

4. Шкала Мак – Айзека сопоставима с результатами бактериологического исследования, эффективна для использования в амбулаторной практике с целью диагностики и необходимости своевременной и рациональной антибактериальной терапии.

Литература:

1. Васюнин А.В. Острая стрептококковая инфекция ротоглотки в педиатрической практике — проблема и пути решения / А.В. Васюнин, Е.И. Краснова, С.О. Кретьен // Лечащий врач / № 8 – 2011

2. Дронов И.А. Проблемы антибактериальной терапии при тонзиллофарингите у детей и возможности для их решения / И.А. Дронов, У.С. Малявина // Эпидемиология и Инфекционные болезни. Актуальные вопросы / № 1 – 2012

3. Поляков Д.П. Современные аспекты диагностики острого стрептококкового тонзиллофарингита у детей / Д.П. Поляков // Вопросы современной педиатрии / № 3 – 2013

4. Юлиш Е.И. Острый стрептококковый тонзиллофарингит у детей: вопросы диагностики и терапии / Е.И. Юлиш, О.Е. Чернышева, Б.И. Кривущев, Е.В. Глинская // Здоровье ребенка / № 4 – 2013

УДК 615-035.3

Е.А. Сизмякова, Л.Е. Сафронова

**АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОСТРЫХ
РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.**

Кафедра госпитальной педиатрии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

E.A. Sizmyakova, L.E.Safronova

**ANALYSIS OF ANTIBIOTICS IN ACUTE RESPIRATORY DISEASE OF
OUTPATIENT.**

Department of hospital pediatrics
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: SizmyakovaEl@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены влияние характера вскармливания и состояния биоценоза кишечника на частоту острых респираторных заболеваний у детей. Проведена оценка частоты, длительности, сроков и обоснованности назначения антибиотиков при острых респираторных заболеваниях у детей на амбулаторном этапе участковыми педиатрами.

Рассмотрен вопрос профилактики антибиотик-ассоциированной диареи у детей.

Annotation. The article deals with the influence of the nature and condition of the bowel feeding biotsinoza on the incidence of acute respiratory diseases in children . Spend a frequency score , duration , timing and validity of the appointment of antibiotics for acute respiratory infections in children in the outpatient pediatricians . The question of the prevention of antibiotic-associated diarrhea in children .

Ключевые слова: острые респираторные заболевания, дети, антибиотики.

Keywords: acute respiratory infections, children, antibiotics.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) являются наиболее распространенными среди всей инфекционной патологии. Этим термином принято объединять острые неспецифические инфекции вне зависимости от их локализации — от ринита до пневмонии.

Особенно распространены ОРЗ у детей — почти в 4 раза чаще, чем в человеческой популяции в целом. Наиболее высокая заболеваемость ОРЗ отмечается у детей первых лет жизни, только начавших посещать дошкольные организованные коллективы. [1].

Часто болеющие дети (ЧБД) - это основная группа для респираторных вирусов, вследствие преходящих нарушений в защитных системах детского организма. Одним из основных критериев включения детей в группу ЧБД является частота эпизодов ОРЗ в год в зависимости от возраста[3].

Лечение ОРЗ занимает 80% деятельности участкового педиатра. Симптоматическая (поддерживающая) терапия – основа лечения ОРВИ. В рекомендациях Союза педиатров России указано, что при неосложненных ОРВИ системные антибиотики в подавляющем большинстве случаев не показаны.

Антибиотики для лечения неосложненных ОРВИ и гриппа не используют, в т.ч. если заболевание сопровождается в первые 10-14 дней болезни ринитом, конъюнктивитом, затемнением синусов на рентгенографии, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом. Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствуют ее развитию из-за подавления нормальной пневмотропной флоры, «сдерживающей агрессию» стафилококков и кишечной флоры. Антибиотики могут быть показаны детям с хронической патологией легких, иммунодефицитом, у которых есть риск обострения бактериального процесса; выбор антибиотика у них обычно predetermined заранее по характеру флоры [2].

Цель исследования – определение влияние характера вскармливания и состояния биоценоза кишечника на частоту ОРЗ; провести анализ применения антибиотиков при ОРЗ на амбулаторном этапе.

Материалы и методы исследования

Проведена ретроспективная оценка амбулаторных карт поликлиники ДГКБ №5 за 2015 год. Методом случайной выборки были отобраны амбулаторные карты 60 детей, распределенных в четыре возрастные группы по 15 человек: I - дети до 1 года 6 месяцев, II - 1 года 6 месяцев до 3 лет, III – от 3 до 7 лет, IV - дети старше 7 лет. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Excel, применяя корреляционный анализ по Спирману.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных детей преобладали девочки – 58,3%, мальчики составили 41,7%. В возрастных группах распределение по половой идентификации следующее: I – 60,0/40,0 %, II – 46,7/53,3%, III – 66,7/33,3%, IV – 60,0/40,0% (девочки/мальчики, соответственно). Доля часто болеющих детей в исследуемых возрастных группах составила по 13,3% в I, III и IV группах, 6,7% – во II группе.

Оценка срока перевода детей на искусственное вскармливания выявила, что из 60 человек с рождения на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями были 6,6% детей, с 3-х месячного возраста также 6,6%, с 6 месяцев — 26,8%. Продолжительность грудного вскармливания у 60,0% детей составила свыше 6 месяцев. Проведя корреляционный анализ по Спирману между сроком перевода детей на искусственное вскармливания и частотой ОРЗ, установлено, что связь между исследуемыми признаками - прямая, коэффициент корреляции Спирмена (ρ) равен 0,650, зависимость признаков статистически значима ($p < 0,05$). То есть, ранний перевод на искусственное вскармливание отражается на развитии местной неспецифической резистентности детского организма, что повышает восприимчивость детей к инфекционным агентам.

