

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 1, Выпуск 4, 30 Декабря

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ.

Исматуллаев Сохибджон Кудратович

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии
Пропедевтика детских болезней, ассистент кафедры педиатрии по
детским болезням и семейной медицине

АННОТАЦИЯ

Цель обновленных клинических рекомендаций состоит в представлении специалистам, в первую очередь анестезиологам-реаниматологам, современных, основанных на методах доказательной медицины данных по этиологии, эпидемиологии, способах диагностики, лечения и профилактики тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых. При подготовке настоящего документа использованы и адаптированы научные исследования высокого уровня доказательности, систематические обзоры и метаанализы, рекомендации Американского общества инфекционных заболеваний/Американского торакального общества (IDSA/ATS), Европейского респираторного общества/Европейского общества интенсивной терапии/Европейского общества клинической микробиологии и инфекционным заболеваниям/Латиноамериканского торакального общества (ERS/ESICM/ESCMID/ALAT) и прочих ведущих профессиональных сообществ. Подробно представлены современные рекомендации по дифференцированной антибиотикотерапии пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией (ТВП) в зависимости от наличия у них факторов риска инфицирования определенными микроорганизмами, приведены схемы этиотропной терапии при установленном возбудителе. Значительный раздел рекомендаций посвящен респираторной терапии при ТВП, сформулирован ступенчатый алгоритм лечения острой дыхательной недостаточности в зависимости от ее стадии. Детально охарактеризованы наиболее эффективные и безопасные режимы инвазивных и неинвазивных способов респираторной поддержки. В качестве методов адьювантной терапии названы глюкокортикостероиды при невозможности стабилизировать показатели гемодинамики на фоне адекватной гидратации и вазопрессорной поддержки, а также парентеральные антикоагулянты с целью предупреждения тромбоэмболических осложнений. Для профилактики ТВП

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 1, Выпуск 4, 30 Декабря

у пациентов высокого риска предложены антипневмококковые и противогриппозные вакцины. Представлены критерии оценки качества медицинской помощи...

Ключевые слова: внебольничные инфекции, пневмония, антибактериальные препараты, респираторная терапия.

Введение. Пневмонии — группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся поражением легочной паренхимы с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации. Внебольничной считают пневмонию, развившуюся вне стационара, либо диагностированную в первые 48 ч с момента госпитализации [1, 2].

В структуре детской заболеваемости патология системы органов дыхания стабильно занимает ведущее место. В частности, заболеваемость внебольничной пневмонией в регионах составляет от 5 до 17 случаев на 1000 детского населения в год [1]. С возрастом заболеваемость снижается в 3-6 раз, в школьном и подростковом возрасте регистрируется около 13 случаев на 1000 детей в год [2]. Высокая распространенность пневмоний ввиду длительности заболевания и формирования неблагоприятных вариантов течения и летальности может наносить значительный экономический ущерб обществу, обуславливая медицинскую и социальную значимость. Несмотря на существующие четкие клинико-инструментальные критерии диагностики внебольничной пневмонии у детского населения, актуальность данной темы сохраняется. Часто прослеживается тенденция к гипо- и гипердиагностике заболевания, а также формирование тяжелых и осложненных форм, ежегодно фиксируются летальные случаи [1, 3]. В патогенезе ВП ведущую роль играют массивная и вирулентная инфекция, воздействие токсинов микробов, снижение неспецифической резистентности организма, дисбаланс локального и системного иммунитета, нарушение процессов свободно-радикального окисления [1, 7], следовательно, лечение ВП должно быть комплексным, затрагивающим все звенья патогенеза, в том числе иммунологическое. В этой связи представляет интерес клинико-иммунологическая оценка эффективности препаратов с доказанной иммуномодулирующей активностью, таких как полиоксидоний и имунофан в лечении тяжелых форм внебольничной пневмонии. На сегодня имеется положительный опыт использования полиоксидония и имунофана в комплексном лечении ряда тяжелых хронических инфекционно-

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 1, Выпуск 4, 30 Декабря

воспалительных процессов (туберкулеза, хронического лимфолейкоза, гепатитов, псориаза, ВИЧ-инфекции) [5, 8]

