

метаболизма, а также различными микроэлементами, витаминами, аминокислотами, органическими кислотами, антибиотикоподобными веществами и антиоксидантами оптимизировало обменные и иммунные процессы, важные для функции пищеварения и кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калужная Л. Д. Атопический дерматит. Современные вопросы диагностики и лечения // Клинический иммунологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 19–22.
2. Маев И. В., Самсонов А. А. Терапевтическая тактика при синдроме избыточного бактериального роста в тонкой кишке // Konsilium medicum. – 2008. – № 9 (7). – С. 44–50.

3. Парфенов А. И. Клиническая проблема дисбактериоза // Рос. гастроэнтерологический журнал. – 1999. – № 4. – С. 49–55.
4. Сергеева Ю. В. Атопический дерматит: Рук-во для врачей. – М.: Медицина для всех, 2002. – С. 181–183.
5. Тонфеева Н. А. Коррекция и профилактика дисбактериоза // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. – 2011. – № 3. – С. 77–84.
6. Agostoni C., Grandi F., Scaglioni S. Growth pattern of breastfed and nonbreastfed infants with atopic dermatitis in the first year of life // Pediatrics. 2000. – Vol. 106 (5).

Поступила 19.10.2012

В. Г. НАЗАРЕТЯН¹, Н. В. ДИКАЛОВА², М. М. ТРУБИЛИНА², Е. М. ГОНЧАРЕНКО¹

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра факультетской педиатрии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²детский диагностический центр ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,
Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8 928 43 75 710. E-mail: sumrak.ru@rambler.ru

На основании изучения амбулаторных карт 510 детей дается анализ тактики антибактериальной терапии при различных формах ОРВИ. Показано, что частота назначения антибактериальных препаратов при ОРВИ в условиях детской поликлиники достигает 87% и не зависит от возраста. При общем предпочтении препаратов пенициллинового ряда на отдельных педиатрических участках в настоящее время часто назначают антибиотики разных групп.

Ключевые слова: детская поликлиника, дети разного возраста, острые респираторные заболевания, антибактериальная терапия, частота назначения препаратов.

V. G. NAZARETYAN¹, N. V. DIKALOVA², M. M. TRUBILINA², E. M. GONCHARENKO¹

APPROPRIATENESS OF THE USE OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN OUTPATIENT TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN

¹Chair of faculty of pediatrics GBOU VPO KubGMU Ministry of Russia,
Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedina, 4;

²children's diagnostic center GBUZ «Children's regional clinical hospital» MZ KK,
Russia, 350007, Krasnodar, pl. Pobedi, 1, tel. 8 928 43 75 710. E-mail: sumrak.ru@rambler.ru

Based on studying the out patient case histories of 500 children, the authors analyzed antibacterial therapeutic tactics in various forms of acute respiratory diseases (ARD).

It is shown, that the incidence of prescribing antibiotics in ARVD, in the pediatric polyclinics is achieve 87%, does not depend on the age. In our times, with the general preferences of penicillin-series drugs, at selected pediatrics districts often prescribes antibiotics of different groups, that has long ago lost its therapeutic activity.

Key words: pediatric polyclinic, children of different age groups, acute respiratory diseases, antibacterial therapy, frequency of drug, prescription.

Введение

Острые заболевания дыхательной системы у детей разного возраста в настоящее время являются наиболее частыми в амбулаторной практике и одной из актуальных проблем теоретической и практической педиатрии. По данным ежегодных отчетов, острыми респираторными инфекциями (ОРИ) болеют около 71% детей. Среди них чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 6 лет, и частота случаев в этой возрастной ка-

тегории составляет от 6 до 9 раз в год. Особенно часто и длительно болеют дети, посещающие дошкольные учреждения. Дети школьного возраста болеют ОРИ до 2–5 раз в год [1].

Респираторные заболевания являются основной причиной полипрагмазии в педиатрии [7]. Особое место среди необоснованных назначений при них занимают антибиотики. Такая ситуация сохраняется, несмотря на убедительные доказательства вирусной этиологии

большинства случаев ОРИ [1]. Детям с ОРИ антибиотики часто назначают не только в нашей стране, но и в других с частотой 16–80% [6].

Целью нашей работы явилось изучение обоснованности назначения антибактериальной терапии при амбулаторном лечении ОРИ-заболеваний участковыми педиатрами.

