

Организация аллергологической помощи детскому населению Австрии

Интересные факты по итогам стажировки в отделении детской пульмонологии и аллергологии Университетской клиники г. Граца (Австрия) на заседании научно-практической конференции аллергологов, проходившей с 12 по 13 мая в г. Виннице, представила доцент кафедры пропедевтики педиатрии № 2 Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук Виктория Анатольевна Клименко.

— На сегодняшний день организация современной медицинской помощи в Австрии основывается на создании крупных медицинских центров с обеспечением рациональной транспортировки больных. Университетская клиника г. Граца — одна из крупнейших в Европе, ее коечный фонд рассчитан на 2 тыс. пациентов. Учреждение предоставляет медицинскую помощь населению федеральной земли Штирия (около 1 млн 600 тыс. человек) и курирует 22 подведомственных госпиталя. Наиболее важной составляющей успеха функционирования столь сложной структуры является ее оптимальная организация.

В соответствии с рабочим графиком прием специалистов в клинике длится с 8:00 до 16:00 (перерыв с 12:00 до 13:00), обход проводится 2 раза в день (в 9:00 и 14:00), в 13:30 — общее совещание. Фактически в стационаре на 20 пациентов приходится 1 опытный и 4 начинающих врача; кроме этого, всех больных ежедневно осматривает профессор. Сотрудники клиники специализируются в пульмонологии, аллергологии, бронхологии и оториноларингологии одновременно, каждый из докторов говорит по-английски и владеет навыками работы на компьютере.

Одна из особенностей организации лечебного процесса в аллергологическом отделении клиники заключается в том, что пациентам практически никогда не назначаются строгие элиминационные диеты; также больные практически без ограничений могут употреблять фрукты и цветные напитки. Это возможно благодаря тому, что всем детям в раннем возрасте проводится определение специфических IgE к пищевым продуктам, а дети грудного возраста получают смеси на основе белка высокой степени гидролиза.

Как у врачей, так и у пациентов отсутствует необоснованный страх перед применением глюкокортикоидов (ГКС), поэтому довольно широко назначаются ингаляционные ГКС (флутиказон и будесонид, беклометазон не используется), зачастую длительными курсами (до 2 лет без перерыва). В то же

время пролонгированные β_2 -агонисты начинают применять длительными курсами только при бронхиальной астме (БА) III степени тяжести. В период обострения БА используются ГКС внутривенно или перорально (на приеме у врача) в течение 1 нед с последующей коррекцией дозы базисной терапии; широко назначается антагонист лейкотриеновых рецепторов монтелукаст. С целью предупреждения развития ГКС-индуцированной гастропатии дети до 6 лет получают сопроводительную терапию сукральфатом, а после 6 лет — ингибитором протонной помпы омепразолом.

Купирование приступа БА у ребенка грудного возраста проводится в соответствии со следующими положениями (M. Silvermann, 1995).

- В раннем возрасте β -адренорецепция несовершенна (не доказана клиническая эффективность салбутамола в возрасте до 1,5 лет, поэтому в указанный период он не должен использоваться); ответ на β_2 -агонисты повышается с течением времени.

- При вирусных инфекциях отмечается снижение регуляции, осуществляемой β -рецепторами.

- При использовании первой дозы салбутамола происходит усиление гипоксемии и снижение показателей функции внешнего дыхания (изменение рН, осмолярности).

- Воздействие ипратропия бромида на холинорецепторы (мускариновые) теоретически обосновано.

- Основным преимуществом адреналина в таких ситуациях является β -рецепторный эффект, обуславливающий уменьшение отека бронхов, однако повторное его введение может привести к развитию синдрома рикошета.

Крайне важное значение придается предупреждению полипрагмазии. К примеру, схема лечения пневмонии, в том числе сегментарной, состоит из назначения больному антибактериального препарата цефалоспориновой группы II поколения (цефуроксима) в течение 5 дней в/в, затем



проводится контрольная рентгенография, и пациент начинает получать препарат этой же группы (цефактор), но перорально, на протяжении 5 дней в сочетании с пробиотиком. Считается, что 3 антибиотика необходимо назначать только больным муковисцидозом.

Существуют особенности и при проведении специфической иммунотерапии (СИТ). В случаях СИТ подкожным методом аллергены вводятся пациенту по 1 мл 1 р/нед на амбулаторном приеме аллерголога (4 разведения по 5 доз).

Сублингвальная СИТ осуществляется по следующей схеме: 1-я неделя — 1 капля в день; 2-я неделя — 1 капля 2 р/день; с 3-й недели — 1 капля 3 р/день в течение 3 мес (больной осматривается врачом 1 раз в 3 месяца). Довольно перспективной представляется пероральная СИТ, ее клиническая эффективность была доказана при апробации (на фармацевтический рынок тот препарат еще не поступил).

В завершение хотелось бы отметить, что условия, созданные в клинике (материально-техническое обеспечение, высококвалифицированные специалисты), позволяют пациенту прожить в отделении реанимации на аппарате экстракорпорального кровообращения в ожидании донорского сердца больше года, что является довольно длительным сроком. В то же время уход за больным на дому в Австрии также осуществляется на очень высоком уровне, благодаря чему пациент с миопатией в течение последних 4 лет большую часть времени находится дома на личном аппарате искусственной вентиляции легких и поступает в стационар лишь 2 раза в год на плановую санацию трахеобронхиального дерева.

Подготовил **Антон Проїдак**



В.А. Клименко

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Причина кровотечений у молодого мужчины

Вопросы на стр. 35.

Ответы

У пациента идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП). Термин «идиопатический» означает, что причина заболевания неизвестна. У больных с ИТП снижение количества тромбоцитов приводит к появлению множественных кровоподтеков и кровотечений. При очень низком содержании тромбоцитов в крови возникают тяжело купирующиеся носовые, кишечные кровотечения и кровоизлияния в другие жизненно важные органы.

В большинстве случаев ИТП происходит преждевременное разрушение тромбоцитов. Это состояние известно также как аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура. ИТП может быть острой или хронической. Острая форма развивается в первую очередь у детей, как правило, после вирусной инфекции. Хроническая форма встречается в возрасте от 20 до 50 лет, чаще у женщин. В отличие от острой при хронической ИТП связь с какими-либо предшествующими событиями, как правило, отсутствует. Полагают, что обе формы этого заболевания возникают в результате аутоиммунного ответа, при котором вырабатываются аутоантитела к тромбоцитам. Организм человека воспринимает эти нагруженные антителами тромбоциты как чужеродные, поэтому макрофаги ретикулоэндотелиальной системы селезенки и печени их фагоцитируют, в результате чего количество тромбоцитов быстро снижается.

Сыпь в виде петехий и пурпуры может быть единственным клиническим признаком заболевания. Нередко при ИТП возникают носовые кровотечения, кровоточивость десен; появляются гематомы, а также может удлиняться менструальный цикл. Могут наблюдаться акроцианоз, боль в суставах и парестезии. Лихорадка, спленомегалия, увеличение лимфатических узлов обычно не характерны для ИТП, поэтому при наличии у больных данных симптомов необходимо рассмотреть возможность других вариантов диагноза.

Уровни тромбоцитов при хронической ИТП, как правило, находятся в диапазоне $30-70 \times 10^9/\text{л}$. Научные данные свидетельствуют о том, что только у 5% взрослых с этой патологией происходит спонтанная ремиссия.

В большинстве случаев у взрослых пациентов с ИТП наблюдается незначительная тромбоцитопения. Этот диагноз устанавливается лишь по результатам лабораторных тестов.

Заболеваемость хронической ИТП составляет примерно 1 на 10 тыс. человек. Болезнь часто протекает волнообразно. Тяжелая тромбоцитопения может потребовать назначения высоких доз глюкокортикостероидов, проведения спленэктомии или внутривенных инъекций иммуноглобулина. За исключением случаев возникновения угрожающих жизни кровотечений, переливание тромбоцитарной массы не рекомендуется, потому что после этого тромбоциты быстро разрушаются.

Пациенту была назначена терапия глюкокортикостероидами. Препараты этого класса эффективно повышают количество тромбоцитов приблизительно у 80% больных. Они подавляют фагоцитарную активность макрофагов в ретикулоэндотелиальной системе, в частности в селезенке, тем самым продлевая длительность жизни тромбоцитов. Также эффективным является внутривенное введение иммуноглобулина. Как правило, он назначается один раз в сутки в течение 5 дней. Такая терапия повышает количество тромбоцитов быстрее, чем глюкокортикостероиды, но имеет высокую стоимость. В большинстве случаев иммуноглобулин используют у пациентов, которые не отвечают на другую терапию. Еще одним вариантом лечения является плазмаферез. К сожалению, все вышеуказанные методы терапии ИТП, как правило, носят временный характер. Даже при хорошем ответе больного на лечение после его прекращения возникают рецидивы заболевания.

После 4 дней терапии глюкокортикостероидами уровень тромбоцитов у пациента продолжал снижаться, уровень артериального давления достиг 90/58 мм рт. ст., ЧСС — 120 уд/мин, частота дыхания повысилась до 26 в минуту. Появился отек коленных суставов, возобновились носовые кровотечения.

Больной был переведен в хирургическое отделение для проведения спленэктомии. Этот метод позволяет достичь ремиссии у 65-95% пациентов. С целью временно повысить уровень тромбоцитов больному был назначен иммуноглобулин и предоперационное переливание тромбоцитарной массы.

После спленэктомии состояние пациента удовлетворительное. В течение последующих 2 лет рецидивов заболевания у него не возникло.

www.medscape.com

Подготовила **Ольга Татаренко**