

Повышение эффективности лечения детей, больных внебольничной пневмонией, инфицированных *Mycobacterium tuberculosis*

Г.Н.Давидчук

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
Луганск, Украина

В последние годы большое внимание уделяется вопросам диагностики и лечения неспецифических заболеваний органов дыхания у детей, инфицированных микобактериями туберкулеза. Поэтому повышение эффективности лечения детей, больных внебольничной пневмонией, инфицированных микобактериями туберкулеза, является актуальной проблемой.

Ключевые слова: дети, *Mycobacterium tuberculosis*, пневмония, Три-Ви Плюс, Эреспал, Траумель-С.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема здоровья детей является отражением и последствием существенных социально-экономических и медицинских проблем детского населения. В результате анатомо-физиологических особенностей у детей ограничен диапазон адаптационных реакций, а чувствительность к влиянию экзогенных факторов увеличена. Поэтому дети первыми реагируют на социально-экономическое неблагополучие и являются индикатором эпидемиологической обстановки в стране. Заболевания органов дыхания занимают первое место в Украине в структуре общей заболеваемости детей и подростков и составляют почти 85%. Достаточно частой формой заболевания органов дыхания у детей есть пневмония. Развитию пневмонии у детей раннего возраста способствуют рахит, гипотрофия, анемия, аномалии конституции и обмена веществ, врожденные пороки развития сердечно-сосудистой и дыхательной систем, первичные нарушения иммунной системы, искусственное вскармливание и др. Эти заболевания приводят к снижению иммунной реактивности организма детей и повышают восприимчивость к различным инфекционным

агентам. У детей старшего возраста снижение защитных сил и алергизацию организма вызывают хронические очаги инфекции, инфицирование *Mycobacterium tuberculosis* [4, 5, 7-9].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 528 детей, больных пневмонией, в возрасте от 5 до 15 лет, в том числе 295 мальчиков (55,9%) и 233 девочки (44,1%). Контрольную группу составили 112 детей аналогичного возраста, из которых девочек было 52 (46,4%), мальчиков – 60 (53,6%). Общее количество обследованных детей – 640.

Все больные дети находились на стационарном лечении в областной детской больнице в 2005-2010 гг. Госпитализацию детей в стационар осуществляли на 2-4 дни болезни. Для постановки диагноза пневмонии использовали клиничко-рентгенологические данные согласно протоколу Министерства здравоохранения Украины от 13 января 2005 г. [7].

Во всех случаях заболевания пневмония была расценена как внебольничная (амбулаторная).

Из 528 детей, больных пневмонией, нормергическая реакция Манту имела место в 51,5% случаев (272 ребенка), тогда как гиперергическая реакция Манту была зарегистрирована в 48,5% случаев (256 детей). Указанные контингенты пациентов составили, соответственно, группу А и группу Б. Особенности клинического течения внебольничной пневмонии у детей с нормергической (группа А) и гиперергической реакцией Манту (группа Б) представлены в табл. 1.

Как следует из данных, приведенных в табл. 1, наличие у детей гиперчувствительности к туберкулину (гиперергическая реакция Манту) влияет на клиническое течение пневмонии, что выражается в увеличении частоты встречаемости крупозной пневмония в 1,95 раза, сегментарной пневмонии – в 2,16 раза, двусторонней

ТАБЛИЦА 1

Сравнительная характеристика клинического течения внебольничной пневмонии у детей 5-15 лет с нормергической и гиперергической реакцией Манту

Показатели	Группа А Нормергическая реакция Манту (n=272)		Группа Б Гиперергическая реакция Манту (n=256)	
	Абсолютный показатель	Относительный показатель, %	Абсолютный показатель	Относительный показатель, %
Частота клиничко-рентгенологических форм пневмонии:				
- очаговая бронхопневмония	209	76,8	129	50,4
- сегментарная пневмония	57	21,0	116	45,3
- крупозная пневмония	6	2,2	11	4,3
Частота локализация пневмонии:				
- односторонняя пневмония	256	94,1	225	87,9
- двусторонняя пневмония	16	5,9	31	12,1
Частота степени тяжести пневмонии:				
- легкое течение	162	59,6	29	11,3
- среднетяжелое течение	91	33,5	188	73,4
- тяжелое течение	19	6,9	39	15,2
Частота продолжительности течения пневмонии:				
- острое течение (до 6 недель)	261	96,0	231	90,2
- затяжное течение (от 6 недель до 8 месяцев)	11	4,0	25	9,8
Частота осложнений:				
- неосложненная пневмония	258	94,9	225	87,9
- осложненная пневмония	14	5,1	31	12,1

пневмонии — в 2,05 раза, тяжелого и среднетяжелого течения пневмонии — соответственно в 2,2 и в 2,19 раза, затяжного течения пневмонии — в 2,45 раза, а также в увеличении частоты осложненных форм пневмонии в 2,4 раза.

