

А.Ф.Шепеленко

Внебольничная пневмония, сочетанная с кардиальной патологией: особенности клиники, диагностики и лечения

Клинический госпиталь МСЧ ГУВД по г. Москве: 125299, Москва, ул. Новая Ипатьевка, 4;

кафедра военно-полевой терапии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова: 105094, Москва, Госпитальная пл., 3

A.F.Shepelenko

Community-acquired pneumonia in patients with cardiovascular pathology: peculiarities of clinical course, diagnosis and treatment

Summary

This article presents results of research on clinical course, diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia (CAP) in patients with cardiovascular pathology in item of interrelation of these diseases and in order to optimize diagnostic and therapeutic approach in hospital settings. Improvement in the initial diagnostic algorithm for such inpatients could facilitate detection of co-existing cardiac disease followed by timely appropriate correction of treatment, shorten in-hospital stay and improve the cost-effectiveness of therapy.

Key words: community-acquired pneumonia, cardiac disease, antibacterial therapy, early diagnosis.

Резюме

В статье представлены результаты изучения особенностей клинического течения, диагностики и лечения внебольничной пневмонии (ВП) с учетом взаимовлияния сочетанной патологии легочной и сердечно-сосудистой систем в интересах оптимизации лечебно-диагностического обеспечения данной категории больных в условиях пульмонологического стационара многопрофильного лечебного учреждения. Модификация обследования больных ВП в начальном периоде их пребывания в пульмонологическом стационаре повышает выявление сочетанной кардиальной патологии, позволяет произвести раннюю обоснованную коррекцию комплексной терапии, сократить сроки стационарного лечения без ущерба для качества помощи и повысить экономическую эффективность лечения данной категории пациентов.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, сердечно-сосудистая патология, антибактериальная терапия, ранняя диагностика.

В Российской Федерации заболевания органов дыхания занимают 1-е место по частоте и распространенности [1, 2]. Среди них наибольшая доля (если исключить острые респираторные вирусные инфекции) приходится на внебольничную пневмонию (ВП) — > 60 % [3–5]. В настоящее время она представляет собой актуальную медицинскую и социально-экономическую проблему; вопросам повышения медицинской результативности и экономической эффективности лечения больных ВП в последние годы уделяется большое внимание [6–9].

Среди висцеральных осложнений ВП особенно выделяются поражения сердечно-сосудистой системы (ССС) [6, 10–12]. По мнению многих исследователей [10–13], дисфункция ССС зачастую является спутником ВП и развивается с первых часов; при этом нарушения кровообращения нередко определяют прогноз и исход основного заболевания. Данные изменения многообразны и зависят от тяжести ВП, возраста пациентов, преморбидного фона. В связи с тем, что количество случаев сердечно-сосудистой патологии, обнаруженных при аутопсии, значительно превышает ее прижизненное выявление, проблема ранней диагностики кардиальных нарушений и факторов риска их развития у больных ВП по-прежнему остается актуальным вопросом клинической медицины [10, 11, 12].

Цель настоящего исследования — изучение частоты, синдромно-нозологической структуры, кли-

нико-патогенетической группировки заболеваний органов кровообращения у госпитализированных больных ВП, особенностей клинического течения, диагностики и лечения ВП, сочетанных с кардиальной патологией, оптимизация на этой основе диагностической и терапевтической тактики их ведения в условиях пульмонологического стационара крупного многопрофильного учреждения.

Материалы и методы

В пульмонологической клинике Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко (Москва) в течение 2 лет методом сплошной выборки были приглашены для участия в обследовании 158 больных ВП, сочетанной с разнообразными патологическими изменениями со стороны ССС. Возраст этих пациентов составил 17–89 лет (в среднем — $56,4 \pm 5,9$ года), все они вошли в основную группу наблюдения. Группа сравнения была сформирована из 148 больных ВП без кардиальной патологии в возрасте от 17 до 79 лет (средний возраст — $36,1 \pm 4,5$ года), отобранных аналогичным образом.

В работе применялся комплекс специальных клиничко-лабораторных и инструментальных методов: лучевое исследование органов грудной клетки (малодозовая цифровая рентгенография, мультиспиральная компьютерная томография, ультразвуковое исследование); оценка функции внешнего дыха-

ния (ФВД), гемореологии и микроциркуляции, уровня эндогенной интоксикации, гомеостатических изменений, морфо-функционального состояния сердечно-сосудистой системы (анализ данных электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ), в отдельных случаях — сцинтиграфии миокарда). Указанные исследования выполнялись в динамике в остром периоде и в периоде разрешения ВП. Для референтной оценки результатов ряда специальных исследований их сравнивали с данными контрольной группы здоровых лиц.

