K[N :1:.26(002(0=3.2(08(03:.8:8

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПЕРИОДА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

[1]Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера,
[2]Детская городская клиническая больница № 3, г. Пермь, Россия

COMPARATIVE ANALYSIS OF REHABILITATION MANAGEMENT TACTICS FOLLOWING COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN

[1]Perm State Academy of Medicine named after Academician E.A. Wagner,
[2]City Children's Clinical Hospital № 3, Perm, Russian Federation

Цель. +равнительный анализ состо#ни# здоровь# детей !осле !невмонии в катамнезе !ри наличии и отсутствии медикаментозной реабилитации.

Материалы и методы. [ети в возрасте 3–1= лет набл-дались в течение 1 года !осле внебольничной !невмонии› 2= человек с медикаментозной реабилитацией и 13 – без нее. Проведена оценка индекса резистентности, частоты и длительности остры& рес!ираторны& заболеваний, кратности и !родолжительности антибиотикотера!ии через 3, :, 9, 12 мес. !осле выздоровлени#.

Результаты. Пневмонии !редшествовала !овышенна# рес!ираторна# заболеваемость, достигавша# 10–12 случаев в год. Различи# динамики резистентности и особенностей антибиотикотера!ии в гру!!а& вы#влены в !ервые 3–: мес#цев !осле выздоровлени#.

Выводы. Нарушенну- резистентность име-т :=% детей с !невмонией. % течение : мес#цев !осле выздоровлени# ис!ользование курса нес!еци"ического иммуномодул#тора гл-козаминилмура(милди!е!тида в сочетании с индуктором интер"ерона и антиоксидантом стабилизирует резистен(тность, уменьшает !отребность в антибиотика& !ри рекуррентны& ин"екци#&; !ри отсутствии реабилитации резистентность у&удшаетс# в 1,= раза, !отребность в антибиотика& !овышаетс#.

Ключевые слова. %небольнична# !невмони#, дети, медикаментозна# реабилитаци#

Aim. To carry out the comparative analysis of health status in children after pneumonia in catamnesis with drug rehabilitation or without it.

Materials and methods. Children aged 3–1= years were observed during one year after community-acquired pneumonia including 2= children with drug rehabilitation and 13 – without it. Resistance index, rate and duration of acute respiratory diseases, number and duration of antibioticotherapy in 3, :, 9, 12 months after the recovery was assessed.

Results. Elevated respiratory morbidity reaching 10–12 cases a year preceded pneumonia. Differences in resistance dynamics and peculiarities of antibioticotherapy in the groups during the first 3(: months after the recovery were detected.

' Минаева Н. %., +-ткина О. А., 2016
e(mail› docnvm@mail.ru
тел.› 8 43628 212(79(1:
[Минаева Н. %. 4*контактное лицо8 – доктор медицински& наук, !ро"ессор ка"едры !едиатрии ' ПN и ПП+; +-ткина О. А. – кандидат медицински& наук, врач(!едиатр].

Conclusions. :=% of pneumonia children had impaired resistance. During : months following the recovery, the course of nonspecific immunomodulator glucosaminilmuramildipeptide used in combination with interferon inductor and antioxidant stabilizes resistance, reduces need in antibiotics in case of recurrent infections; absence of rehabilitation causes a 1,= fold worsening of resistance and increased need in antibiotics.

Key words. Community(acquired pneumonia, children, drug rehabilitation.

Введение

Volезни органов ды&ани# лидиру-т в структуре !ервичной заболеваемости детей в России в течение многи& лет, составл## =7—:2 % [1].)тмечаетс# дальнейший рост и& числа, вкл-ча# !невмонии [8]. Анализ мно(голетней динамики !ервичной заболеваемо(сти !невмонией у детей Пермского региона вы#вил с&одные тенденции [3].

% соответствии с современной конце!(цией развити# !едиатрии дл# ком!лексного решени# !роблемы высокой заболеваемости необ&одимо не только развивать во!росы диагностики и тера!ии, но и совершенство(вать методы реабилитации [7]. Рекомендации !о восстановительному лечени- детей, !е(ренесши& внебольничну- !невмони- 4%П8, содержат !редложени# !о ис!ользовани-немедикаментозны& методов и витаминоте(ра!ии [=]. Неоднозначным остаетс# во!рос о !рименении медикаментозны& методов реа(билитации. + одной стороны, така# возмож(ность неоднократно обсуждалась с!ециали(стами [2, 11, 12], с другой — !о!ытки !риме(нить такие биостимул#торы, как экстракт алоэ, стекловидное тело, достаточной дока(зательной базы не собрали [13].

