

БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**Р.Х. Шарипов, М.М. Ахмедова, Л.Т. Ирбутаева, А.С. Расулов, Н.А. Расулова**

Самаркандский Государственный Медицинский Институт

Ключевые слова: дети, бронхообструктивный синдром, оценка.**Таянч сўзлар:** болалар, обструктив ҳолатларда, баҳолаш.**Keywords:** children, obstructive conditions, assessment.

Целью работы явилось сравнение клинической эффективности бронходилататоров у детей раннего возраста. Был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Полученные результаты показали, что у больных I-й группы (24) применение сальбутамола способствовало более быстрому уменьшению выраженности тахипноэ, улучшению общего состояния, уменьшению цианоза носогубного треугольника и кашля, исчезновению симптомов бронхообструкции. Тогда как у детей II-й группы, получавших эуфиллин (24), положительная динамика отмечена в более поздние сроки и у небольшого количества больных. На 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66,6% больных, при применении же сальбутамола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Таким образом, хорошая переносимость и быстрое улучшение клинического состояния больных доказывает преимущество назначения сальбутамола при лечении бронхообструкции.

БОЛАЛАРДА БРОНХООБСТРУКТИВ СИНДРОМИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ**Р.Х. Шарипов, М.М. Ахмедова, Л.Т. Ирбутаева, А.С. Расулов, Н.А. Расулова**

Самарканд Давлат тиббиёт институти

Илк ёшдаги 48 болаларда бронходилататорларнинг клиник эффективлигини солиштирилди.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, I-гурӯх беморларига (24) сальбутамол қўлланиши тахипноэни тезроқ камайишига, йўтал ва бурун-лаб учбурчаги цианозининг камайишига, бронхообструкция белгиларининг йўқолишига олиб келди. Эуфиллин билан даволанган II-гурӯх болалари (24) ичида эса айрим беморларнинг динамикада ижобий ўзгариши кечроқ кузатилди. Эуфиллин қўлланишининг 2-3 кунида бориб фақат 66,6 % беморларда обструкция белгилари бартараф этилди, сальбутамол ишлатилганда эса 91% касалларда бронхообструктив синдромининг тўлиқ йўқотилиши кузатилди. Шундай қилиб, бронхообструкцияни даволашда сальбутамолнинг қўлланилиши беморлар аҳволининг тез яхши томонга ўзгариши ва препаратнинг асоратсиз ўзлаштирилишини кўрсатди.

BRONCHOOBSTRUCTIVE SYNDROME AND METHODS OF CORRECTION AT CHILDREN**R.Kh. Sharipov, M.M. Akhmedova, L.T. Irbutaeva, A.S. Rasulov, N.A. Rasulova**

Samarkand state medical institute

The aim of work was comparison of clinical performance of bronchodilator at children of early age. The analysis of clinical data at 48 patients has been carried out. The received results have shown that at patients of the I group (24) use of salbutamol promoted faster reduction of expressiveness of tachypnea, improvement of the general state, reduction of cyanosis of nasolabial triangle and cough, disappearance of symptoms of bronchoobstruction. Whereas at the children of the II group receiving Euphyllinum (24), positive dynamics is noted in later terms and at small amount of patients. For 2-3 day of treatment of patients with Euphyllinum stopping of obstruction was noted only at 66,6% of patients, at salbutamol use full removal of bronchoobstructive syndrome was noted at 91% of patients. Thus, good tolerance and fast improvement of clinical condition of patients proves advantage of purpose of salbutamol at treatment of bronchoobstruction.

Актуальность. В последние годы появился ряд исследований, свидетельствующий о благоприятном влиянии ингаляционной терапии сальбутамолом на обструкцию дыхательных путей [2,5]. Однако, недостаточно работ, в которых изучалось бы влияние перорального назначения препарата у детей раннего возраста.

Известно, что эуфиллин является одним из наиболее популярных препаратов, применяемых при лечении бронхообструктивного синдрома [3]. Вместе с тем, он требует определенной осторожности при применении, поскольку имеет небольшую терапевтическую широту, длительный период полураспада и вызывает ряд побочных эффектов со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой системы и других органов [1,4].

Все вышеуказанное диктует необходимость поиска наиболее эффективных и удобных при применении у детей грудного возраста препаратов, снимающих бронхообструкцию с наименьшим побочным влиянием.

Целью работы явилось сравнение клинической эффективности бронходилататоров у де-

тей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Для достижения указанной цели был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Дети были разделены на 2 группы в соответствии с применением сальбутамола и эуфиллина. С целью контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий осуществляли ЭКГ исследование до и после лечения бронходилататорами у всех наблюдаемых больных.

Чрезкожное определение насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом осуществлялось с помощью аппарата пульсоксиметр NELLCOR до применения препаратов и в динамике через 60 мин., 24 ч., 48 ч., 72 ч. после введения сальбутамола и эуфиллина.

Результаты исследований и их обсуждение. Общее состояние наблюдаемых больных было средне-тяжелым в 81,2% (n-39) случаях, тяжелым - в 18,8% (n-9). При осмотре отмечено: бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа почти у всех больных. При аускультации легких у всех наблюдаемых больных выслушивались сухие, средне-, крупнопузырчатые, а также единичные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны сердечно-сосудистой системы у всех больных тоны сердца были приглушены.

Больные I-й группы (n-24) в составе комплексной терапии получали сальбутамол внутрь (1 мг на прием в возрасте 3-12 месяцев и 2 мг на прием в возрасте 2-3 лет 3 раза в день).

