

изучен, но в настоящее время считается общепризнанным, что лямблиоз в совокупности с повышенной кислотно-пептической агрессией желудочного сока и хеликобактериозом относится к факторам риска язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (Н.П. Шабалов, Ю.И. Староверов, 1998).

**Заключение.** Нельзя исключить, что на изменение регенераторных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки влияет и другая инфекция. Это влияние может проявляться через ослабление защитных свойств макроорганизма и, соответственно, создание условий для роста *Helicobacter pylori* и *Lamblia intestinalis*.

Однако результаты огромного количества выполненных за истекший период времени научных работ, посвященных разным аспектам хеликобактериоза, к настоящему времени позволили ответить далеко не на все имеющиеся вопросы, и наибольшие сложности связаны с лечением этой инфекции.

#### Литературные ссылки

1. Ивашкин В.Т., Мегро Ф., Лапина Т.Л. *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии. – М.: Триада-Х, 1999. – 255 с.
2. Исаков В.А., Домарадский И.В. Хеликобактериоз. – М.: ИД Медпрактика, 2003. – 412 с.
3. Burneus A.P., Stenley J., Morgenstern R. Gastroenteritis associated with *Helicobacter pullorum* // *Lancet*. – 1994. – № 344. – Pp. 1569.
4. Marshll B.J., Warren J.R. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration // *Lancet*. – 1984. – № 1. – P. 1311-1315.
5. Warren J.R. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis (letter) // *Lancet*. – 1983. - № 2. – P. 1273-1273.

*Сорокопыт З.В., Даас М. Хайтхм*

### **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ДЕТСКОМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** Внебольничная пневмония (ВП) всегда была инфекционной болезнью, потенциально опасной для жизни, особенно у детей раннего возраста и лиц с сопутствующими преморбидными

заболеваниями (предшествующими или совпадающими по времени) [1, 4]. В качестве основной и единственной причины смерти на 1-м году жизни пневмонии составляют до 20%. У детей старшего возраста в 50-55% случаев пневмонии являются конкурирующей причиной летальности (при пороках развития, сепсисе и т.п.).

Несмотря на мощный арсенал антибактериальных средств, повсеместно отмечается рост заболеваемости пневмонией у детей и ухудшение ее исходов [1, 4]. Ряд пневмотропных патогенных микроорганизмов резко усилили свою устойчивость по отношению к защитным механизмам хозяина и действию антимикробных препаратов путем существования в своеобразном микроколониальном виде «biofilms», т.е. лабильной устойчивости возбудителей к антибактериальным и противовирусным препаратам с формированием сложных двух- и трехкомпонентных ассоциаций патогенов [2, 3]. Эффективность лечения пневмоний в большинстве случаев связана с правильным выбором антибактериального препарата, оказывающего воздействие на возможных возбудителей, выбор которого осуществляется, как правило, эмпирически, основываясь на представлениях врача о возможной этиологии возбудителя, оценке клинико-эпидемиологической ситуации, наличии сопутствующих заболеваний и осложнений.

**Цель исследования** – установить особенности течения и антибактериальной терапии пациентов с внебольничными сегментарными пневмониями в условиях детского пульмонологического отделения.

**Материалы и методы.** Проведён анализ 50 медицинских карт пациентов с внебольничными сегментарными пневмониями, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в 2011 г. Все пациенты в стационаре обследованы согласно клиническим протоколам, утверждённым Министерством здравоохранения Республики Беларусь. По возрасту пациенты распределились следующим образом: 0-2 года 18 (36,0%), 3-6 лет 9 (18,0%), 7-11 лет 12 (24,0%), 12 лет и старше 11 (22,0%). Мальчиков было несколько больше – 28 (56,0%), чем девочек – 22 (44,0%).

**Результаты.** Пациенты были распределены в 2 репрезентативные группы. Первую (I) группу составили 40 (80,0%) детей с неосложненными пневмониями, вторую (II) – 10 (20,0%) с осложненными (плевриты – 8, ателектазы – 2). Ателектазы диагностированы у детей младшей возрастной группы (0-2 года), плевриты – старше 7 лет. В возрасте от 3 до 7 лет осложнений не наблюдалось. Средний койко-день ( $11,32 \pm 4,21$ ) в I группе был достоверно меньше, чем во II ( $22,56 \pm 11,44$ ) группе ( $p < 0,05$ ). Методом

непараметрической статистики Kolmagorov-Smirnov и Mann-Whitney ( $M \pm \sigma$ ) мы сравнили некоторые лабораторные показатели в двух изученных группах (данные представлены в таблице).