Для повышения эффективности лечения пневмонии наше внимание привлекли Три-Ви Плюс, Траумель-С, Эреспал. Установлено, что Траумель-С оказывает противовоспалительное, иммуномодулирующее действие. Три-Ви Плюс — витамин-антиоксидант, способствует повышению резистентности организма. Эреспал обладает спазмолитическим, противовоспалительным действием.

В результате проведенного исследования установлено, что назначение Три-Ви Плюса по 1 таблетке дважды в день во время еды на протяжении 14 дней, Траумеля-С по 1 таблетке трижды в день на протяжении 10 дней и Эреспала в виде сиропа по 1 столовой ложке трижды в день на протяжении 10 дней детям 5-15 лет, больных внебольничной пневмонией, способствует более быстрому обратному развитию данного заболевания, снижает частоту возникновения затяжного и осложненного течения пневмонии. Указанное позитивное действие Три-Ви Плюса, Траумеля-С и Эреспала наблюдалось у пациентов как с нормергической, так и гиперергической реакцией Манту. Полученные результаты исследования представлены в табл. 2.

Анализ результатов исследования, приведенных в табл. 2, позволил отметить, что использо-

вание Три-Ви Плюса в дополнение к базисной терапии детей, больных пневмонией, с нормергической реакцией Манту (опытная группа 1А) способствовало сокращению длительности лихорадки в 1,1 раза ($p>0,05$), длительности кашля — в 1,16 раза ($p<0,05$), длительности хрипов в легких при аускультации — в 1,17 раза ($p<0,05$), частоты остаточных изменений в легких при рентгенконтроле — в 1,31 раза, частоты затяжного и осложненного течения пневмонии — в 1,74 и 2,42 раза соответственно ($p<0,05$ в последних трех случаях сопоставления). Длительность пребывания пациентов опытной группы 1А в среднем оказалась на 1,9 дня (в 1,18 раза) меньше, чем у пациентов контрольной группы 1, получавших только базисную терапию ($p<0,05$).

Позитивный клинический эффект от дополнительного использования Три-Ви Плюса был получен и в опытной группе 2А. Анализ результатов исследования, приведенных в табл. 2, позволил отметить, что использование Три-Ви Плюса в дополнение к базисной терапии детей, больных пневмонией, с гиперергической реакцией Манту (опытная группа 2А) способствовало сокращению длительности лихорадки в 1,15 раза ($p>0,05$), длительности кашля — в 1,18 раза ($p<0,05$), длительности хрипов в легких при аускультации — в 1,17 раза ($p<0,05$), частоты остаточных изменений в легких при рентгенконтроле — в 1,3 раза, частоты затяжного и осложненного течения пневмонии — в 1,29 и в 1,5 раза соответственно ($p<0,05$ в последних трех случаях сопоставления). Дли-

ТАБЛИЦА 2

Клиническая эффективность апробированных способов лечения детей 5-15 лет, больных внебольничной пневмонией

Показатели	Больные пневмонией с нормергической реакцией Манту (n=272)				Больные пневмонией с гиперергической реакцией Манту (n=256)			
	Контрольная группа 1 (базисная терапия) (n=67)	Опытная группа 1А (базисная терапия+ «Три-Ви Плюс») (n=69)	Опытная группа 1В (базисная терапия+Траумель-С) (n=66)	Опытная группа 1С (базисная терапия+Эреспал) (n=70)	Контрольная группа 2 (базисная терапия) (n=65)	Опытная группа 2А (базисная терапия+ Три-Ви Плюс) (n=63)	Опытная группа 2В (базисная терапия+ Траумель-С) (n=62)	Опытная группа 2С (базисная терапия+ Эреспал) (n=66)
Длительность лихорадки, дни	3,4±0,20	3,1±0,15	2,7±0,14**	2,1±0,11***	4,6±0,23	4,0±0,19*	3,5±0,17***	2,8±0,14***
Длительность кашля, дни	6,7±0,33	5,8±0,29*	5,1±0,25***	4,7±0,23***	10,3±0,52	8,7±0,44*	7,3±0,36***	6,2±0,31***
Длительность хрипов в легких при аускультации, дни	8,9±0,45	7,6±0,38*	7,2±0,36**	6,8±0,34***	12,1±0,60	10,3±0,51*	9,1±0,46***	8,5±0,43***
Частота остаточных изменений в легких при рентгенконтроле, абс./%	23 (34,3%)	18 (26,1%)	13 (19,7%)	11 (15,7%)	26 (40,0%)	20 (31,7%)	16 (25,8%)	14 (21,2%)
Частота затяжного течения пневмонии, абс./%	5 (7,5%)	3 (4,3%)	2 (3,0%)	1 (1,4%)	9 (13,9%)	7 (11,1%)	4 (6,5%)	5 (7,6%)
Частота осложненного течения пневмонии, абс./%	7 (10,4%)	3 (4,3%)	2 (3,0%)	2 (2,86%)	12 (18,5%)	8 (12,7%)	5 (8,1%)	6 (9,1%)
Койко-день, дни	12,4±0,6	10,5±0,5*	9,2±0,5***	9,9±0,5**	15,6±0,8	13,4±0,7*	11,6±0,5***	12,7±0,6**