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 105 больных ВП в возрасте от 17 до 60 лет, находившихся на стационарном лечении в городской клинической больнице № 5 г. Уфы. Диагноз пневмонии и степень ее тяжести определялись в соответствии с рекомендациями Всероссийского научного общества пульмонологов [2]. При госпитализации всем обследованным согласно стандартам международного общества пульмонологов назначалась антибактериальная терапия, включающая аминопенициллины, цефалоспорины II-IV поколения, макролиды, альтернативные группы антибиотиков (фторхинолоны). Обследование больных проводили в соответствии с республиканскими медико-экономическими стандартами. Верификация возбудителей ВП осуществлялась микроскопическими и бактериологическими методами. Иммунологическое обследование проводилось дважды – в день поступления в стационар и в динамике через 10 дней после начала лечения. В зависимости от иммунотропной терапии больные ВП со среднетяжелой и тяжелой формами заболевания (105 пациентов) были распределены на 3 группы: I группа – 25 больных, получавших в комплексном лечении иммуномодулятор имунофан с 3-4 дня пребывания в стационаре, в дозе по 50 мкг/мл внутримышечно, один раз в сутки, через день, в течение 10 дней; II группа – 35 пациентов, которым в комплексной терапии назначался полиоксидоний с 3-4 дня пребывания в стационаре, в дозе 6 мг, внутримышечно, один раз в сутки, через день, в течение 10 дней; для оценки клинико-иммунологической эффективности указанных иммуномодуляторов была выделена III группа (контроль) – 45 пациентов с ВП, получавших стандартную терапию (без применения иммунокоррекции), – сопоставимая с основными группами по полу, возрасту и степени тяжести.

Заключение.

1. У больных с тяжелыми формами внебольничной пневмонии имеет место неадекватность иммунных механизмов защиты, следовательно, включение иммуномодуляторов в состав комплексной терапии ВП клинически и иммунологически обосновано.

2. Использование препаратов имунофана и полиоксидония в комплексной терапии ВП повышает эффективность антибактериальной терапии, приводит к нормализации факторов неспецифической

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 1, Выпуск 4, 30 Декабря

резистентности, показателей клеточного звена иммунитета, сопровождается положительной клинической динамикой и может быть рекомендовано в комплексной терапии ВП.

3. Препарат полиоксидоний при назначении его в комплексной терапии больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами ВП показал большую иммуномодулирующую активность в отношении клеточных механизмов иммунитета.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Гепше Н.А., Волков И.К. Перспективы развития и проблемы детской пульмонологии в России // Пульмонология. 2007. № 4. С. 5–6.

2. Григорьев К.И. Современный взгляд на пневмонию у детей и подходы к ее лечению и профилактике // Медицинская помощь. 2005. № 2. С. 3–9.

3. Евдокимова Д.В., Уланова А.В. Исследование особенностей внебольничной пневмонии у детей и подростков. Материалы 52-й ежегодной Всероссийской конференции студентов и молодых ученых «Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации», посвященной 90-летию доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Павла Васильевича Дунаева (г. Тюмень, 12 апреля 2018 г.). Тюмень: РИЦ «Айвекс», 2018. С. 304.

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

5. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. 69 с.

6. Протокол Минздрава России от 28 декабря 2012 г. Протоколы лечения внебольничной пневмонии у детей // Официальный сайт Минздрава России. URL: www.rosminzdrav.ru (дата обращения 28.12. 2012). 7. Хватова В.А. Окклюзия и артикуляция в практике стоматолога-ортопеда и зубного техника // Новое в стоматологии. – 1999. – № 1. – С. 13-29

8. Пивченко П.Г., Пивченко Т.П. Сравнительный анализ развития поджелудочной железы у человека и белой крысы в эмбриональном периоде (обоснование экспериментальной модели). Оригинальные научные публикации. 2016: 80–3.

9. Калигин М.С., Титова А.А., Плюшкина А.С., Титова М.А., Гумерова А.А., Киясов А.П. Пролиферация клеток поджелудочной железы при экспериментальном диабете. Гены & клетки. 2014, Том 4, 3: 85–8.