

Причина одышки и сухого кашля у 6-месячного ребенка

Мальчик 6 мес с инфекционным заболеванием дыхательных путей, которое длится в течение 1 нед, был доставлен в педиатрическое отделение неотложной помощи в связи с ухудшением состояния.

Анамнез заболевания: у ребенка отмечаются сухой кашель, одышка и свистящее дыхание. Со слов матери, ребенок стал меньше выпивать молока, появилась рвота после кормления. Кроме того, отмечено снижение веса ребенка. Участковый педиатр, ранее наблюдавший малыша, назначил ингаляционный сальбутамол и амоксициллин, однако в течение последующих 2 дней состояния ребенка ухудшилось.

Анамнез жизни: ребенок родился на 36-й нед беременности путем кесарева сечения. После рождения ему проводили реанимационные мероприятия в течение 2 мин, после чего мальчик был переведен в отделение интенсивной терапии новорожденных с диагнозом дыхательной недостаточности. На 4-й нед жизни у малыша развилась пневмония, а также был диагностирован стеноз привратника, в связи с чем на 7-й нед была проведена пилоромиотомия. Семейный анамнез в отношении врожденных пороков не известен.

Объективное обследование: наблюдается уменьшение размера межреберных промежутков, двустороннее снижение объема вдыхаемого воздуха и экспираторные хрипы.

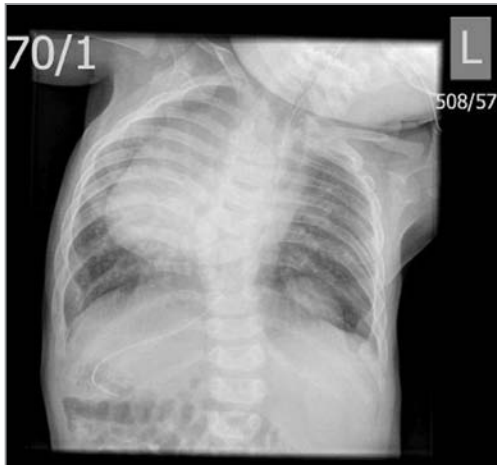


Рис. Рентгенограмма органов грудной клетки ребенка при поступлении в отделение интенсивной терапии

Ниже представлена рентгенограмма органов грудной клетки мальчика (рис.).

Вопросы

1. Между какими заболеваниями, сопровождающимися одышкой, следует проводить дифференциальную диагностику, учитывая наличие у ребенка этого симптома?
2. Какие изменения можно увидеть на рентгенограмме?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести ребенку?
4. Какое лечение следует назначить данному больному?

Продолжение на стр. 65.

Новость в лечении акне.

Компания «ГлаксосмитКляйн» в Украине начиная с марта 2010 г. представляет новый препарат для лечения акне (угревой болезни)

Дуак гель – новая скорость лечения акне!

Дуак гель – фиксированная комбинация 1% клиндамицина фосфата и 5% бензоил пероксида (БП) для местного применения при акне. Дуак гель оказывает быстрый эффект: уже на 14-й день у 72,6% пациентов отмечается уменьшение количества воспалительных элементов. Дуак имеет хорошую переносимость – диметикон и глицерин в составе геля предотвращают трансдермальную потерю воды, уменьшая сухость и раздражение кожи. При применении Дуак геля отсутствует рост резистентности *P. acnes* к антибиотикам [1]. Дуак применяется всего 1 раз в день.

Согласно международным рекомендациям по лечению акне легкой и средней степеней тяжести Дуак гель может рассматриваться как препарат первой линии терапии акне.

Акне существенно ухудшает все аспекты качества жизни (физический, эмоциональный, социальный); с акне ассоциируется значительное количество тревожных состояний и депрессий; среди пациентов с акне регистрируется более высокий уровень безработицы [2]. Дуак гель позволяет предложить профессионалам больше возможностей в терапии акне, а пациентам – быстрый эффект, уверенность и красоту.

