

# Особенности антибактериальной терапии рецидивирующих бронхитов у детей

**Р**еспираторная патология с рецидивирующим течением у детей раннего возраста приобретает все большую распространенность. Предупреждение формирования рецидивов заболеваний бронхолегочной системы является непростой задачей для каждого педиатра и семейного врача.

В рамках XII Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии» (12-14 сентября, г. Судак, АР Крым), посвященной памяти выдающегося украинского ученого-педиатра, члена-корреспондента НАН, АМН Украины, РАМН, доктора медицинских наук, профессора В.М. Сидельникова, доклад о проблеме своевременной диагностики и лечения рецидивирующего бронхита представил **заведующий кафедрой госпитальной педиатрии и детских инфекционных болезней Запорожского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Геннадий Александрович Леженко.**

— За последние 10 лет количество заболеваний бронхолегочной системы у детей увеличилось в 3,6 раза, преимущественно за счет острых и рецидивирующих воспалительных процессов верхних и нижних дыхательных путей.

Среди инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей в педиатрической популяции особую распространенность получил бронхит, пик заболеваемости которым у детей регистрируется в возрасте до 3 лет, а затем в 9-15 лет. В педиатрической практике выделяют несколько форм инфекционной патологии бронхов, а именно: острый простой, острый обструктивный бронхит, острый бронхолит, рецидивирующий и хронический бронхиты и острый бронхолит.

В последние годы значительно увеличилась частота случаев рецидивирующего бронхита. Согласно современным представлениям рецидивирующий бронхит — многофакторное экзозависимое заболевание, ведущим патогенетическим звеном которого является рецидивирующее воспаление слизистой бронхиального дерева, обусловленное снижением местных факторов защиты и общей иммунологической резистентности организма. Диагноз рецидивирующего бронхита отражает склонность данного ребенка к повторным эпизодам острого бронхита в течение года. О рецидивирующем бронхите можно говорить, если в течение года отмечается не менее 3 эпизодов острого бронхита.

Предрасположенность к развитию повторного острого воспалительного процесса в бронхах может быть обусловлена незрелостью структурных и функциональных систем респираторного тракта, отражающей общую незрелость организма ребенка вследствие гестационной, морфофункциональной незрелости, задержки развития ввиду приобретенных заболеваний, на почве недостаточности или дисфункции локального либо общего иммунитета. Возможно также воздействие внешних неблагоприятных экологических факторов (пассивного курения, дровяного, газового отопления и т. д.).

Немаловажное значение в развитии рецидивирующего бронхита имеют аномалии бронхолегочного аппарата. Нарушение тонула бронха, пролабирание каркаса бронха, дефекты мукоцилиарного аппарата ведут к нарушению элиминации патогенного агента, что обуславливает длительное течение воспаления.

Особую роль в развитии повторных эпизодов бронхита играет образование вязкого секрета в ответ на внедрение возбудителя в слизистую бронхов, что значительно нарушает мукоцилиарный транспорт, способствует мукостазу и создает микроорганизмам оптимальные условия для колонизации.

Триггерным фактором в развитии рецидивирующего бронхита является инфекционный агент, который способствует персистенции воспаления, а также вызывает дисбаланс в иммунной системе. При проведении клинических исследований установлено, что даже в период клинической ремиссии рецидивирующего бронхита

сохраняется активность воспалительного процесса. Причиной обострения рецидивирующего бронхита наиболее часто являются инфекционные ассоциации: вирусно-вирусные, вирусно-микоплазменные, вирусно-бактериальные, вирусно-бактериально-грибковые.

Клинически бронхит проявляется кашлем и диффузными сухими и разнокалиберными влажными хрипами в легких при аускультации. Специфических рентгенологических признаков для данного заболевания нет. В большинстве случаев определяются усиление легочного рисунка, расширение и неструктурность корней легкого на фоне отсутствия инфильтративных и очаговых теней в легочной ткани.

Лечение рецидивирующего бронхита с учетом основных патогенетических механизмов должно включать оптимальный режим, богатую витаминами и минералами диету, применение препаратов, улучшающих дренажную функцию бронхов, противовоспалительных и метаболитических средств, санацию хронических очагов инфекции, местную иммуномодулирующую терапию, в случае необходимости — антибиотикотерапию.

Показаниями к назначению антибактериальной терапии служат выраженные симптомы интоксикации, особенно у детей раннего возраста; длительная гипертермия у детей всех возрастных групп с неблагоприятным преморбидным фоном; слизисто-гнойный или гнойный характер мокроты в совокупности с выраженной интоксикацией, а также затяжное течение заболевания.

В амбулаторной практике для стартовой антибактериальной терапии заболеваний органов дыхания используются ряд антибиотиков: защищенные пенициллины, цефалоспорины I-II поколения или макролиды. Выбор антибактериального препарата должен основываться на тяжести состояния, возрасте ребенка, а также микробиологическом спектре возбудителей и их резистентности

и *H. haemolyticus* являются ведущими возбудителями рецидивирующего бронхита у детей. Цефалоспорины I поколения высокоактивны в отношении грамположительной флоры, однако менее эффективны относительно грамотрицательных микроорганизмов (рис.).