Материалы и методы исследования

Был проведен анализ клинического состояния пациента с признаками ОРИ, обратившегося на прием к участковому педиатру, и обоснованности назначения антибактериальных препаратов. Оценка клинического диагноза осуществлялась путем сопоставления описанных в амбулаторной карте жалоб, данных объективного осмотра, результатов проведенных анализов и динамики течения заболевания. Надо сказать, что ретроспективный анализ амбулаторной карты не всегда позволяет верифицировать диагноз в связи недостаточным качеством оформления первичной медицинской документации. Однако мы анализировали лишь адекватность врачебных назначений относительно выставленных клинических диагнозов.

Для изучения лечебной тактики ОРИ сплошным методом были изучены амбулаторные карты 510 детей, наблюдающихся в трех поликлиниках г. Краснодара. Всего изучено 1503 эпизода ОРИ, возникших в течение двух лет.

Для изучения влияния возраста на лечение были выбраны группы детей от 1 года до 3 лет (239 детей), от 4 до 6 лет (141 ребенок) от 7 до 11 лет (130 детей).

температура регистрировалась в 23% случаев и сохранялась в среднем до 2 дней. При изучении температурной реакции при осложненных ОРИ температура регистрировалась в 25% случаев и сохранялась до 4 дней. Надо отметить, что у остальных детей респираторные заболевания протекали на фоне нормальной или субфебрильной температуры. Структура ОРИ представлена в таблице 1.

Антибиотики перорально или в/м при неосложненных ОРИ назначались в среднем в 87% случаев. Нами также отмечено, что частота применения антибиотиков была примерно одинаковой во всех исследуемых поликлиниках (83%, 86% и 90% соответственно).

Изучение тактики антибактериальной терапии на участке показало высокую частоту ее применения (87%). Частота назначения антибактериальной терапии была одинакова у детей любого возраста. Более того, участковые педиатры в большинстве случаев в качестве стартового антибиотика для лечения назначали препараты пенициллинового ряда. Надо отметить, что практически половина изучаемых детей получала пенициллины – 43%; 35% в качестве стартовой терапии получали бисептол; макролиды назначались 13%, остальным пациентам назначались антибиотики прочих групп.

Об осложненной ОРИ можно было говорить в 134 случаях. Для их лечения всегда использовалась антибактериальная терапия, причем в 9 случаях назначалось 2 антибактериальных препарата.

Таблица 1

Структура ОРИ у детей в детских поликлиниках города

Нозология	Детские поликлиники			
	1	2	3	Всего
ОРИ неосложненная	550	536	283	1369
В том числе бронхиты	58	38	19	115
ОРИ осложненные	42	81	11	134
В том числе пневмонии	4	8	6	18
Всего	592	617	294	1503

В структуре ОРИ были выделены заболевания без осложнений и осложненные ОРИ.

К категории «ОРИ без осложнений» мы отнесли состояния, зарегистрированные в амбулаторных картах как ОРИ, ОРВИ, аденовирусная инфекция, энтеровирусная инфекция, грипп, риновирусная инфекция, фарингит. К осложненным ОРИ относили отит, гайморит, бронхит, пневмонию, стенозирующий ларинготрахеит.

Результаты исследования

При изучении амбулаторных карт нами было установлено, что выставленный диагноз ОРИ в целом соответствовал описанной в амбулаторной карте клинической картине. Однако в 13 случаях диагноз обструктивного бронхита был выставлен без указания клинических признаков обструкции, в 4 случаях диагноз «пневмония» не подтверждался аускультативными изменениями в легких и результатами рентгенологического исследования. Изучение температурной реакции при неосложненных ОРИ показало, что фебрильная

диагноз пневмонии был выставлен в 18 случаях из 1503 респираторных эпизодов, что соответствует ее частоте в структуре ОРИ (более 1%). Антибактериальное лечение пневмоний проводилось с использованием 26 наименований антибактериальных препаратов. Чаще всего (42%) использовались препараты пенициллинового ряда, в 29% – макролиды. Нерациональным назначением мы считали бисептол (20%) и токсичный для детей гентамицин (9%).

Правомерным назначение антибиотиков оценили менее чем в 1/4 случаев назначения антибактериального лечения. Антибактериальную терапию применяли для лечения пневмоний и других осложненных форм ОРИ. На наш взгляд, правомерно было также назначение при затяжных бронхитах макролидов [7].

