



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ КЛАРИТРОМИЦИНА В СОЧЕТАНИИ С ГАЛАВИТОМ В ЛЕЧЕНИИ АТИПИЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Мухамадиева Л.А., Кудратова З.Э.

*Самаркандский Государственный медицинский университет.
Самарканд, Узбекистан*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность модифицированной терапии Кларитромицина в сочетании с Галавитом в лечении атипичной микрофлоры у детей с ООБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена в Многопрофильной специализированной детской хирургической клинике Самаркандского государственного медицинского университета и в отделении педиатрии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Обследовано 365 детей с острым обструктивным бронхитом в возрасте от 5 месяцев до 6 лет среди, которых было отобрано 90 больных с положительным иммуноферментным анализом на хламидии и микоплазмы (1 группа), а также ретроспективно изучены истории болезней 90 детей с ООБ без атипичной микрофлорой (2 группа) средне тяжелым и тяжелым течением заболевания. Эти дети были госпитализированы в Многопрофильную специализированную детскую хирургическую клинику СамГМУ, СФРНЦЭМП.

Первая группа (I) детей получала стандартную терапию.

Вторая группа (II) детей получала стандартную терапию и в качестве антибиотикотерапии был применён Кларитромицин. Кларитромицин назначали 2 раза в сутки внутрь из расчета детям 15 мг/кг, курс лечения 7 дней.

Третья группа (III) получала стандартную терапию и иммуномодулятор Галавит в виде свеч и таблеток в зависимости от возраста больных. Галавит применялся подъязычно в дозе 1-2 таб. ежедневно от 2-х до 4-х раз в сутки с продолжительностью 5 дней детям от 3 до 6 лет. А также применялся в виде свеч 1 раз в день в течение 5 дней.

Четвертая группа (IV) получала стандартную терапию Кларитромицином (назначали 2 раза в сутки внутрь из расчета детям 15 мг/кг курс лечения 7 дней) и иммуномодулятор Галавит (применялся подъязычно в дозе 1-2 таб. ежедневно от 2-х до 4-х раз в сутки с продолжительностью 5 дней детям от 3 до 6 лет, в виде свеч 1 раз в день в течение 5 дней, затем через день ещё 5 свечей).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эффективность терапии оценивали по динамике и темпу регресса клинической симптоматики, нормализации лабораторных и иммунологических показателей. У обследованных нами детей 1 группы диагностировали среднетяжелое течение ООБ в 74,4% и тяжёлое течение 25,6% случаев. Во 2 группе заболевание протекало в среднетяжелой степени у 61,1% случаев и в тяжелой степени в 38,9% случаев.

Тяжесть состояния у детей с ООБ при поступлении в стационар была обусловлена симптомами общей интоксикации и дыхательной недостаточности. Интоксикационный синдром был более выражен в 1 группе больных, вялость наблюдалась у 39% больных в 1 группе и у 17,8% больных 2 группы. Снижение аппетита с беспокойством у 63 (70%) больных против 52 (58%) во второй группе. Длительность интоксикационного синдрома был более длительным в I группе в основном у детей грудного возраста. Дыхательная недостаточность наблюдалась у обеих групп. В 1 группе ДН I степени диагностирована у 67 (74,4%) детей, во 2 группе у 55 (61,1%) детей. ДН II степени диагностирована в 25,6% случаев и во 2 группе в 37,8% случаев. И ДН III степени диагностирована только у детей 2 группы, которая составила 2,2 %. Клинические признаки появлялись через 4-5 дней после начала болезни у детей с ООБ без атипичной микрофлорой. А у детей с атипичной микрофлорой через 2-3 дня после начало болезни. Интоксикационный синдром проявлялся также и повышением температуры тела. У всех наблюдаемых больных при поступлении было отмечено повышение температуры тела. У детей с ООБ без атипичной флоры температура при поступлении была в пределах 37,0С -37,90С у 37,0%, выше 38,0С у 48 % детей, выше 39,0С у 15% детей. У 58,8% детей 2 группы температура была в пределах 37,0С-37,90С, температура тела выше 38,0С была отмечена у 35,6% больных, выше 39,0С наблюдалась у 5,6% больных ($p < 0,05$). У всех обследованных больных с ООБ в обеих группах наблюдался насморк, чихание, гиперемия слизистой оболочки зева, затрудненное дыхание эти симптомы респираторного синдрома продолжались от 5 до 7 дней. 100 % случаев в обеих группах отмечался кашель, у детей с ООБ атипичной микрофлорой он появился в первые 2 суток болезни и длился во второй группе в среднем $12,38 \pm 0,39$ дней, а в первой группе в среднем $10,38 \pm 0,49$ дней. В первые 5 суток от начала болезни особенно в возрасте от 1 года до 3 лет кашель был частым и сухим и сильно беспокоил детей обеих групп. Применение муколитиков у большинства больных наряду с урежением кашля, привело к повышению выделения количества мокроты. В частности, у 3 детей раннего возраста, применение препаратов амброксола и АЦЦ привело к обильному выделению мокроты и усилению обструкции в связи, с чем родители были вынуждены обратиться за медицинской помощью.



