

Антибиотикотерапия хронических заболеваний органов дыхания на амбулаторном этапе

В современном мире антибиотикотерапия является неотъемлемой частью лечения инфекционных заболеваний, в т. ч. и патологии органов дыхания. Как известно, заболевания бронхолегочной системы занимают лидирующие позиции в структуре детской заболеваемости и с каждым годом их распространенность увеличивается. Значительно отягощает течение инфекционных заболеваний органов дыхания наличие врожденных пороков развития, таких как первичная цилиарная дискинезия, синдром Зиверта-Картагенера, муковисцидоз и др. Об особенностях диагностики и лечения хронических заболеваний органов дыхания на амбулаторном этапе рассказала ассистент кафедры педиатрии № 1 и неонатологии Харьковского национального медицинского университета, кандидат медицинских наук Ольга Леонидовна Логвинова в рамках XV Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии» (19-21 сентября, г. Харьков), посвященной памяти выдающегося украинского ученого-педиатра, члена-корреспондента НАН, АМН Украины, РАМН, профессора Виктора Михайловича Сидельникова.



О.Л. Логвинова

Как подчеркнула выступающая, в повседневной практике врач-педиатр часто сталкивается с проблемой диагностики врожденных пороков развития органов дыхания и лечения хронических заболеваний респираторного тракта, которые развиваются на их фоне. Возможности диагностики врожденных аномалий на амбулаторном этапе во многом ограничены техническим арсеналом педиатра. На сегодняшний день в г. Харькове благодаря созданию 19 сентября 2009 года на базе пульмонологического отделения Харьковской областной детской клинической больницы (ХОДКБ) Центра диагностики и лечения бронхолегочной дисплазии у детей для врачей открылись новые возможности, которые позволяют не только диагностировать различную патологию бронхолегочной системы, но и проводить своевременную адекватную терапию. Также докладчик продемонстрировала несколько клинических случаев из собственной практики.

Клинический случай 1

Родители ребенка С. (возраст 3 мес) впервые обратились в ХОДКБ с жалобами на кашель, дистанционные хрипы, отмечавшиеся с момента его рождения. Из анамнеза известно, что ребенок родился в результате беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания на сроке 32-33 нед. Роды состоялись в срок. Со слов матери у ребенка с рождения отмечаются дистанционные хрипы и кашель. Его состояние ухудшилось в возрасте 1 мес, когда через 1 ч после кормления возникло беспокойство, развились остановка дыхания и общий цианоз. Бригадой скорой медицинской помощи ребенок был госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии Областной детской клинической больницы № 1 с диагнозом «Двусторонняя пневмония», где в течение 3 сут находился на аппарате искусственной вентиляции легких. При поступлении в Центр лечения и диагностики бронхолегочной дисплазии у ребенка отмечались затрудненное носовое дыхание, одышка при физической нагрузке, при аускультации выслушивались разнокалиберные влажные хрипы, крепитация с обеих сторон. С диагностической целью ребенку была проведена компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) легких, по результатам которой сделан вывод о нормальном расположении органов, зафиксировано наличие участков линейного пневмомедиастина. Данные электрокардиографии свидетельствуют о значительном отклонении вправо электрической оси сердца. Результаты доплерографической эхокардиографии подтвердили лево-правый шунт в центральной части межпредсердной перегородки диаметром 3,0 мм и умеренное повышение давления в легочной артерии. Проведенная световая микроскопия слизистой оболочки носа показала, что количество эпителиальных клеток с подвижными ресничками составляло 10-15% и у них отмечалось асинхронное движение. Данные осмотра, анамнеза и результаты инструментальных и лабораторных исследований позволили установить окончательный клинический диагноз: «Первичная цилиарная дискинезия».

