

С.А.Левицька

МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ АНТИМІКРОБНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГНІЙНОГО СИНУЇТУ В ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії, ЛОР та стоматології (зав. – проф. Б.М.Боднар)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. У 98 дітей, хворих на гнійний синуїт, вивчена ефективність безпункційного консервативного лікування. Встановлено, що діти, які за останній рік отримали три і більше курсів антибактеріальних препаратів, мали найменші шанси на ефективність безпункційного лікування. Попередня антибактеріальна терапія

виявилася високоінформативним фактором ризику отримання незадовільного результату лікування гнійного синуїту в дітей.

Ключові слова: гнійний синуїт, діти, безпункційне лікування, антибіотики, фактори ризику.

Вступ. Гнійні форми синуїтів є одними з найчастіших захворювань, які вимагають призначення антибактеріальних засобів для елімінації мікрофлори, що стали збудником запального процесу [2]. Клінічна реальність лікування гнійних синуїтів складається як із досвіду цілком успішного, так і повністю провального застосування антибіотиків [6].

Дослідження американських отоларингологів свідчать, що в половині випадків призначають антибіотики пацієнтам із застудою, в яких помилково діагностують синуїт [5]. Потужна, часто

необгрунтована терапія засобами з протимікробною активністю здатна змінити класичну клінічну картину захворювання, що може призвести до запізнілої діагностики синуїту [8]. Окрім того, кожен курс антибактеріальної терапії провокує ріст антибіотикорезистентності мікрофлори, робить її нечутливою до загальноновживаних препаратів [9].

Часто діти з ексудативними формами синуїтів до поступлення в стаціонар проходять декілька курсів антибактеріальної терапії, що признача-

ється дільничним педіатром, іншими спеціалістами, а нерідко й самими батьками.

Мета дослідження. Дослідити значення попередньої антибактеріальної терапії як можливо-го чиннику ризику отримання незадовільного результату гнійного синуїту в дітей.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходилися 98 дітей, які отримували курс стаціонарного консервативного лікування з приводу гнійного синуїту в ЛОР-відділенні Чернівецької міської лікарні №2. Обов'язковою умовою включення в групу спостереження було ураження однієї чи обох верхньощелепних пазух.

Всі діти проліковані безпункційним методом з огляду на категоричну відмову батьків від проведення дітям інвазивних маніпуляцій. Курс лікування включав: судинозвужуючі, антисептичні та антибактеріальні краплі в ніс, застосування антибіотика перорально чи парентерально, антигістамінні препарати, промивання біляносових пазух методом переміщення, фізіопроцедури.

Залежно від отриманого ефекту лікування всі діти розподілені на дві групи. До першої групи ввійшло 52 дітей, в яких отримані задовільні результати консервативного лікування, другу групу склали 46 дітей, в яких не вдалось досягти видужання чи покращання в результаті безпункційної терапії. Діти другої групи потребували подальшого лікування із застосуванням інших лікувальних схем.

Оскільки критерії, що вивчалися, переважно відносилися до якісних, за статистичний критерій обрано непараметричний критерій χ^2 [3]. Для визначення факторів ризику визначалися діагности-

чні коефіцієнти (ДК), а також сумарна диференційна інформативність [1]. Отримані дані статистично оброблені за допомогою програми "БІОСТАТ".

Результати дослідження та їх обговорення. Нами вивчалась антибіотикотерапія, яку дитина отримувала протягом останнього року. Враховувалася причина призначення, вид препарату та тривалість курсу. Встановлено, що протягом останнього року 53,8% дітей першої та 95,7% дітей другої групи отримували антибактеріальні препарати (табл. 1), причому в 13% дітей другої групи кількість курсів антибактеріальної терапії дорівнювала чотири і вище.

Диференційна інформативність ознаки скла-ла 4,31. Отже, діти за останній рік отримали три і більше курсів антибактеріальних препаратів, мали найменші шанси на ефективність безпункційного лікування.