Результаты

Изменения сердечно-сосудистой системы, патогенетически связанные с ВП, были обнаружены у 29,1 % обследованных основной группы; не имеющие патогенетической связи с пневмонией — у 87,3 %, в т. ч. с обострением на фоне ВП — у 27,8 %, а вне обострения — у 59,5 %. Наиболее частыми формами патологии ССС были гипертоническая болезнь, стенокардия напряжения, острый инфекционно-токсический миокардит (табл. 1). Наряду с этим у 57 пациентов основной группы (36,1 %) была диагностирована хроническая сердечная недостаточность различных функциональных классов (ФК).

В основной группе течение ВП было нетяжелым у 86,7 % больных, тяжелым — у 13,3 %. При этом общее состояние пациентов при поступлении оценивалось как удовлетворительное в 48,1 % случаев, средней тяжести — в 43,7 %, тяжелое — в 8,2 %. В сравнительной группе несколько иная картина. В то время как ВП в 89,9 % наблюдений была нетяжелого, в 10,1 % — тяжелого течения, общее состояние больных расценивалось как удовлетворительное

в 73,6 % ($p < 0,05$) случаев, средней тяжести — в 23,6 % ($p < 0,05$), тяжелое — лишь в 2,7 % ($p < 0,01$), что является косвенным свидетельством "долевого" участия сочетанной кардиоваскулярной патологии в формировании тяжести общего состояния у пациентов основной группы ($p < 0,05$). Иными словами, наличие изолированного острого легочного воспаления, протекавшего в среднетяжелой и даже тяжелой форме, не всегда приводило к перенапряжению и срыву общих адаптационных возможностей организма, которые реализуются в развитии среднетяжелого и тяжелого состояния.

В основной выборке более значимыми были характеристики плотности и распространенности острого легочной инфильтрата. Так, сливная инфильтрация была в $> 1/2$ наблюдений основной группы (53,2 %) и лишь у 41,2 % пациентов группы сравнения ($p < 0,05$). За пределы 1 легочного сегмента инфильтрация распространялась у 65,9 % больных при сочетании ВП с кардиальной патологией и лишь у 41,2 % обследованных с изолированной ВП ($p < 0,01$). Частота развития парапневмонических плевральных осложнений в основной выборке была достоверно выше, нежели в группе сравнения: соответственно в 26,6 % vs 18,9 % наблюдений ($p < 0,05$).

В раннем периоде стационарного лечения неотложные клинические состояния регистрировались у 28,2 % больных основной группы. Были диагностированы синдромы, связанные как с тяжелым легочным воспалением (острая дыхательная недостаточность (ОДН) — 8,2 %, синдром системного воспалительного ответа (ССВО) — 12,0 %, инфекционно-токсический шок (ИТШ) — 7,0 % и обусловленная им острая почечная недостаточность — 3,8 %, сепсис — 1,3 %), так и с сочетанной кардиальной патологией (пароксизмы мерцания предсердий — 6,3 %, гипертонический криз — 3,8 %, прогрессирующая стенокардия — 2,5 %). В группе сравнения развитие urgentных состояний в целом отмечалось достоверно реже (в 10,1 % случаев, $p < 0,001$), и по своему патогенезу они полностью относились к синдромам, непосредственно сопряженным с ВП: ССВО — в 8,8 % наблюдений, ИТШ — в 5,4 %, ОДН — в 4,7 %, массивное кровохарканье — в 0,7 %. Как правило, больных с развитием указанных неотложных состояний лечили в отделениях реанимации и интенсивной терапии, и лишь после разрешения этих состояний пациенты переводились в пульмонологические отделения.

