

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕТРАХЕАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

*Нормахматов Б.Б.-ассистент кафедры 3-Педиатрии и медицинской
генетики СамГМУ*

В последние десятилетия распространенность ХНЗЛ среди детей повсеместно нарастает, что делает эту проблему предметом научных изысканий и практических интересов многих педиатрических учреждений нашей республики. Актуальность этой патологии обусловлена снижением качества жизни из-за частых и продолжительных обострений, инвалидизацией и повышением показателя смертности больных в молодом трудоспособном возрасте [1,2].

В современных условиях возрастает роль реабилитации, так как реформирование системы здравоохранения подразумевает сокращение сроков пребывания больного в стационаре и переноса акцента оказания медицинской помощи на реабилитационный и амбулаторный этапы. Поэтому работы посвященные поиску новых схем лечения хронической пневмонии у детей является актуальными для пульмонологии[3,4].

Известно, что излечение очаговой инфекции может быть достигнуто только при адекватном обеспечении антибиотиком места его непосредственного действия. Однако создать необходимые терапевтические концентрации в легком при хронических заболеваниях непросто, поскольку препараты с трудом проникают в очаги хронической инфекции. Поэтому важное значение приобретает выбор способа терапии максимально обеспечивающего очаг воспаления в легких антибактериальными препаратами.

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности претрахеальной лимфотропной антибиотикотерапии на состоянии гемокоагуляции при хронических неспецифических заболеваниях легких у детей

Нами было обследовано 100 больных детей с ХЗЛ (с бронхоэктатической

болезнью 60 и с хроническим бронхитом 40) в возрасте от 7 до 15 лет в стадии обострения заболевания. Дети поступали на стационарное лечение в период обострения ХЗЛ.

Исследования системы гемостаза изучали по показателям времени рекальцификации по методу К. Bergerhof et Roka (1954), Определение протромбинового времени по методу A.L.Qwik (1943), по концентрацию фибриногена в плазме определяли гравиметрическим методом Р.А. Рутберга (1961), Уровень свободного гепарина по Н.З.Абросимову (1977) и по Фибринолитической активности по методу Кузник (1962).

Лимфотропная терапия нами проводилась: претрахеальным способом. Метод региональной лимфотропной антибиотикотерапии предложен С.У.Джумабаевым .

Исследования показателей системы гемостаза проводились впервые дни поступления в клинику в фазе обострения, на фоне гепаринотерапии (5-6 день лечения), и после проведенного лечения перед выпиской. Результаты исследования свертывающей системы в периоде обострения заболевания показали., что у детей средняя величина времени рекальцификации по сравнению с аналогичными показателями у здоровых детей ускорена $74,6 \pm 4,7$ ($P < 0,05$), что указывает на повышение общей свертывающей способности крови.

В фазе обострения заболевания наблюдалось резкое ($P < 0,001$) снижение свободного гепарина в среднем до $3,8 \pm 0,52$, при норме $7,1 \pm 1,12$ секунд.

Анализ полученных нами результатов выявил увеличение содержания фибриногена в плазме крови у детей с ХНЗЛ $5,1 \pm 0,47$, тогда как в контрольной группе составило $2,69 \pm 0,2$ ($P < 0,001$). В фазе обострения заболевания наблюдалось достоверное повышение протромбиновой активности и составило $99,88 \pm 1,02\%$ ($P < 0,05$).

Анализ фибринолитической активности крови показал, снижение фибринолитической активности крови $6,23 \pm 0,74$ $P < 0,001$.

Учитывая тяжесть заболевания и его этиологию, мы в своих исследованиях использовали препарат Клафоран. Для решения вопроса об эффективности РЛАТ

в комплексном лечении хронической пневмонии больные были разделены на две группы. I группа 60 больных получавшие РЛАТ, II группа 40 больных с традиционной терапией.

Клафоран был использован нами во флаконах по 1 гр для инъекционного применения. Препарат применялся 50 мг/кг массы тела претрахеальным лимфотропным способом по описанной выше методике. Манипуляция выполнялось 1 раз в сутки. Базовый курс составил 7 инъекций в зависимости от тяжести состояния больных.

При внутримышечном введении препарат вводился 2 раза в сутки в дозе 60мг/кг в течение 12-13 дней.

Сравнительное изучение эффективности РЛАТ с традиционным внутримышечным способом, позволило выявить более быструю положительную клиническую динамику, ликвидацию симптомов обострения ХНЗЛ. Положительные клинические наблюдения РЛАТ подтверждались результатами исследования функции внешнего дыхания в динамике.

После сочетанного применения РЛАТ вентиляционная недостаточность значительно уменьшились по сравнению с группой получавших только РЛАТ и контрольной группой ($P < 0,001$). По сравнению с контрольной группой, после РЛАТ не наблюдалась обструктивного типа вентиляционной недостаточности у 100% больных, только у 26% больных отмечалось рестриктивный тип дыхательной недостаточности: I степени у 16,7%, II степени у 6% и III степени у 3,3% больных.

У 56% больных обнаружено субкомпенсаторный и декомпенсаторный I, II типы нарушения гемостаза, из которых 26 детей, получали на фоне общепринятой терапии гепарин обычном способом и 30 больных получали в качестве лимфостимуляции гепарин претрахеальным лимфотропном способом. Гепарин вводили в дозе 50 ЕД/кг массы тела 1 раз в сутки. При обычном способе введения, гепарин вводили 150-200 ЕД/кг массы тела в сутки подкожно каждые 8 часов. Продолжительность курса лечения составляла при лимфотропном и обычном способе 7-8 дней.

У обеих групп больных на 5-6 день лечения происходят понижения коагулирующей активности крови.

Особой интерес представляет изучение коррегирующего влияния гепаринотерапии в периоде выздоровления. Нами было установлено, что ряд показателей свертывающей системы крови к моменту выписки, у больных, получавших гепарин обычным способом, после его отмены обнаружена умеренная активация свертывающей системы и некоторое угнетение антисвертывающей системы по сравнению с данными 5-6 дня гепаринотерапии. В отличие от этого дети, получавшие в качестве лимфостимуляции гепарин РЛ способом, несмотря на малые дозы (в 3 раза меньше), наблюдалось достоверное ($P_1 < 0,001$) снижение общей коагулянтной активности крови к моменту выписки из стационара

Таким образом, наши исследования позволяют рекомендовать применение лимфотропного метода антикоагулянтной и антибиотикотерапии в комплексной терапии ХНЗЛ у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азизова Н. Д. Распространенность и структура хронической пневмонии у детей Хорезмской области. (Согликни саклаш тизимининг бирламчи бугинида болаларга курсатилаетган ердам сифатини яхшилаш. Республика илмий анжумани материаллари.- Тошкент. 2003. с. 98-101.
2. Агейкин В. А. «Хронические воспалительные бронхолегочные заболевания у детей.» Медицинский научный и учебно-методический журнал, 2005, №24, С. 7-31.
3. Бобомуратов Т. А. Маматкулова Д. Х. Болаларда бронх-упка касалликлариди регионал лимфотроп терапиянинг афзалликлари. (Ж. Проблемы биологии и медицины. Самарканд. 2003. №3-С. 21-24.
4. Бабов К. Д. Павлова Е. С, Горчакова Г. А. Модулирующий эффект физических факторов при действии на иммунокомплексные органы. (Ж.. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 1999. №1. С. 41-45.