Особенностью кашля 2 группы было более длительное сохранение редкого кашля у 81,1% детей без этиотропного лечения после выписки из стационара. Во 2 группе в 73,1% случаев были выявлены симптомы общей интоксикации, нарушение сна, особенно у детей до 1 года жизни. Так же снижение аппетита у наблюдаемых нами больных более 5 суток, было выявлено чаще у детей от 1 года до 3 лет у обеих групп.

У обследованных детей особенно в возрасте от 2 до 4 лет и детей 2 группы экспираторная одышка регистрировалась у 51% детей.

Данные анализа клинической эффективности дифференцированного лечения больных показали, после проведенного лечения во II группе, в которой дети получали Кларитромицин и в IV группе которые также получали Кларитромицин и дополнительно Галавит улучшение общего состояния отмечалось на 2 суток раньше чем в I и III группе, которым не было назначено Кларитромицин и Галавит.

Уменьшение беспокойства детей на 1,5 сутки раньше отмечалось во II ($2,55 \pm 0,18$) и в IV группе ($2,45 \pm 0,15$) ($p < 0,001$). Отмечалось снижение температуры тела у детей II ($1,95 \pm 0,17$) и IV ($1,80 \pm 0,15$) группы на 2 сутки после начатого лечения, а в традиционной группе на 4 сутки ($4,0 \pm 0,20$) и в III группе ($2,92 \pm 0,15$) на 3 сутки от начала лечения ($p < 0,001$).

В I группе которая получала традиционное лечение кашель был купирован на 12 сутки от начала заболевания ($12,38 \pm 0,39$), в III группе которая получала наряду с традиционным лечением Галавит, кашель стал редким на 10 сутки ($10,38 \pm 0,49$), на 6-7 сутки у детей II и IV группы которые дополнительно получили Кларитромицин (IV группа еще и Галавит). Таким образом в этих группах кашель был купирован достоверно чаще в более короткие сроки ($p < 0,001$).

Цианоз в I группе на 1,5 сутки дольше держался в отличии от других 3 групп ($p < 0,01$). Экспираторная одышка во II и IV группе достоверно ($p < 0,05$) быстрее исчезло раньше, в отличии от I и III группы (таб.1).

Длительность заболевания ООБ у детей в среднем составило от 7 до 14 дней.

ВЫВОДЫ

У детей с ООБ у которых были выявлены антитела к атипичной микрофлоре методом ИФА рекомендуется в комплексной терапии острого обструктивного бронхита у детей с атипичной микрофлорой использовать макролид Кларитромицин два раза в сутки из расчета 15 мг /кг Peros 2 раза в день в течении 5 дней и иммуномодулирующий препарат Галавит в виде инъекций, свеч и таблеток в зависимости от возраста больных. Применения Галавита подъязычно в дозе 1-2 таб. ежедневно от 2-х до 4-х раз в сутки с продолжительностью 5 дней детям от 3 до 6 лет. А также применения в виде свеч 1 раз в день в течение 5 дней, затем через день ещё 5 свечей детям от 5 месяцев до 3 лет.

Эффективность лечения детей с обструктивным бронхитом с атипичной микрофлорой, наряду со стандартным лечением требует применения макролидов и иммуномодуляторов, что было доказано улучшением клинических и иммунологических показателей.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ:

1. Satvaldieva, E., Ashurova, G., Fayziev, O., & Djalilov, A. (2021). Pediatric surgical sepsis: diagnostics and intensive therapy. ScienceRise: Medical Science, (6 (45)), 34-42.

2. Усманова, Г. М., Нурмухамедов, Х. К., Юсупалиева, Г. А., Бектураева, М. У., Маматкулов, И. Б., & Ишанходжаев, Н. А. (2013). Обеспечение качества лечения детей. Новый день в медицине, (1), 28-30.