Дополнительная информация [1]

В 12-недельном сравнительном исследовании были проанализированы режимы применения Дуак геля с фиксированной комбинацией 4% эритромицина и 1,2% цинка ацетата. Эффект от лечения в двух группах оценивался на 1, 2, 4, 8-й и 12-й неделях. Уже на 2-й неделе лечения была отмечена достоверно более быстрая редукция как воспалительных, так и невоспалительных элементов акне, в группе, использовавшей Дуак гель. Кроме того, оценивалось количество КОЕ (колониеобразующих единиц) *P. acnes*, резистентных к эритромицину и клиндамицину в начале и в конце лечения. В группе, использовавшей фиксированную комбинацию 4% эритромицина и 1,2% цинка ацетата, количество КОЕ *P. acnes* с эритромицином увеличилось на 233%, с клиндамицином – на 181%, в то время как в группе, использовавшей Дуак гель, имело место уменьшение количества КОЕ *P. acnes* с эритромицином на 46%, с клиндамицином – на 54%. Более 80% пациентов оценили быстроту наступления эффекта в конце 2-й недели лечения Дуак гелем.

Справка

«ГлаксосмитКляйн» (GlaxoSmithKline) – одна из ведущих мировых фармацевтических компаний, которая стремится к повышению качества жизни людей, помогая им делать больше, чувствовать себя лучше и жить дольше.

Торговые марки

Бренд Дуак является торговой маркой «Стифель» – подразделения компании «ГлаксосмитКляйн».

Литература

1. A Layton/JEADV2007, 21, 311-319.
2. Management of Acne A Report From a Global Alliance to Improve Outcomes in Acne Harald Gollnick, MD, and William Cunliffe, MD, FRCP/ J Am Acad Dermatol 2003; 49:S1-38.

За дополнительной информацией обращайтесь в ООО «ГлаксосмитКляйн Фармасьютикалс Украина»; тел.: (044) 585 51 85; www.gsk.com и www.stiefel.com

DUAC/12/UA/19.02.2010/3176

Причина одышки и сухого кашля у 6-месячного ребенка

Продолжение. Начало на стр. 21.

Ответы

1. Дифференциальную диагностику следует проводить с такими патологиями: инфекциями дыхательных путей (например, бронхолитом и пневмонией), бронхиальной астмой, первичной цилиарной дискинезией и муковисцидозом. Учитывая анамнез болезни и данные физикального обследования, наиболее вероятным диагнозом у ребенка является вирусная инфекция, в частности бронхолит.

2. На рентгенографии грудной клетки можно увидеть правостороннее расположение сердца (декстрокardia) и врожденное недоразвитие половин позвонков (multiple hemivertebra), что стало причиной наклона грудного отдела позвоночника со смещением вверх правой половины и эвентрацией левого купола диафрагмы. Назогастральный зонд переходит в желудок, который имеет правостороннее положение. Легкие незначительно расширены в диаметре, однако при сравнении с предыдущими рентгенограммами, которые были сделаны один месяц назад, какие-либо новые патологические изменения не обнаруживаются.

3. Определение возбудителей инфекции, таких как вирусы (например, респираторно-синцитиальный вирус, метапневмовирус человека, аденовирус, риновирус, вирус гриппа и парагриппа), можно провести путем исследования назофарингеального секрета. Рентгенография грудной клетки, хотя и малоинформативна при бронхолите, все же может выявить гиперинфляцию легких, вызванную обструкцией нижних отделов дыхательных путей, а также фокальный ателектаз (коллапс части легкого). В тяжелых случаях при анализе газового состава крови определяется снижение уровня оксигенации артериальной крови и увеличение парциального давления CO_2 .

4. Необходимо проводить поддерживающее лечение. В тяжелых случаях рекомендована госпитализация в педиатрическое отделение интенсивной терапии, где необходимо проводить мониторинг за эпизодами апноэ и обеспечить кислородную поддержку. Оксигенотерапию проводят с помощью носовых канюль или блока headbox; концентрация кислорода определяется пульсоксиметрией. Назначение антибиотиков и стероидов нецелесообразно. Несмотря на широкое применение бронходилататоров (сальбутамол или ипратропия) через небулайзер, нет доказательств того, что они способны уменьшить тяжесть или продолжительность заболевания. Необходимо проводить введение жидкости через назогастральный зонд или путем внутривенной инфузии. В механической вентиляции легких при такой патологии нуждаются примерно 2% госпитализированных детей.