При з'ясуванні причини призначення антибіотика дитині протягом останнього року ми орієнтувалися на дані амбулаторної карти, виписки із стаціонарів за їх наявності та на результати опитування батьків. Частина дітей (табл.2) отримувала антибіотик із метою лікування бактеріального запального процесу (гострий трахеобронхіт, бронхопневмонія, гострий тонзиліт, гострий середній отит, гострий пієлонефрит, гострий лімфаденіт). Приблизно в 30% випадків нами не виявлено чітких показань до призначення антибактеріальних препаратів. У більшості випадків дільничний педіатр діагностував гостру респіраторну вірусну інфекцію. Показовим є той факт, що приблизно в

Таблиця 1

Кількість курсів попередньої антибактеріальної терапії

Діапазон ознаки	Перша група (n=52)	Друга група (n=46)
Не було	24 (46,2%)	2 (4,3%)
Один	18 (34,6%)	8 (17,4%)
Два-три	8 (15,4%)	30 (65,2%)
Чотири і більше	2 (3,8%)	6 (13,0%)

$$\chi^2=36,970; v=3; p=0,000$$

Таблиця 2

Причина призначення антибіотика протягом останнього року

Діапазон ознаки	Перша група (n=28)	Друга група (n=44)
Наявність бактеріального запального процесу	19 (67,9%)	30 (68,2%)
Наявність бактеріального запального процесу довести не вдалось	9 (32,1%)	14 (31,8%)

$$\chi^2=0,053; v=1; p=0,818$$

Таблиця 3

Найбільш часто вживані антибіотики

Діапазон ознаки	Перша група (n=28)	Друга група (n=44)
Напівсинтетичні пеніциліни	22 (78,6%)	42 (95,5%)
Цефалоспорины	17 (60,7%)	44 (100%)
Макроліди	7 (25%)	12 (27,3%)
Інші	2 (7,1%)	2 (4,5%)

$$\chi^2=1,422; v=3; p=0,959$$

половині випадків антибіотики призначали дітям самі батьки без узгодження з лікарем.

Серед дітей, які за останній рік отримували антибактеріальну терапію, ми дослідили частоту призначення певного класу антибіотика. Згідно з даними табл. 3, найчастіше діти отримували напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорины, макроліди.

Встановлено, що за останній рік напівсинтетичними пеніцилінами та цефалоспоринами пролікована абсолютна більшість дітей. Цей факт значно звужує можливості антибактеріальної терапії такої дитини при стаціонарному лікуванні синуситу.

Важливим питанням для практичного отоларинголога при лікуванні хворої дитини є вибір конкретного антибактеріального препарату. Згідно із закордонними науковими розробками, етіологічними чинниками синуситу є "велика трійка": стрептокок пневмонії, паличка інфлюєнзи та *Moraxella catharralis*. Тому всі практичні рекомендації засновані на підборі препаратів, до яких чутлива "велика трійка".

При проведенні нами мікробіологічного дослідження дітей, які поступили на стаціонарне лікування з приводу гнійного синуситу, ми лише в 12% випадків висівали представника "великої трійки", причому частіше в асоціації з іншими мікроорганізмами. За нашими даними, найчастіше мікрофлора носових ходів представлена стафілококовою флорою. Ми можемо пояснити цей факт загигеллю сапрофітної мікрофлори внаслідок чисельних курсів антимікробної терапії та колонізацією вільної екологічної ніші умовно-патогенними мікроорганізмами з високим ступенем резистентності до лікарських препаратів.

Перевірка антибіотикочутливості висіяної мікрофлори показала, що до деяких класів антибіотиків, які рекомендуються призначати при лікуванні гнійних синуситів, мікроорганізми показали високий рівень резистентності. Так, 85% всіх мікроорганізмів виявились абсолютно нечутливими до макролідів, які рекомендуються для широкого використання при лікуванні синуситів у дітей [8].