Из анамнеза установлено, что 15,0% детей имели нарушение становления кишечной микрофлоры и 11,7% детей перенесли инфекционный гастроэнтерит на первом году жизни. В группе часто болеющих детей, частота дисбиоза кишечника на первом году жизни выявлялась в 2 раза чаще — у 31,2%, инфекционный гастроэнтерит — у 12,5%. Проведя корреляционный анализ по Спирману между наличием в анамнезе дисбиоза и инфекционного гастроэнтеритана первом году жизни и частотой ОРЗ, установлено, что связь между исследуемыми признаками - прямая, коэффициент корреляции Спирмена (ρ) равен 0,860, зависимость признаков статистически значима ($p < 0,05$). В итоге установлено, что становление нормальной микрофлоры кишечника является неотъемлемой частью в процессе созревании иммунной системы ребенка. Анализ показывает, что нарушение формирования кишечной флоры на первом году жизни влияет на частоту ОРЗ.

В представленной выборке все дети получали лечение по поводу ОРЗ в амбулаторных условиях. Из общего числа детей при ОРЗ 43,3% принимали антибиотики. По возрастным группам распределение частоты приема антибиотиков при ОРЗ следующее: I - 40,0% , II - 46,7%, III - 60,0%, IV - 26,7%. Из них неоднократное назначение антибиотиков за 2015 год I - 50,0% , II - 28,6%, III - 55,6%, IV - 0%. Таким образом, самая высокая частота использования антибиотиков выявлена в возрастной группе 3-7 лет, кроме того половина детей в этой возрастной категории получила несколько курсов антибактериальной терапии в течение года. По-видимому, это связано с началом посещения организованных детских коллективов.

Анализ рациональности назначения антибиотиков на амбулаторном этапе показал, что у 69,2% пациентов данные препараты принимались при патологии верхних дыхательных путей, при этом доля острого ринита составила 22,2%, острого фарингита — 44,5%, острого тонзиллита — 22,2%, острого ларингита — 11,1%. В 30,8 % случаев антибиотики назначались при патологии нижних дыхательных путей: острый простой бронхит — 87,5%, внебольничная неосложненная пневмония — 12,5%. Поэтому только у трети детей антибиотикотерапия была обоснована, в остальных случаях прослеживается нерациональность ее назначения.

Установлено, что в 61,5% антибиотики назначаются участковым педиатром ранее трех суток от начала заболевания, при отсутствии абсолютных показаний к назначению антибактериальной терапии. В 38,5% антибактериальные препараты назначались позднее трех суток, при сохраняющейся фебрильной лихорадке, изменениях в общем анализе крови в виде нейтрофильного лейкоцитоза и/или рентгенологическом подтверждении пневмонии.

В качестве стартовой антибактериальной терапии назначались: незащищенные пеницилины — 15,3%, защищенные пеницилины — 46,2%, макролиды — 30,8%. Отмечено, что группа цефалоспоринов III поколения в 7,7% необоснованно назначались на амбулаторном этапе лечения.

Средняя продолжительность антибиотикотерапии составляет 6-7 дней, из них лечение патологии верхних дыхательных путей занимает 5-6 дней, а при лечении патологии нижних дыхательных путей — 7-8 дней.

Длительность заболевания на фоне приема антибиотиков в среднем составила 8-9 дней, ОРВИ, протекающие без антибиотикотерапии, в среднем 7-8 дней. То есть, назначение антибиотиков при вирусных инфекциях не влияет на продолжительность заболевания.

Учитывая риск развития антибиотик-ассоциированной диареи, особенно в группе детей раннего и дошкольного возраста, необходимо профилактическое назначение пробиотических препаратов. В проанализированной документации частота назначения пробиотиков составила 33,3%, при этом у 60,0% — с первого дня приема антибиотиков, а у 40% - после окончания курса

антибиотиков. Таким образом, профилактика антибиотик-ассоциированной диареи проведена только у трети детей, что является недостаточным.

Выводы:

1. Дети с ранним искусственным вскармливанием, с нарушением становления кишечной микрофлоры и с инфекционным гастроэнтеритом на первом году

2. Самая высокая частота использования антибиотиков в лечении ОРЗ выявлена в возрастной группе 3-7 лет — 60,0%. Половина детей в этой возрастной категории получила несколько курсов антибактериальной терапии в течение года.

3. Антибиотики на амбулаторном этапе при лечении ОРЗ только в трети случаев принимаются обосновано.

4. Нерациональный выбор стартового антибиотика в 7,7% случаев, в связи с нецелесообразностью применения цефалоспоринов III поколения на амбулаторном этапе лечения.

5. Длительность заболевания ОРВИ на фоне приема антибиотиков и без антибиотикотерапии в среднем одинаковая.

6. Необходимо обратить внимание на профилактику антибиотик-ассоциированной диареи у детей.

Литература:

1. Баранов А.А. Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии / А.А. Баранов / М.: Гэотар-Медиа – 2-е изд – 2009

2. Баранов А.А. Союз педиатров России, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острой респираторной вирусной инфекцией (острый назофарингит) / А.А. Баранов, Ю.В.Лобзин / М. – 2015

3. Коровина Н.А. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации. Руководство для врачей / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников, А.В. Чебуркин, И.Н. Захарова / М. – 2011

УДК 612.017.616

**Х.Н. Сирожиддинова, М.Н. Абдуллаева
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ (ЦИК) ПРИ
ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ (ВУИ)**

Кафедра неонатологии
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самарканд, Республика Узбекистан

Kh.N. Sirozhiddinova, M.N. Abdullayeva