

ты были разделены на 4 группы: 1-я группа – 55 дети, получавших антибиотики (АБ), 2-я группа – 10 больных, получавших глюкокортикостероиды (ГКС), 3-я группа – 10 человек, получавших АБ и ГКС, 4-я группа – 10 пациентов, получавших симптоматическое лечение.

Полученные данные показали, что применение ГКС при лечении ИМ у детей достоверно облегчает течение заболевания за счет сокращения длительности лихорадки, аденоидита, пленчатого фарингита и лимфоаденопатии. Однако, несмотря на это, назначать препараты данной группы следует только при выраженной обструкции дыхательных путей, цитопениях и поражениях нервной системы.

Отсутствие эффекта от адекватной этиотропной терапии пленчатого тонзиллита через 48-72 часа от ее начала, ставит под сомнение бактериальную природу заболевания и должно наводить на мысль о возможном специфическом характере ангины (наиболее вероятно - об инфекционном мононуклеозе). Если у больного с ангиной есть изменения в лейкоцитограмме (лейкоцитоз за счет увеличения мононуклеарных клеток), увеличение трансаминаз, это также с большой вероятностью указывает на ИМ.

Клинико-лабораторные показатели ИМ купировались позже всего в группе детей, получавших АБ. Применение АБ у больных с ИМ целесообразно только в случае доказанного присоединения бактериальной инфекции. В противном случае явления пленчатого фарингита пролонгируются.

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ

Козарезов С.Н.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Успехи перинатологии в последнее десятилетие привели не только к снижению уровня младенческой смертности, но и к появлению новых инвалидизирующих нозологий и росту их частоты. Одной из таких патологий является бронхолегочная дисплазия (БЛД), являющаяся наиболее распространенной формой среди хронических заболеваний легких в раннем возрасте.

Современные концепции профилактики БЛД представлены:

- Антенатальным применением глюкокортикостероидов (ГКС). Снижают риск развития респираторного дистресс-синдрома (РДС), внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) и неонатальной смертности. Показанием к их назначению является угроза преждевременных родов на сроке 24-34 нед. Оптимально, чтобы срок между окончанием гормонотерапии и родами был более 24 часов. Предпочтение следует отдать дексаметазону

(Brownfoot F.C. et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2008) – 6 мг четырехкратно с интервалом в 12 часов (более выражено по сравнению с бетаметазоном снижает риск развития ВЖК), применяемому внутримышечно, а не энтерально (данный путь введения повышает частоту развития сепсиса).

- Профилактическим и ранним терапевтическим применением препаратов экзогенного сурфактанта, что в конечном итоге предупреждает необходимость использования агрессивной респираторной поддержки. Препараты экзогенного сурфактанта снижают комбинированный риск развития БЛД или смерти на 28 суток жизни. Неоднократное их использование у детей с персистирующей дыхательной недостаточностью улучшает клинический исход и является наиболее эффективной стратегией терапии РДС (R. Soll, E. Özek // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2009).

- Постнатальным применением ГКС. Снижают риск развития БЛД, но приводят к длительно сохраняющимся неврологическим нарушениям и повышению риска развития детского церебрального паралича. К тому же не выявлено снижения уровня смертности и длительности пребывания в стационаре при применении системных ГКС у недоношенных детей. Поэтому их назначение должно быть строго лимитировано с обязательным информированным согласием родителей пациентов. Использование системных ГКС обосновано только у пациентов, зависимых от ИВЛ в течение семи и более суток с высоким риском развития БЛД, однако решение об их использовании должно быть принято совместно с родителями пациентов, так как на сегодняшний день ни один из препаратов (ни дексаметазон, ни гидрокортизон) не может быть рекомендован к рутинному использованию (Current Evidence-Based Recommendations // International Journal of Pediatrics. – 2012).

- Применением ИГКС. Не влияют на частоту развития БЛД и уровень смертности, поэтому в настоящее время данная группа препаратов не может быть рекомендована в качестве стандартной терапии зависимых от ИВЛ недоношенных.

- Использованием неинвазивной респираторной поддержки и оптимизацией стратегий ИВЛ (адекватные ПДКВ и дыхательный объем).

- Ограничением дотаций жидкости и адекватной нутритивной поддержкой.

Таким образом, на сегодняшний день наиболее эффективными и при этом безопасными направлениями профилактики БЛД являются антенатальное применение ГКС, профилактическое и раннее терапевтическое применение препаратов экзогенного сурфактанта, а также использование неинвазивной респираторной поддержки и оптимизация стратегий ИВЛ.