

Р.Ш. САГИМОВА, Р.К. МУСАБЕКОВА, Э.Д. ЕСЖАНОВА, Л.Ж. УМБЕТОВА, М.П. АУЕШОВА  
КазНМУим.С.Д.Асфендиярова, ГП№22

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СУПРАКСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

*В этой статье у детей с острой внебольничной очаговой пневмонией среднетяжелого течения в амбулаторных условиях, режим ступенчатой терапии, в сравнении с монотерапией цефалоспорины 3 поколения, являются более высокоэффективным, не вызывает физических затрат ежедневного посещения поликлиники для получения в/м инъекции, также снижает нагрузку процедуры в кабинетах в условиях поликлиники, отрыва от рабочего времени родителей и психоэмоционального фактора у детей, а также имеет минимальные побочные действия.*

**Ключевые слова:** пневмония, супракс, цефалоспорин 3 поколения, цефиксим

Дыхательная система у детей находится под постоянным воздействием огромного количества микроорганизмов и антигенов, находящихся во вдыхаемом воздухе, благодаря чему в легких сформировались сложные механизмы защиты. Все эти факторы воздействия совместно с механизмами защиты и обуславливают широкое разнообразие заболеваний, которым подвержены органы дыхания.

Заболевания органов дыхания являются одной из наиболее важных проблем в практической педиатрии. Это связано в первую очередь с тем, что наиболее часто обращаются больными к врачам-педиатрам амбулаторно-поликлинической сети и педиатрических отделений стационаров являются дети, страдающие заболеваниями верхних дыхательных путей.

Механизмы развития заболеваний органов дыхания у детей в связи с их морфофункциональными особенностями имеют свои различия. Повышение чувствительности бронхального дерева к различным патологическим факторам и к инфекциям у детей связано с экспираторным строением грудной клетки, низкими абсолютными величинами объема и мертвого пространства, физиологическим тахипноэ, узкими дыхательными путями, слабостью дыхательных мышц, меньшей активностью сурфактанта, бронхальной гиперреактивностью, аллергической предрасположенностью. (1)

Пневмония у детей является тяжелым заболеванием, протекающим с признаками инфекционного токсикоза и кислородной недостаточности. Эти факторы, а также возрастные особенности ребенка обуславливают многообразие нарушений функционального состояния организмов, систем и сдвиги в процессах обмена при острой пневмонии. Глубина нарушений обмена веществ у больных детей определяется и состоянием премоорбидного фона (патологии внутриутробного периода, диатезы, гипотрофия, рахит, анемия). (2)

При выборе оптимального направления антибактериальной терапии внебольничной пневмонии необходимо учитывать следующие положения: антибактериальной терапии, который носит эмпирический характер, и нередко применяют те препараты, которыми располагает лечебное учреждение, выбор и начало антибактериальной терапии имеют определяющее прогностическое значения, основными возбудителями внебольничной пневмонии являются пневмококк, гемофильная палочка, нередко у детей старшего возраста «атипичные» микроорганизмы (хламидии, микоплазма), у детей раннего возраста - золотистый стафилококк.

Учитывая изменения в структуре возбудителей, и их свойств в настоящее время нельзя рассчитывать на эффективность монотерапии антибиотиками пенициллинового ряда при пневмонии. Для эмпирической антибактериальной терапии внебольничной пневмонии у детей могут быть рекомендованы эффективные цефалоспорины 2-3 поколений.

При среднетяжелых внебольничных пневмониях, протекающих с выраженной интоксикацией, гипертермией требующих госпитализации, но учитывая эпидемиологическую ситуацию в зимний период, загруженностью стационаров и приемом больных детей только до 3-х лет, предпочтительно парентеральное введение антибиотиков, с последующим переходом в пероральные формы антибиотиков. Такой режим получил название «Ступенчатая терапия», когда вначале вводится парентерально антибиотик - цефалоспорин 3 поколения, затем переводиться на суспензию супракс того же поколения.

Супракс(цефиксим) – антибиотик цефалоспорин 3 поколения назначается с 6-ти месячного возраста в виде суспензии. Форма выпуска для детей гранулы по 30 грамм во флаконе, готовится с добавлением воды до указанного уровня(60мл). Для назначения супракса детям учитывается возраст и фактически вес ребенка: с весом 6 кг –ребенку назначается 50мг в сутки (8мг/кг)1/4 чай. ложки 2 раза в сутки, с весом 12кг 100мг/сутки – по 1/2чай. ложки 2 раза в сутки, если 20кг. 150мг в сутки 1,5 чай. ложки суспензии в сутки.

