

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

БУКОВИНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ВІСНИК

Український науково-практичний журнал

Заснований у лютому 1997 року

Видається 4 рази на рік

Включений до Ulrichsweb™ Global Serials Directory, наукометричних і спеціалізованих баз даних Google Scholar (США), Index Copernicus International (Польща), Scientific Indexing Services (США), Infobase Index (Індія), НБУ ім. Вернадського, "Джерело"

ТОМ 21, № 2 (82), ч. 1

2017

Редакційна колегія:

головний редактор Т.М. Бойчук,

Л.О. Безруков, О.Б. Беліков, О.І. Волошин, І.І. Заморський,
О.І. Івашук (заступник редактора), Т.О. Ілащук, А.Г. Іфтодій,

В.П. Польовий, Р.В. Сенютович, Л.Й. Сидорчук,

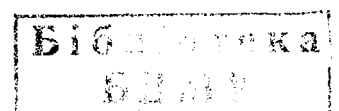
В.К. Ташук (відповідальний секретар), С.С. Ткачук,

О.І. Федів (відповідальний секретар)

Наукові рецензенти:

проф. О.Б. Беліков, проф. Т.О. Ілащук, проф. С.С. Ткачук

Чернівці: БДМУ, 2017



Редакційна рада:

К.М. Амосова (Київ), В.В. Бойко (Харків),
А.І. Гоженко (Одеса), В.М. Запорожан (Одеса),
В.М. Коваленко (Київ), З.М. Митник (Київ),
В.І. Паньків (Київ), В.П. Черних (Харків),
Герхард Дамман (Швейцарія)

Рекомендовано до друку та до поширення через мережу Інтернет
рішенням вченої ради Вищого державного навчального закладу України
«Буковинський державний медичний університет»
(протокол № 11 від 24 травня 2017 року)

Буковинський медичний вісник
(Бук. мед. вісник) –
науково-практичний журнал,
що рецензується
Bukovinian Medical Herald
(Buk. Med. Herald)

Заснований у лютому 1997 р.
Видається 4 рази на рік

Founded in February, 1997
Published four times annually

Мова видання: українська,
російська, англійська

Сфера розповсюдження
загальнодержавна, зарубіжна

Свідоцтво про державну
реєстрацію:
серія КВ №15684-4156 ПР
від 21.09.2009

Наказом
Міністерства освіти і науки України
від 06 листопада 2014 року № 1279
журнал
“Буковинський медичний вісник”
включено до
Переліку наукових фахових
видань України

Адреса редакції: 58002, Чернівці,
пл. Театральна, 2
Тел.: (0372) 55-37-54,
52-40-78

Факс: (0372) 55-37-54
e-mail: bmv@bsmu.edu.ua

Адреса електронної версії
журналу в Internet:
<http://www.bsmu.edu.ua>

Секретар редакції
І.І. Павлуник
Тел.: (0372) 52-40-78

УДК 616.211/232-07-08-053.2

DOI:10.24061/2413-0737/XXI.2.82.1.2017.7

*Л.В. Мельничук¹, О.Г. Долженко², І.Б. Регульська²***ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ
РЕСПІРАТОРНОЇ СИСТЕМИ ДІТЕЙ**¹Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці²КМУ «Міська клінічна дитяча лікарня», м. Чернівці

Резюме. Стаття присвячена проблемі лікування гострої респіраторної патології у дітей. Тяжкий перебіг респіраторних захворювань частіше спостерігали у дітей до трьох років, дітей з анеміями, на фоні органічного ураження ЦНС. Частота призначення антибіотиків дітям із респіраторною патологією в педіатричному відділенні становила 40,2 %, що вище питомої ваги

пневмоній (7 %). У 33,4 % випадків на етапі амбулаторного лікування призначались цефалоспорины III покоління, що небезпечно формуванням мультирезистентних мікроорганізмів.

Ключові слова: респіраторна патологія, антибіотики, пневмонія, цефалоспорины.

