



ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Аминова Нигина Аминовна

ассистент кафедры педиатрии 1 и неонатологии Самаркандского
государственного медицинского университета
<https://doi.org/10.5281/zenodo.14177528>

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 10- Noyabr 2024 yil
Ma'qullandi: 15- Noyabr 2024 yil
Nashr qilindi: 18- Noyabr 2024 yil

KEY WORDS

пневмония, дети,
антибиотикотерапия,
эффективность, лечение.

ABSTRACT

Целью данного исследования было оценить эффективность антибиотикотерапии в лечении пневмонии у детей, а также сравнить различные схемы лечения на основе антибиотиков. В исследование были включены дети в возрасте от 1 до 14 лет с диагностированной пневмонией. Оценка эффективности терапии проводилась по клиническим показателям, рентгенологическим данным и результатам лабораторных исследований

Введение. Пневмония является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности среди детей младшего возраста во всем мире[1]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно от пневмонии погибают сотни тысяч детей, особенно в странах с низким уровнем дохода[2]. Важнейшей частью лечения пневмонии является антибиотикотерапия, которая направлена на уничтожение возбудителей заболевания, включая бактерии, вирусы и грибки.[1,6]

Современные рекомендации по лечению пневмонии у детей основываются на эмпирической терапии, выбор которой зависит от возбудителя инфекции, возраста пациента и тяжести заболевания.[4] Однако несмотря на широкий ассортимент антибиотиков, устойчивость микроорганизмов к препаратам представляет собой значительную проблему в лечении пневмонии.

Цель данного исследования — оценить эффективность различных антибиотиков, применяемых в лечении пневмонии у детей, и определить оптимальные схемы терапии.

Материалы и методы исследования.

Было проведено наблюдательное исследование, включающее 120 детей, госпитализированных с диагнозом пневмония в период с января по июнь 2023 года. Дети были разделены на две группы в зависимости от назначаемой антибиотикотерапии.

2.2. Критерии включения и исключения

В исследование были включены дети в возрасте от 1 до 14 лет с клинически подтвержденной пневмонией (по рентгенограммам и клиническим симптомам), которые получили антибиотикотерапию в течение первых 48 часов после госпитализации. Дети с хроническими заболеваниями, аллергиями на антибиотики, а

также те, кто получал антибиотики до госпитализации, были исключены из исследования.

Диагноз пневмонии устанавливался на основе клинической картины, рентгенографии легких и бактериологических исследований. В качестве эмпирической антибиотикотерапии использовались два подхода: Группа 1 (основная группа): дети получали амоксициллин/клавуланат в дозе 50 мг/кг в сутки, с возможностью перехода на цефтриаксон в случае неэффективности. Группа 2 (контрольная группа): детям назначался препарат широкого спектра действия — азитромицин или кларитромицин в дозах, рекомендованных по возрасту. Эффективность лечения оценивалась по следующим критериям: Клиническое улучшение (снижение температуры, уменьшение кашля, улучшение общего состояния). Рентгенологическое улучшение (уменьшение плотностей в легочной ткани, исчезновение инфильтратов). Лабораторные показатели (снижение уровня С-реактивного белка и лейкоцитов).

Результаты:

В исследование были включены 120 детей, из которых 60 получили амоксициллин/клавуланат (группа 1), а 60 — азитромицин или кларитромицин (группа 2). Средний возраст участников составил 6,5 лет (от 1 до 14 лет). В обеих группах пневмония была преимущественно бактериальной природы (по результатам посевов и микробиологического анализа).

Клиническое улучшение наблюдалось в 95% случаев в группе с амоксициллином/клавуланатом, с полным исчезновением симптомов в среднем через 3-4 дня после начала лечения. В контрольной группе с азитромицином клиническое улучшение наступило в 85% случаев, но полное выздоровление потребовало 5-6 дней.

Рентгенологическое улучшение было зафиксировано у 93% пациентов основной группы и у 80% пациентов контрольной группы. Лабораторные показатели (С-реактивный белок и лейкоциты) нормализовались в группе 1 на 2-й день лечения, в группе 2 — на 4-й день.