‘елесообразность реабилитации может быть основана на данны& о высокой доле часто боле-*и& детей среди !ациентов с %П [9].)собенность- и& иммунного статуса #в(л#етс# значительное снижение базальны& уровней и стимулированной выработки ин(тер"еронов, что су*ественно ослабл#ет за(*иту !ротив вирусов и други& внутрикле(точны& !атогенов [9, 10]. % услови#&, когда вирусна# ин"екци# лидирует в этиологии остры& рес!ираторны& заболеваний 4) PZ8, !олезным может быть вкл-чение индукто(ров интер"ерона в !рограмму реабилита(ции, !о крайней мере на !ериод, необ&оди(мый дл# восстановлени# слизистой оболоч(ки. % !ериод реконвалесценции !осле очагово(сливны& и сегментарны& "орм !невмоний нередко не !роис&одит !олного восстановлени# мукоцилиарного транс!орта [6]. Ре!араци- рес!ираторного э!ители#, восстановление микроциркул#ции и !овы(шение устойчивости тканей к ги!оксии мо(жет улучшить !рименение антиоксидантны& ком!лексов [11]. 5зучалась э""ективность р#да иммуномодул#торов бактериального !роис&ождени#, один из !редставителей этой гру!!ы даже был вкл-чен в современ(ный стандарт !ервичной медико(санитар(ной !омо*и !ри !невмонии [:].

)стаетс# актуальным современное обоснование тактики ведени# !ериода ре(конвалесценции !осле !еренесенной %П в части назначени# медикаментозны& мето(дов реабилитации.

Цель исследования — !ровести сравни(тельный анализ состо#ни# здоровь# детей !осле !невмонии в катамнезе !ри наличии и отсутствии медикаментозной реабилита(ции и обосновать тактику ведени# !ациен(тов в !ериод реконвалесценции.

Материалы и методы исследования

Проведено открытое сравнительное !а(раллельное исследование, в котором !рин#(ли участие 6: детей в возрасте от 3 до 1= лет !осле !еренесенной острой %П. Пациенты набл-дались в течение одного года в дву&

гру!!а&, с"ормированны& методом систе(матической рандомизации› гру!!а 1 !осле ку!ировани# остры& сим!томов заболевани# !олучила курс медикаментозной реабилита(ции, гру!!а 2 – контрольна#, без медикамен(тозной восстановительной тера!ии. % кон(трольной гру!!е 8 человек были выведены из исследовани# в св#зи с нарушением !ро(токола 4!олучили реабилитаци- в !оликли(ника& !о месту жительства !о рекомендации !ульмонологов8. % итогову- обработку было вкл-чено 38 !ациентов› 2= и 13 детей – в гру!!ы с реабилитацией и без нее соот(ветственно. Программа реабилитации вкл-чала назначение нес!еци"ического иммуномодул#тора гл-козаминилмура(милди!е!тида курсом на 10 дней 4Qико(!ид fi, Q+(0016388, 2% раствора водного бета(каротина курсом на 1 мес#ц 4%еторон fi, +ГР №77.99.3.К.11310.10.0: от 27.10.200:, <К 9197(033(=8:93373(0:.8 и одного из индук(торов интер"ерона в !ро"илактической дозе на 3–6 недели. 5з индукторов интер"ерона у детей в возрасте 3–6 лет ис!ользовали уми("еновир 4Арбидол fi, Р №003:10?01(100=078 или ана"ерон детский 4Р №000372?01 от 31.0=.2007 г.8; !ациентам в возрасте 6–: лет назначалс# мегл-мина акридон ацетат 4‘ик(ло"ерон fi, Р №001069?02 от =.06.2010 г.8; с: лет – Nагоцел fi 4Р №002027?018. Nон(троль заболеваемости осу*ествл#лс# !утем очного и заочного анкетировани#, расчета и анализа индекса резистентности 45Р8, !о(требности в антибиотика&, кратности и !ро(должительности)PZ через 3, :, 9 и 12 мес#(цев !осле выздоровлени#. 5Р вычисл#ли как отношение количества !еренесенны& ре(бенком остры& рес!ираторны& заболеваний к числу мес#цев набл-дени#. %ыдел#ли сле(ду-*ие уровни резистентности› &ороший – 5Р не более 0,32; сниженный – 0,33–0,69; низкий – 0,=–0,:; очень низкий – 0,:7 и более [9].

