

или 3 антибактериальных препарата. Такое лечение позволяет значительно улучшить состояние больных, избежать формирования тяжелых осложнений бактериальных инфекций, в первую очередь деформирующего бронхита и тяжелой дыхательной недостаточности, предотвратить развитие амилоидоза.

ПИД являются своеобразными моделями, которые помогут педиатрам правильно оценить клинико-иммунологические нарушения у больных с подозрением на иммунодефициты, определить преимущественный дефект и продумать целесообразность и обоснованность проведения иммунокоррекции. Знание клинико-иммунологических маркеров ПИД делает возможным раннюю диагностику этих состояний и своевременное начало этиопатогенетической терапии. Проведение необходимой терапии предупреждает развитие тяжелых и необратимых нарушений, позволяет существенно улучшить качество жизни больных и прогноз ПИД, изменить отношение к заболеваниям как к неизлечимым и безнадежным.

#### Список литературы

1. Резник И.Б. Современное состояние вопроса первичного иммунодефицита. Педиатрия 1996; 4-14.
2. Bonilla FA, Bernstein IL, Khan DA, Ballas ZK, Chinen J, Frank MM, Kobrynski LJ, Levinson AI, Mazer B, Nelson RP Jr, Orange JS, Routes JM, Shearer WT, Sorensen RU. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology; American College of Allergy, Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. Ann Allergy Asthma Immunol. 2005;94 (5 Suppl 1).
3. Boyle JM, Buckley RH. Population prevalence of diagnosed primary immunodeficiency diseases in the United States. J Clin Immunol. 2007; 27:497
4. Notarangelo L.D. Primary immunodeficiencies. J Allergy Clin Immunol. 2010;125 (2 Suppl. 2):S182

#### Түйін

Мақалада Қазақстан республикасындағы алғашқы иммунодефициттің диагностиканың (АИД) жұмыстың нәтижелері ұсынылған. АИД және жеке пішіннің жиілігінің құрылымы тағайынды. Иммунологиялық скринингтің мүмкіндіктері, диагностика және бала-шағалардың ауыр иммунодефициттің күйдің шипалары көрсетілген.

#### Резюме

В статье представлены результаты работы по диагностике первичных иммунодефицитов (ПИД) в Республике Казахстан. Установлены структура ПИД и частота отдельных форм. Показаны возможности иммунологического скрининга, диагностики и лечения тяжелых иммунодефицитных состояний у детей.

#### Summary

The article presents the results of the diagnosis of primary immunodeficiency diseases (PID) in the Republic of Kazakhstan. The article presents the structure of the PID in Kazakhstan and the frequency of individual forms. The article demonstrates the possibilities of immunological screening, diagnosis and treatment of severe immunodeficiency in children.

УДК 615

### ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «АУГМЕНТИН» ПРИ ОСТРОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ У ДЕТЕЙ

Клярберг Е.В.

КГП на ПХВ «Городская поликлиника №3»  
г. Петропавловск, Казахстан

Острый средний отит (ОСО) - одна из наиболее частых патологий в педиатрической практике, составляет около четверти всех заболеваний уха. Особенно часто заболевание наблюдается у детей первых лет жизни. В частности установлено, что к годовалому возрасту 62,4 % детей переносят ОСО однократно, а у 17,3% отмечаются три и более эпизодов этого заболевания.

ОСО - остро развившееся воспаление полостей среднего уха, проявляющееся одним или несколькими симптомами (боль в ухе, повышение температуры, выделения из уха, снижение слуха, у детей - возбуждение, рвота, понос). Обычно заболевание длится не более трех недель и даже при отсутствии лечения может разрешиться спонтанно полным восстановлением анатомической целостности структур среднего уха и его функций. Однако острый средний отит опасен вероятностью перехода в рецидивирующую или хроническую форму, а также такими осложнениями, как отит, мастоидит, внутричерепные осложнения, потеря слуха.

Самой распространенной причиной ОСО являются вирусная и бактериальная инфекция. Наиболее часто вызываемые микроорганизмы у взрослых и детей являются пневмококк (*Streptococcus pneumoniae* у 49%), и гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae* у 29%). Реже высеваются *Moraxella catarrhalis* у 28% (по данным А. Ruohola et al., 2006), *Streptococcus pyogenes* (2-10%), *Staphylococcus aureus* (1-5%). Около 20% посевов из барабанной полости оказываются стерильными [Анготова И.Б. 2008; 17].

Диагностика ОСО базируется на типичных жалобах и данных инструментального исследования. Основная жалоба — боль в ухе, которая сопровождается снижением слуха. Однако у маленьких детей, особенно у грудных, болезненность может имитировать испуг и вследствие плач, поэтому пальпацию козелка необходимо проводить осторожно, теплыми руками. Для повышения достоверности этот тест лучше выполнять, когда ребенок спит.