Клинический случай 2

Ребенок Т. в возрасте 1 года был направлен на консультацию врачом Центральной районной больницы г. Изюма с подозрением на бронхолегочную дисплазию. Из анамнеза известно, что ребенок родился в результате третьей беременности. Первые 2 беременности закончились выкидышами. Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания на всем протяжении. Роды состоялись на сроке гестации 31 нед в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Масса тела при рождении составляла 1700 г. На 5-й день жизни в связи с резким ухудшением состояния ребенок был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии, где в течение 12 сут находился на аппарате искусственной вентиляции легких. На основании данных осмотра, результатов инструментальных и лабораторных исследований был установлен диагноз внутриутробной двусторонней пневмонии. С рождения у ребенка отмечаются одышка, дистанционные хрипы. На протяжении жизни ребенок ежемесячно переносил острые обструктивные бронхиты. В Центре ему было проведено всестороннее обследование, результаты которого позволили определить первопричину вышеуказанных проявлений. Так, при бактериологическом посеве мокроты были обнаружены штаммы *Streptococcus viridans*, *Klebsiella pneumoniae*. Во время электрокардиографии и доплерографической эхокардиографии выявлены признаки умеренной дилатации правых камер сердца. При проведении КТВР легких в нижних отделах обнаружены участки «матового стекла». У ребенка были выявлены иммуноглобулины М к цитомегаловирусной инфекции и отмечалось повышение концентрации иммуноглобулина Е (IgE) в сыворотке крови. На основании имеющихся данных констатированы цитомегаловирусная инфекция, IgE-зависимая аллергия, обострение атопического дерматита.

Клинический случай 3

На консультацию к пульмонологу в Центр диагностики и лечения бронхолегочной дисплазии был направлен ребенок К. в возрасте 5 дней с подозрением на аномалию развития органов дыхания. Из анамнеза известно, что ребенок родился в результате первой, нормально протекающей беременности, физиологических родов. На 2-е сутки жизни у него появилась одышка. При осмотре отмечалась асимметрия перкуторного звука и аускультативных шумов. В результате рентгенографии органов грудной полости у ребенка был выявлен пневмомедиастином.

Клинический случай 4

Ребенок Н. в возрасте 1 года 2 мес был направлен на консультацию к пульмонологу с подозрением на бронхолегочную дисплазию. При сборе анамнестических данных стало известно, что ребенок родился в результате первой беременности, которая протекала на фоне угрозы прерывания. Роды состоялись на сроке гестации 37 нед в связи с преждевременной отслойкой плаценты. Масса тела при рождении составляла 2400 г. С рождения у ребенка отмечались покашливания. С 4 мес жизни регулярно

с частотой 1 раз в месяц возникали острые бронхиты. При осмотре отмечались отставание в физическом и психомоторном развитии, одышка в покое, малопродуктивный влажный кашель и деформация грудной клетки. При аускультации легких выслушивались жесткое дыхание, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон и удлинение выдоха. При проведении рентгенографии органов грудной клетки были выявлены агенезия 1-2 ребер слева, синостоз задних и боковых отростков 3-7 ребер слева, 3, 4 и 6, 7 ребер справа, сколиотическая деформация грудного отдела и *spina bifida*. На КТВР легких были обнаружены признаки диффузного пневмофиброза.

Полученные результаты позволили установить окончательный клинический диагноз: «Врожденный порок развития костно-мышечной системы: агенезия 1-2 ребер слева, синостоз задних и боковых отростков 3-7 ребер слева, 3, 4, 6 и 7 ребер справа, сколиотическая деформация грудного отдела, *spina bifida*. Вторичный хронический бронхит. Интерстициальное поражение легких вследствие фиброзирования. Хроническая дыхательная недостаточность I степени. Легочная гипертензия».