Вступ. За даними статистики, в Україні щороку реєструється 4,5-5 мільйонів випадків захворювання на грип та ГРВІ серед дітей. Серед груп населення першочергове значення в розповсюдженні інфекції посідають діти шкільного віку, однак найбільш чутливі до грипу та ГРВІ діти, починаючи з другого півріччя життя [4]. Твердження, що підвищена чутливість до респіраторних вірусів виникає лише при ослабленій імунній системі, є одним із головних міфів щодо грипу та інших ГРВІ. Здорова дитина 2-4 років може мати 6-8 епізодів респіраторної інфекції за рік і це явище зумовлене фізіологічними особливостями імунної системи дитини. Діти хворіють на грип у 4-6 разів частіше, ніж дорослі. Респіраторні захворювання є причиною смерті дітей від інфекційних захворювань, що зумовлює необхідність раціонального підходу до їх лікування. Ураження дихальних шляхів - поліетіологічні захворювання, а саме: вірусні, бактеріальні, грибкові тощо. Переважна більшість випадків має вірусне походження (респіраторні віруси, ентеровіруси, віруси Епштейна-Барра) і тому не потребують будь-якої етіотропної терапії [1, 2]. У дітей часто на 3-4-ту добу гострого респіраторного захворювання виникають бактеріальні ускладнення, що зумовлюють необхідність призначення антибіотиків. У зв'язку з цим постають питання можливої мікробної контамінації в період соматичного благополуччя, зміна її під час захворювання та раціонального вибору стартової антибактеріальної терапії [2, 3]. В умовах частого використання антибіотиків у дітей спостерігаються дисбіози дихальних шляхів навіть у стані клінічного благополуччя, що ускладнює вибір антибактеріального препарату під час захворювань [5]. Однак у нашій країні від 40 до 80 % респіраторних інфекцій супроводжується призначенням антибіотиків, хоча вторинні бактеріальні ускладнення трапляються не частіше, ніж у 5-15 % випадків. У багатьох країнах світу застосування антибіотиків - це питання національної безпеки. Смертність від респіраторних інфекцій та їх ускладнень посідає перше місце в структурі смертності від інфекційних хвороб. Тому, розробка ефективних методів профілактики та лікування респіраторних захво-

рувань є одним із пріоритетних напрямів медичної галузі.

Мета дослідження. Провести аналіз лікувальної тактики захворювань респіраторної системи у дітей, зокрема частоти використання груп антибіотиків.

Матеріал і методи. Проведено аналіз карт стаціонарного хворого 162 дітей, які лікувались у педіатричному відділенні КМУ «Міська клінічна дитяча лікарня» м. Чернівці. Вивчали анамнез хвороби, нозологічну структуру, ступінь тяжкості, наявність ускладнень, тривалість лікування, наявність супутньої патології. Проведено бактеріологічне дослідження змивів із носоглотки (культуральний метод) у 40 дітей, які лікувались з приводу респіраторних захворювань, у тому числі позагоспітальної пневмонії. Контрольну групу склали 20 дітей початкової школи, в яких на момент дослідження не було клінічних проявів респіраторної інфекції. Вивчались лікувальні заходи при респіраторній патології дітей, комбінації антибактеріальних препаратів, які призначались для лікування позагоспітальних пневмоній у дітей.

Результати дослідження та їх обговорення. Вікова структура дітей, які лікувались у педіатричному відділенні, виглядає так: дітей до 1 року - 44,1 %, дітей 1-3 років - 32,2 %, дітей 3-6 років - 19,5 %, старше 6 років - 4,2 %. Діти направлені на стаціонарне лікування з міської дитячої поліклініки (31,4 %), ЦПМСД «Роша» (3,7 %), ЦПМСД «Садгора» (4,3 %), бригадами обласного центру невідкладної допомоги (32,0 %), переведені з інших лікувальних установ (4,3 %), направлені з ЦРЛ (1,8 %), звернулись без направлення (22,2 %). Серед дітей першого року життя на грудному вигодовуванні було 37 %, на змішаному - 19,6 %, на штучному - 43,4 %. У нозологічній структурі респіраторних захворювань перше місце посіли бронхіти (38 %), друге - ГРВІ (35 %), третє - бронхіоліт (16 %), четверте - пневмонії (7 %), далі - отити (3 %) та екзантеми (1 %) (рис. 1).

Вікова структура дітей, хворих на пневмонію, виглядала таким чином: діти до шести років становили 44,2 %, 7-14 років - 38,5 %, 15-18 років - 17,3 %. Діагноз пневмонії всім дітям підт-

