования, касающиеся возрастной эволюции хронических воспалительных заболеваний легких, немногочисленны.

Следует при этом отметить, что различные подходы к определению и трактовке отдельных форм хронических воспалительных заболеваний легких объясняются тем обстоятельством, что больные, у которых в детстве была диагностирована хроническая пневмония, в зрелом возрасте обычно рассматриваются терапевтами как страдающие хроническим бронхитом, бронхоэктазией, пневмосклерозом.

Вместе с тем связь хронической воспалительной патологии легких детей и взрослых констатирована многими клиницистами. Так, еще в 1968 г. *А.Я.Цигельник* подчеркивал, что бронхоэктазии взрослых являются следствием этой патологии у детей [10]. Значительно позднее *R.Dogan* и соавт. [11], *В.Д.Зленка* [12] отметили, что более половины взрослых пациентов с бронхоэктазами заболели в детском или юношеском возрасте. По мнению *R.B.Klein*, *B.W.Hyggins* [13], *G.Ciofetta* [14], хронический бронхит входит в группу заболеваний, которые начинаются у детей и продолжаются всю жизнь.

В литературе имеются сведения, указывающие на то, что наиболее часто тяжелые формы гнойно-деструктивных и других хронических заболеваний легких у взрослых встречаются именно в тех случаях, когда в детском возрасте имел место хронический деформирующий бронхит [15,16].

Таблица 2

Сроки отдаленных наблюдения больных детей после выписки из клиники

Срок наблюдения	3–5 лет	6–10 лет	11–15 лет	Более 15 лет	Всего
Число больных	28	144	73	25	270

Таблица 3

Возраст больных к моменту обследования после выписки из клиники

Возраст к моменту отдаленных наблюдений	До 7 лет	8–12 лет	13–17 лет	Старше 18 лет	Всего
Число больных	1	30	85	154	270

Наши собственные материалы касаются результатов отдаленных наблюдений 170 больных с различными формами хронических воспалительных заболеваний легких. Основную часть составили пациенты, у которых в детстве была диагностирована хроническая пневмония с бронхоэктазами (79 пациентов) или деформирующий бронхит (38 пациентов). Кроме того, под нашим длительным наблюдением находились больные с кистозной гипоплазией (27 больных) и синдромом Картагенера (26 пациентов).

Основная часть больных (120 из 170) получала консервативную терапию. После оперативного лечения наблюдались 50 пациентов.

Оценивая результаты отдаленных наблюдений, следует отметить, что хронические воспалительные заболевания легких, начавшиеся в детстве, при современных методах консервативного лечения, как правило, не имеют тенденции к прогрессированию. Более того, у 33% больных (40 пациентов, достигших подросткового и зрелого возраста) при систематическом лечении с возрастом удалось добиться улучшения состояния. Исход заболевания, как показали наши наблюдения, зависел прежде всего от характера и распространенности морфологических изменений в легких. Наиболее благоприятное течение заболевания отмечалось у больных с деформирующим бронхитом. У большинства (у 23 из 38 больных) при консервативном лечении с возрастом наступило улучшение состояния. Оно выражалось в стихании активности воспалительного процесса. Нередко обострения заболевания не регистрировались на протяжении 1–2 лет. Уменьшился кашель и количество отделяемой мокроты, но физикальные изменения в легких стойко сохранялись. Исчезали признаки гнойного эндобронхита, изменения в бронхах носили преимущественно катаральный характер. Благоприятное течение заболевания подтверждалось и результатами исследования функции внешнего дыхания: скоростные и объемные показатели были в пределах колебаний нормальных значений.

У больных с бронхоэктазами результаты отдаленных наблюдений были менее благоприятными. Улучшение состояния наблюдалось реже — только у 11 из 39 пациентов, леченных консервативно, в основном с локализованным поражением легких. Однако прогрессирования заболевания, нарастание гнойной интоксикации, даже при распространенных бронхоэктазах, отмечено не было.

Специального внимания заслуживают результаты повторного рентгенобронхологического исследования. Полученные данные подтвердили отмеченное нами ранее положение [17] о том, что структурные изменения в легких стабильны, исчезновения бронхиальных деформаций с возрастом, также как и распространение их на ранее интактные отделы легочной ткани, не отмечалось. Мы не наблюдали и трансформацию деформирующего бронхита в истинные бронхоэктазы. Это еще раз подтверждает поло-

жение о том, что деформирующий бронхит у детей не может расцениваться как предстadium бронхоэктазии. Здесь речь идет о различных формах хронического воспалительного бронхолегочного процесса.