Во II-ю группу также были включены 24 ребенка, которым в составе комплексной терапии 3 раза в сутки перорально был назначен эуфиллин в стартовой дозе 4-6 мг на 1 кг массы с последующим переходом на поддерживающую дозу 3 мг/кг.

Полученные результаты показали, что у больных I-й группы значительно быстрее наступало клиническое улучшение: уже на 60-й минуте после введения сальбутамола отмечалось уменьшение выраженности тахипноэ, у 22 больных на 2-3-й день выявлено улучшение состояния, уменьшение цианоза носогубного треугольника, кашля и одышки, исчезновение симптомов бронхообструкции. У детей II-й группы положительная динамика отмечена у 17 больных: полное снятие бронхообструктивного синдрома наблюдалось у 11 больных на 3 день лечения; кашель с мокротой исчезали на 5-6 день лечения. У 6 больных было достигнуто лишь незначительное улучшение: мокрота стала слизистой, количество ее уменьшилось. Результаты наших исследований показали, что у больных, получавших сальбутамол, исчезновение симптомов интоксикации происходило на 2-3 день у 91,6% больных, а во II-й группе этот показатель составил 79,1%. Особый интерес представляет купирование бронхообструктивного синдрома: так, на 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66,6% больных, при применении сальбутамола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Кашель с выделением мокроты у больных, получавших сальбутамол, исчезал на 7 день у 91,6% больных, а в группе сравнения – на 7 день у 66,6% больных.

Происходила нормализация оксигенации крови у детей I-й группы, причем статистически достоверно увеличение насыщения крови кислородом было выявлено уже на 60-й минуте наблюдения (55%). Увеличение насыщения крови кислородом параллельно отмечалось и во II-й группе, но было менее выраженным (35%).

У детей I-й группы мы наблюдали снижение частоты сердечных сокращений, что может быть объяснено уменьшением выраженности бронхиальной обструкции и нагрузки на аппарат дыхания, снижением сосудистого сопротивления в большом и малом кругах кровообращения. Тогда как у больных II-й группы отмечалась тахикардия к 60-й минуте после введения препарата, причем различия по этому показателю между группами оставались достоверными на протяжении всего периода исследования.

У больных I-й группы наблюдалось уменьшение выраженности симптомов гипервозбудимости со стороны ЦНС, которые имели место до начала терапии, это могло быть связано, в том числе, с улучшением дыхательной функции легких. У 2 (8,3%) детей из II-й группы наблюдалось увеличение выраженности симптомов гипервозбудимости со стороны ЦНС, что могло быть связано с развитием побочных эффектов эуфиллина. Однако в целом эти

явления были нестойкими и быстро исчезали на фоне отмены препарата.

Еще одним из важных показателей клинической эффективности сальбутамола является сокращение пребывания больных в стационаре на 2,6 дней по сравнению с терапией эуфиллином, что в среднем составило $7,4 \pm 0,6$ койко-дней против $10,0 \pm 0,6$.

Таким образом, хорошая переносимость, легкая дозируемость, отсутствие необходимости в обучении правильной технике приема, достоверное улучшение клинического состояния больных и отсутствие серьезных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы позволяют рекомендовать сальбутамол при лечении бронхообструкции. Особенно это касается детей раннего возраста, у которых могут быть сложности в проведении ингаляционной терапии. Наш опыт лечения острого обструктивного бронхита свидетельствует о возможности применения сальбутамола у больных с нетяжелым и среднетяжелым течением. При тяжелой бронхиальной обструкции преимущество следует отдавать небулизации сальбутамола, которая позволяет достичь эффекта в более короткий срок.

Выводы:

Пероральная терапия сальбутамолом у детей наиболее предпочтительна в связи с хорошей переносимостью, отсутствием побочных эффектов и необходимости в обучении правильной технике приема.

Применение перорально вводимого сальбутамола обеспечивает более быстрый и стойкий эффект, чем эуфиллин при бронхиальной обструкции у детей раннего возраста.

Исследования основных витальных показателей и чрезкожного насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии желателно проводить через 60 минут, 24ч., 48ч., 72 часа после приема бронхорасширяющих препаратов. Такая последовательность дает возможность широкого их использования не только с целью диагностики, но и контроля эффективности проводимого лечения.

Использованная литература:

1. Зубаренко А.В., Портнова О.А., Стоева Т.В. Основные принципы этиопатогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики бронхообструктивного состояния у детей // Здоровье ребенка. 2007. №4(7). С.95-99.
2. Недельская С.Н., Боярская Л.Н., Шумная Т.Е. и др. Факторы риска развития обструктивного бронхита у детей раннего возраста // Здоровье ребенка. 2007. №3(6). С.14-17.
3. Охотникова Е.М. Синдром бронхиальной обструкции и аллергического генеза у детей раннего возраста и муколитическая терапия // Здоровье ребенка. 2007. С.82-86.
4. Сорока Ю.А., Чернышева О.Е., Левченко С.А., Фоменко Т.А. Алгоритм оказания неотложной помощи детям раннего возраста с бронхообструктивным синдромом // Педиатрия на пороге третьего тысячелетия: Сборник науч. трудов, посвященный 85 летию профессора Е.М. Витебского. Донецк, 2007. С.82-86.
5. Юлиш Е.И., Болычевцева И.В., Гадецкая С.Г., Вакуленко С.И. Особенности терапии рецидивирующего обструктивного бронхита у детей раннего возраста, инфицированными внутриклеточными патогенами // Современная педиатрия. 2007. №3. С.175-178.