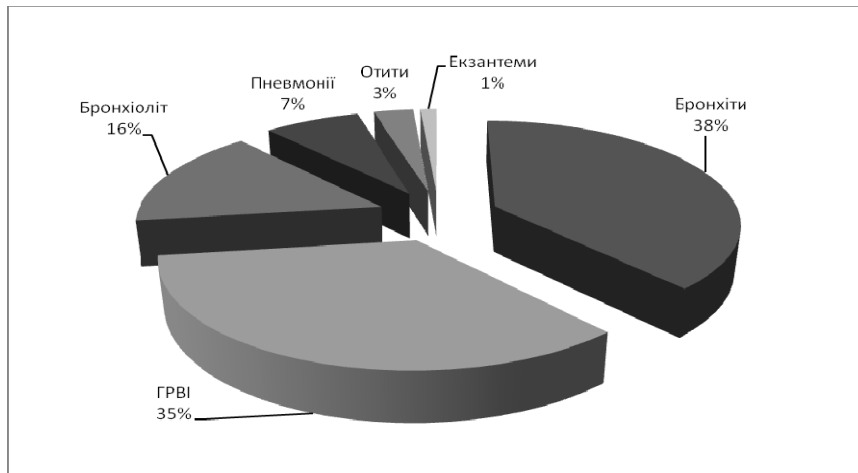


Рис. 1. Нозологічна структура респіраторних захворювань дітей, які лікувались у педіатричному відділенні КМУ «Міська клінічна дитяча лікарня»

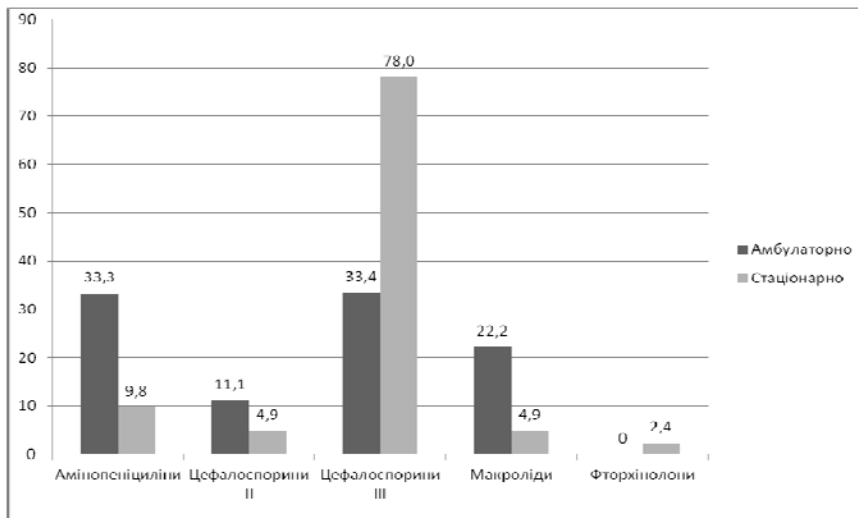


Рис. 2. Частота призначення антибіотиків різних груп (%) на амбулаторному та стаціонарному етапах лікування

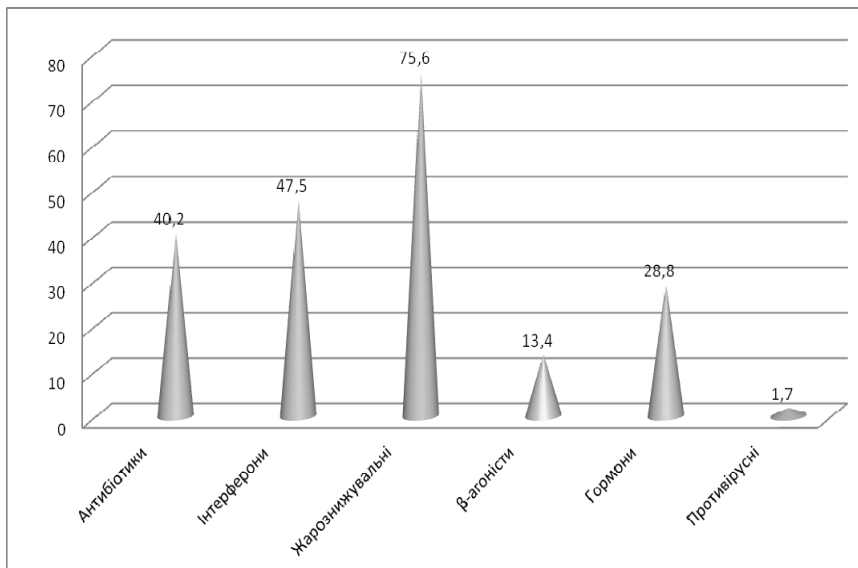


Рис. 3. Частота призначення груп препаратів при лікуванні дітей у педіатричному відділенні (%)

верджено рентгенологічним дослідженням. Активність рентген-досліджень по відділенню становила 24,6 %. За ступенем тяжкості пневмонії: 22,7 % дітей мали I ступінь, 52,3 % – II ступінь, 21,2 % – III, та 3,8 % – IV ступінь. У більшості дітей перебіг респіраторної патології відбувався

на фоні анемії I-II ступеня (27,0 %), рахіту (17,2 %), природжених вад серця (3,6 %), гідроцефалії (1,8 %), епілепсії (3,7 %).