+татистическа# обработка данны& !ро(водилась с !омо*ь- !рограмм Excel и Bio(stat. Zначимость различий количественны& !ризнаков оценивалась !о t(критери-+ть-дента, сравнение долей – !о z(крите(ри-. Кисловые значени# !редставлены в ви(де $M–\sigma$, где M – среднее значение, σ – стан(дартное отклонение. Нулева# ги!отеза от(вергалась !ри уровне доверительной веро#тности 4p8 меньше 0,0=. Анализ зави(симостей не!рерывны& !еременны& !рово(дилс# с !омо*ь- линейной регрессии.

Результаты и их обсуждение

При анализе анамнеза !ациентов за !редшеству-*ий !невмонии год установле(но, что только 3=% детей имели &орошу-резистентность, нарушенну- – :=% обсле(дованны& 45Р 0,33 и более8, в том числе низ(ку- или очень низку- – 62%. +редний 5Р составил 0,66–0,23. Преобладали)PZ, соста(вив =,2=–2,81 случа# в год. К !ациентов с очень низкой резистентность- годова# кратность заболеваний достигала 10–12 слу(чаев, что соответствовало данным о значи(тельной доле часто боле-*и& среди детей, заболевши& %П. Наличие !невмонии как бактериального осложнени#)PZ могло рас(сматриватьс# в качестве клинического мар(кера синдрома снижени# !ротивоин"екци(онной за*иты.

Гру!!ы 1 и 2 были со!оставимы !о воз(расту и !олу. Za !редшеству-*ий !невмо(нии год 5Р в гру!!е с реабилитацией соста(вил 0,67–0,21; в гру!!е без реабилитации – 0,32–0,26 4p=0,0=68. [инамика 5Р через 3 мес#ца !осле !невмонии имела разну-на!равленность. <ак, у детей контрольной гру!!ы этот !оказатель у&удшилс# в 1,= раза, тогда как в гру!!е !олучивши& реабилита(ци-состо#ние оставалось стабильным 4рис. 18. Lерез 12 мес#цев набл-дени# 5Р у !олучивши& реабилитаци-уменьшилс# до 0,39–0,21 4p=0,18688, его линейный тренд имел тенденци-, &арактерну-дл# улучше(

ни# состо#ни#. Vез реабилитации отмеча(лась обратна# динамика – с увеличением 5P до 0,66–0,23 к концу !ериода набл - дени#.

Не вы#влено значимы& различий !о частоте и !родолжительности э!изодов) PZ за год набл - дени#› в гру!!а& 1 и 2 частота случаев составила 6,:–2,=2 !ротив =–2,96 4p=0,::68, об*а# !родолжительность – 60,86–2=,81 !ротив 67,:–28,=2 дней болезни соответственно 4p=0,6:38.

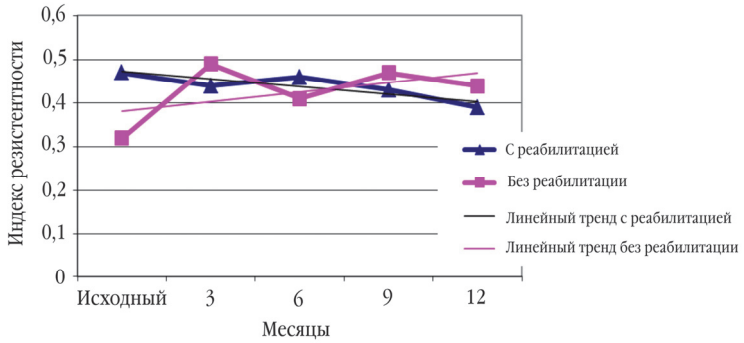
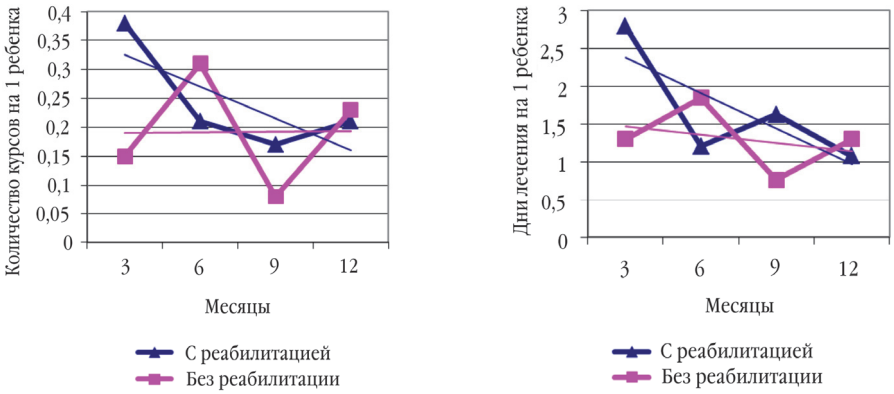