Примечания: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001; «р» рассчитано по отношению к референтной норме.

тельность пребывания пациентов опытной группы 2А в среднем оказалась на 2,2 дня (в 1,16 раза) меньше, чем у пациентов контрольной группы 2, получавших только базисную терапию (p<0,05), то есть у пациентов с пневмонией на фоне гиперергической реакции Манту.

Таким образом, результаты сопоставительного анализа, представленные выше, свидетельствуют о существенной клинической эффективности Три-Ви Плюса в сочетании с базисной терапией у детей 5-15 лет, больных внебольничными пневмониями, как на фоне нормергической, так и гиперергической реакции Манту.

По сравнению с Три-Ви Плюсом Траумель-С в сочетании с базисной терапией оказывал более выраженный клинический эффект. Как оказалось, включение Траумеля-С в комплексное лечение детей, больных пневмонией, на фоне нормергической реакции Манту (опытная группа 1В) сопровождалось сокращением длительности лихорадки в 1,26 раза (p<0,01), длительности кашля – в 1,31 раза (p<0,001), длительности хрипов в легких при аускультации – в 1,24 раза (p<0,01), частоты остаточных изменений в легких при рентгенконтроле – в 1,74 раза (p<0,05). Частота развития затяжного и осложненного течения пневмонии у пациентов опытной группы 1В соответственно в 2,5 и 3,5 раза оказалась меньше таковой у пациентов контрольной группы 1, а койко-день – на

3,2 дня (в 1,35 раза) короче (во всех сопоставлениях различия статистически достоверны).

Сходная позитивная динамика обратного развития пневмонии была зарегистрирована и у пациентов с гиперергической реакцией Манту, больных внебольничной пневмонией, дополнительно к базисному лечению получавших Траумель-С (опытная группа 2В). Так, по сравнению с пациентами контрольной группы 2, в опытной группе 2В длительность лихорадки оказалась короче в 1,31 раза, длительность хрипов в легких при аускультации – в 1,33 раза, а длительность кашля – в 1,41 раза (p<0,001 во всех случаях сравнения). У пациентов опытной группы 2В частота остаточных изменений в легких при рентгенконтроле оказалась в 1,55 раза ниже таковой в контрольной группе 2, а частоты затяжного и осложненного течения – ниже в 2,14 и 2,28 раза соответственно (p<0,05 во всех сравнениях). Средний койко-день в опытной группе 2В составил 11,6±0,5 дня против 15,6±0,8 дня в контрольной группе 2 (степень различия – 1,34 раза; p<0,001).

Таким образом, использование Траумеля-С в дополнение к базисной терапии внебольничных пневмоний у детей 5-15 лет как с нормергической, так и с гиперергической реакцией Манту производит существенный позитивный клинический эффект, способствуя ускорению выздоровления.

По сравнению с Три-Ви Плюсом и Траумель-С Эреспал также оказывал не менее выра-

женное лечебное действие в сочетании с базисной терапией. Так, у детей 5-15 лет, больных внебольничной пневмонией, на фоне нормергической реакции Манту, получавших Эреспал в сочетании с базисной терапией (опытная группа 1С), длительность лихорадки по сравнению с пациентами контрольной группы 1 оказалась короче в 1,62 раза, длительность кашля — в 1,43 раза, длительность хрипов в легких при аускультации — в 1,31 раза ($p < 0,001$ во всех). При этом частота остаточных изменений в легких при рентгенконтроле в опытной группе 1С оказалась меньше в 2,18 раза, а частоты затяжного и осложненного течения — в 5,36 и 3,64 раза соответственно ($p < 0,05$ во всех случаях сравнения). Койко-день в опытной группе 1С, составил в среднем $9,9 \pm 0,5$ дня, оказался короче, чем в контрольной группе 1 в 1,25 раза ($p < 0,01$). У больных пневмонией детей с гиперергической реакцией Манту Эреспал в сочетании с базисной терапией оказывал не менее существенное позитивное влияние на саногенез, чем это было отмечено у пациентов с нормергической реакцией Манту. Так, в опытной группе 2С, получавшей Эреспал наряду с базисным лечением, длительность лихорадки оказалась меньше, чем в контрольной группе 2, в 1,64 раза, длительность кашля — в 1,66 раза, длительность хрипов в легких при аускультации — в 1,42 раза, а частота остаточных изменений в легких при рентгенконтроле — в 1,89 раза (во всех случаях сравнения различия статистически достоверны). Кроме того, частота затяжного и осложненного течения пневмонии в опытной группе 2С оказалась соответственно в 1,83 и 2,03 раза ниже аналогичных показателей в контрольной группе 2, а койко-день сократился в 1,23 раза ($p < 0,01$).

Таким образом, включение Эреспала в комплексную терапию детей 5-15 лет, больных внебольничной пневмонией, оказывает позитивный лечебный эффект, выражающийся в ускорении саногенеза. Клиническая эффективность Эреспала была зарегистрирована у пациентов как с нормергической, так и с гиперергической реакцией Манту.

ВЫВОДЫ

В целом результаты исследования, приведенные в настоящем разделе, свидетельствуют о целесообразности включения в базисную терапию внебольничной пневмонии у детей 5-15 лет Три-Ви Плюса, Траумеля-С и Эреспала. Дополнительное использование фармпрепаратов способствует ускорению обратного развития клинических симптомов пневмонии, а также снижению частоты затяжного и осложненного течения болезни и сокращению сроков лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаева З.К. Группы риска и профилактика туберкулеза у детей и подростков в новых социально-медицинских условиях: Дис. ... на соискание ученой степени канд.мед.наук. — Махачкала, 2000.
2. Антіпкін Ю.Г., Ковальчук О.Л. Динаміка окремих субпопуляцій лімфоцитів в різні фази патологічного процесу у дітей з гострою пневмонією та рецидивуючим бронхітом // Термінологія та педіатрія. — 2001. — №1. — С. 49-50.
3. Каминская Г.О. Система лейкоцитов и ее роль в легочной патологии / Г.О.Каминская // Проблемы туберкулеза. — 1993. — №5. — С. 54-57.
4. Мошич П.С. Стан здоров'я дітей в Україні та шляхи його покращення / П.С.Мошич // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1999. — №4. — С. 29.
5. Лебедева Н.О. Медико-социальные факторы выживаемости впервые выявленных больных казеозной пневмонией / Н.О.Лебедева // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2007. — №1. — С. 27-30.
6. Мошич П.С. Стан здоров'я дітей в Україні та шляхи його покращення / П.С.Мошич // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1999. — №4. — С. 29.
7. Наказ МОЗУ №18 від 13.01.2005 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча пульмонологія». — М. — Київ, 2005. — С. 57.
8. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики туберкулеза у детей и подростков: Автореф. ... д.мед.н. / А.А.Шурьгин. — Москва, 2009.
9. Фещенко Ю.І. Туберкульоз у дітей та підлітків в Україні, динаміка основних показників за 10 років / Ю.І.Фещенко, О.Л.Білогорцева // Український пульмонологічний журнал. — 2005. — №3. — С. 5-10.

G.M.Davydchuk. Підвищення ефективності лікування хворих на позагоспітальну пневмонію дітей, інфікованих *Mycobacterium tuberculosis*. Луганськ, Україна.

Ключові слова: діти, *Mycobacterium tuberculosis*, пневмонія, Три-Ви Плюс, Ереспал, Траумель-С.

У статті наведені дані ефективності застосування Три-Ви Плюса, Ереспалу, Траумель-С у комплексному лікуванні хворих на пневмонію дітей, інфікованих *Mycobacterium tuberculosis*.

G.N.Davydchuk. Increasing of effectiveness of treatment of children with out-hospital pneumonia, infected with *mycobacterium tuberculosis*. Lugansk, Ukraine.

Key words: children, *Mycobacterium tuberculosis*, pneumonia, Tri-Vi Plus, Erespal, Traumel-C.

In findings about the effectiveness of using Tri-Vi Plus, Erespal, Traumel-C in complex treatment of children with pneumonia, infected with *Mycobacterium tuberculosis*, are given in the article.

Надійшла до редакції 25.06.2012 р.