В сложившейся ситуации препаратами выбора в лечении рецидивирующего бронхита становятся цефалоспорины II поколения. Безопасным и эффективным препаратом этой группы является полусинтетический пероральный антибиотик цефуроксима проксетил (Цефутил). Этот препарат представляет собой неактивное соединение, пролекарство, которое под воздействием ферментов быстро гидролизуется в слизистой оболочке тонкой кишки с образованием активного цефуроксима. Последний всасывается в кровь и оказывает минимальное неблагоприятное воздействие на кишечную флору.

Цефуроксим устойчив к действию большинства β-лактамаз. Бактерицидный эффект этого препарата охватывает широкий спектр грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Цефутил высокоактивен в отношении *Staphylococcus aureus*, включая пенициллинрезистентные штаммы, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*, *Streptococcus mitis* (группа viridans), *Clostridium spp.*, *Proteus mirabilis*, *Proteus rettgeri*, *Salmonella spp.* (в том числе *Salmonella typhi*, *Salmonella typhimurium*), *Neisseria spp.* (включая штаммы *Neisseria gonorrhoeae*, продуцирующие β-лактамазы) и *Bordetella pertussis*. Данные исследования Л.Н. Боярской (2006) показали высокую чувствительность основных патогенных возбудителей инфекций нижних дыхательных путей к действию цефуроксима аксетила.

По нашим наблюдениям, благодаря фармакодинамическим свойствам препарата его энтеральное применение не сопровождается клинико-лабораторными признаками манифестации антибиотик-ассоциированной диареи, экзокринной дисфункцией поджелудочной железы и гепатобилиарной системы как во время лечения, так и по его окончании.

При лечении заболеваний органов дыхания Цефутил назначается перорально после еды в зависимости от возраста ребенка: детям до 3-12 лет — по 125 мг 2 р/сут; пациентам старше 12 лет (при массе тела более 50 кг) — по 250 мг 2 р/сут. Средняя продолжительность лечения зависит от тяжести инфекции и состояния пациента. Побочные эффекты при использовании этого препарата развиваются крайне редко.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение острого и рецидивирующего бронхита позволяют предотвратить хронизацию воспалительного процесса органов дыхания. В случае необходимости проведения антибактериальной терапии при обострении бронхита наиболее оптимальным препаратом является полусинтетический пероральный цефалоспорин II поколения Цефутил. Его эффективность и безопасность доказаны в многочисленных клинических исследованиях, что позволяет рекомендовать широкое применение данного препарата в педиатрической практике.

Подготовила **Анастасия Лазаренко**



Г.А. Леженко

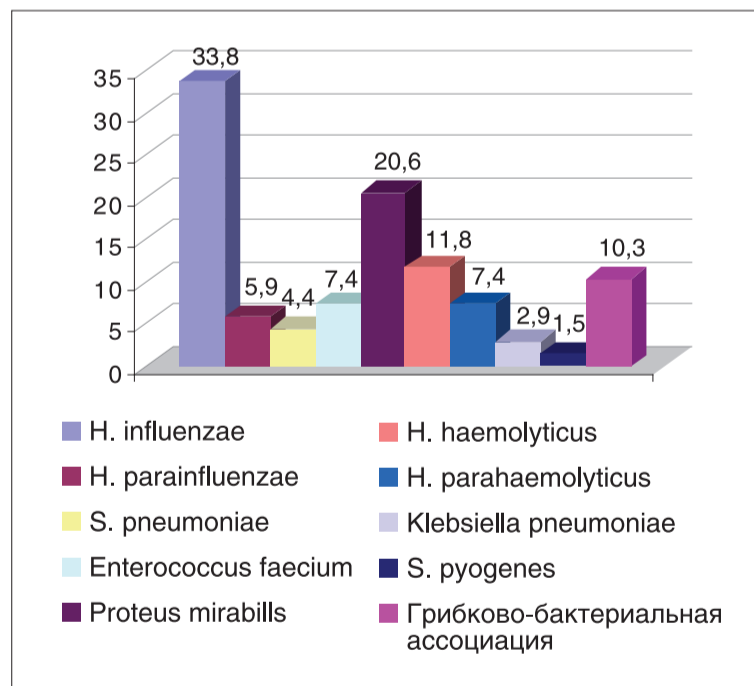


Рис. Характеристика микробного пейзажа мокроты у детей с рецидивирующим бронхитом

к лекарственному средству. Незащищенные пенициллины в настоящее время используются весьма ограниченно в связи с резким снижением чувствительности к ним основных патогенных микроорганизмов, а также вследствие возможности возникновения аллергических реакций и выраженных дисбиотических расстройств. Макролидные антибиотики имеют широкий спектр антимикробного действия, однако они малоэффективны в отношении *H. influenzae*, который обладает природной резистентностью к указанной группе препаратов. Согласно данным исследования, которое было проведено на базе нашей кафедры, именно *H. influenzae*, *H. parainfluenzae*

И!

евтична  
роксиму  
нічного  
и Лайма  
активний  
двигнена  
і дітям  
бу. При  
о 500 мг  
2 років —  
едньому  
чається  
одяться  
ксичного  
філаксії;  
и, що це  
мчасове  
оглобіну,

княня на  
здоров'я.