Рис. 1. Динамика индекса резистентности в течение года наблюдения

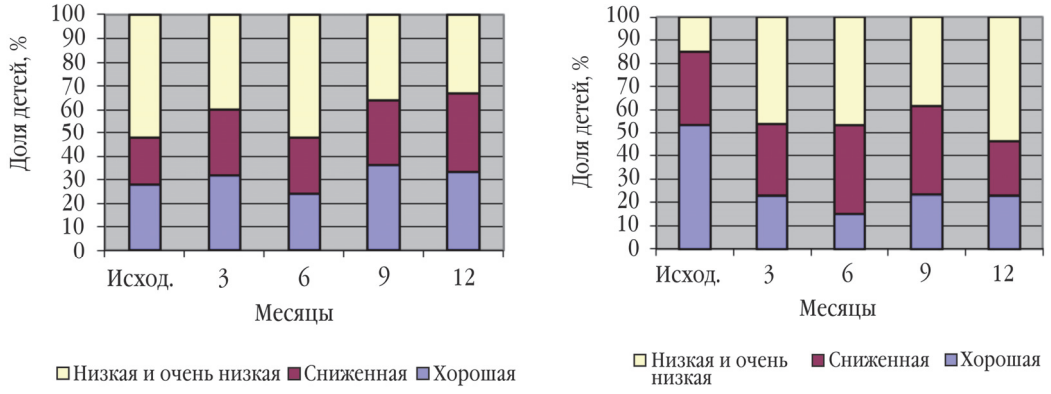
Qечение антибиотиками !о !оводу) PZ &от# бы один раз в течение года !отребова(лось 7: и 70 % детей в гру!!а& с реабилита(цией и без нее 4p > 0,0=8.) днако частота и& ис!ользовани# за !ервые : мес#цев набл - (дени# в гру!!е с реабилитацией уменьши(лась в 1,8 раза и к концу года набл - дени# суммарно составила 0,92–0,7 курса на 1 ребенка; в контрольной гру!!е – вдвое уве(личилась в !ервые : мес. и к году достигла в совоку!ности 0,77–0,: курса 4p > 0,0=8.) ценка дву& линий регрессии› F=0,:29, p=0,=79 4рис. 2, *а*8. Поквартальна# !родол(жительность антибиотикотера!ии в расчете на 1 ребенка &арактеризовалась с&одными тенденци#ми в анализируемы& гру!!а&, снижа#сь в 2,3 раза через : мес. на "оне реа(билитации и увеличива#сь в 1,3 раза в кон(троле 4рис. 2, *б*8. +татистика св#зи дву& ли(ний регрессии› F=0,976, p=0,6=2.



а *б*

Рис. 2. Поквартальная частота (а) и продолжительность (б) использования антибиотиков по поводу острых респираторных заболеваний (в расчете на 1 ребенка)

[инамика индекса резистентности с учетом сте!ени его снижени# !редставлена на рис. 3. На "оне реабилитации дол# детей с &орошей резистентность- увеличилась в 1,3 раза, в гру!!е без реабилитации – уменьшилась 2,3 раза. [ол# !ациентов с низ(кой и очень низкой резистентность- на "о(не реабилитации уменьшилась в 1,: раза, а в контрольной гру!!е – увеличилась в 3,: раза.