Исходы лечения больных ВП в сопоставляемых группах распределились следующим образом. Полное клинко-рентгенологическое выздоровление отмечалось в основной группе лишь у 54,4 % больных, в группе сравнения — у 89,9 %, выздоровление с остаточными изменениями — у 45,6 % и 10,1 % реконвалесцентов соответственно ($p < 0,001$). Чаше всего остаточные явления были связаны с формированием очагового пневмофиброза (у 28,5 % и 2,0 % больных сопоставляемых групп), плевральной адгезии (5,7 % и 2,0 %), а также с сохранением усиленного легочного рисунка и остаточного бронхита (15,2 %

Таблица 1
Синдромно-нозологическая структура сочетанной патологии сердечно-сосудистой системы у госпитализированных больных ВП

Нозологические формы патологии органов кровообращения	Основная группа (n = 158)	
	n	%
Гипертоническая болезнь I стадии	20	12,7
Гипертоническая болезнь II стадии	75	47,5
Гипертоническая болезнь III стадии	6	3,8
Диффузный мелкоочаговый (атеросклеротический) кардиосклероз	68	43,0
Постинфарктный кардиосклероз	23	14,6
Постмиокардитический кардиосклероз	8	5,1
Стенокардия напряжения I ФК	7	4,4
Стенокардия напряжения II ФК	33	20,9
Стенокардия напряжения III ФК	4	2,5
Прогрессирующая стенокардия	4	2,5
Нейроциркуляторная астенія гипертонического типа	4	2,5
Пролапс митрального клапана	3	1,9
Мерцание предсердий	18	11,4
Трепетание предсердий	2	1,3
Острый инфекционно-токсический миокардит	21	13,3
Миокардиодистрофия	25	15,8

и 6,8 %). Средний срок лечения больных сравниваемых групп в пульмонологическом стационаре составил $19,1 \pm 2,2$ и $15,5 \pm 1,9$ дня ($p < 0,05$).

Практически все основные симптомы, характеризующие субъективные и объективные клинические, а также лабораторные проявления синдрома эндогенной интоксикации — одного из наиболее ярких маркеров активности легочного воспаления — оказались более выраженными у больных с сочетанием ВП и патологии ССС. Как плазменный уровень среднемолекулярных пептидов (СМП), так и показатель лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) в остром периоде пневмонии достоверно преобладали у больных с сочетанной ВП. В исследованиях, выполненных в динамике, оба показателя равномерно снижались, однако концентрация СМП в плазме так и не достигала нормы (табл. 2, 3).

Рентгенологическая визуализация как верифицирующий метод наличия, массивности и плотности воспалительного легочного инфильтрата выявляла преобладание в основной выборке острого инфильтративного синдрома, что подтверждалось и различием в сроках разрешения легочной инфильтрации — $15,1 \pm 1,8$ дня vs $11,3 \pm 0,6$ дня ($p < 0,05$).

Как клинично-эндоскопические, так и функциональные проявления бронхитического синдрома были более выраженными при ВП изолированного течения. Что касается бронхообструктивного синдрома, то он явно преобладал в основной группе пациентов, средний возраст которых был выше, у 55 % из них имелась хроническая респираторная патология (хронический бронхит, ХОБЛ, бронхиальная астма), в $1/2$ случаев обострявшаяся на фоне ВП.

При анализе данных физикального исследования сердечно-сосудистой системы у больных с сочетанным и изолированным течением ВП достоверное преобладание частоты патологических изменений (расширения левой границы относительной сердечной тупости, глухости сердечных тонов, наличия шумов) в основной группе может быть объяснено как органами кардиальными осложнениями, так

и возрастными морфо-функциональными изменениями миокарда и фоновой патологией сердечно-сосудистой системы.

Нормальные результаты ЭКГ в основной выборке регистрировались лишь у каждого 5-го больного, в группе сравнения — в каждом 9-м случае. У пациентов с сочетанным течением ВП безусловно преобладали нарушения электрической активности и сердечного ритма; также гораздо чаще обнаруживались признаки гипертрофии левого желудочка (проявления гипертонической болезни), гипертрофии и перегрузки правых отделов сердца, обусловленные вторичной легочной гипертензией вследствие хронической бронхообструктивной патологии. Нарушения электрической проводимости, в частности атрио-вентрикулярные блокады, также выявлялись при ЭКГ у пациентов с ВП и сочетанной патологией ССС.

Все основные параметры ЭхоКГ в основной группе, в т. ч. интегральный показатель фракции изгнания левого желудочка, отражающий наличие и степень систолической дисфункции сердца, формально находились в пределах нормальных величин, но существенно отставали от аналогичного показателя у пациентов с изолированным течением ВП.

Ведущим методом диагностики ВП в обеих выборках была рентгенология. Различные методики визуализации легких применяли как при поступлении, так и в динамике заболевания, причем в основной группе достоверно чаще. В программе комплексного обследования больных ВП с сочетанной патологией ССС уже на раннем этапе их пребывания в пульмонологическом стационаре представляется целесообразным широкое использование исследования ФВД, динамической ЭКГ, ЭхоКГ, определения кардиоспецифических ферментов крови, исследования коагулограммы, маркеров уровня интоксикации (концентрации СМП, ЛИИ), газов крови, вегетативного статуса.

В этиологическом спектре возбудителей ВП достоверных различий в сопоставляемых группах не

Таблица 2
Показатели плазменной концентрации среднемолекулярных пептидов у больных ВП в остром периоде и в периоде разрешения

Период обследования	Плазменная концентрация СМП, у. е., при $\gamma = 240$ нм		
	Основная группа (n = 105 / 84)	Сравнительная группа (n = 74 / 69)	Контрольная группа (n = 20)
Острый период	$0,414 \pm 0,035^*, **$	$0,365 \pm 0,012^{**}, ***$	$0,207 \pm 0,011$
Период разрешения	$0,307 \pm 0,058^{***}$	$0,285 \pm 0,048^{***}$	

Примечание: * — $p \leq 0,05$ по отношению к группе сравнения; ** — $p \leq 0,01$ по сравнению с периодом разрешения легочных осложнений; *** — $p \leq 0,01$ по сравнению с контрольной группой.

Таблица 3
Динамика лейкоцитарного индекса интоксикации у больных ВП в остром периоде и в периоде разрешения

Период обследования	ЛИИ, у. е.		
	Основная группа (n = 158 / 138)	Сравнительная группа (n = 148 / 126)	Контрольная группа (n = 20)
Острый период	$4,8 \pm 0,7^*, **$	$3,8 \pm 0,6^*, **$	$2,0 \pm 0,1$
Период разрешения	$2,2 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,2$	

Примечание: * — $p < 0,01$ по сравнению с контрольной группой; ** — $p \leq 0,01$ по сравнению с периодом разрешения пневмонии; *** — $p < 0,05$ (различия основной и сравнительной групп статистически достоверны).

отмечено: в обеих преобладал *Streptococcus pneumoniae*, чувствительный к β -лактамным антибиотикам. Однако обнаруживалась тенденция к более частому выявлению грамотрицательных микроорганизмов (*Klebsiella spp.*, *Enterobacter*, *Proteus*) у больных ВП с кардиопатологией, а группе сравнения – атипичных возбудителей (*Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*). У 56,3 % больных основной и 52,0 % сравнительной групп этиологию заболевания установить не удалось, что, впрочем, не противоречит данным литературы [2, 4, 5].

Лечение в пульмонологическом стационаре пациентов обеих групп, несмотря на наличие ряда особенностей, характеризовалось общими стратегическими и тактическими подходами. С учетом инфекционной природы заболевания его основу составила антибактериальная химиотерапия. Вместе с тем, лечение больных было комплексным и включало в себя патогенетические и симптоматические средства, физиотерапию и лечебную физкультуру (табл. 4).

Антибиотики назначали с учетом чувствительности флоры, высеянной из мокроты или бронхиального содержимого. Если чувствительность своевременно определить не удавалось, то начинали лечение с β -лактамных антибиотиков (полусинтетических амоксициллинов, цефалоспоринов II–III поколений), а при их непереносимости (в виде аллергической реакции) – с макролидов. При нетяжелом течении ВП предпочтение отдавалось пероральным антибактериальным средствам. Препаратом выбора для стартовой эмпирической антибактериальной химиотерапии нетяжелых ВП является амоксициллин / клавуланат, пред-

ставленный в диспергируемой таблетированной форме "солютаб" – Флемоклав Солютаб.

При этом, если в лечении ВП изолированного течения наиболее востребованными были β -лактамные антибиотики (защищенные амоксициллины, цефалоспорины III поколения), а также макролиды, в то время как респираторные фторхинолоны использовались в ≤ 10 % случаев, то в основной группе, наряду с β -лактамами и макролидами, хинолоны применялись у каждого 3-го больного. Это объяснялось частым сочетанием у пациентов основной группы ВП с хронической воспалительной висцеральной патологией, более чем в $1/2$ наблюдений – в фазе обострения.

