

ЛИТЕРАТУРА

1. Либман, Е.С. Современные позиции клинико-социальной офтальмологии // Вестн. офтальмол. – 2004. – Т. 120, №1. – С. 10-12.

МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Сорокопыт З.В.¹, Сидоренко Н.С.²

Гродненский государственный медицинский университет¹,

Гродненская областная детская клиническая больница²

Актуальность. Согласно данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 155 миллионов случаев заболевания пневмонией у детей, причем 1,4 миллиона из них погибает в возрасте до пяти лет [3]. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении внебольничных пневмоний (ВП) у детей, это заболевание по-прежнему остается одной из ведущих причин детской смертности во всем мире [1, 3]. В подавляющем большинстве случаев эти смерти можно предупредить как с помощью профилактических мероприятий, так и обеспечением всем заболевшим пневмонией рационального ухода и лечения. Основным методом лечения ВП является антибактериальная терапия, однако другие методы лечения (регидратационная, бронхолитическая, муколитическая и оксигенотерапия) также заслуживают внимания [2, 3].

Цель. Анализ некоторых методов терапии у пациентов детского возраста с внебольничными пневмониями в условиях пульмонологического отделения.

Методы исследования. Проведен анализ медицинской документации (200 карт стационарного пациента форма 003у-07) детей с различными морфологическими формами пневмоний.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты распределены в три репрезентативные группы: I – 123 (61,5%) детей с очаговой, II – 57 (28,5%) с сегментарной и III – 20 (10%) с лobarной пневмониями. Распределение в группах по гендерному признаку не имело статистической разницы. В I группе преобладали дети дошкольного возраста – 63 (50%) над пациентами школьного – 48% (39%) и грудного – 14 (11%), во II – школьного – 35 (62%) над дошкольниками – 19 (33%) и грудными детьми – 3 (5%). III группа была представлена только школьниками – 20 (100%). Абсолютное большинство пациентов имели нетяжелое течение заболевания – 172 (86%) и 28 (14%) – тяжелое: I группа 6 (5%) из 123, II – 11 (19%) из 57 и III – 13 (65%). Тяжелое течение заболевания было обусловлено наличием выраженной интоксикации – 15 (54%) из 28, экссудативного плеврита – 11 (39%), 7 (25%) – деструкции легкого (буллы), 12 (43%) – дыхательной недостаточности (ДН) II-III степени.

Режим и гидратация являются важными аспектами терапии пневмоний. На период выраженности синдрома интоксикации и ДН всем пациентам назначался постельный режим с последующим расширением при наступлении эффекта антибактериальной терапии.

При коррекции водного режима у пациентов из различных групп учитывалась опасность гипергидратации вследствие возможного выброса антидиуретического гормона. У 42 (24%) детей с неосложненной и большинства – 16 (57%) с осложненной формой пневмоний достаточно было оральной гидратации, проводимой растворами «Гастролит» и «Регидрон», которые добавляли в чай, соки, компоты. Общее количество жидкости за сутки у детей различного возраста было назначено в объеме половины суточной потребности. Инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами при ВП понадобилась 12 (43%) пациентам при выраженном эксикозе, угрозе ДВС-синдрома (изменения в гемостазиограмме), гипертермическом синдроме в объеме 20-30 мл/кг/сут.

Оксигенотерапия назначалась с помощью лицевой маской или назальных катетеров 28 (14%) пациентам, у которых насыщение кислородом при вдыхании воздуха составляло менее 92%, для поддержания сатурации выше 92%. ИВЛ не понадобилась ни в одном из анализируемых клинических случаев.

Применение муколитиков и отхаркивающих препаратов в первые дни лечения пневмонии не обосновано, учитывая тот факт, что кашель не является главным симптомом заболевания и не определяет тяжесть состояния пациента, а поэтому не требует неотложного лечения. В дальнейшем при появлении у пациента интенсивного малопродуктивного кашля возможно применение различных муколитических средств (смотри данные таблицы 1). Не рекомендовано назначение отхаркивающих препаратов у детей раннего возраста, особенно при кашле с обильной мокротой, так как они не умеют ее сплевывать [2].

Использование бронхолитических средств показано при наличии бронхообструктивного синдрома (БОС) с микоплазменными, хламидийными и вирусными пневмониями или при развитии ВП у больного с бронхиальной астмой. Пациентов с верифицированной атипичной пневмонией и БОС в изучаемых группах было 24 (12%): 3 с очаговыми, 16 с сегментарными и 5 с лobarными пневмониями. Препаратом выбора в таких ситуациях был комбинированный препарат беродуал. β_2 -агонист короткого действия сальбутамол в виде монотерапии использовался у 63 (31,5%) пациентов в случае так называемой «скрытой обструкции», когда наблюдалась недостаточная эффективность предшествующей муколитической терапии. 10 (5%) детей при отсутствии положительной динамики и сохранении обструкции получали зуфиллин методом суточного титрования через микродозатор (линеомат).

Муколитическая терапия (бромгексин, амброксол, АСС) назначалась всем пациентам, в том числе и в различном количестве: 132 (66%) ребенка получали только один из препаратов, 55 (27,5%) – 2 и 13 (6,5%) – все три муколитика в различной последовательности в связи с неэффективностью и необходимостью

смены препарата. Пациентам I группы – 117 (95%) из 123, II – 44 (77%) из 57 и 16 (80%) из 20 в III достоверно чаще ($p < 0,05$) назначался муколитик амброксол по сравнению с бромгексином и ацетилцистеином. Данные о проводимой муколитической и бронхолитической терапии представлены в таблице.

Таблица – Муколитическая и бронхолитическая терапия у пациентов с различными формами внебольничных пневмоний

Препараты	Пневмонии очаговые n=123		Пневмонии сегментарные n=57		Пневмонии лобарные n=20		Всего пневмоний n=200	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Бромгексин	20	16	10	17,5	3	15	33	16,5
Амброксол	117	95	44	77	16	80	177	88,5
Ацетилцистеин	3	2,5	3	5	4	20	10	5
Сальбутамол	45	37	13	23	5	25	63	31,5
Беродуал	3	2	16	28	5	25	24	12
Эуфиллин	2	1,5	4	7	4	20	10	5

Выводы.

1. Наиболее часто в лечении внегоспитальных пневмоний у детей, помимо антибактериальной терапии, используется муколитическая терапия. Препаратом выбора в таких случаях являлся амброксол (88,5%).

2. Инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами при тяжелом течении ВП понадобилась 43% пациентам.

3. Для купирования бронхообструктивного синдрома у пациентов с клинически значимой обструкцией чаще использовался беродуал, а при «скрытой» – сальбутамол.

4. Оксигенотерапию с помощью лицевой маской или назальных катетеров получали 14% пациентов с дыхательной недостаточностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закиров, И. И. Критерии диагностики и лечения внебольничной пневмонии у детей / И. И. Закиров, А. И. Сафина // Практическая медицина. – 2012. – № 7. – С. 32-37.

2. Пикуза, О. И. Современные особенности внебольничных пневмоний у детей раннего возраста / О. И. Пикуза, Е. А. Самороднова – Практическая медицина. – №6 (75). – С. 35-41.

3. Чучалин, А. Г. Внебольничная пневмония у детей. Распространённость, диагностика, лечение и профилактика / А. Г. Чучалин [и др.] // Российское респираторное общество, Федерация педиатров стран СНГ, Московское общество детских врачей: научно-практическая программа. – Москва, 2011. – 68 с.