Висновки

1. Попередня потужна антибактеріальна терапія за останній рік виявилася високоінформативним чинником ризику отримання незадовільних результатів лікування гнійних синуситів у дітей.

2. Широке вживання напівсинтетичних пеніцилінів та цефалоспоринів на догоспітальному

етапі значно звужує можливості антибактеріальної терапії при подальшому стаціонарному лікуванні дитини, хворої на гнійний синусит та значно зменшує шанси пацієнта на успіх подальшого лікування в стаціонарі без застосування інвазивних процедур.

Перспективи подальших досліджень. Для оптимізації лікування дітей, хворих на гнійний синусит, необхідним вважаємо розробку в майбутньому лікувального алгоритму із зазначенням чітких показань до призначення антибіотиків та обмеження їх безконтрольного застосування.

Література

1. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавание патологических процессов. – Л.: Медицина, 1978. – 296 с.
2. Крюков А.И., Сединкин А.А., Алексанян Т.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром синусите // Вестн. оториноларингол. – 2002. – №5. – С.51-56.
3. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
4. Тарасов А.А., Капанин Е.И., Крюков А.И., Страчунский Л.С. Острый бактериальный риносинусит: современные подходы к диагностике и антибактериальной терапии в амбулаторных условиях // Вестн. оториноларингол. – 2003. – №2. – С.46-54.
5. Brook I., Gooch III W. M., Jenkins S.G. et al. Медикаментозне лікування гострого бактеріального синуситу. Рекомендації клінічного дорадчого комітету з синуситу в дітей і дорослих // Медицина світу. – Том XIII, число 1. – Липень, 2002. – С.1-9.
6. Ferreira L.L., Catvalho E.S., Berezin E.N., Brandileone M.C. Nasopharyngeal colonization and antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae* isolated from children with acute rhinopharyngitis // J. Pediatr (Rio J.). – 2001. – Vol.77, N 3. – P.227-234.
7. Gotia S., Coman G., Murgu A., Moraru E., Badiu I., popa F.C. Clinical and therapeutical correlations in *Moraxella catarrhalis* respiratory infection in children // Pneumologia. – 2001. – Vol. 50, N 4. – P. 220-224.
8. Gwaltney J.M. Jr Acute community acquired bacterial sinusitis: To treat or not to treat // Can. Respir. J. – 1999. – Vol. 6, Suppl. A. – P. 46-50.
9. Theis J., Oubichon T. Are antibiotics helpful for acute maxillary sinusitis? // Laryngoscope. – 2003. – Apr. 113(4). – P.679-682.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО СИНУИТА У ДЕТЕЙ

С.А.Левицкая

Резюме. У 98 детей, больных гнойным синуситом, изучена эффективность беспулсионного консервативного лечения. Установлено, что дети, которые за последний год получили три и более курсов антибактериальных препаратов, имели наименьшие шансы на эффективность беспулсионного лечения. Предшествующая антибактериальная терапия оказалась высокоинформативным фактором риска получения неудовлетворительного результата лечения гнойного синусита у детей.

Ключевые слова: гнойный синит, дети, беспулсионное лечение, антибиотики, факторы риска.

**POTENTIALS AND PROSPECTS OF ANTIMICROBIAL THERAPY
IN THE TREATMENT OF CHILDREN'S PURULENT SINUSITIS**

S.A.Levytska

Abstract. The efficacy of nonparacentetic conservative treatment has been studied in 98 children suffering from purulent sinusitis. It has been established that the children, who have received three and more courses of antibacterial drugs lately have the least chances of efficacy of nonparacentetic treatment. Previous antibacterial therapy turned out to be a highly informative risk factor of obtaining an unfavourable result of children's purulent sinusitis.

Key words: purulent sinusitis, children, non-puncture treatment, antibiotics, risk factors.

Рецензент – проф. І.Ю.Полянський

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2.- P.58-61

Надійшла до редакції 6.11.2006 року