При тяжелом течении ВП для этиотропной терапии в обеих группах применялись цефалоспорины IV поколения, респираторные фторхинолоны, карбапенемы II группы.

Наряду с этим в основной выборке комбинации антибактериальных средств различных классов использовались достоверно чаще, чем у пациентов с изолированным течением ВП – в 38,6 % vs 22,3 % случаев ($p < 0,02$), причем это было обусловлено как большей тяжестью ВП, так и полиморбидностью и тяжестью сочетанной воспалительной висцеральной патологии, сочетанным спектром возбудителей у пациентов старшего возраста.

Безусловно, радикальной особенностью лечения больных ВП с заболеваниями органов кровообращения было подавляющее превосходство в частоте использования и спектре применяемых сердечно-сосудистых средств в сопоставлении со сравнительной группой (табл. 5).

Таблица 4
Использование ключевых методов лечения и реабилитации

Методы лечения	Частота применения методов				p
	Основная группа (n = 158)		Группа сравнения (n = 148)		
	n	%	n	%	
Антибактериальная терапия	158	100,0	148	100,0	–
Противовоспалительная терапия	112	70,9	80	54,1	0,02
нестероидные противовоспалительные препараты	87	55,1	80	54,1	0,6
кортикостероиды	25	15,8	–	–	–
Оксигенотерапия	69	43,8	23	15,5	0,008
Инфузионная терапия	67	42,4	48	32,4	0,04
Дезинтоксикационная терапия	69	43,7	43	29,1	0,01
Противошоковая терапия	13	8,2	8	5,4	0,04
Сердечно-сосудистые средства	128	81,1	33	22,3	0,0007
Антикоагулянты	71	44,9	30	20,3	0,009
прямые	68	43,0	30	20,3	0,01
непрямые	3	1,9	–	–	–
Антиагреганты	105	66,5	67	45,3	0,02
Муколитические средства	131	82,9	131	88,5	0,07
Бронхолитические средства	91	57,6	75	50,7	0,045
Анальгетики	43	27,2	39	26,4	0,2
Антигистаминные препараты	21	13,3	31	20,9	0,02
Иммуноотерапия	9	5,7	4	2,7	0,01
Аналептики	10	6,3	4	2,7	0,001
Плевральные пункции	4	2,5	3	2,0	0,08
Пункция придаточных пазух носа	5	3,2	19	12,8	0,001
Физиотерапия	59	37,3	981	66,2	0,01
Лечебная физкультура	153	96,8	146	98,6	0,4

ТОЧНО В ЦЕЛЬ



ФЛЕМОКЛАВ СОЛЮТАБ®

амоксициллин / клавулановая кислота, 125/31,25 мг; 250/62,5 мг; 500/125 мг; 875/125 мг



- Защищенный аминопенициллин в инновационной лекарственной форме
- Лекарственная форма Солютаб обеспечивает стабильно высокую биодоступность амоксициллина и минимальную вариабельность всасывания клавулановой кислоты¹
- Достоверно снижает частоту нежелательных реакций со стороны ЖКТ, в том числе антибиотик-ассоциированной диареи²

1. Soergens H, et al. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2001; 39(2): 75-82.
2. Карпов С. М. Клиническая фармакология и терапия, 2006; 15 (6): 1-4.
Лунин И. А., Казлов Р. С. *Пулмонология* 2008; 2: 73-80.

Таблица 5

Частота применения различных групп сердечно-сосудистых лекарственных средств в лечении больных основной и сравнительной групп

Группы сердечно-сосудистых лекарственных средств	Частота применения сердечно-сосудистых препаратов				p
	Основная группа (n = 158)		Группа сравнения (n = 148)		
	n	%	n	%	
Антибактериальная терапия	158	100,0	148	100,0	–
Сердечно-сосудистые препараты в целом	128	81,0	33	22,3	0,0008
Нитраты	43	27,2	–	–	–
Ингибиторы АПФ	77	48,7	–	–	–
Антагонисты рецепторов ангиотензина II	13	8,2	–	–	–
Антагонисты ионов кальция	30	19,8	–	–	–
β-адреноблокаторы	20	12,7	–	–	–
Кордарон	14	8,9	–	–	–
Препараты калия	27	17,1	2	1,4	0,0006
Метаболические препараты	38	24,1	–	–	–
Мочегонные	23	14,6	–	–	–
Спазмолитики	3	1,9	–	–	–
Вазоконстрикторы	9	5,7	31	20,9	0,006
Катехоламины	11	7,0	2	1,4	0,002

