

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ФТОРХИНОЛОНОВОГО РЯДА В ТЕРАПИИ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Сорокопыт З.В.,* Марушко И.В.,** Сорокопыт Е.М.*

**Гродненский государственный медицинский университет,*

***Гродненская областная детская клиническая больница*

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) всегда была инфекционной болезнью, потенциально опасной для жизни, особенно у детей раннего возраста и лиц с сопутствующими преморбидными заболеваниями. Несмотря на мощный арсенал антибактериальных средств, повсеместно отмечается рост заболеваемости пневмонией у детей и ухудшение ее исходов [1]. Это связано, прежде всего, с нарастающим уровнем резистентности пневмотропных возбудителей к антибактериальным препаратам (АБП) различных групп, традиционно используемым в терапии ВП [1, 2].

Среди используемых в лечении внебольничных пневмоний АБП, к которым сохраняется высокая чувствительность как внеклеточной, так и внутриклеточной флоры, пульмонологи отмечают фторхинолоны (ФХ) [2]. Согласно инструкциям, их применение в детском возрасте не показано из-за потенциальной артротоксичности [2, 3, 4]. Несмотря на официальный запрет, в реальной педиатрической практике ФХ применяют достаточно широко. Например, в США ежегодно выписывается 14 тыс. курсов лечения фторхинолонами детям младше 10 лет, 28 тыс. курсов – от 10 до 14 лет и более 140 тыс. курсов – от 15 до 17 лет [4]. Получены данные, что при введении в клиническую практику новых фторхинолонов летальность от ВП снизилась на 36%, тогда как под влиянием новых макролидов эта цифра составила 26% [4]. Ожидается, что в скором времени будет разрешено применение левофлоксацина для лечения внебольничной пневмонии у детей [2].

Цель: изучить показания к применению антибиотиков фторхинолонового ряда у детей с внегоспитальной пневмонией.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе пульмонологического отделения Гродненской областной детской клинической больницы путем анализа 340 карт стационарных пациентов (ф. 003у–07).

Результаты и их обсуждение. В зависимости от объема поражения легких пациенты были распределены в три

репрезентативные группы: Первую (I) составили 204 (60%) ребенка с очаговой пневмонией, II – 116 (34%) с сегментарной, и III – 20 (6%) с лобарной. Больных мальчиков было незначительно больше – 54%, чем девочек – 46%. Гендерные различия с недостоверным преобладанием лиц мужского пола были выражены во всех анализируемых группах. Жители Гродно преобладали над пациентами из области – 292 (86%) и 48 (14%), $p < 0,05$.

Всем 340 пациентам с пневмониями проведено 602 курса антибактериальной терапии. АБТ детей с очаговыми и сегментарными пневмониями была достоверно короче, чем с лобарными: I – $9,8 \pm 1,7$, II – $10,7 \pm 2,1$ и III – $18,9 \pm 2,6$ (p I – III, II – III $< 0,05$). Проведен анализ частоты использования антибиотиков при различных вариантах пневмоний (таблица).

Таблица. Использование различных групп антибиотиков у детей с внебольничной пневмонией

Группы антибиотиков	Очаговая пневмония n=204		Сегментарная пневмония n=116		Лобарная пневмония n=20		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Цефалоспорины	160	52	73	31	15	25	248	73
Макролиды	34	11	34	15	4	7	72	21
Аминогликозиды	56	18	61	26	15	25	132	39
Фторхинолоны	12	4	21	9	10	17	43	13
Карбапенемы	9	3	14	6	10	17	33	10
Пенициллины	23	7,5	15	6	1	2	39	11
Гликопептиды	12	4	12	5	5	7	29	9
Метронидазол	1	0,5	5	2	0	0	6	2
Всего препаратов	307	100	235	100	60	100	602	100

У половины (52%) пациентов с очаговыми пневмониями использовались для лечения цефалоспорины, значительно реже – аминогликозиды (18%) и макролиды (11%). По сравнению с первой группой в лечении сегментарных пневмоний чаще использовались аминогликозиды (26%) и макролиды (15%). У данных пациентов также увеличилась частота назначения респираторных фторхинолонов (9%) по сравнению с 4% в группе с очаговыми пневмониями. Препараты цефалоспоринов и аминогликозидов при лобарных пневмониях назначались с одинаковой частотой (по 25%), несколько реже (по 17%), но чаще, чем в других группах – фторхинолоны (13%) и карбапенемы (10%). Следует также отметить

редкое назначение антибиотиков пенициллинового ряда во всех возрастных группах, что может быть связано с предшествующей амбулаторной терапией. Почти все дети с очаговыми пневмониями получали монотерапию антибиотиками, а с сегментарными и лобарными – комбинированную. В лечении всех форм пневмоний преобладал парентеральный путь введения антибиотиков: при очаговых и сегментарных – внутримышечный, при лобарных – внутривенный.

