

## **НАРУШЕНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

*Скобелев В.А., Иллек Я.Ю., Разин М.П., Мищенко И.Ю.*

*Кировская государственная медицинская академия,*

*Киров, Россия*

В структуре бронхолегочной патологии у детей важное место занимает бронхоэктатическая болезнь (БЭБ), что заслуживает углубленного изучения различных звеньев патогенеза, модификации диагностических мероприятий и оптимизации лечения больных.

Нами за последние годы было пролечено 39 больных бронхоэктатической болезнью (22 мальчика и 17 девочек) от семи до 14 лет, проживающих в г.Кирове и Кировской области РФ. Все больные имели нижнедолевую локализацию патологического процесса. Помимо общепринятых диагностических мероприятий мы более глубоко исследовали промывные воды из бронхов: посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, цитологическое исследование лаважной жидкости с определением нейтрофильного индекса (отношение процентного содержания нейтрофилов к процентному содержанию других клеток), определяли концентрацию IgG, IgA (метод радиальной иммунодиффузии с использованием моноспецифических антисывороток). Данные сравнивались с результатами таких же исследований, полученных у 38 практически здоровых детей. Все дети помимо консервативной терапии, получили оперативное лечение (резекция нижней доли легкого).

Было выявлено, что только у 18,0% больных бронхоэктазы имели врожденный характер. Вместе с тем оказалось, что у 38,5% детей отмечалась наследственная предрасположенность в отношении заболеваний органов дыхания. Формирование бронхоэктазов у большинства пациентов (76,6%) регистрировалось в школьном возрасте, обострения осложнений возникали с частотой от 2 до 7 раз в год. Бронхоскопическое исследование позволило выявить у 28,2% больных признаки катарального, у 51,3% - катарально-гнойного и у 20,5% - гнойного эндобронхита. При посевах лаважной жидкости из бронхов в 51,3% случаев выделен золотистый стафилококк, в 25,6% - пневмококк, в 7,7% - ассоциации стафилококка и кишечной палочки и лишь в 15,4% случаев роста микрофлоры не отмечалось. Во всех случаях в бронхоальвеолярной жидкости констатировалось повышение нейтрофильного индекса в 2,2 – 7,0 раз. Уровень IgG в лаважной жидкости у больных БЭБ перед операцией, через 6 месяцев и через 12 месяцев после операции равнялся соответственно  $0,165 \pm 0,009$ ,  $0,99 \pm 0,010$ ,  $0,060 \pm 0,008$  против  $0,046 \pm 0,002$  в контроле. Уровень IgA был равен  $0,049 \pm 0,006$ ,  $0,128 \pm 0,012$ ,  $0,189 \pm 0,012$  против  $0,219 \pm 0,008$  в контрольной группе.

Таким образом, нами установлено, что при бронхоэктатической болезни у детей в различные периоды заболевания, в том числе, выявляются выраженные изменения местного иммунитета (увеличение нейтрофильного индекса в 2,2-7 раз; повышение уровня IgG в 1,3-3,6 раз; снижение уровня IgA в 1,12-4,5 раз). Наибольшая выраженность указанных нарушений характерна, безусловно, для больных на дооперационном периоде, наименьшая (но достоверно выявляемая) – через 1 год после операции.

Полученные результаты позволяют рекомендовать включение растворов иммуномодулирующих препаратов в эндобронхиальные заливки в процессе подготовки больного к хирургическому вмешательству, что приведет к менее длительному предоперационному койко/дню. В послеоперационном периоде в комплексное лечение больных данной категории мы рекомендуем включить курс иммуномодулирующих препаратов для парентерального введения.