В абсолютном большинстве эпизодов неосложненных ОРИ, а также в ряде случаев повторных назначений антибиотиков при лечении осложненных форм ОРИ использование антибиотиков было

Число случаев назначения антибактериальных препаратов (в %)

Нозология	Детские поликлиники			
	1	2	3	Всего
ОРИ неосложненные	62	67	75	68
В т. ч. бронхиты	62	87	91	80
ОРИ осложненные	100	100	100	100
В т. ч. пневмонии	100	100	100	100
Всего	83	86	90	87

Таблица 3

Антибактериальные препараты, назначаемые педиатрами для лечения ОРИ в разных поликлиниках (%)

	Детские поликлиники			
	1	2	3	Итого
Пенициллины	55	29	45	43
Макролиды	14	8	17	13
Другие антибиотики	7	11	8	8,7
Бисептол	24	52	31	35,3

нецелесообразным, что составляет 76% от общего числа назначенных курсов противомикробных средств.

Обсуждение

В целом при терапии ОРИ антибактериальными препаратами участковые педиатры чаще всего применяли антибиотики пенициллинового ряда (43%), далее по частоте назначения стоят бисептол (35,5%) и макролиды (13%).

Использование педиатрами той или иной группы антибактериальных препаратов при лечении различных форм ОРИ в разных поликлиниках отличалось. Если в 1-й и 3-й поликлиниках участковые педиатры часто назначали препараты пенициллинового ряда, то во 2-й поликлинике более чем в половине случаев дети получали бисептол.

Использование ампициллина внутрь при ОРИ – достаточно распространенное назначение, хотя его нельзя считать рациональным из-за низкой биодоступности препарата при пероральном применении. Очень редко назначали амоксициллин, биодоступность которого при пероральном приеме достигает 95%.

Достаточно часто использовались макролиды как препараты первого выбора. У детей школьного возраста чаще использовали в недостаточной дозировке рокситромицин и эритромицин, тогда как у детей первого года жизни почти во всех случаях назначался су-амед.

Терапия ОРИ в возрастном аспекте показала, что школьникам чаще, чем детям первого года жизни, назначался бисептол.

Изучение длительности течения ОРИ у детей, получавших и не получавших лечение антибактериальными препаратами, показало, что средняя длительность каждого случая в этих группах не отличалась и составила 12 дней. Отсутствие отличий в длительности ОРИ является еще одним подтверждением нерациональности антибактериальной терапии неосложненных ОРИ.

Полученные в ходе проведенных исследований данные свидетельствуют как об избыточном назначении антибактериальной терапии, так и о нерациональном ее выборе. Надо отметить, что частота необоснованного назначения антибиотиков за последние годы хотя и имеет тенденцию к снижению, но все еще остается высокой.

Необоснованное применение антибактериальных препаратов при лечении ОРИ у детей, во-первых, не имеет точки приложения, так как большинство заболеваний имеет вирусную природу, а во-вторых, способствует угнетению собственной микробиологической флоры. Также антибактериальные препараты не влияют на течение респираторных заболеваний, не предупреждают развития бактериальных осложнений. Выбор стартового препарата показал, что участковые педиатры недостаточно информированы о современных подходах к антибактериальной терапии ОРИ, о существующих рекомендациях по антибиотикам первого выбора и спектру чувствительности основных возбудителей ОРИ [8].

Частота назначения антибактериальной терапии участковыми педиатрами при ОРИ составляет 87% и мало различается между отдельными поликлиниками; показатель рациональности назначений можно считать завышенным в 3 раза. Назначение антибактериальной терапии участковыми педиатрами проводится чаще эмпирически, без учета вероятного возбудителя при различных нозологических формах, локализации инфекционного процесса, определенного возраста и эпидемиологической ситуации, и ни в одном случае не зарегистрировано обследования на выявление возбудителя и определение его антибиотикочувствительности.