В данной статье представлены результаты исследования эффективности последовательной антибактериальной терапии, включающей цефоперазонсульбактам и супракс в виде суспензии при острых среднетяжелых внебольничных пневмониях.

Цель исследования: Оценка клинической эффективности применения препарата супракса по методу ступенчатой терапии при пневмониях в амбулаторных условиях.

Материал и методы: обследованы 42 больных с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях ГП №22. Возраст больных составлял от 3 до 13 лет, средний возраст – 6,4 ± 0,6года, мальчики было - 20, девочки-22. Длительность заболевания от 15 до 23 дней (19).

Жалобы и объективный статус соответствовали основному диагнозу. Пациенты имели сопутствующие заболевания: железодефицитная анемия 1ст -7 (16,6%), неврологическая патология (гипертензионный синдром, РОЭ, астеноневротический синдром)-5(11,9%), дисфункция билиарного тракта- 3 (7,1%), хронический гастрит-2 (4,7%), аллергический дерматит-1 (2,3%).

У 22 больных использовалась ступенчатая терапия (цефоперазонсульбактам парентерально в дозе 60-80мг/кг/сутки, затем в суспензиях супракс в дозе 8мг/кг /сутки однократно или в 2 приема 4мг/кг/сутки каждые 12часов). В контрольной группе были -20 больных, у этих детей проводилась монотерапия цефоперазонсульбактамом в/м в течение №10-12дней. Оба режима лечения оказались равноэффективными.

Исследование проводилось в период с ноября 2012 по апрель 2013года на базе городской поликлиники №22г.Алматы. В сравнительном исследовании участвовали 42 детей в возрасте от 3 до 13 лет с диагнозом: внебольничная очаговая пневмония. Критериями отбора явились: возраст от 3 до 13 лет, тяжесть состояния, наличие воспалительных инфильтрации на рентгенограмме.

В изучаемые схемы антибактериальной терапии входили цефалоспорин 3поколения-цефоперазонсульбактам в дозе 60-80мг/кг в/м с интервалом между введениями 12часов в течение 3-4дня, затем продолжили лечения супраксом из расчета 8мг/кг/сутки в суспензиях в 2приема через 12часов в течение №7дней.

Больные разделены в 2 группы. В первую группу ступенчатой терапии вошли 22 детей, получивших цефоперазонсульбактам в/м с первого дня лечения в течение 3-4 дней, и по мере стабилизации состояния инъекции отменялись, и на 7 дней назначали супракс в суспензиях.

Во вторую группу парентеральной монотерапии вошли 20детей, которые получали только цефоперазонсульбактам в/м в течение 10дней.

Комплексная симптоматическая терапия не различалась в двух методах лечения и включала: постельный режим, обильное питье, питание по возрасту, отхаркивающие, десенсибилизирующая терапия, ингаляции, дренажный массаж грудной клетки, физиолечение.

Клинический анализ крови выполняли в начале лечения и в динамике в обеих группах. Рентгенография грудной клетки обследованы всех больных в начале и в динамике по необходимости.

Нормализация температуры тела в 17 из 22 (80%) случаев (в группе ступенчатой терапии) и в 16из (20) (81) случаев (в группе монотерапии) происходила уже впервые 72часа заболевания на фоне лечения цефоперазонсульбактамом.

К 8-11дню наблюдались следующие остаточные симптомы: в группе ступенчатой терапии у 15 из 22 (70%) случаев и в группе монотерапии у 14 из 20 (69%), наличие влажных хрипов над легкими в группе ступенчатой терапии у 2 из 22 (9,9%) случаев, а в группе монотерапии у 2 из 20 (10%). В двух случаях в группе монотерапии зарегистрировано присоединение диареи и кандидоза кишечника, в одном случае в группе ступенчатой терапии.

Рентгенологически положительная динамика воспалительного инфильтрата в легких к 10-у дню наблюдалась в группе ступенчатой терапии у 20 из 22 (90,9%) случаев, а во второй группе у 18 из 20 (90%) больных.

Длительность лечения в условиях амбулаторного лечения не различались в группах сравнения и составила в среднем 21дней.

С целью выявления возможных отклонения от нормы лабораторных признаков как проявления побочных эффектов и токсических действия терапии проведен детальный анализ лабораторных показателей в динамике в обеих группах. На фоне лечения регистрировалась явная положительная динамика показателей воспалительного процесса: снижение числа лейкоцитов до нормы при исходном лейкоцитозе, ликвидация воспалительного сдвига влево лейкоцитарной формулы, нормализация СОЭ, в начале при повышении выше 15мм/час.