Проблемним питання лікування респіраторних захворювань дітей залишається доцільність призначення антибіотиків. У нозологічній структурі захво-

рювань педіатричного відділення пневмонії становили лише 7 %. Водночас частота призначення антибіотиків сягала 40,2 %. Обґрунтуванням для призначення антибіотиків часто є зміни в гемограмі (лейкоцитоз, зсув формули вліво, зміни ШЗЕ). Однак лише у 25,9 % дітей у гемограмі спостерігались вище перелічені зміни, що нижче кількості дітей, які отримали антибіотик. Це засвідчує, що антибактеріальні препарати призначаються також при бронхітах, бронхіолітах, де їх ефективність не доведена.

Аналіз використання груп антибіотиків засвідчує, що найчастіше стартовими препаратами на амбулаторному етапі лікування були цефалоспорины III покоління (33,4 %) та амінопеніциліни (33,3 %), друге місце посіли макроліди (22,2 %), третє – цефалоспорины II покоління. У стаціонарі стартовими препаратами частіше були цефалоспорины III покоління (78 %), значно рідше використовувались амінопеніциліни (9,8 %), цефалоспорины II покоління та макроліди (по 4,9 %). В окремих випадках (2,4 %) дітям старше 15 років призначались фторхінолони (рис. 2). У 13,7 % дітей використовували комбінацію двох антибіотиків. При використанні стартових антибіотиків швидкий (24-48 годин) ефект від лікування настав у 84,6 % випадків. У 15,4 % дітей стартова комбінація була неефективною, що спричинило зміну антибіотика. Привертає увагу те, що в групі дітей 7-14 років найчастіше стартовим антибіотиком були цефалоспорины III покоління, а макроліди призначені лише в 5,7 % дітей.

Аналіз проведеного лікування засвідчує, що більшість дітей (75,6 %) отримала жарознижувальні препарати (ібупрофен та парацетамол). Другою за частотою призначення була група рекомбінантних інтерферонів (47,5 %). Антибіотики різних груп призначались 40,2 % дітей, з них парентерально – 31,0 %, перорально – 9,2 % дітей. У 28,8 % дітей застосовані глюкокортикоїди коротким курсом. Препарати сальбутамолу застосовані в 13,4 % дітей у вигляді інгаляцій. Протівірусні препарати прямої дії призначались 1,7 % дітей (рис. 3).

Середня тривалість лікування дітей із бронхітами становила $9,51 \pm 0,61$ доби, з ГРВІ – $6,23 \pm 0,41$, з пневмоніями – $11,20 \pm 0,82$. Тривалість лікування дітей із бронхітами та бронхіолітами, яким призначались антибіотики, становила $10,5 \pm 0,65$ проти $9,2 \pm 0,33$ у групі дітей, яким антибіотики не призначались.

Результати бактеріологічних досліджень дітей ($n=40$) засвідчують, що в 62,5 % дітей з кашлем, які лікувались у стаціонарі, висілились *Streptococcus Pneumonia*, а в 32,5 % дітей виділялась умовно-патогенна флора. Серед дітей контрольної групи ($n=20$) у 95,0 % висівався *Streptococcus Viridaens*, *N. Subflava*, що належать до «малопатогенних» мікроорганізмів. Враховуючи вищевказані бактеріологічні дослідження, вибір стартового антибіотика не завжди відповідає епідеміологічним дослідженням

позагоспітальних пневмоній дітей, не враховується ролі атипичної флори, а саме мікоплазми.

Таким чином, вибір стартового антибіотика для лікування респіраторних захворювань повинен проводитись з урахуванням ймовірного збудника, за показниками віку дитини, місця й часу захворювання, попередніх курсів антибіотиків та інших модифікуючих факторів. Є відмінності складу мікрофлори дихальних шляхів у період соматичного благополуччя та під час респіраторної інфекції. У сучасних умовах варто враховувати резистентність багатьох збудників до стартових антибактеріальних комбінацій та своєчасно проводити профілактику, в тому числі вакцинацію проти ймовірних збудників респіраторних інфекцій.