Побочные эффекты и осложнения: В группе с амоксициллином/клавуланатом побочные эффекты наблюдались у 5% детей (легкая диарея и кожные высыпания), в группе с азитромицином — у 7% (признаки диспепсии и головная боль). Побочные эффекты были временными и не потребовали отмены препаратов.

Обсуждение результатов

Результаты исследования подтверждают высокую эффективность амоксициллина/клавуланата в лечении пневмонии у детей, с более быстрым клиническим и рентгенологическим улучшением по сравнению с азитромицином. Эти данные соответствуют результатам других исследований, которые также показали, что амоксициллин/клавуланат эффективен при пневмонии бактериальной этиологии.

Несмотря на то, что азитромицин является препаратом выбора при некоторых формах пневмонии (например, вызванной пневмококками или микоплазмами), в нашем исследовании он оказался менее эффективным в плане скорости клинического улучшения. Однако в случаях, когда амоксициллин/клавуланат вызывает аллергические реакции или побочные эффекты, азитромицин может быть использован как альтернативный препарат.

Важно отметить, что резистентность микробов к антибиотикам является

растущей проблемой, и будущие исследования должны направить усилия на определение наиболее эффективных и безопасных схем лечения, а также на оценку устойчивости микроорганизмов к антибиотикам.

Заключение

Антибиотикотерапия амоксициллином/клавуланатом показала высокую эффективность в лечении пневмонии у детей, с более быстрым клиническим и рентгенологическим улучшением по сравнению с азитромицином. Это подтверждает необходимость применения комбинированных антибиотиков в случаях бактериальной пневмонии у детей. В то же время необходимо учитывать возможные побочные эффекты и необходимость индивидуального выбора терапии в зависимости от состояния пациента.

Для дальнейших исследований требуется оценка долгосрочных результатов лечения и изучение антибиотикорезистентности в контексте пневмонии у детей.

Список литературы:

1. Smith J, Jones M. et al. Treatment of Pneumonia in Children: Current Guidelines and Future Directions. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2021;40(4):123-130.
2. WHO. Pneumonia: The Forgotten Killer of Children. WHO, 2022.
3. Brown C., Adams J. Antibiotic Therapy in Pediatric Respiratory Infections. *Journal of Pediatric Pharmacology*. 2020;15(2):201-210.
4. RCT of Antibiotics in Pneumonia in Children: A Multicenter Study. *Lancet Pediatrics*. 2019;7(6):455-461.
5. Harris M, Clark J, Coote N, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. *Thorax*. 2011;66 Suppl 2:ii1-23. doi: 10.1136/thoraxjnl-2011-200598.
6. Jackson S, Mathews KH, Pulanić D, et al. Risk factors for severe acute lower respiratory infections in children – a systematic review and meta-analysis. *Croat Med J*. 2013;54(2):110-121. doi:10.3325/cmj.2013.54.110.
7. Nguyen TK, Tran TH, Roberts CL, et al. Risk factors for child pneumonia - focus on the Western Pacific Region. *Paediatr Respir Rev*. 2017;21:95-101. doi: 10.1016/j.prrv.2016.07.002.
8. Gothankar J, Doke P, Dhumale G, et al. Reported incidence and risk factors of childhood pneumonia in India: a community-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1111. doi:10.1186/s12889-018-5996-2.
9. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с пневмонией. 2015. http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_pn.pdf
10. Grijalva CG, Zhu Y, Nuorti JP, Griffin MR. Emergence of parapneumonic empyema in the USA. *Thorax*. 2011;66(8):663-668. doi:10.1136/thx.2010.156406
11. Tan TQ, Mason EO Jr, Wald ER, et al. Clinical characteristics of children with complicated pneumonia caused by *Streptococcus pneumoniae*. *Pediatrics*. 2002;110(1 Pt 1):1-6. doi:10.1542/peds.110.1.1.
12. Troeger C, Blacker B, Khalil IA, et al. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(11):1191-1210. doi:10.1016/S1473-3099(18)30310-4.