

К.Г.Бурдо

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Детская областная больница, г. Биробиджан

K.G.Burdo

INHOSPITAL BRONCHIAL ASTHMA
TREATMENT

Бронхиальная астма в Еврейской АО является одной из основных патологий в структуре хронических заболеваний органов дыхания у детей. На начало 2001 года на диспансерном учете в поликлинике г. Биробиджане с диагнозом бронхиальная астма состояло 97 детей. Среди них мальчиков 69, девочек 28. Возраст от 4 до 18 лет. Средний возраст 11-12 лет. Тяжелое течение заболеваний отмечалось у 9 человек.

При анализе данных за последние 4 года выявлен рост заболеваний. Это связано с более тщательной диагностикой (организация детского пульмонологического кабинета на базе Детской областной больницы), ухудшением экологической обстановки в регионе, наличием у детей большого количества predisposing фоновой патологии, ухудшением социально-экономического уровня жизни населения.

За последние 2 года возросло количество детей, находившихся на стационарном лечении. Это в немалой степени связано с низким материальным положением в семьях больных детей (рекомендации по базисной терапии полностью не выполняются), бесплатные лекарственные формы представлены в узком ассортименте. Основным базисным препаратом является кромогликат натрия, в отдельных случаях недокромил. При стационарном лечении средний койко-день на профильной койке составляет 9 дней.

В комплексной терапии обострений бронхиальной астмы в стационаре мы применяем ультразвуковые ингаляции с физиологическими растворами, муколитиками, не менее 5 раз в сутки, аэрозольные

бронхомиметики – выбор и комбинации которых подбираются индивидуально для каждого пациента.

Как дополнительный метод лечения мы используем лазеротерапию и озонотерапию. Лазеротерапия проводится гелий-неоновым лазером. Объекты облучения – слизистые оболочки верхних дыхательных путей, проекция тимуса и бронхов (ежедневно по 5-7 минут, 5-8 процедур). Озонотерапия: внутривенное введение озонированного физиологического раствора 100-200 мл через день, 4-5 раз. В двух случаях у детей с астматическим статусом при неэффективности инфузионной бронхолитической терапии, мы применяли эндобронхиальный лаваж с химотрипсином и последующим эндобронхиальным введением глюкокортикоидов.

Манипуляции выполнялись у детей 10 и 12 лет фиброскопом «Олимпус» под внутривенным потенцированием и местной аппликационной анестезией 10%, лидокаином. Процедура проводилась в каждом случае двукратно. После эндобронхиального лаважа у всех детей отмечалось значительное улучшения состояния. Эффективность лечения в стационаре контролировалась показателями пикфлоуметрии и спирографии. Дети при стационарном лечении обострений бронхиальной астмы выписывались только после нормализации спирографических показателей.

Выводы. Бронхиальная астма принадлежит к числу наиболее распространенных аллергических болезней в детском возрасте. Отмечается неуклонный рост данного заболевания. Необходимо расширение бесплатного ассортимента лекарств для базисной терапии. Активная профилактика фоновых состояний с раннего возраста и улучшение экологической обстановки является наиболее важными факторами для снижения уровня заболеваемости бронхиальной астмой.