а *б*

Рис. 3. Структура индекса резистентности в динамике в группе с реабилитацией (а) и без реабилитации (б)

Полученные результаты !озвол#-т рас(сматривать целесообразность нес!еци"иче(ски& восстановительны& меро!ри#тий дл# со&ранени# резистентности организма ре(бенка !о крайней мере в !ервые : мес. !осле выздоровлени# !о !оводу %П. 5& объем, ве(ро#тно, требует дальнейшего изучени#, !о(скольку в гру!!е !олучивши& реабилитаци-детей 5Р оставалс# стабильным, но его нор(мализации не !роизошло.

Выводы

1. Нарушенну- резистентность име-т :=% детей с %П.

2. Медикаментозна# реабилитаци# с ис(!ользованием 1 курса нес!еци"ического иммуномодул#тора гл-козаминилмурамил(ди!е!тида в сочетании с индукторами ин(тер"ерона в !ро"илактически& доза& и ан(тиоксидантами !озвол#ет стабилизировать резистентность, уменьшить !отребность в антибиотика& в !ервые : мес#цев !осле выздоровлени#.

3. При отсутствии реабилитации рези(стентность у&удшаетс# в 1,= раза в течение !оследу-*и& 3–: мес#цев !осле выздоров(лени#, !овышаетс# !отребность в антибио(тика& !ри рекуррентны&)PZ; дол# !ациен(тов с низкой и очень низкой резистентно(сть- увеличиваетс# в 3,: раза к концу года набл-дени#.

Библиографический список

1. *Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Модестов А. А., Косова С. А., Бондарь В. И., Волков И. М.* Заболеваемость детского насе(лени# России. М.› ПедиатрЪ 2013; 280.
2. *Галанина А.В.* <ера!евтические и имму(номодулиру-*ие э""екты !олиоксидо(ни# !ри !невмонии у детей раннего воз(раста› авторе". дис. … канд. мед. наук. Пермь 2002; 19.

3. *Минаева Н. В., Сюткина Я. А., Корюкина И. П.* ; !идемиологические ас!екты !невмоний у детей Пермского региона. Пермский медицинский журнал 2013; 1› 106–108.
6. *Мостовая И.Д.* +осто#ние мукоцилиарно(го транс!орта и системы биогенны& ами(нов !ри остры& !невмони#& у детей› ав(торе". дис. ... канд. мед. наук. %ладивосток 2006; 26.
=.) дальнейшем совершенствовании орга(низации медицинской !омо*и дет#м с острой !невмонией› !риказ Министер(ства здравоо&ранени# +++P №72= от 1=.0:.1983, available at› rudoctor.net?medi(cine2009?bz(sv?med(rqzei.htm.
:.)б утверждении стандарта !ервичной медико(санитарной !омо*и !ри !невмо(нии› !риказ Министерства Zдравоо&ране(ни# P' № 1213 от 20.12. 2012г. н, available at› http›??www.rosminzdrav.ru?docs?mzsr? standards?projects?:70?1213(n.PDF.
7. *Огородова Л. М., Деев И. А., Петровский Ф. И.* <е&нологическа# !лат"орма «Педиатри#». Предложени# к конце!ции !рограммны& меро!ри#тий. Педиатриче(ска# "армакологи# 2012; 6› 11–16.
8.)сновные тенденции здоровь# детского населени# России ? !од ред. А. А. Vарано(ва, %. Ю. Альбицкого. М.› +о-з !едиатров России 2011; 11:.
9. *Романцов М. Г., Ершов Ф. И.* Lасто бо(ле-*ие дети. +овременна# "армакотера(!и#. М.› Г;)<AP(Медиа 2009› 3=2.
10. *Самсыгина Г. А., Коваль Г. С.* Lасто бо(ле-*ие дети› !роблемы диагностики, !а(тогенеза и тера!ии. Qеча*ий врач 2009; 1› 10–1=.
11. *Сорока Н. Д.* Vета(каротин в тера!ии ост(ры& рес!ираторны& заболеваний у детей. [етские ин"екции 2011; 1› :0–:3.
12. *Суетина И. Г.* Nлинико(иммунологичес(кие особенности и э""ективность имму(номодулиру-*ей тера!ии !ри ослож(ненны& "орма& остры& !невмоний у де(тей раннего возраста› авторе". дис. ... канд. мед. наук. Пермь 2000; 22.
13. *Таточенко В. К.* Volезни органов ды&а(ни# у детей› !рактическое руководство. М.› ПедиатрЪ 2012; 680.

Материал !осту!ил в редакци- 10.0=.2016