Проведен углубленный анализ применения фторхинолоновых АБП у 43 (13%) пациентов анализируемых групп. Показаниями к назначению ФХ у детей с пневмониями было тяжёлое течение и чувствительность возбудителя. По результатам микробиологического исследования мокроты у 42 (17,5%) пациентов, чувствительность к ФХ антибиотикам составила 76%. Во всех анализируемых случаях препараты этого ряда не назначались в качестве стартового антибиотика. Около половины пациентов с пневмониями получали до назначения ФХ цефалоспорины, карбапенемы и аминогликозиды, четверть – пенициллины и макролиды. Значительно реже – метронидазол и гликопептиды (рисунок 1). В подавляющем большинстве случаев из ФХ антибиотиков назначался левофлоксацин (79%) и значительно реже – офлоксацин (7%) и ципрофлоксацин (14%). Фторхинолоновые препараты пациентами переносились удовлетворительно. У незначительного количества (5 пациентов) отмечались следующие побочные эффекты: тошнота, боль в животе – 2 (4,5%), слабо выраженные обратимые артралгии – 1 (2,3%), боль по ходу внутривенного введения – 2 (4,5%), крапивница – 1 (2,3%).

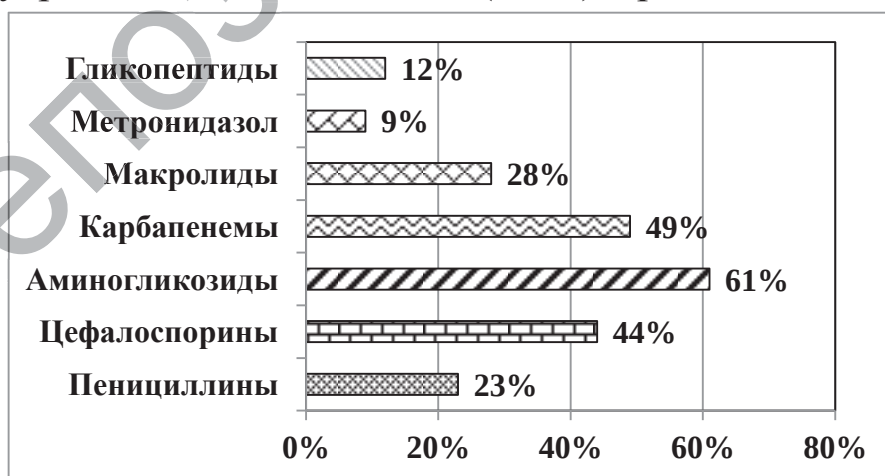


Рисунок 1 – Антибиотики, применяемые в лечении внегоспитальных пневмоний до назначения фторхинолонов

Выводы:

1. Антимикробная терапия у детей с лобарными пневмониями продолжалась достоверно дольше, чем с очаговыми и сегментарными, с преобладанием парентерального способа введения препаратов.

2. У пациентов с очаговыми пневмониями чаще использовалась монотерапия АБП, с сегментарными и лобарными – комбинированная.

3. Показаниями к назначению фторхинолоновых антибиотиков у детей с пневмониями было тяжёлое течение и чувствительность возбудителя.

4. Во всех анализируемых случаях ФХ препараты не назначались в качестве стартового антибиотика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внебольничная пневмония у детей. Распространенность, диагностика, лечение и профилактика. – Москва, 2011. – 68 с.

2. Падейская, Е.Н. Фторхинолоны в педиатрии / Е. Н. Падейская [и др.] – М.: Вузовская книга, 2005. – 74 с.

3. Grady, R. Safety profile of quinolone antibiotics in the pediatric population / R. Grady [et al.] // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 2003. – N. 22(12). – P. 1128-1132.

4. Yee, C.L. Tendon or joint disorders in children after treatment with fluoroquinolones or azithromycin / C.L. Yee [et al.] // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 2002. – N. 21(6). – P. 525-529.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИЗОЦИМНОЙ АКТИВНОСТИ СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ДЕТЕЙ, НЕ ИМЕЮЩИХ ОГРАНИЧЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ

Сударева Т.В., Судакова Н.А., Ермашева М.А., Шестакова В.Н.

*ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Актуальность. В период школьного обучения интенсивные процессы развития требуют определенного напряжения, организм ребенка в этот момент более чувствителен к повреждающим факторам. Любые, даже минимальные перегрузки способствуют нарушению здоровья и прогрессированию любого патологического процесса. Это касается каждого ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Именно эти дети нуждаются в постоянном