При отоскопии определяется гиперемия и утолщение барабанной перепонки, ее выбухание и нарушение подвижности.

У грудных и детей раннего возраста клиника ОСО чаще проявляется не специфическими симптомами: больной ребенок постоянно кричит, крутит и качает головой, старается наклонить голову так, чтобы больное ухо было расположено ниже, утопить его в подушку.

Общепринятые методы местного лечения направлены на улучшение оттока экссудата из барабанной полости или на его рассасывание. С этой целью применяют сосудосуживающие капли в нос, улучшающие проходимость слуховых труб, делают согревающие компрессы на область уха, физиотерапевтические процедуры, иногда разрез барабанной перепонки с помощью парацентезной иглы; широко используют также различные спиртовые капли в ухо.

Однако основным остается назначение антибиотиков. Показанием является прежде всего тяжесть состояния, связанная с острым воспалением среднего уха, интоксикацией, высокой температурой и болевым синдромом. Считается обязательным назначение антибиотиков во всех случаях острого среднего отита у детей младше двух лет, а также у пациентов с иммунодефицитными состояниями. При наличии у больного тяжелой соматической патологии (сахарный диабет, заболевание почек и крови) также рекомендован курс системной антибактериальной терапии. Назначение антибиотиков, безусловно, показано при затянувшемся и рецидивирующем остром среднем отите.

При заболевании средней степени тяжести в течение первых суток можно ограничиться симптоматическим лечением, но при отсутствии положительной динамики в течение 24 часов необходимо назначение антибактериальной терапии [Богомильский М. Р., 2006:45]

Дети до 2 лет практически всегда нуждаются в назначении антибиотиков.

Главная цель антибиотикотерапии при острых средних отитах — полная эрадикация возбудителя. Однако не стоит назначать антибиотики сверхширокого спектра действия, которые предназначены для борьбы с госпитальными инфекциями в условиях стационара. Нет необходимости использовать гентамицин и линкомицин из-за неадекватного спектра активности и опасных побочных эффектов, а также фторхинолоны, запрещенные к приему у детей. Не нужно назначать инъекционные формы антибиотиков на догоспитальном этапе. При выборе антибиотика для эмпирической терапии ЛОР-инфекций необходимо отдавать предпочтение препаратам, которые высокоактивны в отношении предполагаемых возбудителей (*S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *H. influenzae*), создают эффективные терапевтические концентрации в тканях и жидкостях органов дыхания с минимальным риском индукции резистентности. Препараты должны обладать оптимальным профилем безопасности, оптимальным соотношением «стоимость/эффективность», быть удобными в применении. [Миронов 2002:23]

В этом отношении большие надежды возлагаются на препарат Аугментин. По результатам международного мониторингового исследования Alexander Project амоксициллин/клавуланат рекомендован в качестве препарата первого выбора для лечения инфекций респираторного тракта. Чувствительность ведущих респираторных патогенов к Аугментину остается одной из самых высоких по сравнению с другими антибиотиками; кроме того, препарат высокоактивен по отношению к анаэробам. Аугментин создает высокие концентрации в жидкостях организма, существенно превышающие минимальные подавляющие концентрации для всех основных возбудителей внебольничных инфекций дыхательных путей и ЛОР-органов. [Богомильский М. Р., 2006:45]

Такие весомые преимущества обусловлены тем, что амоксициллин в составе Аугментина надежно защищен от разрушения  $\beta$ -лактамазами бактерии клавулановой кислотой, в то время как незащищенные  $\beta$ -лактамы (пенициллины, цефалоспорины) инактивируются патогенами, способными продуцировать этот фермент. Благодаря этому Аугментин не только оказывает клиническое действие, но и обеспечивает эрадикацию возбудителя. Очень важно и то, что, подавляя патогенную флору, препарат способствует сохранению полезных сапрофитов (например,  $\alpha$ -гемолитических стрептококков). Таким образом Аугментин наиболее полно перекрывает спектр основных возбудителей респираторных инфекций и инфекций ЛОР-органов. Несмотря на 25-летний мировой опыт успешного применения, в настоящее время отсутствуют данные о росте резистентности к этому антибиотику. Клиническая и бактериологическая эффективность Аугментина подтверждена многочисленными доказательными данными. [Лучихин Л. А. 2006:65] Для приема препарата нет возрастных ограничений, Аугментин обладает благоприятным профилем безопасности; кроме того, детская суспензия препарата имеет приятный фруктовый вкус и положительно воспринимается ребенком. Разнообразие форм выпуска позволяет выбрать необходимую дозу в зависимости от возраста ребенка, а также проводить ступенчатую терапию. При ОСО лечение лучше начинать с перорального приема Аугментина, причем:

- низкие дозы амоксициллина (40 мг/кг/сут) могут быть использованы при низком риске

резистентности (ребенок не имел тяжелой бактериальной инфекции предыдущие 2 года; не ходит в детский сад; не принимал антибиотиков предыдущие 3 месяца)

- если клиницист не получает хорошего результата лечения ОСО на протяжении 3 суток, то прежде всего нужно думать о резистентных пневмококках как вероятной этиологии ОСО
- Амоксициллин/клавуланат в высоких дозах амоксициллина ( 70-90мг/кг/сут ) рекомендуются при высоком риске резистентности.

Рандомизированное, плацебоконтролируемое исследование продемонстрировало, что пятидневный курс антибиотикотерапии достаточно эффективен при неосложненном ОСО, т.к. он улучшает комплаентность и снижает стоимость лечения. Более длительные курсы терапии показаны детям младше 2 лет, детям с отореей и сопутствующими заболеваниями. Аугментин- это гарантированное высокое качество брендового препарата, подтвержденное международным признанием. Использование амоксициллина/клавуланата при остром среднем отите рекомендуется авторитетными руководствами (рекомендации Центра контроля заболеваний США, группы ВОЗ по созданию моделей лечения, Стэнфордские протоколы по антимикробной терапии 2006г.).

За весь период было проведено обследование 42 больных в возрасте 0-5 лет проходивших амбулаторное лечение. Все больные были обследованы по следующей схеме: выяснение жалоб, анамнез заболевания и жизни собранный у матери ребенка, оценка общего статуса больного (внешний вид, кожные покровы, температура тела, общее соматическое состояние). Всем больным проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия, физиотерапевтические процедуры, местное лечение. Ведущим препаратом был выбран (амоксициллин/клавуланат) Аугментин в виде суспензии, доза зависела от возраста, массы тела и от тяжести заболевания ребенка.

- Аугментин суспензия 457/5 мл по 45-70-90 мг/кг в сутки в 2 приема
- Аугментин суспензия 228/5мл по 45-70 мг/кг в сутки в 2 приема
- Аугментин суспензия 156/5мл по 40 мг/кг в сутки в 3 приема

Во время проведенного пятидневного курса лечения препаратом Аугментин нежелательных побочных эффектов не выявлено. Во всех случаях детьми и их родителями отмечена хорошая переносимость и дана положительная оценка результатам лечения данным препаратом.

Таким образом, Аугментин является препаратом первого выбора при лечении инфекций верхних дыхательных путей. Его высокая эффективность и безопасность подтверждены многочисленными клиническими исследованиями и практическим опытом применения, а высокий профиль безопасности позволяет назначать Аугментин детям, в том числе первых лет жизни, и пациентам с сопутствующей патологией.

#### Список литературы

1. Анготоева И.Б., Косяков С.Я., «Лечащий Врач, симпозиум»- 2008г.
2. Богомильский М. Р., Чистякова В. Р. «Детская оториноларингология»- 2006г.
3. Козлов М.Я. «Хирургическая реабилитация слуха у детей. М., 1981г.
4. Лучихин Л. А. Лечение воспалительных заболеваний среднего уха -2006г.
5. Миронов А. А. Проблемы диагностики и лечения хронического гнойного среднего отита. // Материалы Российской научно-практической конференции « Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха». М., 2002г.
6. Газета « Новости медицины и фармации» №20(262) 2008г.

#### Резюме

Острый средний отит (ОСО ) - одна из наиболее частых патологий в педиатрической практике, составляет около четверти всех заболеваний уха. Особенно часто заболевание наблюдается у детей первых лет жизни. В статье представлен личный опыт наблюдения лечения 42 больных детей с острым средним отитом в возрасте 0-5 лет.

**Ключевые слова:** острый средний отит, эрадикация возбудителя, эффективность аугментина.

#### Түйін

Қабынбалы орташа отит (ҚОО ) – педиатриялық тәжірибеде жиі кездесетін патологиялардың бірі, құлақ ауруларының төрттен бірін құрайды. Әсіресе жас балалардың бірінші жылдарында жиі кездесетін ауру. Мақалада 0-5 жас аралығындағы 42 қабынбалы орташа отитке шалдыққан ауру баланы бақылаудың жеке тәжірибесі ұсынылған.

#### Summary

Acute otitis media (AOM) - one of the most frequent pathologies in pediatric practice, it forms about a quarter of all ear diseases. Very often the disease occurs in children during the first years of life. The article describes personal experience of treatment watching among 42 pediatric patients with acute otitis media at the age of 0-5 years old.