У всех детей в обеих группах отмечалась в результате проведенной терапии отмечалось положительная динамика и состояния были оценены как удовлетворительное.

Результаты исследования: Из всего сказанного следует, что при сравнении двух режимов антибактериальной терапии при лечении острой внебольничная очаговая пневмонии у детей отмечалась явная эффективность ступенчатой терапии в динамике клинического течения, лабораторных и рентгенологических показателей. Надо учитывать психологический фактор при парентеральном введении ребенок получает стресс, в ступенчатой терапии внутримышечные инъекции отменены через 3-4 дня, затем продолжения лечения перорально суспензию супракс в возрастной дозировке.

Выводы: Таким образом, что у детей с острой внебольничной очаговой пневмонией среднетяжелого течения в амбулаторных условиях, режим ступенчатой терапии, в сравнении с монотерапией цефалоспорины 3 поколения, являются более высокоэффективным, не вызывает физических затрат ежедневного посещения поликлиники для получения в/м инъекции, также снижает нагрузку процедуры в кабинетах в условиях поликлиники, отрыва от рабочего времени родителей и психоэмоционального фактора у детей, а также имеет минимальные побочные действия.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Блохин Б.М. « Заболевания органов дыхания у детей». - Мед.практика,-М.: 2007г.
- 2 Коколина В.Ф., Румянцев А.Г.»Практическое руководство по детским болезням». - Мед.практика. – М.: 2007г.
- 3 Коган С.Ю, ВельтищеваЮ.Е.»Пневмонии у детей». – Медицина. – М: 1999г.

Р.Ш. САГИМОВА, Р.К. МУСАБЕКОВА, Э.Д. ЕСЖАНОВА, Л.Ж. УМБЕТОВА, М.П. АУЕШОВА  
БАЛАЛАРДА ПНЕВМОНИЯНЫҢ КЕШЕНДІ ЕМІНДЕ СУПРАКС ПРЕПАРАТЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

**Түйін:** Бұл мақалада балаларда орташа ағымында жедел ауруханадан тыс пневмонияны амбулаториялық жағдайда, сатылы терапия тәртібімен емдеу, 3-ші ұрпақтағы цефалоспоринді монотерапиямен салыстырғанда анағұрлым нәтижелі және бұлшық еттік инъекция алу үшін емханаға күнделікті келуді, емделуші баланың ата-анасының қызметінен сұрануды және баладағы психоэмоционалды факторды қажет етпейді, емхана жағдайындағы процедура бөлмесінің жүктемесін азайтады, сондай-ақ жанама әсерлері минималды екенін көрсетілген.

**Түйінді сөздер:** пневмония, супракс, цефалоспорин 3 поколения, цефиксим.

R.SH. SAGIMOVA, R.K. MUSABEKOVA, E.D. ESZHANOVA, L.ZH. UMBETOVA, M.P. AUESHOVA  
EFFECTIVENESS OF THE SUPRAKS IN COMBINED TREATMENT PNEUMONIA AT CHILDREN

**Resume:** In this article at children with acute extra hospital focal pneumonia of a medium weight current in ambulatory conditions, mode step therapies, in comparisons with monotherapycefalocphorini 3 generations, is more effective, doesn't cause physical expenses of daily visit of policlinic for receiving intramuscular injection, also reduces loading of procedure in cabinets in the policlinic and has the minimum collateral actions.

**Keywords:** pneumonia,supraks,cefalocphorini 3 generations, cefikcim

Авторы:

- 1.Сагимова Р.Ш.- ассистент кафедры детских болезней №1 КазНМУим.С.Д.Асфендиярова, врач-педиатр первой категории, работает в КазНМУ с 2007года, общий стаж медицинский с-20лет.
- 2.Мусабекова Р.К-ассистент кафедры детских болезней №1 КазНМУим.С.Д.Асфендиярова, врач-педиатр высшей категории, работает в КазНМУ с 2004года, общий стаж медицинский с-22года.
- 3.Есжанова Э.Д, - ассистент кафедры детских болезней №1 КазНМУим.С.Д.Асфендиярова, врач-педиатр, работает в КазНМУ с 1998года, общий стаж медицинский с-17 лет.
- 4.Умбетова Л.Ж.- - ассистент кафедры детских болезней №1 КазНМУим.С.Д.Асфендиярова, врач-педиатр, работает в КазНМУ с 1996года, общий стаж медицинский -17 лет.
- 5.Ауешова М.П., участковый врач-педиатр ГП№22.