

*Губанович Д. А., Бойко М. С.*  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АЗИТРОМИЦИНОМ ИНВАЗИВНЫХ ФОРМ  
ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

*Научный руководитель Манкевич Р. Н.*

**Актуальность и научная новизна.** В диагностики кишечных инфекций решающее значение имеет определение механизма диареи. По данным литературы, наиболее часто в терапии инвазивных форм острых кишечных инфекций (ОКИ) используется цефтриаксон, к которому все чаще регистрируется резистентность определенных штаммов микроорганизмов. В последние годы появились публикации эффективного применения азитромицина в лечении инвазивных форм ОКИ у детей.

**Цель работы:** оценить клиническую эффективность лечения азитромицином инвазивных форм ОКИ у детей раннего возраста.

**Объект и методы исследования.** Нами обследовано 40 детей с инвазивными формами ОКИ в возрасте от 1 до 24 месяцев, находившихся на лечении в УЗ «ГДИКБ» г. Минска. Все пациенты были разделены на две группы: I группа – 20 детей, из них 12 девочек и 8 мальчиков (ср. возраст –  $5,85 \pm 1,4$  месяца), II группа – 20 детей: 10 девочек и 10 мальчиков (ср. возраст –  $6,65 \pm 0,95$  месяца,  $p > 0,05$ ). Пациенты I группы в качестве основной терапии получали азитромицин в течение 5 дней (1-ый день - 10 мг/кг/сут, последующие дни – 5 мг/кг/сут), а пациенты II группы – цефтриаксон в течение 7 дней (50 – 80 мг/кг/сут). Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили традиционными методами математической статистики.

**Полученный результат и вывод:** до назначения антибактериальной терапии у большинства пациентов обеих групп отмечалось повышение температуры тела: в I группе  $37,5 \pm 0,2$  °C у 65 % детей, во II группе  $37,6 \pm 0,2$  °C регистрировалась у 75 % детей,  $p > 0,05$ . Рвота наблюдалась нечастая (4 - 5 раз в сутки) у 10% детей I группы и у 5 % пациентов II группы. У всех детей отмечался гемоколит, что являлось одним из критериев отбора детей в группы.

На фоне проведения терапии антибиотиками у пациентов обеих групп температура снизилась до нормальных значений ( $36,6 \pm 0,03$  °C и  $36,7 \pm 0,04$  °C соответственно,  $p > 0,05$ ). Диспептические расстройства на момент окончания лечения отсутствовали у всех детей. Кратность стула у детей I группы с  $5,5 \pm 0,5$  раз сократилась до 2,2 раз в сутки ( $p < 0,05$ ), а во II группе – с  $4,4 \pm 0,4$  раз до  $2,1 \pm 0,3$  раза в сутки ( $p < 0,05$ ). Длительность колита составила у принимавших азитромицин детей  $2,4 \pm 0,5$  дней и  $2,0 \pm 0,3$  дня у детей, получавших цефтриаксон,  $p > 0,05$ ).

Таким образом, все вышеизложенное свидетельствует о хорошей эффективности как цефтриаксона, так и азитромицина. Поэтому, учитывая длительность используемых курсов применения каждого из антибактериальных средств (5 дней и 7 дней, соответственно), пути введения данных препаратов (перорально и парентерально, соответственно), возраст пациентов, предпочтительнее в лечении инвазивных форм ОКИ у детей раннего возраста использовать азитромицин.

**Уровень внедрения:** кафедра детских инфекционных болезней, УЗ «ГДИКБ».