Реабилитационный период должен начинаться в терапевтическом отделении больницы и включать диетические мероприятия, в том числе высококалорийное питание с высоким содержанием белка. Респираторно-синцитиальный вирус характеризуется высокой контагиозностью, поэтому необходимо принять меры для предотвращения инфицирования других детей [1], в частности соблюдение личной гигиены.

Обсуждение

Бронхолит является наиболее распространенной инфекцией нижних дыхательных путей в раннем детском возрасте: ежегодно 2-3% младенцев с таким заболеванием госпитализируют в стационары, при этом уровень смертности составляет 2 на 100 тыс. Пик заболеваемости бронхолитом у жителей Северного полушария наблюдается в период между декабрем и мартом [8]. 90% пациентов с бронхолитом – дети в возрасте от 1 до 9 мес; у детей старше 1 года данное заболевание встречается относительно редко. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, третье место в списке причин ежегодных случаев смерти детей в возрасте до 5 лет во всем мире (проанализировано 12,2 млн случаев) занимают острые инфекции нижних дыхательных путей, вызванные респираторно-синцитиальным вирусом.

Факторы риска

В развитых странах в группу повышенного риска входят пациенты с хроническими заболеваниями, недоношенные дети, больные с бронхолегочной дисплазией, врожденными заболеваниями сердца, муковисцидозом и иммуносупрессией. Все возрастные группы населения подвержены риску заражения респираторно-синцитиальным вирусом. Кроме того, дополнительными факторами риска являются низкий социально-экономический статус и уровень жизни, неблагоприятные условия проживания, неблагоприятные экологические влияния, воздействие табачного дыма, а также бронхиальная астма или атопические заболевания в семейном анамнезе.

Патофизиология

В острой фазе заболевания развиваются воспалительные реакции, при этом возникают отек, клеточная инфильтрация и повреждение эпителия нижних дыхательных путей, ведущие к обструкции и гиперинфляции бронхолит. Этот процесс усугубляется гиперсекрецией слизи реснитчатым эпителием. У младенцев в патологический процесс вовлекаются конечные отделы бронхиального дерева.

Прогноз

В большинстве случаев в течение двух недель наступает выздоровление. Однако приблизительно у 50% детей в дальнейшем наблюдаются повторные эпизоды кашля и хрипы. Изредка после аденовирусной инфекции развивается необратимое повреждение дыхательных путей, известное как облитерирующий бронхолит (bronchiolitis obliterans). Необходимость в механической вентиляции также является существенным фактором риска для развития этого состояния.

Профилактика

Препарат паливизумаб – гуманизированные моноклональные антитела к респираторно-синцитиальному вирусу – может вводиться ежемесячно в виде внутримышечных инъекций. Это снижает частоту возникновения заболеваний, вызванных респираторно-синцитиальным вирусом, у недоношенных младенцев с высоким риском развития этой патологии. Однако применение этого препарата ограничено в связи со значительными экономическими затратами и необходимостью проводить повторные инъекции.

Список литературы находится в редакции.

Подготовила **Ольга Татаренко**

АНОНС

Уважаемые коллеги!

Компания Тева приглашает вас принять участие в симпозиуме «Макролиды в лечении инфекций дыхательных путей» в рамках II Национального конгресса «Человек и лекарство Украина»

**Киев, 24 марта 2010 года
Дом кино, ул. Саксаганского, 6.
Начало в 12.30 в Синем зале**

В работе симпозиума примут участие ведущие украинские ученые профессор И.Г. Березняков, профессор Ю.М. Мостовой, а также доктор медицинских наук, профессор **Р.С. КОЗЛОВ** – один из ведущих специалистов в области исследования антибиотикорезистентности основных возбудителей инфекций дыхательных путей, президент Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, директором НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии (Россия).

У вас будет уникальная возможность задать вопросы профессору **Р.С. КОЗЛОВУ** и другим участникам симпозиума.