Стрелкова М.І., Башкірова Н.В..

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ

Кафедра педіатриії № 1 та неонатології,

Харківський національний медичний университет,

Харків, Україна

Науковий керівник - д.м.н., проф. Сенаторова Г.С.

**Актуальність.** Обструктивний бронхіт (ОБ) - друге за поширюваністю захворювання органів дихання у дітей [Зайцева, С.В., 2013 роки]. Частота ОБ серед дітей раннього віку становить 220 випадків на 1000 дітей, а у дітей першого року життя - 40-45 випадків на 1000 дитячого населення [Чернишова О.Є., Поповиченко Л.Л., 2014]. За даними інших авторів, серед госпіталізованих дітей кількість ОБ становить 34% всіх хворих [Зайцева, С.В., 2013 роки], що веде за собою також й непрацездатність одного з батьків на термін хвороби та реконвалісценсії дитини, що в середньому займає від 2-3 до 8 тижнів. У дітей з обтяженим сімейним анамнезом за алергічними захворюваннями, зазвичай, ОБ розвивається частіше (в 30 - 40% випадків); це також характерно для дітей, які часто (більше 6 разів на рік) хворіють респіраторними інфекціями [Зайцева, С.В., 2013 роки], в тому числі на рекурентний та/або рецидивуючий бронхіт.

Діти з обтяженим алергологічним анамнезом часто схильні до розвитку гострих запальних захворювань верхніх дихальних шляхів, що сприяє більш тяжкому перебігу та високому ризику розвитку ускладнень. За даними дослідження J. Montoro та співавт. (2007), хворі, які мають обтяжений алергологічний анамнез, потребують застосування у комплексній терапії антигістамінних препаратів. При цьому за рахунок застосування адекватної антигістамінної терапії у пацієнтів із алергічними захворюваннями вдається знизити вираженість назальних (зменшення набряклості слизової оболонки носа, ринореї, чхання), бронхіальних (зменшення набряклості слизової оболонки бронхів, збільшення їх прохідності) та загальних симптомів.

**Метою** роботи стало вивчення даних анамнезу, фізикальних показників у дітей до та після лікування, які хворіють на гострий обструктивний бронхіт для визначення ефективності лікування комбінованим препаратом «Пульмолор®».

**Матеріали та методи**. Під нашим спостереженням у пульмонологічному відділенні Харківської обласної дитячої клінічної лікарні знаходилось 30 дітей у віці 6 до 12 років, які відповідали критеріям включення у дослідження: 20 дітей (І група), які отримали «Пульмолор®», 10 дітей (ІІ група) – група контролю.

**Результати**. В усіх (100%) обстежених дітей був діагностований гострий обструктивний бронхіт. Хлопчаків було 17 (56,6%), дівчаток – 13 (43,4%). Діти від 6 до 9 років склали 60,0% (18 дітей), у віці від 10 до 12 років – 40,0% (12 дітей). Тривалість захворювання до госпіталізації склала: 1-3 доби захворювання – 13 дітей (43,4%), 4-7 доби – 12 дітей (40,0%), більше 7 діб – 5 дітей (16,6%). Алергоанамнез був обтяжений у всіх досліджених дітей у вигляді харчової алергії (43,4%), атопічного дерматиту (30,0%), алергічного риніту (13,3%), змішаної алергії (13,3%). В усіх дітей (100%) було встановлено ознаки недиференційованої сполучнотканинної дисплазії.

Дітям з вираженим синдромом бронхіальної обструкції призначався «Пульмолор®» у віковому дозуванні на протязі 10 діб. Оцінка клінічних та лабораторних методів дослідження проводилось на 3 добу, 5 добу, то через 10 діб після завершення лікування. При оцінці динаміки симптомів враховувалися інтенсивність інтоксикаційного синдрому, частота та наявність кашлю, продуктивність кашлю, кількість хрипів при аускультації легенів.

У 100% пацієнтів І групи на 3 добу лікування не відмічався інтоксикаційний синдром чи лихоманки, що відображало задовільний стан дітей та відсутність ускладнень. Продуктивність кашлю у всіх дітей, які отримували «Пульмолор®» вирісла на 3 добу лікування, що супроводжувалось розрідженням мокротиння, покращенням стану мукоціліарного кліренсу та відображало нормальну течію захворювання. В динаміці спостереження продуктивність кашлю достовірно зменшилась (р<0,05), що було розцінено як завершення запалювального процесу та зменшення секреції. Дослідження динаміки кількості хрипів під час аускультації легенів на тлі лікування виявило достовірне зниження даного показника вже на 3 добу терапії (р<0,05). На 10 добу спостереження в жодного пацієнта не відмічалось наявність хрипів у легенях (р<0,05).

У ІІ групі обстежених дітей малопродуктивний кашель характеризувався затяжною течією: відмічалось зменшення кашлю після 7-8 доби спостереження, проте продуктивність кашлю залишалась низькою. Кількість хрипів під час аускультації легенів на тлі лікування зменшилась через 5-7 діб від початку лікування, та на 10 добу спостереження у 4 дітей зберігались різнокаліберні вологі хрипи.

**Всновки**. Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність та ефективність застосування у складі медикаментозної терапії гострого бронхіту у дітей із обтяженим алергологічним анамнезом комбінованого препарату Пульмолор® (MoviHealth, Швейцарія) для більш швидкого зменшення основних клінічних проявів захворювання (кашлю, виділення мокротиння), що, у свою чергу, сприятиме зменшенню вираженості та проявів можливих алергічних реакцій, що призводять до порушень бронхіальної прохідності при гострих бронхітах.