

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РЕЖИМУ СТУПІНЧАСТОЇ ПОСЛІДОВНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

*Горбась В.А., асистент, Хрін Н.В., лікар, Бугаєнко В.О., Коломієць Т.Р. - студ. 3 курсу
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти,
КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»*

Незважаючи на те, що за останні десятиліття в нашій країні і в світі були досягнуті істотні успіхи в діагностиці та лікуванні негоспітальних пневмоній (НП), це захворювання як і раніше залишається гострою проблемою педіатрії. Так, згідно з даними ВООЗ, щорічно в світі реєструється близько 155 мільйонів випадків цього захворювання у дітей, причому з них гине приблизно 1,4 мільйона у віці до п'яти років.

Нами проведено дослідження з вивчення доцільності та ефективності режиму послідовної антибіотикотерапії у дітей до п'яти років при НП різного ступеня тяжкості, що потребують лікування в умовах стаціонару. У дослідження включені 40 дітей з НП, що були госпіталізовані у 1-ше інфекційне відділення КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди».

У групі А (18 дітей) призначалася парентеральна форма цефуроксиму (група цефалоспоринів II покоління) внутрішньовенно або внутрішньом'язово на весь період антибіотикотерапії. У групі В (22 дитини) цефуроксим парентерально призначався лише в перші дні лікування, а в міру стабілізації стану дитини, ін'єкції цефуроксиму змінювали пероральним цефутілом (група цефалоспоринів II покоління, діюча речовина - цефуроксим) у дозуванні 0,250 г двічі на добу протягом трьох днів (група послідовної терапії). Комплексна терапія не відрізнялася в обох групах і включала в себе режим, харчування за віком, за показаннями - інфузійну терапію, жарознижуючі, відхаркувальні, десенсибілізуючі засоби, вітаміни, інгаляції, масаж, лікувальну фізкультуру.

При порівнянні ефективності двох режимів антибіотикотерапії (цефуроксим в режимі монотерапії і послідовний режим цефуроксим, далі цефутіл) не виявлено відмінностей в динаміці клінічного перебігу, лабораторних та рентгенологічних показників. У групі А (монотерапія цефуроксимом) діти отримували антибіотик в ін'єкціях. Курс лікування антибіотиками у цій групі склав від 6 до 9,6 дня, в середньому 8,1 дня. Всього за курс виконано по 17-29 ін'єкцій кожному пацієнтові, в середньому кожній дитині зроблені 24,3 ін'єкції. У групі В (послідовна терапія - цефуроксим, цефутіл) парентеральне введення цефуроксиму було короткочасним, протягом 3-5 днів. У середньому тривалість парентеральної антибіотикотерапії склала 4,1 дня, діти цієї групи отримали від 9 до 26 доз цефуроксима, в середньому кожній дитині виконано по 12,5 ін'єкції. Послідовно в якості заміни парентерального антибіотика призначався пероральний антибіотик аналогічної групи, всім дітям у віковій дозі двічі на день протягом 3 днів. Середня тривалість антибіотикотерапії становила 7,1 дня. Одночасно з оцінкою клінічної ефективності аналізувалися і економічні витрати на лікування в обох групах. В групі дітей з НП, де застосовувався режим ступінчастої терапії, витрати на антибактеріальні препарати були на 38,7% нижчими, ніж у групі порівняння.

Таким чином, можна констатувати, що наш досвід використання ступінчастої послідовної антибіотикотерапії продемонстрував високу ефективність, зручність у використанні, скорочення числа ін'єкцій антибіотиків та економічну доцільність.