

препарата, не оказывавшего должного эффекта, что привело к развитию тяжелой формы пневмонии и суперинфекции, потребовавшей госпитализации больных. При анализе назначений в 25 (46,2%) случаях были установлены нарушения в режиме дозирования антибактериальных лекарственных средств:

1. ампициллин 500 мг 2 раза в сутки в/м путем введения – 11 (44%) случаев назначения;
2. ципрофлоксацин 250 мг x 1 раз в сутки внутрь – 4 случая (16%);
3. кларитромицин 250 мг x 1 раз в сутки внутрь – 3 случая (12%);
4. ампициллин 1г 2 раза в сутки внутрь – 7 случаев (28%).

В данных ситуациях произошло наложение нерационального подхода к лечению. Во-первых, неадекватный выбор препарата для эмпирической антибиотикотерапии, во-вторых, нарушение правил фармакокинетического назначения. Через 6 часов ампициллина, через 8 часов кларитромицина, через 12 часов ципрофлоксацина в организме, в концентрациях, подавляющих возбудителя, не будет. Значит, от 8 до 12 часов ингибиции жизнедеятельности патогенной флоры не происходит. Цикл жизнедеятельности микроорганизма 24 – 48 часов, после чего возбудитель начинает митоз, а, следовательно, вырабатывает резистентность уже на генном уровне, и, в некоторых случаях, эта резистентность необратима.

Таким образом, необходимо помнить, что до сих пор лечение пневмонии остается большей частью эмпири-

ческим, так как от начала лечения до получения данных из лаборатории проходит 2–3 сут., и, кроме того, примерно в 50% случаев выявить возбудитель не удается. На практике нередко доля выявленных возбудителей не превышает 20–25%. Таким образом, в реальных условиях антибактериальная терапия практически всегда является эмпирической, по крайней мере, в первые дни болезни, и поэтому соблюдение правил рациональной антибиотикотерапии позволит сократить процент совершаемых ошибок. Следовательно, необходимо изучать возбудители, наиболее часто вызывающие то или иное заболевание, частоту сопутствующих патологий, чувствительность возбудителей к антибиотикам и не пренебрегать принципами рациональной антибиотикотерапии.

Литература:

1. Гуляев А.Е., Кивман Г.Я., Надирова Б.А. Возрастной аспект во взаимодействии тетрациклинов с субклеточными фракциями гомогената печени крыс // Антибиотики, 1982. N10. С.776-778.
2. Mc Cracken G.H. Freij B.J. Clinical pharmacology of antibiотical agents.// Infectious diseases of the fetus & newborn infant/Ed: J.S.Renington, J.O.Klein, 1990. P. 1020-1077.
3. Steele R., Kearns G. Antimicrobial therapy // ClinicNorth America, 1989. Vol.36. N 5. P.1321-1347.
4. Maddocks J.L. Absorbition of ampicillin from the human body.//Thorax, 1975. V.30. P.58-61.

УДК 616.24-002-053.2

АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯНЫҢ ОБСТРУКТИВТІ СИНДРОММЕН ӨТУІ

Н.Х. Смагулова

КМҚК «№2 қалалық аурухана», Семей қ.

Резюме

ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИЯ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Таким образом, у детей первого года жизни с неблагоприятным преморбидным фоном внебольничные пневмонии протекают с бронхообструктивным синдромом, поэтому необходимо проведение дифференциальной диагностики с острым обструктивным бронхитом.

Summary

COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA WITH BRONCHO-OBSTRUCTIVE SYNDROME

Thus, infants with poor premorbid background with community-acquired pneumonia occur bronchoobstructive syndrome, so you need to perform differential diagnosis of acute obstructive bronchitis.

Пневмония – балалар өлімінің жиі себептерінің бірі болып саналатын ауруларға жатады, одан жылына шамамен 1,8 млн баланың өмірі қиылатыны анықталып отыр. Пневмония этиологиясы бойынша бактериалық, вирустық (РС-вирус, аденовирус, грипп, парагрипп вирустары, риновирус), вирусты-бактериалды және жасуша ішілік (микоплазма, хламидии), патогендермен, қарапайымдармен (пневмоцисттер) т.б. шақырылған атипті болып бөлінеді. 6 айға дейінгі балалар арасында пневмония қоздырғыштарының ішінде жиі кездесетін Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae b (Hib) типі, АИТ вирусын жұқтырғандарда – Pneumocystis jirovecii, олар омырау жасындағы АИТ вирусын жұқтырған балаларының өлімінің ширегіне себепші, ал муковисцидозбен бронхоэктазда - Pseudomonas aeruginosa болып табылады.

Ауруханадан тыс пневмониялардың ішінде 1-6 айлық балаларда жиі Chlamidia trachomatis (20% және

жоғары жағдайда), өте сирек - Pneumocystis carinii (шала туған) шақыратын атипті түрлері кездеседі.

Балалардың жартысынан астамында тамақпен аспирациялану, муковисцидоз, біріншілік иммундық тапшылық пневмонияның типтік түріне себепші, олардың қоздырғыштары - грамм теріс ішек флорасы, стафилококктар. Балалардың 10% пневмония пневмококктар және Haemophilus influenzae b (Hib) типімен шақырылады. 6 айдан 6 жасқа дейінгі балаларда жиі (50% астамында) пневмония қоздырғышы пневмококк болып саналады. 7-15 жас аралығындағы балаларда типтік пневмонияның бактериалды қоздырғыштары пневмококк (35–40%) болса, сирек - пиогенді стрептококк, ал атиптік пневмония үлесі 50% аспайды, оларды шақыратын M. pneumoniae (20–60%) и Chl. pneumoniae (6–24%) болып табылады.

Біздің мақсатымыз бір жасқа дейінгі балаларда обструктивті синдроммен өткен ауруханадан тыс пневмонияға анализ жасау.

Біздің бақылауда бір жасқа дейінгі ауруханадан тыс пневмониямен ауырған барлығы 32 бала болды, олардың 19 ауру (59,3 %) айқын бронхообструктивті синдроммен белгісімен өтті.

Балаларда пневмония диагнозы анамнез және клиникалық белгілерге негізделіп қойылды: 3 күннен артық дене қызуының жоғарылауы, қатаралды белгілер, өкпеде ошақты перкуторлы дыбыстың тұйықталуы, тұйықталған аймақта крепитацияның естілуі, еңтігу мен интоксикацияның болуы. Ал бронхообструкция синдромына келесі клиникалық симптомдарға негізделді: обструкция белгісімен өткен еңтігу, «қысқырықты» тыныс, дистанциялық сырылдар және өкпедегі қорап тәрізді перкуторлы дыбыс.

Балалардың көбінің қан анализінде солға ығысқан лейкоцитоз, эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарылауы анықталды. Кейбір бронхообструкция синдромы бар балаларда аурудың басында қан анализінде шамалы лимфоцитоздың кейіннен нейтрофидердің солға ығысуымен көрініс берді. Әрбір жағдайда пневмония диагнозы көкірек қуысының рентгенологиялық зерттеулеріне сүйеніліп қойылды.

Бірінші топтағы балаларға ауруханаға түскенде пневмония диагнозы бірден қойылды немесе 49% жағдайда пневмонияға күдік болды, ал басқаларында жедел обструктивті бронхит диагнозы қойылды. Екінші топтағы балаларда бірден пневмония қойылды немесе пневмонияға түскен күні күдік туған.

Обструктивті синдром белгісімен өткен ауруханадан тыс пневмония анықталған балалардың қанында IgE деңгейі анықталды.

Анализ жасай келе, бірінші топтың әрбір үшінші баласының анамнезінде жүктіліктің бірінші жартысында токсикоз болған, екінші топта - әрбір төртінші балада. Бірінші топтағы балалардың 58,2%, ал екінші топтағы балалардың 44,6%, ерте жасанды тамақтануда болған.

Жанұялық анамнезінде атопия бойынша және оның атопиялық дерматит түрінде көрініс беруі бірінші топтағы балалардың 32% жағдайында, ал екінші топта 36% жағдайда кездесті.

Екі топтағы балалардың қан анализін анықтағанда оларда IgE көрсеткіші қалыпты болған. Бірінші топтағы балалардың 11% жағдайында шамалы эозинофилия (6–8%), ал екінші топтағы балалардың 9% анықталды.

Екі топтағы балалардың бастапқы этиотропты емін екінші және үшінші қатардағы цефалоспориноидтер құрады. Балалардың ем комплексіне қысқа курсті (10 күн) фликсотидпен небулайзер терапиясы кірді. Кейбір жағдайда 2-3 күнге созылған жүйелі глюкокортикоидтар қолданылып, кейіннен ингаляциялық түрге ауыстырылған. Осыған қарамастан, балалардың көпшілігінде бронх обструкциясы созылыңқы (3–5 дейін) өтті, бұл оның инфекциялық қабыну генезділігін дәлелдейді.

Пневмониядағы БОС патогенез механизмы біркелкі емес, мұнда инфекциялық - қабыну процесінің және сондай-ақ пневмония дамуына бейімдейтін бронхтардағы қабыну процестерінің, мукоцилиарлық жетіспеушіліктің де мағызы зор.

Жоғарыда келтірілген ерте жастағы балалардағы обструктивті синдроммен өткен ауруханадан тыс пневмонияның клиникалық жағдайлары пневмониялық процестердің бронх обструкциясының этиопатогенетикалық механизмдерін қатысы бар екендігін дәлелдейді.

Сонымен, жағымсыз преморбидті фоны бар бір жасқа дейінгі балаларда ауруханадан тыс пневмония обструктивті синдроммен өтеді, сондықтан оны жедел обструктивті бронхитпен салыстырмалы диагностика жүргізу қажет.

Әдебиеттер:

1. Баранов А.А., Богомильский М.Р., Волков И.К. и др. Практические рекомендации по применению антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Здоровье Украины, 10(1). (2008)
2. Майданник В.Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острой пневмонии у детей. Знання України, Киев, 106 с. (2002)
3. Новиков Ю.К. Этиология, степень тяжести и лечение внебольничной пневмонии. РМЖ, 14(7). (2006)
4. Самсыгина Г.А., Охлопкова К.А., Сулова О.В. Этиология внебольничных бронхитов и пневмоний у детей раннего возраста как основа выбора антибактериальной терапии. Антибиотики и химиотерапия, 45(11): 29–30. (2000)
5. Таточенко В. К., Середа Е. В., Федоров А. М. и др. Антибактериальная терапия пневмонии у детей // Consilium medicum, 2001. Прил.: 4 - 9.
6. Союз педиатров России, Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа "Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика". М., 2002.

УДК 616.24-002-053.88

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИЯХ

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукунов, К.Ш. Амренова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова

Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики и эндокринологии, кафедра медицины катастроф и инфекционных болезней Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

Проводились бактериологические и эпидемиологические исследования больных в терапевтическом отделении и в хирургическом отделении с диагнозом «госпитальная пневмония» с учетом сопутствующих патологий. Установлена разница в микробиологии, чувствительности и стартовой терапии.