

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 цефалоспорииндер 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.

Тұжырым
ТЕРАПИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ БӨЛІМШЕЛЕРДЕ
ГОСПИТАЛЬДЫ ПНЕВМОНИЯНЫҢ АНТИБАКТЕРИАЛЬДЫ ЕМІ

Терапиялық және хирургиялық бөлімшелерде «госпитальды пневмония» диагнозымен жатқан науқастардың қосымша патологиялық жағдайларын ескерте отырып бактериологиялық және эпидемиологиялық зерттеулері жүргізілді. Олардың микробиологиясында, сезімталдығында, старттық терапиясында айырмашылықтары бар екені анықталды.

Summary

ANTIBACTERIAL THERAPY OF HOSPITAL PNEUMONIA IN THERAPEUTICAL AND SURGICAL DIVISIONS

The clinical and bacteriological researches carried out on patients in therapeutical division and patients in surgery with registration other basic pathology. Was determined this researches on pneumonia and next following with our pathology.

Целью исследования явилось изучение эпидемиологии пневмонии, микробиологической активности антибактериальных препаратов и создание рекомендаций антибиотикотерапии на территории г. Семей в терапевтическом и хирургическом отделениях.

Материалы и методы. Выделение и исследование возбудителей, наиболее часто вызывающие госпитальную пневмонию проводилось по стандартной схеме.

Исследовались больные с диагнозом госпитальная пневмония в двух отделениях: отделение терапии (n=153), отделение общей хирургии (n=174).

Результаты исследования. При исследовании возбудителей, вызвавших нозокомиальную пневмонию в отделении общего профиля, были установлены следующие микроорганизмы, а также сопутствующие заболевания (таблица 1).

Таблица 1. - Возбудители, вызвавшие госпитальную пневмонию в отделении общего профиля.

Диагноз	К-во	S.p.	H.i.	St.aureus	Kl.p.	P.a.
ИБС, ХСН II-III	48 (31,3%)	14 (29,1%)	17 (35,4%)	7 (14,5%)	10 (20,8%)	-
Хр. бронхит	74 (48,3%)	29 (39,1%)	11 (14,8%)	22 (29,7%)	7 (9,4%)	5 (6,7%)
Патология ЖКТ	24 (15,6%)	13 (54,1%)	3 (12,5%)	-	3 (4%)	5 (20,8%)
Хр. пиелонеф.	7 (4,5%)	-	4 (57,1%)	3 (42,8%)	-	-
ВСЕГО	153 (100%)	56 (36,6%)	35 (22,8%)	32 (20,9%)	20 (13%)	10 (6,5%)

S.p. - *Streptococcus pneumoniae*; H.i. - *Haemophilus influenzae*; St.aureus - *Staphylococcus aureus*; Kl.p. - *Klebsiella pneumoniae*; P.a. - *Pseudomonas aeruginosae*.

Таким образом, установлено, что наиболее частым возбудителем нозокомиальной пневмонии в отделении общего профиля является *Streptococcus pneumoniae*, затем *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* и *Pseudomonas aeruginosae*.

Исследования чувствительности возбудителей госпитальной пневмонии к некоторым антибактериальным средствам (таблица 2).

Таблица 2. - Чувствительность возбудителей госпитальной пневмонии в отделении общего профиля к некоторым антибактериальным препаратам in vitro.

Препараты	S.p.	H.i.	St.aureus	Kl.p.	P.a.	К-во
	56 (36,6%)	35 (22,8%)	32 (20,9%)	20 (13%)	10 (6,5%)	153 (100%)
Ампициллин	24 (42,8%)	23 (65,7%)	-	8 (40%)	-	55 (35,9%)
Амоксиклав	51 (91%)	25 (71,4%)	15 (46,8%)	11 (55%)	-	102 (66,6%)
Цефуроксим	43 (76,7%)	29 (82,8%)	23 (71,8%)	20 (100%)	-	115 (75,1%)
Цефтриаксон	56 (100%)	35 (100%)	32 (100%)	20 (100%)	8 (80%)	151 (98,6%)
Эритромицин	12 (21,4%)	15 (42,8%)	18 (56,2%)	14 (70%)	-	65 (42,4%)
Азитромицин	17 (30,3%)	16 (45,7%)	21 (65,6%)	14 (70%)	2 (20%)	70 (45,7%)
Генатмицин	-	23 (65,7%)	21 (65,6%)	14 (70%)	8 (80%)	66 (43,1%)
Ципрофлоксацин	56 (100%)	31 (88,5%)	32 (100%)	18 (90%)	8 (80%)	145 (94,7%)

В хирургическом отделении госпитальная пневмония, наиболее часто вызывалась определенными воз-

будителями, при оперативных вмешательствах (таблица 3).

Таблица 3. - Возбудители, наиболее часто вызывающие госпитальную пневмонию в хирургическом отделении.

Нозология	К-во б-х	P.a.	Enterob.	S.m.	St.aur	K.p.	H.i.	S.p.
Операции на органах брюшной полости	116 (66,6%)	39 (22,3%)	21 (12,0%)	11 (6,3%)	14 (8%)	9 (5,1%)	10 (5,7%)	12 (6,8%)
Лапароск. операции	51 (29,3%)	18 (10,3%)	9 (5,1%)	-	6 (3,4%)	-	6 (3,4%)	12 (6,8%)
Пункция плевральной полости	7 (4%)	2 (1,1%)	-	-	-	-	-	5 (2,8%)
ВСЕГО	174 (100%)	59 (33,9%)	30 (17,2%)	11 (6,3%)	20 (11,4%)	9 (5,1%)	16 (9,1%)	29 (16,6%)

P.a. - *Pseudomonas aeruginosa*; Enter.- *Enterobacter*; S.m.- *Serratia marcescens*, St.aur- *Staphylococcus aureus*, K.p.- *Klebsiella pneumoniae*, H.i. - *Haemophilus influenzae*, S.p. - *Streptococcus pneumoniae*;

Исследования чувствительности антибактериальных препаратов к возбудителям, наиболее часто вызы-

вающих госпитальную пневмонию в хирургическом отделении, показали следующие результаты (таблица 4).

Таблица 4. - Чувствительность возбудителей госпитальной пневмонии в хирургическом отделении к некоторым антибактериальным препаратам.

Препарат	P.a.	Enterob.	S.m.	St.aur	K.p.	H.i.	S.p.	К-во
	59 (33,9%)	30 (17,2%)	11 (6,3%)	20 (11,4%)	9 (5,1%)	16 (9,1%)	29 (16,6%)	174 (100%)
Ампициллин	-	-	-	2 (10%)	-	8 (50%)	13 (44,8%)	23 (13,2%)
Тикарциллин	36 (61%)	8 (26,6%)	-	4 (20%)	1 (11,1%)	-	6 (20,6%)	19 (10,9%)
Цефуроксим	8 (13,5%)	11 (36,6%)	3 (27,2%)	9 (45%)	5 (55,5%)	9 (56,2%)	21 (72,4%)	66 (37,9%)
Цефтриаксон	44 (74,5)	24 (80%)	9 (81,8%)	14 (70%)	9 (100%)	11 (68,7%)	23 (79,3%)	134 (77%)
Эритромицин	9 (15,2%)	12 (40%)	2 (18,8%)	10 (50%)	4 (44,4%)	7 (43,7%)	11 (37,9%)	55 (31,6%)
Азитромицин	43 (72,8%)	21 (70%)	5 (45,4%)	15 (75%)	9 (100%)	12 (75%)	17 (58,6%)	122 (70,1%)
Генатмицин	47 (79,6%)	26 (86,6%)	9 (81,8%)	13 (65%)	6 (66,6%)	11 (68,7%)	-	112 (64,3%)
Ципрофлоксацин	48 (81,3%)	26 (86,6%)	11 (100%)	12 (60%)	9 (100%)	13 (81,2%)	22 (75,8%)	141 (81%)

Таким образом, установлено, что существует различие в стартовой или эмпирической терапии госпитальной пневмонии для терапевтических и хирургических отделений. В терапевтическом отделении рекомендуется назначение цефалоспоринов III поколения или фторхинолонов. В хирургических отделениях рекомендуется комбинация цефалоспоринов III поколения в сочетании с аминогликозидами или фторхинолонами.

Литература:

1. Белоусов Ю.Б., Лепяхин В.С. et cetera «Клиническая фармакология рациональная фармакотерапия», Москва, 2008, 567 с.

2. Mc Cracken G.H. Freij B.J. Clinical pharmacology of antibiotal agents // Infectious diseases of the fetus & newborn infant/Ed: J.S.Renington, J.O.Klein, 1990. P. 1020-1077.

3. Васильев В.К. Фармакокинетика пенициллинов в крови собак при введении внутрь комбинированного препарата ампиокса // Антибиотики, 1976. N 11. С.1000- 1002.

УДК 616.24-002-616.62+615.33

АЛГОРИТМ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукунов, К.Ш. Амренова, А.К. Меримгалиева, Г.Т. Ахмадуллина, Г.Т. Жакупова, 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 КГКП «Инфекционная больница г.Семей», бактериологическая лаборатория

Резюме

Нарушение почечной функции приводит к изменению назначения антибактериальных препаратов.

Тұжырым

ЗӘР ШЫҒАРАТЫН ЖОЛДАР АУРУЛАРЫМЕН АСҚЫНҒАН ЖЕДЕЛ ӨКПЕ ҚАБЫНУЫНЫҢ АНТИБАКТЕРИАЛДЫ ЕМІ

Бүйрек қызметінің бұзылыстары антибактериальды препараттардың тағайындалуында өзгертулерді қажет етеді.

Summary

THE ALGORITHM OF ANTIBACTERIAL THERAPY BY ACUTE PNEUMONIA WITH COMPLICATION OF THE RENAL – URINAL TRACTS

The breach of renal function change of application of antibacterial preparations.

По данным авторов отечественной и зарубежной литературы, острая плевропневмония занимает 12 – 24% от инфекционно – воспалительных заболеваний нижних дыхательных путей. Пневмония, осложненная патологией мочевыводящих путей, встречается в 54 – 67%. При этом, известные алгоритмы антибактериального лечения абсолютно не соответствуют необходимой химиотерапии. Например, формула Moushle H., 1998, где описывается режим дозирования антибиотиков, предполагаемый по количеству белка в моче:

$$D = Ig \{D_0 - [C_1] / D_{mid}\},$$

где в качестве алгоритмических составляющих принимается усредненная доза назначаемого антибактериального препарата и количества белка в моче. Если подставить в это уравнение используемые данные, то для больного весом 60 – 80 кг доза антибиотика составит 256,7 г на однократный прием, что предполагает прием антибиотика внутримышечным введением от 8 до 12 раз в сутки, пероральным – от 18 до 21 раза в сутки.

Формула Григорьева более близка к истине:

$$D = [(D_0 - [Cr] / D_1) + P],$$