

# ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ И СВЯЗЬ С РАЗВИТИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

**Волкова О.А.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
2-я кафедра детских болезней, г. Гродно, Республика Беларусь

Одним из значимых факторов, способствующих развитию бронхиальной астмы у предрасположенных к ней детей и провоцирующих обострения бронхиальной астмы, особенно в раннем возрасте, являются острые респираторные инфекции.

В структуре инфекционных болезней у детей удельный вес ОРИ достигает 90%. Как известно, в большинстве случаев (90-95%) возбудителями ОРИ являются вирусы (наиболее часто – вирусы гриппа, парагриппа, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус), риновирус, реовирус, коронавирус, энтеровирус и др.). Бактерии (пневмококк, стрептококк, гемофильная палочка, моракселла, стафилококк и др.) играют ключевую роль в этиологии лишь 6-10% случаев ОРИ, поэтому вопрос о том, стоит ли вообще применять эмпирическую терапию антибактериальными препаратами, совершенно закономерен.

Ранее опубликованные в европейских медицинских журналах результаты пяти отдельных ретроспективных исследований свидетельствовали, что у детей, принимавших антибиотики на первом или втором году жизни, в последующем более часто выявлялись симптомы атопических заболеваний – бронхиальной астмы, аллергического ринита и экземы в сравнении с детьми, которые не получали антибиотикотерапии. По данным других исследований, частое, необоснованное применение НПВС и антибактериальных препаратов может провоцировать развитие бронхиальной астмы у детей. Последние исследования специалистов показали, что те дети, которые в возрасте до 15 мес. проходили курс лечения парацетамолом, к 6-ти годам имеют повышенный риск развития астмы.

**Цель исследования:** определить роль антибактериальных препаратов и НПВС в возникновении бронхиальной астмы у

детей г. Гродно.

**Задача исследования:** обобщить и проанализировать данные о применении в раннем возрасте антибактериальных препаратов и НПВС у детей, страдающих бронхиальной астмой, сравнить полученные данные с аналогичными показателями в группе условно здоровых детей.

**Методы и объект исследования.** В ходе исследования проанализированы 202 амбулаторные медицинские карты детей за период от 1992 до 2011 гг. В 1-ю группу вошли больные с бронхиальной астмой (n=102), во 2-ю (группа сравнения) – 100 условно здоровых детей, отобранных методом случайной выборки, не имеющих хронических заболеваний, сопоставимые по возрасту.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все обследованные проживали в г. Гродно. В 1-й группе 64% составили мальчики, 36% – девочки, во 2-й группе было равное количество мальчиков и девочек.

Средний возраст на момент исследования –  $11,3 \pm 0,7$  года в 1-й группе и  $10,2 \pm 0,4$  – во 2-й. В 1-й группе все дети страдали аллергической формой бронхиальной астмы. У 36% из них наблюдалось легкое интермиттирующее течение заболевания, у 18% - легкое персистирующее, у 42% - среднетяжелое, у 4% - тяжелое. Средний возраст возникновения первых эпизодов обструкции – 1 год 9 мес., средний возраст постановки диагноза – 6 лет 7 мес. Длительность заболевания колебалась от 1 до 12 лет, в среднем –  $3,9 \pm 0,5$  года. 66% детей 1-й группы состояли на диспансерном учете как часто болеющие. Острые аллергические реакции на прием медикаментозных препаратов отмечались у 12% пациентов 1-й группы и в 2% случаев – во 2-й ( $p < 0,01$ ). У 32% пациентов 1-й группы была отягощенная наследственность по бронхиальной астме. На грудном вскармливании находились 82% детей из 1-й группы и 100% детей 2-й группы ( $p < 0,001$ ), средняя продолжительность кормления грудным молоком составила 5,7 месяцев в 1-й, и 7,5 мес. во 2-й группе.

На первом году жизни в 1-й группе антибактериальные препараты применялись у 84% детей, во 2-й – у 60% детей ( $p < 0,001$ ), наиболее часто использовались препараты пенициллинового ряда (62% и 77%, соответственно),

аминогликозиды (22% и 16,7%), цефалоспорины (12% и 13,3%).

На втором году жизни антибиотики назначались у 90% детей в 1-й группе и в 56% случаев – во 2-й ( $p < 0,001$ ), из них наиболее широко – пенициллины (78% и 82%), преимущественно ампициллин и амоксициллин, аминогликозиды (46% и 22%), цефалоспорины (36% и 14%).

На третьем году жизни антибиотики были назначены у 94% детей в 1-й группе и у 54% детей – во 2-й ( $p < 0,001$ ), наиболее часто пенициллинового ряда (82% и 82%), цефалоспоринового ряда (50% и 14%), аминогликозиды (38% и 11%).

Кратность курсов антибактериальной терапии в 1-й группе на первом году жизни составила 3,4, во 2-й группе – 1,2, на втором году жизни в 1-й группе 4,1 и 1,1, на третьем году жизни – 3,6 и 1,1, соответственно.

Также широко в лечении детей использовали НПВС. На первом году жизни их применяли у 84% детей 1-й группы и у 70% детей 2-й группы ( $p < 0,05$ ), на втором году – у 92% детей 1-й группы и у 70% детей 2-й ( $p < 0,001$ ), на третьем – у 94% и 54%, соответственно ( $p < 0,001$ ). Чаще всего назначали парацетамол: на первом году – в 64% случаев, на втором – в 72% и на третьем – в 76%.

**Выводы.** У детей, страдающих бронхиальной астмой, достоверно чаще применялись антибактериальные препараты на первом, втором и третьем году жизни, чем у детей, не имеющих бронхиальной астмы.

Кратность курсов применения антибактериальных препаратов у детей, страдающих бронхиальной астмой, на первом году жизни была выше в 2,7 раза, на втором – в 3,7 раза и на третьем – в 3,3 раза, чем у детей, не имеющих бронхиальной астмы.

Достоверно чаще в раннем детском возрасте в группе детей с бронхиальной астмой применялись нестероидные противовоспалительные средства.

Таким образом, исходя из проведенного исследования, следует, что широкая распространенность ОРИ среди детского населения г. Гродно и нерациональная и необоснованная терапия антибактериальными препаратами и НПВС в раннем детском возрасте могут являться одними из основных провоцирующих факторов развития бронхиальной астмы у детей.