

# СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ХОРЕЗМСКОМ РЕГИОНЕ

## Аскарова Р.И.

*Аскарова Роза Исмаиловна - старший преподаватель,  
кафедра инфекционных болезней и фтизиатрии,  
Ургенчский филиал Ташкентская медицинская академия,  
г. Ургенч, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** в Хорезмской области острые респираторные инфекции у детей очень частые явления. В частности – это воспаление верхних дыхательных путей в следствии внедрения вирусов, сопровождающееся характерными симптомами и общей интоксикации организма детей. В статье приведены данные литературы и собственных исследований о применении современных препаратов у детей различного возраста с острыми респираторными инфекциями. Обсуждаются вопросы этиологии Острые респираторные инфекции у редко и часто болеющих детей и чувствительность резистентность бактериальных возбудителей к препарату амоксициллину.

**Ключевые слова:** туберкулез, дети, острые респираторные инфекции, аминопенициллины.

# TIMELY DIAGNOSIS OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE KHOREZN REGION

## Askarova R.I.

*Askarova Roza Ismailovna - Senior Lecturer,  
DEPARTMENT OF INFECTIOUS DISEASES AND PHTHISIOLOGY,  
URGENCH BRANCH TASHKENT MEDICAL ACADEMY,  
URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

**Abstract:** authors present literature data and data of proper studies about usage of modern aminopenicillins in cases of acute respiratory infections in children at different age. Acute respiratory infections ARI etiology in children with frequent and rare infections and sensitivity/resistance of bacterial agents to amoxicillin are discussed. The basic principles of treating children with chronic inflammatory lung diseases are suppressing the infection and improving mucocilliary purification. Therefore, the most important part of the treatment is antibiotic therapy.

**Keywords:** children, acute respiratory infections, aminopenicillins, acute respiratory infections, therapy

Основной принцип лечения детей с хроническими воспалительными заболеваниями лёгких сводится к подавлению инфекционного начала, улучшению мукоцилиарного очищения бронхов. Поэтому одним из важнейших компонентов комплексного лечения больных с хроническими воспалительными заболеваниями лёгких является антибактериальная терапия. Адекватная антибактериальная терапия купирует симптомы острого воспаления, приводит к эрадикации возбудителя, вызвавшего это обострение, уменьшает частоту рецидивов, увеличивает интервал между обострениями и в конечном итоге улучшает качество жизни пациента. Неадекватная терапия способствует персистенции возбудителей в дыхательных путях, селекции резистентных штаммов микроорганизмов и частому рейдированию [1].

Рациональное применение антибиотиков предусматривает не только правильный выбор препарата в соответствии с известной или предполагаемой этиологией инфекционно-воспалительного процесса, но и определение оптимального режима антибиотико - терапии, т.е. выбора оптимальной дозы, пути введения, кратности введения, продолжительности курса терапии. Режим дозирования антибиотика зависит от вида возбудителя и его чувствительности к препарату, а также от фармакокинетики лекарственного средства. Бактериальная этиология хронических бронхолёгочных заболеваний. Данные клинико-эпидемиологических исследований, проведённых как в нашей стране, так и за рубежом, показали, что основными возбудителями обострений хронических бронхолёгочных заболеваний в настоящее время являются Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae и Moraxella catarrhalis. Так, по данным Allegra L. [1,2], H. influenzae и S. pneumoniae встречаются у 90 % больных. В более позднем исследовании Ball P. [3] гемофильная палочка была выделена у 47 % больных, пневмококк – у 18,8 %, моракселла – у 16,8 %. В исследовании, проведённом Дворецким Л.И. и соавт. [3], при обострении хронического бронхита у 61,9 % пациентов высевались H. influenzae и H. parainfluenzae, у 17,9 % больных – S. pneumoniae. Реже выделяются другие микроорганизмы: Haemophilus parainfluenzae, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacteriaceae. Микробиологические исследования, проведённые Волковым И.К. и соавтор у 47 детей с хроническими заболеваниями лёгких, показали, что у 79,1 % больных до начала лечения в посевах мокроты выявлялась H. influenzae, у 37,3 % – S. pneumoniae, Moraxella catarrhalis была обнаружена у 7,5 % пациентов, а Staph aureus – у 8,9 %. Pseudomonas aeruginosa выделена у 2,9 % больных. У 36 пациентов высевались комбинации микробов. Наиболее часто сочетались гемофильная палочка и пневмококк, синегнойная палочка с пневмококком или гемофильной палочкой [3,4]. У больных, имеющих длительный анамнез