Висновки

1. На стаціонарне лікування в педіатричне відділення частіше направляються діти першого року та раннього віку, які знаходяться на штучному вигодовуванні та мають супутню патологію.
2. У нозологічній структурі респіраторних захворювань дітей домінують бронхіти та бронхіоліти (54 %), гострі респіраторні вірусні інфекції (35 %). Під час лікування протівірусні препарати призначались 1,7 % дітей, а препарати рекомбінантних інтерферонів – у 47,5 % випадків.
3. Частота призначення антибіотиків дітям із респіраторною патологією у педіатричному відділенні становила 40,2 %, що вище питомої ваги пневмоній (7 %).
4. Призначення антибіотиків при бронхітах та бронхіолітах не скоротило тривалості перебування дітей у стаціонарі.
5. У 33,4 % випадків на етапі амбулаторного лікування призначались цефалоспорины III покоління, що небезпечно формуванням мультирезистентних, нечутливих до багатьох препаратів мікроорганізмів, яке в майбутньому ускладнить лікування дітей і буде постійно нарощувати кількість антибіотиків.
6. Вибір стартового антибіотика для лікування пневмоній повинен проводитись з урахуванням ймовірного збудника, за показниками віку дитини, місця й часу захворювання, попередніх курсів антибіотиків та інших факторів.

Перспективи подальших досліджень полягають у вдосконаленні лікування дітей з респіраторними захворюваннями з позиції доказової медицини, зменшення необґрунтованого призначення антибіотиків.

Література

1. Іванова Л.А. Діагностична цінність лабораторних показників у підтвердженні нестрептококової етіології гострих тонзиліфарингітів у дітей / Л.А. Іванова, І.Б. Горбатюк // Бук. мед. вісник. – 2016. – № 3 (79). – С. 72-76.
2. Крамарев С.А. Патогенетическая терапия острых респираторных инфекций у детей / С.А. Крамарев // Современ. педиатрия. – 2010. – № 4 (32). – С. 128-131.
3. Майданник В.Г. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний верх-

- них дихательних путей у дітей / Майданник В.Г. – К.: Аспект-Поліграф, 2010. – 177 с.
4. Клінічно-епідеміологічні особливості гострих респіраторних захворювань в умовах епідемії грипу А (H1N1) в місті Чернівцях / Л.В. Мельничук, С.М. Сторожук, І.Б. Регульська [та ін.] // Бук. мед. вісник. – 2010. – № 4 (56). – С. 63-65.
5. Назофарингеальне носійство Streptococcus pneumonia у вихованців будинків дитини: серотиповий репертуар та чутливість до антимікробних препаратів / Л.І. Чернишова, А.М. Гільфанова, А.В.Бондаренко [та ін.] // Здоровье ребенка. – 2014. – № 6 (57). – С. 9-14.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ

Л.В. Мельничук¹, О.Г. Долженко², И.Б. Регульська²

Резюме.Статья посвящена проблеме лечения острой респираторной патологии у детей. Тяжелое течение респираторных заболеваний чаще наблюдали у детей до трех лет, детей с анемиями, на фоне органического поражения ЦНС. Частота назначения антибиотиков детям с респираторной патологией в педиатрическом отделении составила 40,2%, что выше частоты пневмоний (7%). В 33,4% случаев на этапе амбулаторного лечения назначались цефалоспорины III поколения, что опасно формированием мультирезистентных микроорганизмов.

Ключевые слова: респираторная патология, антибиотики, пневмония, цефалоспорины.

PROBLEM ISSUES OF THE TREATMENT OF RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN

L.V. Melnychuk¹, O.H. Dolzhenko², I.B.Rehulka²

Abstract. The article deals with the treatment of acute respiratory disease in children. A severe course of respiratory diseases occurred more frequently in children aged under three, children with anemias, against the background of structural lesions of the CNS. The frequency of antibiotic administration to the children with respiratory disorders at the pediatric department was 40,2 %, which is higher than that of pneumonia (7 %). In 33,4 % of cases cephalosporins of the third generation were administered at the stage of out-patient treatment which can cause developing of multiresistant microorganisms.

Key words: respiratory disease, antibiotics, pneumonia, cephalosporins.

¹Higher State Educational Institution of Ukraine “Bukovinian State Medical University”(Chernivtsi)

²СМІ “Municipal Clinical Pediatric Hospital” (Chernivtsi)

Рецензент – д.мед.н. Л.А. Иванова

Buk. Med. Herald. – 2017. – Vol. 21, № 2 (82), part 1. – P. 27-30

Надійшла до редакції 30.01.2017 року