

КОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМ НЕФРИТОМ

Тахирова Р.Н.¹, Пирназарова Г.З.²



¹Тахирова Рохатой Норматовна - кандидат медицинских наук, доцент;

²Пирназарова Гулчехра Зумрудовна - кандидат медицинских наук, ассистент,
кафедра факультетской педиатрии,
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкента, Республика Узбекистан

В структуре общей патологии детей продолжают сохранять свою актуальность пневмонии, особенно усугубляется патологический процесс в сочетанных патологиях. Поэтому необходимо продолжать исследования патогенетических, клинико-патофизиологических проявлений и сочетанных заболеваний у детей для разработки патогенетически обоснованных принципов терапии и реабилитации больных детей [1]. Известно, что фурамаг относится к нитрафуранам – антибактериальным средствам, широко и эффективно применяемым в практике детской нефрологии [2, 3]. Фурамаг в терапевтических дозах стимулирует лейкопоз. Фурамаг не угнетает, а наоборот, стимулирует иммунную систему организма за счет активации системы комплемента и фагоцитарной активности лейкоцитов [4]. В связи с вышеизложенными фактами, мы решили изучить влияние фурамага на клиническое течение внутрибольничной пневмонии в сочетании пиелонефритом.

Цель исследования. Оценить эффективность применения препарата фурамаг в комплексной терапии внутрибольничной пневмонии у детей, с сочетанным пиелонефритом.

Материалы и методы. Проводилась исследования у 52 детей с внутрибольничной пневмонии в сочетании пиелонефритом. Зависимости от проводимой терапии больные были разделены на 2 группы: контрольную группу составляли 27 больные дети, получившие общепринятое лечение. Во вторую, основную группу вошли 25 детей, в комплекс терапии которых, наряду с общепринятым лечением, были включены фурамаг в суточной дозе детям 5 мг/кг веса, в 2 приема. Курс лечения фурамагом составлял 7 дней. Препарат в основном назначали с первого дня поступления в стационар, побочных эффектов у наблюдаемых детей не отмечались. В период лечения мы воздержались от одновременного применения с ристомицином, хлорамфениколом, сульфаниламидами так, как повышается риск угнетения кроветворения. Всем детям проводились общеклинические исследования, рентгенографии грудной клетки, иммунологические исследование крови и функциональную активность почек определяли методом реонефрографии И.С. Колесникова.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что в основной группе у больных детей с включением в комплекс лечения фурамага уже на вторые сутки отмечались снижение температуры тела, улучшалось общее состояние, восстанавливались сон, аппетит, эмоциональная и физическая активность (67%), исчезали признаки дыхательной недостаточности (78%). В указанной группе детей показатели периферической крови и мочи нормализовались к моменту выписки в 78%, а показатели газов - в 82% случаев. Что касается контрольной группы, то улучшение общего состояния и уменьшение признаков интоксикации впервые 2 дня лечения отмечалось у 53% детей, в 62% случаев исчезли признаки дыхательной недостаточности. Показатели периферической крови и мочи нормализовались у этих детей к концу лечения в 65% случаев, а газы крови – в 70%. В результате лечения у детей контрольной группы наблюдались положительные сдвиги в кислотно-основном гомеостазе. Период выздоровления сопровождался нормализацией показателей КОС, однако показатели ВВ, ВЕ, PCO₂ в данных группах соответствовали наиболее низким границам нормы (ВВ-41,1±1,36, в норме – 45,1±0,99, ВЕ – (-4,2)±0,87, в норме – (-3,75)±0,66, PCO₂ – 37,7±1,2, в норме – 39,7±1,08), т.е. метаболические показатели свидетельствовали о повышении буферных оснований, хотя все отклонения были в пределах нормы. Исходя из этого, мы считаем, что указанные сдвиги КОС отражают компенсаторные реакции организма в ответ на повышенное содержание в крови недоокисленных тканевых метаболитов. При достижении клинической ремиссии стабилизируется почечная

гемодинамика, однако нормативный уровень по ряду показателей (РИ – $0,043 \pm 0,03$, в норме – $0,060 \pm 0,003$, а – $0,159 \pm 0,017$, в норме – $0,139 \pm 0,010$, Д – $0,641 \pm 0,029$, в норме – $0,740 \pm 0,022$) не достигается. Полученные данные свидетельствуют о том, что при пневмониях у детей отмечается незначительный дефицит почечного кровотока. При этом компенсаторные механизмы со стороны легких стремятся поддержать на оптимальном уровне гомеостаз и кислотно-щелочной обмен.

У больных основной группы в периоде выздоровления наблюдались нормализация показателей КОС (ВВ – $45,6 \pm 0,9$, ВЕ – $(-3,8) \pm 0,6$, РСО₂ – $40,1 \pm 1,09$), показатели гемодинамики почек (РИ – $0,058 \pm 0,003$, а – $0,140 \pm 0,012$, Д – $0,721 \pm 0,023$) при пневмонии с пиелонефритом.

В результате лечения у контрольной группы наблюдалась положительная динамика в состоянии иммунной системы, однако практически ни один из изменившихся показателей иммунитета, за исключением IgM, не достигал нормы даже к моменту выздоровления. Мало того, концентрации IgA и IgG у детей в динамике заболевания еще больше уменьшались (IgA – $50,44 \pm 0,24$, в норме – $58,14 \pm 0,41$; IgG – $703,8 \pm 13,07$, в норме – $816,14 \pm 20,99$). Нарушение соотношения между отдельными показателями иммунитета также не возвращались к норме. А у детей основной группы в периоде выздоровления наблюдались нормализация показателей клеточного и гуморального иммунитета (Т-л. – $56,4 \pm 0,306\%$, в норме – $58,44 \pm 0,12\%$; В-л. – $22,31 \pm 4,02\%$, в норме – $24,11 \pm 7,610\%$; О-л. – $19,91 \pm 0,37\%$, в норме – $17,16 \pm 0,24\%$; IgA – $54,4 \pm 0,28$, в норме – $58,64 \pm 0,32$; IgM – $52,04 \pm 0,38$, в норме – $52,47 \pm 0,38$; IgG – $801,6 \pm 19,07$, в норме – $883,69 \pm 21,68$).

Выводы: применение фурамага подтвердило свою эффективность, которая проявлялась значительными сокращениями сроков нормализации клиническими показателями крови и мочи. Отмечены четкие положительные сдвиги в кислотно-основном балансе, иммунологических показателях и стабилизации показателей почечной гемодинамики со значительным сокращением сроков лечения у детей больных внутрибольничной пневмонией сочетанным пиелонефритом в стационаре.

Список литературы

1. *Абдуллаходжаев М.С., Алланазаров З.Х.* Этиология острой пневмонии у детей раннего возраста за период 1990-1999 гг. Педиатрия. 2000. 2-3: С. 15-17.
2. *Багдасарова И.В., Сулова Г.Д., Рыков А.А., Назаренко В.А.* Применение препарата фурамаг в комплексном лечении пиелонефрита у детей // Педиатрия, акушерство и гинекология, 2003. № 2. С. 56—58.
3. *Петросян Э.К., Гаврилова В.А., Резников А.Ю.* Лечение и профилактика рецидивирующей инфекции мочевых путей у детей. // Российский Вестник перинатологии и педиатрии 2010. № 1. С. 85—88.
4. *Foxman B.* Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity and economic const. // Am.J.Med. 2002. Vol. 113. Suppl. A.P. 5S -13S.