

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СУСПЕНЗИИ ПУЛЬМИКОРТА В ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Биба С.Ж., Липина В.Р.

Городская детская клиническая больница №9

Цель: оценить эффективность суспензии пульмикорта при терапии среднетяжелого и тяжелого обострения бронхиальной астмы у детей в условиях стационара в комплексной терапии.

Проведен анализ 37 историй болезней детей в возрасте от 1 года до 15 лет, госпитализированных в пульмонологическое отделение ДГКБ № 9 по поводу тяжелого и среднетяжелого обострения бронхиальной астмы. С целью купирования обострения использовалась небулайзерная терапия через компрессорный небулайзер OMRON CX3, "Boreal", "Pulmo-Aid" комбинированным бронхолитиком (0,25% раствор беродуала 250 мкг/1мл) в сочетании с кортикостероидом (суспензия пульмикорта – 0,25 и 0,5 мг в 1 мл) в возрастной дозировке. Эффективность терапии оценивали по следующим показателям: максимальная скорость выдоха PEF до и через 30 минут после ингаляции, сатурации O₂ крови.

На фоне проводимой терапии у больных со среднетяжелым обострением (22 ребенка) отмечалось улучшение общего самочувствия, показателей PEF на 28 – 52% от исходных показателей, повышение сатурации O₂ с 90 – 92% до 97 – 98%. При проведении дальнейшей терапии необходимость в назначении системных глюкокортикостероидов не возникала. У больных с тяжелым обострением бронхиальной астмы (12 больных) на фоне небулайзер-терапии беродуала и суспензии пульмикорта также отмечалось улучшение общего самочувствия, увеличение показателей PEF на 20 – 43%, повышение сатурации O₂ с 87% до 92 – 94%. 9 больных этой группы потребовали дополнительного назначения системных кортикостероидов в дозе 2 – 5 мг/кг/массы тела парентерально и теофиллинов короткого действия в начальной дозе 4 – 5 мг/кг/массы тела с последующей поддерживающей дозой 1 мг/кг/массы тела циклично в течение суток.

В последующем, на фоне терапии, включающей ингаляции суспензии пульмикорта, удалось быстрее отменить системные кортикостероиды (на 2 – 3 дня), чем в

группе детей (группа сравнения 12 детей), получавших небулайзер-терапию беродуала и парентерально теофиллины короткого действия и кортикостероиды (в тех же дозах).

Таким образом, включение в терапию для купирования обострения бронхиальной астмы суспензии пульмикорта через небулайзер, позволяет эффективно стабилизировать состояние при среднетяжелом обострении и сократить число дней обострения при его тяжелом течении. Небулайзерная терапия в педиатрической практике имеет существенные преимущества: позволяет создать высокую концентрацию распыляемого вещества в короткий промежуток времени к месту патологического процесса. При ингаляционном введении значительно уменьшается системный эффект, что проявляется отсутствием побочных действий на другие органы и системы.

ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ С НЕФРОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Панкратова И.Б.

Уральская государственная медицинская академия

Городская детская клиническая больница №9

В настоящее время в Екатеринбурге на диспансерном учете у специалистов состоит 420 детей – инвалидов с нефроурологической патологией. В последние годы (5 лет) наблюдается рост числа этих больных: в 1999 году - 293 чел., в 2000 году - 318 чел., в 2001 году - 354 чел., в 2002 году – 400 чел., в 2003 году - 420 человек. Удельный вес детей, впервые получивших инвалидность в 2003 году, составил 18,2%; в 2002 году - 11%. В возрастной структуре 50% инвалидности формируется в возрасте от 0 до 10 лет: 0 - 4 года - 36 чел.; 5 - 9 лет - 97 чел.; 10 - 14 лет – 155 чел.; 14 - 15 лет – 57 чел.; 15 – 17 лет - 75чел. По данным этого наблюдения отмечается тенденция к омоложению формирования инвалидности от 0 до 8 лет (63,5%).

В структуре заболеваний у инвалидов на первое место выходят приобретенные заболевания, составляющие 54% - гломерулонефриты, пиелонефриты, тубулоинтерстициальные нефриты. На втором месте - наследственные и врожденные заболевания - поликистоз почек, агенезия почек. Продолжительность заболевания у детей с нефроурологической патологией различна: длительность заболевания от 1 года до 3 лет была у 23% пациентов, от 3 до 5 лет - у 17%; более 5 лет - у 57,3%.

Дебют заболевания чаще проявляется основными клиническими симптомами, характерными для той или иной нозологической формы: при пиелонефрите - клинические симптомы инфекционно-токсического поражения тубулоинтерстициального аппарата: