

4.Vinod K. AmebiasisMedication. Medscape // Vinod K,Dhawan,Kerry O Cleveland. //Jul 28, 2015.

УДК 615-035.3

**Г.Ш. Насибуллина, Е.И.Краснова, Е.В. Сабадаш
АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ
РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

Кафедра инфекционных болезней
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**G.S. Nasibullina, E.I.Krasnova, E.V. Sabadash
ANTIBIOTIC TREATMENT IN CHILDREN WITH ACUTE
RESPIRATORY VIRAL INFECTION IN CHILDREN'S CLINIC**

Department of infectious diseases
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: nasibullina.gulshat@list.ru

Аннотация. В статье дана оценка рациональности использования антибиотиков у детей с острой респираторной инфекцией, установлены показания и сроки назначения антибиотиков.

Annotation. The article assesses the rational use of antibiotics in children with acute respiratory viral infection, established indications and timing of antibiotics.

Ключевые слова: антибиотикотерапия, часто болеющие дети, острая респираторная вирусная инфекция

Keywords: antibiotics, sickly children, acute respiratory viral infection

Инфекционные заболевания респираторного тракта являются самой распространенной инфекционной патологией у детей. У ребенка, находящегося в организованном коллективе, острые респираторные заболевания возникают в среднем 8 раз на первом году посещения, 5-6 раз на втором, 3-4 раза на третьем году. [1]

Ежегодная заболеваемость острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) составляет более 65% от всей инфекционной патологии и до 95% заболеваний респираторного тракта. Наиболее подвержены ОРВИ дети и люди старше 60 лет. В последние годы особую озабоченность в мире вызывает возможность появления новых пандемических штаммов вируса гриппа. Ежегодно в России регистрируется 27,3-41,2 млн случаев респираторных

инфекций. В структуре смертности от гриппа ведущее место занимают дети до года жизни и больные старше 65 лет (80–90%). [6].

В настоящее время ВОЗ рекомендует применение препаратов этиотропного действия, направленных на определенную вирусспецифическую мишень в цикле репродукции вируса.

В рекомендациях профессиональных обществ педиатров большинства стран подчеркивается важность отказа от применения антибактериальных средств у детей с неосложненной респираторно-вирусной инфекцией [4].

Вопрос о назначении антибиотиков у ребенка с ОРВИ возникает, если у него в анамнезе есть неблагоприятный преморбидный фон (выраженная гипотрофия, врожденные пороки развития) или клинические признаки иммунодефицита, рецидивирующий отит, присоединение гнойно-бактериальных осложнений (синусит с отеком лица или глазницы, лимфаденит с флюктуацией, паратонзиллярный абсцесс, нисходящий ларинготрахеит), острый тонзиллит с высевом стрептококка группы А, анаэробная ангина – обычно язвенная, с гнилостным запахом, острый средний отит, подтвержденный отоскопией или с гноетечением, синусит – при сохранении клинических и рентгенологических изменений в пазухах через 10-14 дней от начала ОРВИ, респираторные микоплазмоз и хламидиоз, пневмония [2].

Большой интерес вызывают препараты, влияющие на иммунную систему и повышающие неспецифическую резистентность организма, а также обладающие широким спектром действия на многочисленные возбудители ОРВИ. К ним относятся растительные средства, бактериальные лизаты, интерфероны и индукторы их синтеза, витаминные препараты, содержащие микроэлементы, а также пробиотики, внимание к которым растет во всем мире.

Пробиотики эффективно взаимодействуют с эндогенной микрофлорой ЖКТ, субстратами в просвете кишечника, эпителием слизистой оболочки кишечника и лимфоидной тканью. Они могут оказывать местное или системное иммуномодулирующее воздействие, стимулируя неспецифический или усиливая гуморальный или клеточный иммунитет[5].

Цель исследования – установление частоты назначения антибиотиков у детей с вирусными заболеваниями респираторного тракта в условиях детской поликлиники.

Материалы и методы исследования

Был проведен анализ 60 амбулаторных карт поликлиники ДГКБ №8 за 2015 год. Критерием включения являлось наличие острой респираторной вирусной инфекции у пациентов. Девочек было – 58,3% (35 человек), мальчиков – 41,7% (25 человек). Больные были распределены в четыре возрастные группы: I - дети до 1 года (11 человек), II – от 1 года до 3 лет (19 человек), III – от 3 года до 7 лет (15 человек), IV - старше 7 лет (15 человек).

Критериями включения в число часто болеющих детей (ЧБД) явилось наличие 4 и более эпизодов ОРЗ в год у детей до 1 года, 6 и более эпизодов ОРЗ

в год у детей от 1 до 3 лет, 5 и более эпизодов у детей в возрасте от 3 до 7 лет и 4 и более эпизодов ОРЗ у детей старше 5 лет. [3]

Результаты исследования и их обсуждение

В соответствие с критериями включения детей в группу часто болеющих детей в исследуемых возрастных группах был установлен процент ЧБД: I – 9,0%, II – 10,5% , III - 13,3%, IV - 13,3% (табл.1).

Таблица 1

Удельный вес часто болеющих детей

	Число ЧБД	% ЧБД
I группа	1	9,0 %
II группа	2	10,5 %
III группа	2	13,3 %
IV группа	2	13,3 %

При ОРВИ антибиотики назначались у детей в I группе – 36,4% , во II группе – 47,4%, в III группе – 60,0%, в IV группе - 26,7% (табл.2).

Антибиотики назначались детям при патологии верхних дыхательных путей в 69,2% случаев, из них при остром рините в 22,2%, при остром фарингите в 44,5%, при остром тонзиллите в 22,2%, при остром ларингите в 11,1%. При патологии нижних дыхательных путей антибиотики использовались в 30,8 % случаев, из них при остром необструктивном бронхите у 87,5% больных, при внебольничной не осложненной пневмонии в 12,5% случаев (табл.2).

Таблица 2

Назначение антибиотиков при инфекциях верхних и нижних
дыхательных путей

Уровень поражения	Частота применения антибиотиков %	Диагноз	Частота назначения антибиотиков %
Инфекции верхних дыхательных путей	69,2%	Острый ринит	22,2%
		Острый фарингит	44,5%
		Острый тонзиллит	22,2%
		Острый ларингит	11,1%
Инфекции нижних дыхательных путей	30,8%	Острый необструктивный бронхит	87,5%
		Внебольничная неосложненная пневмония	12,5%

Было установлено, что у 61,5% детей антибиотики назначаются ранее трех суток от начала заболевания, в 38,5% случаев - позднее трех суток.

Продолжительность курса антибиотика составляла до 5 дней у 19,2% пациентов, до 7 дней у 69,2% детей, до 10 дней у 11,6% заболевших.

Пробиотические препараты назначались в 33,3% случаев. С первого дня приема антибиотиков у 60,0% детей, в 40,0% случаев - после окончания курса антибиотика.

Длительность заболевания у больных, принимавших антибиотики среднем составляла 8-9 дней, без назначения антибиотиков 7-8 дней.

Выводы:

1. Число часто болеющих детей было меньше в I группе (до 1 года-9,0%.)
2. Дети III группы от 4 до 7 лет принимали антибиотики при ОРВИ в 60,0% случаев.
3. Антибиотики часто назначались при остром фарингите (44,5%) и остром необструктивном бронхите (87,5%).
4. Антибиотик назначался ранее трех суток от начала заболевания в 61,5% случаев, продолжительность приема до 7 дней отмечена у 69,2% детей.
5. Длительность заболевания на фоне приема антибиотиков (8-9 дней) и ОРВИ, протекающая без антибиотикотерапии (7-8 дней), в среднем одинаковая.
6. Пробиотики назначались детям в 60,0% с первого дня приема антибиотиков.

Литература:

1. Союз педиатров России и ассоциация медицинских обществ по качеству. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых респираторных заболеваний (ОРЗ); лечению пневмонии у детей. М., 2014 г. с.21
3. Баранов А.А. Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии // М. Гэотар-Медиа. 2-е изд. 2009
4. Gerber JS, Prasad PA, FiKs AG, et al. Effect of an Outpatient Antimicrobial Stewardship intervention on Broad-Spectrum Antibiotic Prescribing by Primary Care Pediatrician: A Randomized Trial. JAMA. 2013. P. 56-62.
5. Taipale T., Pienihäkkinen K., Isolauri E. et al. Bifidobacterium animalis subsp. lactis Bb-12 in reducing the risk of infections in infancy. Br J Nutr. 2010; 24: 1-7.
6. Thompson W.W. et al. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States // JAMA. 2003. Vol. 289 (2). P. 179-186.

УДК 616.711-002.5

Г.Ш. Насибуллина, Ю.А.Емельянова, Е.В.Сабадаш
ОСОБЕННОСТИ МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С
ТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ СПОНДИЛИТАМИ