Таблица – Лабораторные показатели у детей с осложненными и неосложненными пневмониями

| Лабораторные показатели       | Осложненные пневмонии | Неосложненные пневмонии |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| эритроциты $\times 10^{12}/л$ | $3,36 \pm 0,32^*$     | $4,34 \pm 0,45^*$       |
| гемоглобин г/л,               | $107,68 \pm 11,57^*$  | $120,41 \pm 15,68^*$    |
| лейкоциты $\times 10^9 /л$    | $11,64 \pm 3,78$      | $12,58 \pm 7,38$        |
| нейтрофилы %                  | $54,78 \pm 21,34$     | $55,84 \pm 15,64$       |
| лимфоциты %                   | $31,32 \pm 16,21$     | $30,12 \pm 16,48$       |
| СОЭ мм/час                    | $38,18 \pm 16,21$     | $30,08 \pm 16,64$       |
| СРБ U/L                       | $48,76 \pm 30,68$     | $18,19 \pm 18,42$       |

Примечание: \* – достоверные различия

Согласно представленным данным, у детей с осложненным течением пневмоний параметры красной крови (эритроциты и гемоглобин) были достоверно ниже, чем с неосложненным ( $p < 0,05$ ). Количество лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов, величина СОЭ и СРБ значимо не отличались ( $p > 0,05$ ).

Антибактериальная терапия при осложненных пневмониях продолжалась достоверно дольше, чем при неосложненных ( $20,69 \pm 8,67$  и  $11,45 \pm 4,12$  дней,  $p < 0,05$ ). Более часто антибиотики вводились внутривенно 30 (60,4%), чем внутримышечно 20 (39,6%),  $p < 0,05$ . При лечении пневмоний абсолютное большинство пациентов 44 (88,0%) получали комбинацию антибиотиков и только 6 (12,0%) – монотерапию (2 сумамед, 4 цефотаксим). Комбинацию из 2 препаратов получали 32 (64,0%) ребенка, из 3-х – 12 (24,0%) детей. Наиболее назначаемые препараты: аминогликозиды у 24 (48,0%), цефалоспорины III поколения 26 (52,0%), амписульбин – у 10 (20,0%), метронидазол – у 14 (28,0%) пациентов. В качестве антибиотиков резерва назначались ванкомицин – 4 (8,0%) и стизон – 2 (4,0%). Наиболее распространенными комбинациями из 2 препаратов были: цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон) с амикацином 14 (28,0%), амписульбин с амикацином 16 (32,0%), а в случае тройной комбинации – цефалоспорины III поколения с амикацином и метронидазолом внутривенно – 7 (14,0%).

**Вывод.** Продолжительность госпитализации и длительность антибиотикотерапии пациентов детей с внегоспитальными сегментарными пневмониями зависит от характера течения (осложненное, неосложненное). Подбор и смена антибиотиков у всех пациентов производились эмпирически. Наиболее распространенными в

лечении данной категории пациентов явились комбинации цефалоспоринов III поколения или защищенных пенициллинов с аминогликозидом (двойная) и метронидазолом (тройная), которые использовались в лечении абсолютного большинства пациентов.

#### Литературные ссылки

1. Таточенко, В.К. Практическая пульмонология детского возраста / В.К. Таточенко. – 3-е издание – Москва, 2006. – С. 75-83.
2. Kobayashi, H. Airway biofilm disease / H. Kobayashi // Int. J. Antimicrob. Agents. – 2001. – Vol. 17. – P. 351–356.
3. Lavender, H.F. Biofilm formation in vitro and virulence in vivo of mutants of *Klebsiella pneumoniae* / H.F. Lavender, J.R. Jagnow, S. Clegg // Infect. Immun. – 2004. – Vol. 72. – P. 4888-4890.
4. McIntosh, K. Community-acquired pneumonia in children / K. McIntosh // N. Engl. J. Med. – 2002. – 346(6). – 429-37.

*Сорокопыт З.В., Недвецкая А.С., Ткач А.А.*

### ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** Рост резистентности патогенной бактериальной флоры, наблюдаемый сегодня во многих странах мира, нередко малая эффективность антибактериальной терапии в лечении инфекционных заболеваний определяют поиск оптимальных противомикробных средств, обладающих высокими бактерицидными и бактериостатическими свойствами.

Практика использования фторхинолонов (ФХ) в педиатрии распространена во всём мире. По категориям риска эти препараты относятся к группе «С» и назначаются в том случае, если польза от их применения может преобладать над возможными осложнениями [2, 5]. Применение ФХ в педиатрии ограничено из-за их потенциальной артротоксичности, но данных о том, насколько длительным должно быть их воздействие для возникновения повреждающего эффекта на кости или суставы у детей, в настоящее время недостаточно [3, 4]. Длительные клинические наблюдения за результатами применения ципрофлоксацина и других ФХ в России (офлоксацин, пефлоксацин, норфлоксацин, trovafloxacin) у детей при тяжелых генерализованных