

Четыре маркера могут помочь в дифференциальной диагностике бактериальной пневмонии от вирусной у детей

В ходе исследования, проведенного в Италии, у детей с внебольничной пневмонией (ВП) определяли уровень С-реактивного белка, прокальцитонина, СОЭ и количество лейкоцитов, а также проводили рентгенографию органов грудной клетки.

В исследовании приняли участие 101 ребенок (средний возраст 3,6 года) с ВП, подтвержденной рентгенологически. Этиологический диагноз был установлен у 68 детей (67%), в основном на основании серологических исследований.

В соответствии с полученными данными, в случае, когда уровень СБР >100 мг/л, количество лейкоцитов >15×10⁹/л, уровень прокальцитонина >10 нг/мл и СОЭ >65 мм/ч, отношение вероятности получения положительного результата в дифференциальной диагностике между пневмококковой и вирусной внебольничной пневмонией составляет ≥2,7, между атипичной и вирусной ВП – 3,9.

Исследователи отмечают, что ни один из 4 маркеров воспаления и ни одна возможная комбинация вышеуказанных показателей не позволяет провести дифференциальную диагностику между пневмококковой ВП и ВП, вызванной атипичными возбудителями.

В ходе исследования не было выявлено рентгенологических особенностей при различной этиологии пневмонии. Возраст пациентов был значимым прогностическим фактором вирусной этиологии заболевания – так, 86% вирусных пневмоний было диагностировано у детей в возрасте до 5 лет.

Таким образом, результаты данного исследования установили, что СРБ, прокальцитонин, уровень лейкоцитов и СОЭ по отдельности имеют ограниченное значение в дифференциальной диагностике бактериальной пневмонии от вирусной у детей. В то же время комбинация вышеуказанных параметров имеет достаточную чувствительность и специфичность для рекомендации ее рутинного клинического использования.

Pediatr Int 2009; 51: 91-6

Острый синусит у детей: тактика диагностики и ведения пациентов

Острый синусит является довольно распространенной нозологической формой в педиатрии и обуславливает значительное количество назначений антибиотиков. Целью проведенного в США исследования стала оценка тактики врачей-педиатров при диагностике и лечении нетяжелых форм острого синусита у детей в возрасте младше 6 лет без серьезных сопутствующих заболеваний.

С июня по август 2007 г. в США был проведен опрос врачей-педиатров. Для его проведения из картотеки Американской медицинской ассоциации случайным образом было выбрано 750 врачей-педиатров, которым были отправлены опросники. На предложенные в них вопросы ответили 45% врачей (271 человек).

Возраст пациентов, который указывался врачами в качестве первого возможного периода возникновения у ребенка острого синусита, был 0-5 мес – 6% врачей, 6-11 мес – 17%, 12-23 мес – 36%, 24-35 мес – 21% и 36 мес и старше – 20% опрошенных врачей. Исследователи выявили значительные вариации в указании возраста, при котором врачи начинают рассматривать возможность возникновения острого синусита у детей.

Симптомы, которые расценивались врачами как «очень важные» при установлении диагноза острого синусита, включали длительное сохранение признаков респираторной

инфекции (93%), гнойную ринорею (55%) и заложенность носа (43%). Длительность симптомов, по мнению 60% врачей, была более важным признаком острого синусита, чем комбинация различных проявлений. Так, длительность симптомов заболевания до установления диагноза синусита составляет, по мнению 6% врачей, от 1 до 6 дней, 17% – 7-9 дней, 37% – 10-13 дней, 38% – 14-16 дней, 6% – 17 дней и более.

С целью диагностики острого синусита более половины опрошенных врачей (58%) проводили компьютерную томографию, несмотря на то что этот метод обследования имеет ограничения к применению в данной клинической ситуации.

96% врачей отметили, что они часто или всегда назначают антибиотики при установлении диагноза «острый синусит». В качестве средств адьювантной терапии 44% врачей указали использование часто или всегда промываний полости носа солевыми растворами, 28% – системных деконгестантов, 20% – интраназальных глюкокортикоидов и 13% – системных антигистаминных препаратов.

По мнению исследователей, необходимо пересмотреть подходы к назначению педиатрами системных деконгестантов и антигистаминных препаратов детям младшего возраста в свете последних рекомендаций FDA, касающихся безопасности использования вышеуказанных групп препаратов в педиатрической практике.

Авторы исследования заключают, что в настоящий момент существует необходимость внедрения в клиническую практику четких рекомендаций, касающихся диагностических и лечебных подходов к ведению детей с острым синуситом.

Pediatrics. 2009; 123; e193

Антибиотики при остром пиелонефрите у детей: результаты Кокрановского систематического обзора

Целью Кокрановского систематического обзора было определить преимущества и недостатки различных антибактериальных режимов при остром пиелонефрите у детей.

Для включения в метаанализ были отобраны 23 исследования (всего 3295 детей). Статистически достоверных различий в показателях стойкого поражения почек в течение 6 мес или продолжительности лихорадки между пероральным приемом антибиотиков в течение 10-14 дней и внутривенным применением (3 дня) с последующим переходом на пероральный прием на протяжении 10 дней выявлено не было. Также не было обнаружено статистически значимых различий в возникновении стойких поражений почек при внутривенной терапии в течение 3-4 дней с последующим переходом на пероральный прием препарата, назначением антибиотика и внутривенной терапией в течение 7-14 дней. В ходе метаанализа не было выявлено статистически достоверных различий при оценке эффективности при однократном и трехкратном назначении аминогликозидов в течение дня.

Полученные данные свидетельствуют об эффективности лечения детей с острым пиелонефритом как с помощью пероральной антибиотикотерапии (цефиксим, цефтибутен или амоксициллин/клавуланат), так и короткими курсами внутривенной терапии (2-4 дня) с последующим переходом на пероральный прием. При выборе внутривенного пути введения антибиотика однократное назначение аминогликозидов является эффективным и безопасным. Для определения оптимальной общей продолжительности антибактериальной терапии необходимы дальнейшие исследования.

Hodson E., Willis N., Craig J. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (4): CD003772

По материалам сайта www.antibiotic.ru

ФЛЕМОКЛАВ СОЛЮТАБ® амоксициллин / клавулановая кислота

Антибиотик широкого спектра действия



Гармония формы и содержания в лечении бактериальных инфекций респираторного тракта