Участковые педиатры при лечении ОРИ все еще отдают предпочтение пероральному назначению ампициллина, хотя его биодоступность определена при данном виде приема на 40%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волчек И. В. 11 Terra Medica. – 1998. — № 4. – С. 11–19.
2. Шохтобов Х. Оптимизация ведения больных с острыми респираторными заболеваниями на педиатрическом участке: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1990. – 21 с.
3. Страчунский Л. С., Кречикова О. И., Решедько Г. К. Чувствительность к антибиотикам пневмококков, выделенных от здоровых детей из организованных коллективов // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – 1999. – № 1. – С. 31–39.
4. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». – М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. – 70 с.
5. Таточенко В. К., Рачинский С. В., Волков И. К. Практическая пульмонология детского возраста. — М., 2000. — 235 с.
6. Чучалин А. Г. // Рус. мед. журн. — 2000. — № 17. — С. 727–729.
7. Saux N., Bjornson C., Pitters C. Antimicrobial use in febrile children diagnosed with respiratory tract illness in an emergency department // *Pediatr infect. dis. j.* — 1999. — P. 12, 1078–1080.
8. Thrane N., Steffensen F., Mortensen J. T. et al. A population-based study of antibiotic prescriptions for Danish children // *Pediatr. infect. dis. j.* — 1999. — Vol. 4. — P. 333–337.
9. Blix H. S., Ronning M., Strom H. Eurodrug meeting 2001 «Integrating drug utilization studies in wider Europe». — Prague, 2001. — P. 42.

Поступила 01.10.2012

В. Г. НАЗАРЕТЯН¹, И. Ю. КРИВОШЕЕВА², М. М. ТРУБИЛИНА², Е. М. ГОНЧАРЕНКО²

ВЛИЯНИЕ HELICOBACTER PYLORI НА ТЯЖЕСТЬ И ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра факультетской педиатрии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²детский диагностический центр ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК, Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8-918-443-11-39. E-mail: corpus@ksma.ru

Проведено обследование детей в возрасте от 6 до 18 лет с острой и хронической рецидивирующей крапивницей. Также детям с хронической крапивницей и рецидивирующими аллергическими отеками проводили комплексное обследование органов желудочно-кишечного тракта, ИФА-исследование крови на антитела к *H. pylori*. На основании полученных данных можно сделать вывод, что одним из факторов, утяжеляющих течение хронической крапивницы и ухудшающих ее прогноз, является наличие у больного ребенка сопутствующей хронической патологии желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: дети, хроническая крапивница, заболевания желудочно-кишечного тракта, *H. pylori*, лечение.

V. G. NAZARETYAN¹, I. Y. KRIVOSHEEVA², M. M. TRUBILINA², E. M. GONCHARENKO²

HELICOBACTER PYLORI EFFECT ON SEVERITY AND CLINICAL COURSE OF CHRONIC URTICARIA FEVER WITH CHILDREN

¹Chair of faculty of pediatrics GBOU VPO KubGMU Ministry of Russia, Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedina, 4, tel. 8-918-443-11-39. E-mail: corpus@ksma.ru;

²children's diagnostic center GBUZ «Children's regional clinical hospital» MZ KK, Russia, 350007, Krasnodar, pl. Pobedi, 1

Abstract: group of children of 6 up to 18 years old with acute and chronic recurrent urticaria fever has been examined. Integrated examination of gastrointestinal tract, immune – enzymatic blood test for *H. pylori* antibodies have been performed for children with chronic urticaria fever and recurrent allergic edema. Basing on the data obtained the following conclusion can be done: one of the factors making clinical course of chronic urticaria fever more severe and its prognosis worse, is that sick children suffer concomitant chronic pathologies of gastrointestinal tract.

Key words: children, chronic urticaria fever, gastrointestinal diseases, *H. pylori*, treatment.

Введение

Распространенность крапивницы у детей составляет, по данным разных авторов (А. А. Баранов 2007), от 15% до 17%, и в последние годы наблюдается ее рост.

В последнее время особое внимание уделяется роли хеликобактерной инфекции в тяжести течения крапивницы, хотя данные о распространенности *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) у детей с хронической крапивницей довольно скудны и противоречивы. Ряд исследователей свидетельствуют о высокой инфицированности *H. pylori* больных хронической крапивницей. С учетом возможных иммунных и неиммунных меха-

низмов участия хеликобактерной инфекции в патогенезе хронической крапивницы, а также высокой распространенности этой инфекции в России (от 70% до 90%, по данным В. А. Филина, П. Л. Щербакова, 1997; А. А. Баранова, 2007) представляет большой интерес изучение влияния эрадикации *H. pylori* на течение хронической крапивницы у детей.

Материалы и методы исследования

Нами было проведено обследование 78 детей в возрасте от 6 до 18 лет с острой (11) и хронической рецидивирующей крапивницей (67). Из них мальчиков –