Перед специалистами в приемном отделении стояли 2 основные организационно-диагностические задачи: 1) подтверждение или первичная диагностика ВП с целью исключения госпитализации в специализированные пульмонологические отделения непрофильных (инфекционных, урологических, кардиологических и пр.) больных; 2) адекватная оценка степени тяжести заболевания и общего состояния, усугубляемого обострением сочетанной кардиальной патологии, выявление угрожающих жизни неотложных состояний, связанных как с ВП, так и с коморбидными заболеваниями, в частности, органов кровообращения, с целью помещения таких больных в подразделения, наиболее точно отвечающие задачам проведения интенсивной терапии и мониторинга.

Заключение

Таким образом, оптимизация всестороннего обследования больных ВП в начальном периоде их лечения в условиях пульмонологического стационара с целью выявления сочетанных заболеваний органов кровообращения позволит произвести раннюю обоснованную коррекцию этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии имеющейся у них полиморбидной патологии, тем самым сократив сроки пребывания в госпитале без ущерба для качества лечения. Этой же цели служит ранний перевод на санаторный этап для завершения медицинской реабилитации реконвалесцентов с остаточными явлениями пневмонии, ее кардиальных осложнений и неполным разрешением обострений хронических заболеваний органов кровообращения.

Литература

1. Справка к коллегии МЗ РФ от 16.09.2003 "О концепции развития пульмонологической помощи населению Российской Федерации". www.minzdrav-rf.ru/in.htm?rubr=19&doc=1763
2. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония. М.: МИА; 2006.
3. Авдеев С.Н. Лечение внебольничных пневмоний. Рус. мед. журн. 2004; 2: 70–75.
4. Синопальников А.И., Козлов Р.С. Внебольничные инфекции дыхательных путей: Руководство для врачей. М.: Наш Город; 2007.
5. American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2001; 163 (7): 1730–1754.
6. Дмитриев Ю.К. Особенности течения, диагностики и лечения внебольничной пневмонии, сочетанной с висцеральной патологией, у пожилых пациентов: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2006.
7. Казанцев В.А., Удальцов Б.Б. Пневмония: Руководство для врачей. СПб.: Спецлит; 2002.
8. Цой А.Н., Архипов В.В., Антоновский Ю.К. и др. Клиническая и фармакоэкономическая оценка эффективности эмпирической терапии внебольничных пневмоний в условиях стационара. Клин. медицина 2002; 11: 37–41.
9. Bartolome M., Almirall J., Morera J. et al. A population-based study of the costs of care for community-acquired pneumonia. Eur. Respir. J. 2004; 23 (4): 610–616.
10. Афонасов О.В. Острый миокардит у больных внебольничной пневмонией молодого возраста: Дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск; 2005.
11. Романова Н.Е. Факторы риска развития и особенности внебольничной пневмонии у больных с хронической сердечной недостаточностью: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2004.
12. Ilten F. Cardiovascular changes in children with pneumonia. Turc. J. Pediatr. 2003; 45 (4): 306–310.
13. Смолянинов А.Б., Гресь С.Н. Внебольничные пневмонии: Учебное пособие. СПб.: Нормедиздат; 2002.

Информация об авторе

Шепеленко Алексей Федорович – д. м. н., проф. кафедры военно-полевой терапии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, заслуженный врач РФ, заместитель по медицинской части начальника Клинического госпиталя МСЧ ГУВД по г. Москве; тел.: 8 (499) 150-83-84; e-mail: a_shepelenko@list.ru

Поступила 19.02.10
© Шепеленко А.Ф., 2010
УДК 616.24-002-06:616.12

Н.Д.Сорока¹, Е.В.Коршунова¹, С.П.Гомозова², Т.Г.Власова³, В.Н.Котельникова⁴

Опыт применения фенспирида в раннем реабилитационном периоде после перенесенной пневмонии у детей

1 – кафедра педиатрии № 1 Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования: 193036, Санкт-Петербург, Суворовский пр-т, 4;

2 – Детская городская больница № 19 им. К.А.Раухфуса: 191036, Санкт-Петербург, Суворовский пр-т, 4;