Хронический воспалительный бронхолегочный процесс, выявляемый у 10% детей, нередко формируется на основе врожденных пороков развития легких [18].

Наши наблюдения показали, что у больных с кистозной гипоплазией при достаточно активной консервативной терапии в большинстве случаев удается предотвратить прогрессирование воспалительного процесса в легких (у 15 из 17 пациентов). Однако один больной с распространенным поликистозом умер в подростковом возрасте при нарастании гнойной интоксикации и легочно-сердечной недостаточности.

Особый интерес представляют результаты отдаленных наблюдений больных с синдромом Картагенера. Синдром Картагенера, как известно, относится к генетически детерминированным страданиям с аутосомно-рецессивным типом наследования [19–21] и рассматривается как основная форма первичной цилиарной дискинезии [22–24]. Обязательным признаком первичной цилиарной дискинезии является тотальное поражение респираторного тракта (бронхит, синусит, отит) с ранней манифестацией симптомов.

В нашей клинике наблюдались 67 детей с синдромом Картагенера. Отдаленные наблюдения были осуществлены у 26 пациентов. По нашим данным, исходы при синдроме Картагенера, также как и особенности его клинического течения, связаны с характером и распространенностью бронхолегочных изменений. У больных с хроническим бронхитом (без бронхоэктазов) при адекватной систематической терапии, как правило, удавалось достичь стабилизации процесса или улучшения состояния. У больных с распространенным двусторонним процессом терапевтические мероприятия давали лишь временное улучшение. При этом сохранялись активные воспалительные изменения в легких и носоглотке. Нельзя не подчеркнуть, что, как показала проведенная в динамике фазово-контрастная микроскопия биоптата слизистой оболочки бронхов (или носа), синдром "неподвижных ресничек" стабильно сохранялся даже при клиническом улучшении.

Рассматривая проблему первичной цилиарной дискинезии в возрастном аспекте, нельзя специально остановиться на вопросе репродуктивной функции больных. Как известно, структурные изменения в жгутиках сперматозоидов и ресничках слизистой оболочки фаллопиевых труб у больных с первичной цилиарной дискинезией, аналогичные таковым в ресничках слизистой оболочки респираторного тракта, приводят к мужскому бесплодию и не исключают риск бесплодия у женщин [21, 25, 26].

Среди 26 наблюдавшихся нами больных с синдромом Картагенера в отдаленные сроки после выписки

из клиники 11 пациентов достигли детородного возраста и состояли в браке. Наши отдаленные наблюдения показали, что у женщин с синдромом Картагенера может сохраниться детородная функция. Так, у 2 из 7 бывших пациенток родились здоровые дети. У 5 остальных женщин желаемая беременность за несколько лет замужества не наступила. 4 мужчин женаты, но детей не имеют.

За последние 10-летия существенные изменения претерпели взгляды на показания к хирургическому лечению хронических воспалительных заболеваний легких у детей, в частности бронхоэктазов. По мнению *М.Р.Рокицкого* и *соавт.* [27], это связано с расширением возможностей консервативной терапии и сужением показаний для хирургического лечения.

Результаты наших отдаленных наблюдений, касающиеся 50 оперированных больных (40 детей оперированы по поводу бронхоэктазов и 10 в связи с кистозной гипоплазией) показали, что удаление морфологически измененных участков легких не означает излечения. Надо отметить, что этой точки зрения придерживался и *В.А.Климанский* [7], который подчеркивал, что у детей с бронхоэктазами даже при отличных клинических результатах после резекции легких сохраняются признаки эндобронхита, что ведет к возврату болезни.

По нашим данным, клиническое улучшение после операции наблюдалось только у 26 из 50 больных, достигших подросткового и зрелого возраста. В то же время у 24 пациентов положительной динамики после операции достичь не удалось. Больные продолжали болеть с той же частотой, сохранялись клинические и бронхологические признаки текущего воспалительного процесса.

Важнейшей проблемой пульмонологии в современных условиях является проблема аллергических болезней легких. Среди этих страданий первенство по своей распространенности, тяжести, опасности для жизни больных принадлежит бронхиальной астме. Бронхиальная астма, некогда болезнь "неопасная", приобрела в настоящее время медико-социальную значимость.

В последнее время вырос интерес к проблеме возрастной эволюции бронхиальной астмы, связи "детской" и "взрослой" бронхиальной астмы. Ранее мы совместно с *Е.И.Шмелевым* и *Н.Г.Хмельковой* уже касались проблемы эволюции бронхиальной астмы у детей [28]. На протяжении многих лет существовала точка зрения, подчеркивающая, что бронхиальная астма у детей имеет в большинстве случаев благоприятный исход и завершается спонтанным выздоровлением. Однако это мнение поколеблено сообщениями о том, что заболевание у 40–80% пациентов продолжается во взрослом состоянии [29–31].

Мы располагаем данными отдаленных наблюдений 100 детей, больных бронхиальной астмой, из которых у 40 бронхиальная астма была расценена как тяжелая, у 54 — средней тяжести и у 6 — легкая. Мы

убедились в том, что, начавшись в детском возрасте, бронхиальная астма продолжается у пациентов, достигших зрелого возраста. Вместе с тем определенный оптимизм внушает то обстоятельство, что при систематическом лечении у 47 из 100 больных удалось добиться улучшения состояния. Мы считаем, что об улучшении состояния пациентов можно говорить в тех случаях, когда снижались частота и тяжесть приступов, число госпитализаций, удавалось уменьшить дозу кортикостероидных препаратов или полностью освободить от них больного. Следует отметить, что у 4 больных приступы удушья не наблюдались в течение нескольких лет. Однако мы не считаем возможным утверждать, что в этих случаях наступило полное выздоровление, поскольку у больных сохранялись функциональные признаки бронхиальной обструкции и гиперреактивности бронхов. Кроме того, следует специально отметить, что у ряда больных при долговременном наблюдении мы видели возобновление приступов затрудненного дыхания после длительного их отсутствия. Так, у 5 больных приступы удушья возобновились после длительной (5–12 лет) ремиссии. В этой связи поднимается вопрос о критериях выздоровления при бронхиальной астме и показаниях к снятию этих больных с диспансерного учета. Существует точка зрения [32, 33], что выздоровление при бронхиальной астме представляет собой лишь клиническую ремиссию, которая может нарушаться под влиянием различных воздействий. На необходимость осторожного отношения к понятию "выздоровление" при бронхиальной астме указывала еще в 1958 г. *С.Г.Звягинцева* [34] в одной из первых отечественных монографий, посвященных бронхиальной астме у детей. Вместе с тем, как подчеркивает *А.Г.Чучалин* [35], современный уровень знаний позволяет утверждать, что своевременное противовоспалительное лечение может привести к выздоровлению пациента.

Специального внимания заслуживают больные, достигшие подросткового возраста. Мы не можем подтвердить бытующее представление о спонтанном выздоровлении при достижении больными подросткового возраста. Более того, этот возраст нередко оказывался наиболее опасным. Именно в этом периоде иногда наблюдались утяжеление процесса и даже драматические исходы (3 больных в отдаленные сроки после выписки из клиники умерли в возрасте 13–15 лет во время астматического приступа). Следует заметить, что в ранее опубликованных наблюдениях сотрудников нашей клиники [36,37] указывалось, что драматические исходы при бронхиальной астме у детей приходится главным образом на пубертатный период.

Среди факторов, влияющих на течение и исход бронхиальной астмы, начавшейся в детском возрасте, решающее значение, по нашим наблюдениям, имеет тяжесть заболевания. Так, улучшение состояния было отмечено главным образом при бронхиаль-

ной астме легкой (у 6 больных) и средней тяжести (у 37 больных из 54). При тяжелой бронхиальной астме это встречалось много реже (у 4 из 40 больных). Ухудшение состояния с годами отмечено всего у 3 больных с бронхиальной астмой средней тяжести и у 9 пациентов с тяжелой бронхиальной астмой.

Учитывая важную роль в развитии бронхиальной астмы генетических факторов, несомненный интерес представляют результаты обследования детей наших бывших пациентов, ставших взрослыми. Риск развития бронхиальной астмы у ребенка при наличии этого заболевания у родителей, как известно, достаточно высок [38]. Из 18 детей наших бывших пациентов у 11 имели место различные аллергические заболевания (атопический дерматит, поллиноз, а у 6 детей была диагностирована бронхиальная астма). Следует отметить, что типичные и тяжелые астматические приступы появились у 3 этих детей уже на 1-м году жизни.

При выполнении настоящей работы мы обратили внимание на профессиональную ориентацию больных, достигших зрелого возраста. Среди наблюдавшихся нами пациентов были лица с высшим образованием, успешно работающие по специальности, учащиеся высших и средних учебных заведений. Вместе с тем нередко при выборе профессии не учитывались характер и тяжесть течения бронхолегочного заболевания, что, несомненно, не способствовало благоприятному течению заболевания.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что хронические заболевания легких у взрослых нередко имеют свое начало в детском возрасте. Поэтому необходима содружественная деятельность педиатров и терапевтов, занятых проблемами бронхолегочной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

- Каганов С.Ю., Розина Н.Н. Пульмонология детского возраста и ее насущные проблемы. Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 2000; 6: 6–11.
- Кисель А.А. Впечатления с V съезда Российских терапевтов. (Доклад в Московском обществе детских врачей 8 января 1914 г.). Мед. обозрение 1914; 2: 184–190.
- Борисов С.П. Хронические пневмонии у детей. В кн.: Пневмонии у детей. М.; 1955. 103–114.
- Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 1996; 2: 52–56.
- Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. М.: Медицина; 1995; т. 1: 527–560.
- Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году (статистические материалы). М.: МЗ РФ; 2000.
- Климанский В.А. Хирургическая патология легких у детей. М.; 1975.
- Васильев В.Н., Побегалов Е.С. Хирургическая тактика при бронхоэктазиях у детей. Грудная и серд.-сосуд. хир. 1991; 10: 55–57.
- Климанская Е.В., Возжаева Ф.С., Андрющенко Е.В., Сосюра В.Х. Стратегия и тактика лечения хронических воспалительных заболеваний легких у детей. Рос. педиатр. журн. 1998; 6: 22–25.
- Цигельник А.Я. Бронхоэктатическая болезнь. Л.; 1968.
- Dogan R., Alp M., Kaya S. et al. Surgical treatment of bronchiectasis: A collective review of 487 cases. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1989; 3: 183–186.
- Зеленка В.Д. Клинико-бронхологическая и функциональная характеристика хронических локализованных нагноительных заболеваний легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 1992.
- Klein R.B., Huggins B.W. Chronic bronchitis in children. Semin. Respir. Infect. J. 1994; 9 (1): 13–22.
- Ciofetta G. Lung scintigraphy in the assessment of recurrent bronchitis and pneumonia in children J. Nucl. Med. 1997; 41 (4): 292–301.
- Лукомский Г.И., Шулушко М.Л., Виннер М.Г. Бронхопультмонология. М.: Медицина; 1982. 13–17.
- Путов Н.В. и др. Хронический бронхит и эмфизема легких. Клин. мед. 1992; 11–12: 74–75.
- Каганов С.Ю., Розина Н.Н., Макаров И.В. и др. К вопросу о деформирующем бронхите у детей. Вопр. охр. мат. 1972; 2: 20–23.
- Розина Н.Н., Каганов С.Ю. Место врожденной и наследственной патологии в пульмонологии детского возраста. В кн.: Вельтишев Ю.Е., Каганов С.Ю., Таль В. (ред.) Врожденные и наследственные заболевания легких у детей. М.: Медицина; 1986. 9–22.
- Holzmann D., Ott P.M., Felix H. Diagnostic approach to primary ciliary dyskinesia: a review. Eur. J. Pediatr. 2000; 159 (1–2): 95–98.
- Meeks M., Walne A. et al. A locus for primary ciliary dyskinesia maps to chromosome 19q. J. Med. Genet. 2000; 37 (4): 241–244.
- Blouin J. L., Meeks M. et al. Primary ciliary dyskinesia: a genome-wide linkage analysis reveals extensive locus heterogeneity. Eur. J. Hum. Genet. 2000; 8 (2): 109–118.
- Afzelius B.A. A human syndrome caused by immotile cilia. Science 1976; 193: 317–319.
- Dombi V.H., Walt H. Primary ciliary dyskinesia, immotile cilia syndrome, and Kartagener syndrome: diagnostic criteria. Schweiz. Med. Wschr. 1996; 126 (11): 421–433.
- Meeks M., Bush A. Primary ciliary dyskinesia. Pediatr. Pulmonol. 2000; 29 (4): 7–316.
- Eliasson R., Mossberg B., Camner P. et al. The immotile cilia syndrome: a congenital abnormality as an etiologic factor in chronic airway infections and male sterility. N. Engl. J. Med. 1977; 297: 1–6.
- Domingo C., Mirapeix R.M., Encabo B. et al. Clinical features and ultrastructure of primary dyskinesia and Young syndrome. Rev. Clin. Esp. 1997; 197 (2): 100–103.
- Рокицкий М.Р., Гребнев П.Н., Молчанов Н.Н. и др. Эволюция взглядов на хирургию легких у детей. Дет. хир. 1997; 2: 15–17.
- Розина Н.Н., Ковалевская М.Н., Хмелькова Н.Г. и др. Возрастная эволюция хронических неспецифических заболеваний легких: от ребенка к взрослому. Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 1996; 5: 5–12.
- Petru V., Honzova S., Bornova J. Pohled na dalsi vyvoi astma bronchiale vzniklo v detstvi. Csl. Pediatr. 1989; 44 (8): 463–465.
- Popescu C., Nicolaescu O. Ambert Pneumofiziol. 1994; 1: 31–35.
- Niggemann B., Wahr U. Three cases of adolescent nearfatal asthma: what do they have in common? J. Asthma 1992; 29 (3): 217–220.
- Turner-Warwick M. Can asthma be cured? Clin. Exp. Allergy 1991; 21 (suppl. 1): 105–110.
- Roorda R.J., Gerritsen G., Van Aalderen W.M.C. et al. Risk factors for the persistence of respiratory symptoms in childhood asthma. Am. Rev. Respir. Dis. 1993; 148: 1490–1495.
- Звягинцева С.Г. Бронхиальная астма у детей. М.: Медицина; 1958.
- Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. М.: Русский врач; 2001.
- Скуратова О.П. Асфиктический синдром как проявление тяжелой бронхиальной астмы у детей: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 1978.

37. Дрожжев М.Е., Каганов С.Ю. Гормоназависимая бронхиальная астма у детей. Клинические особенности и лечение. Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 1995; 6: 31–37.

38. Богорад А.Е. Клинико-генетические особенности бронхиальной астмы у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2000.

Поступила 11.12.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.248–085.234

Л.В.Кисляк, А.С.Соколов, А.Г.Чучалин

БЕНАКОРТ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

НИИ пульмонологии Минздрава РФ, Москва

BENACORT IN OUT-PATIENT THERAPY OF BRONCHIAL ASTHMA PATIENTS

L.V.Kislyak, A.S.Sokolov, A.G.Chuchalin

Summary

A cost-effectiveness analysis of supporting therapy was carried out in 30 various severity asthmatic patients against the background of use foreign anti-asthmatic drugs in 1997–1998 and the home inhaled glucocorticosteroid Benacort in 1999–2000. The patients at the exacerbation applied Benacort 800 mcg daily and then the dose was reduced up to 400–600 mcg daily in mild and moderate asthmatic patients if the stable state was achieved, but not less than in 3 months.

The therapy efficiency was estimated by clinical symptoms dynamics, the daily need in β_2 -agonists, a lung function dynamics before and in 1, 3 and 5 months of the treatment. The night asthmatic attacks disappeared in all the patients within 2–3 weeks, the need in inhaled bronchodilators decreased sharply over a month, and a frequency of daytime asthma and cough attacks also decreased. Lung function parameters became normal in the mild asthma patients in 3 months and improved significantly in the moderate and severe asthma patients over 3 and 5 months accordingly, though the severe asthma patients did not reach the normal lung function values. We did not reveal undesirable local effects of Benacort but we had to abolish the drug in one patient after 4 days of the treatment because of severe cough. Generally, the out-patient application of Benacort as the basic therapy in various severity asthmatic patients was shown to control the disease course, to improve the quality of life and to reduce the yearly cost of supporting therapy for mild, moderate and severe bronchial asthma in 2.2, 1.48 and 1.71 times accordingly.

Резюме

Проведен анализ стоимости поддерживающей терапии у 30 больных БА различной степени тяжести в 1997–1998 гг. на фоне использования зарубежных противоастматических средств и в 1999–2000 гг., когда в качестве базисного препарата использовался отечественный ингаляционный ГКС бенакорт. Для купирования обострения пациенты сначала ингалировали бенакорт в суточной дозе 800 мкг, после достижения клинической ремиссии не менее чем через 3 мес у больных БА легкой и средней степени тяжести суточная доза бенакорта снижалась до 400–600 мкг.

Оценка эффективности проводилась по динамике клинических симптомов, суточной потребности в β_2 -адреностимуляторах, динамике ФВД до начала лечения, через 1, 3 и 5 мес. Установлено, что в течение 2–3 нед у всех больных прекратились ночные приступы удушья, через месяц резко снизилась потребность в ингаляционных бронхолитиках, уменьшилась частота приступов удушья и кашля днем. У больных БА легкой степени тяжести параметры ФВД нормализовались через 3 мес, у больных БА средней и тяжелой степени тяжести достоверное улучшение параметров ФВД отмечено через 3 и 5 мес соответственно, хотя у больных тяжелой БА показатели не достигли должных величин. Нами не выявлены нежелательные местные эффекты бенакорта. У 1 больной из-за выраженного кашля пришлось прекратить лечение через 4 дня. Показано, что применение бенакорта в качестве базисной терапии у амбулаторных больных БА различной степени тяжести позволяет добиться контроля течения заболевания, повысить качество жизни больных и снизить стоимость поддерживающей терапии в год для 1-го больного БА легкой, средней и тяжелой степени тяжести в 2,2, 1,48, 1,71 раза соответственно.