заболевания, особенно при тяжёлом его течении, когда возникает необходимость длительного пребывания больного в стационарных условиях, частых обострениях, требующих повторных курсов антибактериальной терапии, возрастает роль грамотрицательных микроорганизмов [5,6]. Эффективность антибактериальной терапии в отношении основных возбудителей определяется спектром природной чувствительности антибиотика и уровнем приобретённой резистентности. Так, *Streptococcus pneumoniae* имеет высокую природную чувствительность к  $\beta$ -лактамам (пенициллинам, цефалоспорином, карбапенемам), макролидам и линкозамидам, тетрациклинам, котримоксазолу, новым фторхинолонам (левофлоксацину, моксифлоксацину, спарфлоксацину), умеренную чувствительность к ранним фторхинолонам. Вместе с тем, пневмококки способны формировать устойчивость ко многим классам антибиотиков. В последние годы в мире отмечается увеличение частоты устойчивых штаммов пневмококка к пенициллину, макролидам, тетрациклинам, котримоксазолу, оральным цефалоспорином, фторхинолонам. Чувствительность *Streptococcus pneumoniae* к антимикробным препаратам в различных регионах значительно отличается. Так, по данным международного исследования Alexander Project [4], начиная с 1998 г. наиболее высокий уровень резистентности пневмококка отмечен во Франции и Испании (более 50 %), а также в Греции, Ирландии и Португалии. В Англии процент резистентных к пенициллину штаммов пневмококка вырос с 4,6 % в 1996 г. до 15 % в 1998 г. В исследовании Jones M.E. и соавт. [6] на основании изучения 5000 штаммов пневмококков, полученных в США, отмечен рост резистентности пневмококка к пенициллину с 3,6 % (в 1997 г.) до 16% (в 1999 г.) и 56 % в 2001 г. Отмечен повсеместный рост резистентности к макролидным антибиотикам как среди пенициллин-резистентных, так и среди пенициллин-чувствительных штаммов пневмококков. К 2001 г. в Англии резистентность к макролидам выросла до 8,6 %, в Италии – до 42 %, во Франции – 47,9 %, Бельгии – 34 %. В США резистентность к макролидам варьирует от 6 до 31,7 %, в Канаде составляет 10 %, на Тайване – 80 %. Согласно результатам международного многоцентрового исследования PROTEKT (2002 г.) [6], распространённость штаммов *S. pneumoniae*, резистентных к эритромицину, составила 31,5 %. В Европе резистентность пневмококков к макролидам в 2000–2001 гг. варьировала в широких пределах от 12,2 % (Великобритания) до 36,6 и 58,1 % (Испания и Франция соответственно). Однако данные о резистентности клинических штаммов *S. pneumoniae*, полученные в ходе многоцентрового исследования ПеГАС-I и ПеГАС-II с 1999 по 2005 г., показали, что резистентность пневмококка к макролидам остаётся невысокой: частота выявления штаммов, не чувствительных к 14- и 15-членным макролидам (эритромицин, кла-ритромицин, азитромицин), составляет 6–9 %, к 16-членным макролидам (спирамицин, мидекамицин) и линкозамидам – 4,5 % [4, 5]. Наиболее высокий уровень резистентности отмечался к доксициклину (33,5 %) и котримоксазолу (42,9 %), что не позволяет рекомендовать эти препараты в качестве эмпирической терапии. Географические различия в чувствительности к антибиотикам у *Moraxella catarrhalis* практически отсутствуют. Приблизительно 90 % штаммов этого мик-роорганизма продуцируют  $\beta$ -лактамазы, в связи с чем при выборе антибиотика предпочтение отдаётся ингибиторозащищённым аминопенициллинам. Среди других антибиотиков высокую природную активность в отношении *M. catarrhalis* проявляют цефалоспорины второго и третьего поколения, макролиды, тетрациклины, респираторные фторхинолоны. Антибактериальная терапия хронических бронхолёгочных инфекций/Таким образом, фармакоэпидемиологические данные свидетельствуют о том, что при обострении хронических воспалительных заболеваний лёгких достаточно обоснованным и целесообразным является назначение защищённых пенициллинов. Добавление ингибитора  $\beta$ -лактамаз (клавулановой кислоты) к амоксициллину значительно повышает эффективность антибактериальной терапии, поскольку клавулановая кислота не только связывается с  $\beta$ -лактамазами, но и препятствует выработке этих энзимов. Повышению эффективности способствует внедрение новых форм этого антибиотика с повышенным содержанием амоксициллина и уменьшенным, но достаточным для подавления  $\beta$ -лактамаз содержанием клавулановой кислоты. Острые респираторные инфекции (ОРИ) относятся к наиболее частым заболеваниям у детей: 60–90% обращаемости к врачу в детском возрасте обусловлены заболеваемостью ОРИ. По этиологии ОРИ – это разнородная группа инфекций со сходной клинической картиной. К ним относятся вирусные (вирусы гриппа, парагриппа, РС-вирус, аденовирусы и др., бактериальные (стрептококки, стафилококки, гемофильная палочка и др.), внутриклеточные (хламидии, микоплазмы) возбудители. В последние годы, наряду с хорошо известными возбудителями, все большую роль в структуре инфекционно-воспалительных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей начинают играть вирусы герпеса – Эпштейн – Барра вирусы, цитомегаловирусы. Наибольшее количество возбудителей было выделено у детей 3–6 лет (35,2%). Превалирующими возбудителями были пневмококки и нейссерии (32,6% и 35,2%). В меньшем проценте случаев определялись другие возбудители: золотистый стафилококк (10,2%), грибы рода *Candida* (7,8%), клебсиелла (6,8%). Высокую чувствительность к амоксициллину проявили  $\alpha$ -гемолитические стрептококки (87,5%), нейссерии (93,6%), золотистые стафилококки (88,8%). Большинство штаммов клебсиеллы были либо мало чувствительны, либо резистентны к амоксициллину, и в этом случае для лечения был выбран другой ряд антибиотиков.

#### *Список литературы / References*

1. *Моисеев С.В.* Место защищенных аминопенициллинов в лечении внебольничных инфекций. *Клин. фармакология*, 2007. 16 (2). С. 33–36.
2. *Спичак Т.В.* Диагностика и лечение тонзиллита у детей с позиций доказательной медицины. *Вопр. совр. пед.* 2010. 9 (2). С. 38–43.
3. *Зайцев А.А.* «Защищенные» аминопенициллины при лечении внебольничной пневмонии и ее осложнений. *Consilium medicum*. 2009. 11 (3). С. 57–62.
4. *Таточенко В.К.* Антибиотики в арсенале участкового педиатра для лечения болезней органов дыхания. *Леч. врач.* 2009. 6. С. 5–8.
5. *Карпов О.И.* Флемоклав Солютаб – новая лекарственная форма амоксициллина/клавуланата в лечении синусита. *Клин. фармакол. Тер.* 2006. 15 (4). С. 1–4.
6. *Савенкова М.С., Абдулаев А.К., Афанасьева А.А. и др.* Часто болеющие дети: этиология и лечение 20 лет спустя. *Детские инфекции*. 2009. 8 (4). С. 27–34.