3 – Детская городская поликлиника № 12: 196180, Санкт-Петербург, Загородный пр-т, 29;

4 – Детская городская поликлиника № 8: 191123, Санкт-Петербург, ул. Чайковского, 73

N.D.Soroka, E.V.Korshunova, S.P.Gomozova, T.G.Vlasova, V.N.Kotelnikova

The experience of use of fenspirid in the early rehabilitation period of community-acquired pneumonia in children

Summary

The paper contains data on morbidity of childhood community-acquired pneumonia (CAP) at Sankt-Petersburg and describes peculiarities of current clinical and radiological course of pneumonia. Recently, CAP in children tends to slowly resolving course. The necessity and rationality of the patients' follow-up after clinical resolution of pneumonia and the need in prolonged pathogenic therapy till the complete resolution of the inflammatory bronchopulmonary process in ambulatory settings have been established. Results of the clinical study of efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drug fenspirid (Eurespal) for treatment of residual pneumonic lesions and indications for the administration in 44 children of 9 months to 17 years of age were highlighted. A high efficacy of fenspirid was noted along with good safety profile. There was no interaction between fenspirid and other drugs used in treatment of childhood pneumonia.

Key words: children, respiratory disease, community-acquired pneumonia, anti-inflammatory therapy, fenspirid.

Резюме

В статье представлены данные о заболеваемости пневмонией среди детского населения Санкт-Петербурга, определены особенности современного клинко-рентгенологического течения патологии. Выявлена склонность к затяжному течению бронхолегочного процесса у детей. Доказаны целесообразность диспансерного наблюдения после клинического завершения заболевания и необходимость патогенетического лечения до полного завершения бронхолегочного процесса в амбулаторных условиях. Обосновано применение и представлены данные клинического исследования эффективности нестероидного противовоспалительного препарата Эреспал (фенспирид) в лечении остаточных пневмонических изменений у 44 детей в возрасте от 9 мес. до 16 лет. Показана высокая эффективность фенспирида при высоком профиле безопасности. Не выявлено лекарственного взаимодействия с другими препаратами, применяемыми в комплексном лечении пневмонии у детей.

Ключевые слова: дети, заболевания органов дыхания, амбулаторная пневмония, противовоспалительная терапия, фенспирид.

Внебольничная пневмония (ВП) – одно из наиболее частых инфекционных заболеваний в детском возрасте. Благодаря успехам последних лет, достигнутым в вопросах диагностики и лечения ВП у детей, изменилось ее течение, существенно уменьшилось число тяжелых форм болезни с катастрофическим течением, снизилась летальность. Однако актуальность данной проблемы сохраняется, распространенность заболевания все еще достаточно высока, и, несмотря на то, что ВП принято относить к управляемым инфекционным заболеваниям, летальность регистрируется ежегодно.

По данным медицинской статистики, в структуре болезней органов дыхания у детей Санкт-Петербурга доля ВП составляет 6 %, причем за последние 15 лет показатель практически не изменился, составляя в среднем 5,6 на 1 000 среднегодового детского населения и соответствуя данным начала 90-х гг. XX в. Динамика показателей заболеваемости ВП среди детей Санкт-Петербурга (за 1992–2008 гг.) представлена на рис. 1 [1].

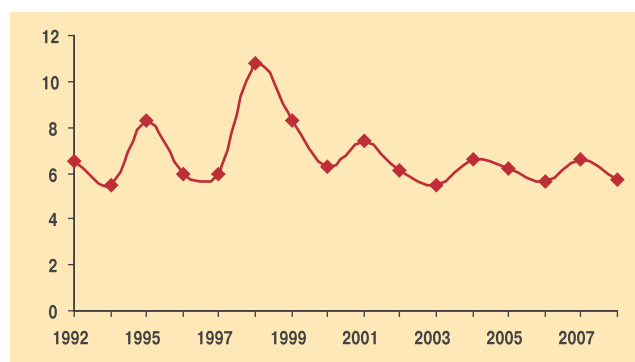


Рис. 1. Динамика заболеваемости ВП детского населения Санкт-Петербурга (1992–2008 гг.)

Несмотря на относительно скромный удельный вес ВП в структуре заболеваний детского возраста, пневмония всегда относилась к социально значимым патологиям, какой считается и в настоящее время. Актуальность проблемы пневмонии очевидна и обусловлена следующими факторами: