

цент перинатальной патологии ЦНС (78,7%); железодефицитной анемии (87,5%); рахита (37,5%), нарушения питания (27,7%), ЭКД – 25,8%, тимомегалия – у 23,1%. Процент заболеваемости: 92,5% детей перенесли ОРВИ, пневмонии, ОКИ. У 53 детей (10%) – очаговая, у 242 (45,3%) – очагово-слизистая, у 117 (21,7%) сегментарная, и у 113 (21,2%) полисегментарная форма пневмонии, лобит – у 10 (1,8%), бактериальная деструкция легких – у 52 (9,7%) детей. У 166 (31,5%) – нозокомиальная, у 369 (68,5%) – внебольничная пневмония.

Анамнестически выявлено: 152 (28,4%) ребенка до поступления в стационар не лечились, 197 (36,8%) получали симптоматическую терапию и одно или 2-х кратное введение антибиотиков.

Основные жалобы при поступлении – повышение температуры тела (89%), кашель (94%), слабость (89%), одышка (40%), снижение аппетита (57%), при сегментарных формах пневмонии – боли в области живота или в боку (14%). Отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания наблюдалось у 12% больных.

Дыхательная недостаточность отмечалась у 89% детей. Недостаточность кровообращения (72,4%) проявлялась централизацией кровообращения вследствие гиперсимпатотонии.

Основным клиническим вариантом инфекционно-токсической энцефалопатии (34,5% детей) была лихорадка, неврологические нарушения (двигательное возбуждение, беспокойство, кратковременные тонико-клонические судороги, нарушение сознания по типу сопора) и нарушения микроциркуляции. Судороги возникали у 5,1% детей на высоте температуры, кратковременно и мало нарушали общее состояние ребенка. Менингеальный синдром отличался малой выраженностью, чаще наблюдались набухание и пульсация большого родничка (14,4% детей), реже появлялась ригидность затылочных мышц (7,3% детей). АД было в пределах нормы.

Таким образом, основными причинами развития тяжелых и осложненных форм заболевания являлись поздняя обращаемость, несвоевременность назначения антибиотиков и неадекватное их применение.



### МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Ахметова Д.Г., Волкова Г.С.  
Городская детская инфекционная больница,  
г. Астана, Казахстан

Бактериологической лабораторией ГДИБ за 2012 год были проведены бактериологические ис-

следования с целью выявления этиологического фактора и изучения микробного пейзажа микрофлоры верхних дыхательных путей инфекционных больных детского возраста.

Материалы и методы. Исследовался мазок из слизистой ротовой полости, миндалин, задней стенки носоглотки, глотки у госпитализированных детей с инфекционными заболеваниями, бактериологическим (культуральным) методом на 5% кровяной агар методом истощающего посева по Голду, а также на дифференциально-диагностические среды. Выделенные культуры идентифицировались путем окраски по Граму и методом световой микроскопии увеличением 100<sup>x</sup> (масляная иммерсия), а также по культурально-биохимическим характеристикам согласно «Определителю бактерий Берджи» редакции 1997 года.

Результаты и обсуждение. Всего было выполнено за 2012 год 1432 исследования по больным с диагнозом: острая респираторно-вирусная инфекция, осложненная внебольничной пневмонией, ангина (фолликулярная, лакунарная), острый ларингит и ларинготрахеит, различные формы воздушно-капельной инфекции (ветряная оспа, корь, паротит, скарлатина и другие). В 48% (687 обследуемых) случаях была выделена патогенная и условно-патогенная микрофлора. Этиологическим фактором пневмоний, осложнений острой респираторно-вирусной инфекции: в 52,2 % случаях явился штамм *Streptococcus pneumoniae*; в 11,4% – патогенный штамм *Staphylococcus aureus*; в 8% это был *Streptococcus viridans*; и в 4,5% *Pseudomonas aeruginosae*; из семейства энтеробактерий *Escherichiacoli* составил 3,4% случаев. В 20,5% у детей с этим заболеванием высевался *Candida albicans* – диплоидный грибок рода *Candida*. Разнообразие микробного пейзажа наблюдается из патологического материала у больных с различными формами ангин, наибольший, а именно 33% *Streptococcus pneumoniae*; затем 19 % *Staphylococcus aureus*; 7% *Streptococcus viridans*; энтеробактерии: 3,6 % *-Escherichiacoli*; 2,7 %– *Klebsiellae pneumoniae*; в 3% случаях – это *Pseudomonas aeruginosae*, по 0,5% *Streptococcus anhemoliticus* и плесень; *Candida albicans* в 30% случаях высевался как в монокультуре, так и в сочетании с другими микроорганизмами. Патогенный штамм *Staphylococcus aureus* в 31% высевался из слизистой зева и задней стенки глотки при острых формах ларингита и ларинготрахеита; и в 35 % *Candida albicans*. Микрофлора полости рта при различных формах воздушно-капельной инфекции (ветряная оспа, корь, паротит, скарлатина и другие) в 27,3 % случаях представлена *Staphylococcus aureus*; 24% *Streptococcus pneumoniae*; 36 % *Candida albicans*. Все выделенные микроорганизмы имели степень обсеменения слизистой верхних дыхательных путей в 10<sup>5</sup> -10<sup>6</sup> КОЕ (колонии образующие единицы), что является патогномичным в развитии инфекционного процесса.

Заключение. Внебольничные пневмонии и ангины у инфекционных больных детского возраста, имели преимущественно стрептококковую этиологию. Патогенный штамм золотистого стафилококка у больных в остром ларингите и ларинготрахеитом, и другими инфекционными заболеваниями говорит как об этиологическом факторе, так и носительстве, наличии дисбактериоза после лечения антибактериальными и глюкокортикоидными препаратами, отсутствия санации полости рта. По результатам проведенных исследований отмечается доминирующее присутствие в слизистой верхних путей, обследованных детей, дрожжеподобных грибов рода *Candida*, что свидетельствует о возможно не разумном и не рациональном применении антибиотикотерапии в амбулаторных условиях; наличия дисбиоза; фоновых заболеваний обследуемых; а также вероятность их этиологической роли в развитии инфекционного процесса.

64

### ОШИБКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Есбатырова Л.М.<sup>1</sup>, Арзуова А.Н.<sup>1</sup>,  
Острецова Т.П.<sup>2</sup>, Долотова Л.В.<sup>3</sup>  
Актыбинского областного филиала  
«Республиканского центра развития  
здравоохранения» Актобе, Казахстан<sup>1</sup>  
Актыбинский филиал «Ассоциация семейных  
врачей Казахстана» Актобе, Казахстан<sup>2</sup>  
Западно-Казахстанский государственный  
медицинский университет имени Марата Оспанова,  
Актобе, Казахстан<sup>3</sup>

Нерациональное назначение антибиотиков при заболеваниях органов дыхания является очень распространенным явлением среди врачей, особенно на уровне ПМСП (первичной медико-санитарной помощи).

Одной из причин формирования антибиотикорезистентности является необоснованное назначение антибиотиков при ОРВИ (острых респираторно-вирусных инфекциях), которые в 95% случаев вызываются вирусами. Антибиотики назначаются при симптомах ринита, фарингита, острого трахеита, бронхита, при наличии бронхообструктивного синдрома, с «профилактической целью».

Целью проведенного в 2012г. исследования по рациональному использованию лекарственных средств (РИЛС) был анализ частоты назначения антибиотиков детям обратившихся в поликлинику города. Были использованы проспективный анализ (подсчет антибиотиков назначенных во время приема) и ретроспективный анализ медицинской документации. Всего было проанализировано 623 случаев, из них проспективных 290, а ретроспективных 333. При этом получены следующие

данные. Доля назначений антибактериальных средств у детей при проспективном исследовании составил 42,9% , а при ретроспективном -59,4% из всех обратившихся. Что превышает рекомендуемые индикаторы ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения) в 2,5 раза. Доля назначений антибактериальных средств согласно ВОЗ не должен превышать 20%. При этом при заболеваниях органов дыхания антибиотики назначались в 75-82% случаев.

По данным, полученным из выписанных карт стационаров города, 95% детей, лечившихся по поводу заболеваний респираторного тракта, были назначены антибиотики, доля пролеченных больных с пневмонией составила не более 30%. В поликлиниках инъекционные формы введения использовались в 35% случаев, в стационарах антибиотики внутримышечно вводились 74% детей, что также не соответствует индикаторам ВОЗ (должен составлять не более 10% в поликлинике)

Полученные данные свидетельствуют о том, что педиатры поликлиник и стационаров недостаточно ориентированы в вопросах рациональной антибиотикотерапии, а также о слабой работе формулярных комиссий медицинских организаций, призванных формировать лекарственную политику медицинских учреждений и контролировать рациональность использования лекарственных средств.

65

### СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ, ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Ахметова Д.Г., Медведева Н.Н., Аткенов С.Б.  
Городская детская инфекционная больница,  
г. Астана, Казахстан

Острая респираторно-вирусная инфекция занимает ведущее место в структуре инфекционной заболеваемости детского возраста в Республике Казахстан. По г. Астана в ГДИБ за 2012 год было госпитализировано больных детей с инфекционными заболеваниями органов дыхания 4322 лица, и в 2689 случаях с диагнозом острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ), осложненная пневмонией.

Материалы и методы. Диагностирование пневмоний проводилось по данным рентгенологического исследования грудной клетки. Обследованию подлежали дети с клиническими признаками интоксикации, физикальными данными наличия воспалительно-экссудативного процесса в легких, наличия воспалительного характера периферической крови, нарастания СОЭ (скорости оседания эритроцитов) с длительностью заболевания более пяти суток.