Клинический случай 5

Ребенок М. (1 год 6 мес) был впервые направлен на консультацию к пульмонологу в возрасте 3 мес с подозрением на бронхолегочную дисплазию. Из анамнеза известно, что ребенок родился в результате первой беременности, которая протекала на фоне угрозы прерывания, преэклампсии и плацентарной дисфункции. На 32-й неделе было проведено кесарево сечение. При рождении масса тела ребенка составляла 1350 г, не наблюдалось втяжений нижних отделов грудной клетки, апноэ или тахипноэ. При аускультации легких отмечалась крепитация. При осмотре и обследовании в Центре диагностики и лечения бронхолегочной дисплазии, куда был направлен ребенок в возрасте 3 мес, были обнаружены повышение давления в легочной артерии до 38 мм рт. ст. и открытый артериальный проток (4,7 мм). Полученные результаты позволили констатировать врожденный порок сердца, открытый артериальный проток.

Клинический случай 6

Ребенок Л. (2,5 года) был направлен на консультацию к пульмонологу с жалобами на частые пневмонии (4 раза в год), после которых сохранялся длительный кашель, а также наблюдалась склонность к запорам. При осмотре живот увеличен в объеме. При аускультации над всей поверхностью легких выслушивались разнокалиберные влажные хрипы. Дальнейшее обследование показало повышение концентрации хлоридов в потовой жидкости, что позволило установить диагноз муковисцидоза.

Клинический случай 7

Ребенок Ж. (14 лет) был направлен в ХОДКБ с жалобами на отставание в физическом развитии с рождения, кашель и одышку. При осмотре наблюдались акроцианоз, симптомы «барабанных палочек» и «часовых стекол». При аускультации легких отмечалось жесткое дыхание. При проведении

рентгенографии органов грудной клетки был обнаружен участок затемнения в нижней доле левого легкого. Проведение КТВР позволило определить признаки артериовенозной мальформации сосудов нижней доли левого легкого, что и дало возможность установить диагноз артериовенозной мальформации сосудов нижней доли левого легкого, вторичного хронического бронхита.

Как известно, лечение обострений хронических заболеваний органов дыхания, особенно возникших на фоне пороков развития, требует комплексного подхода, который предполагает проведение симптоматической терапии, приема антибактериальных средств при клинико-лабораторных признаках бактериального процесса, дыхательной гимнастики и дренажа. Антибиотикотерапия является одним из наиболее важных компонентов комплексного лечения. Антибактериальный препарат должен быть активным в отношении основных возбудителей, характеризоваться хорошим профилем безопасности и иметь удобную форму применения. Перечисленным требованиям отвечает препарат цефподоксима проксетил – Цефодокс («Мегаком»), представляющий собой пролекарство, которое после абсорбции в тонкой кишке деэстерифицируется, превращаясь в собственно активный метаболит цефподоксим. Это свойство позволяет минимизировать нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта. Цефодокс активен в отношении многих патогенов, что позволяет рекомендовать его для широкого применения в лечении обострений хронических заболеваний органов дыхания. Спектр действия цефподоксима охватывает *Staphylococcus aureus*, *S. saprophyticus*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *S. agalactiae*, *Streptococcus* spp. (группы С, F и G) и *Corynebacterium diphtheriae*, *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Moraxella catarrhalis* (штаммы, продуцирующие и не продуцирующие β-лактамазы), *Neisseria meningitidis*, *N. gonorrhoeae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp. (*K. pneumoniae*, *K. oxytoca*), *Proteus mirabilis*, *Providencia rettgeri* и др. На фармацевтическом рынке Цефодокс представлен в таблетированной форме и в виде порошка для приготовления суспензии. Детям в возрасте от 5 мес до 12 лет препарат назначают в дозе 10 мг/кг массы тела в сутки (максимальная суточная доза – 400 мг) и применяют в 2 приема с интервалом 12 ч (максимальная разовая доза – 200 мг). Длительность лечения зависит от тяжести заболевания и определяется индивидуально. Детям в возрасте старше 12 лет препарат назначают в дозе 200 мг 2 р/сут.

С 2009 г. на кафедре педиатрии № 1 и неонатологии Харьковского национального медицинского университета проводится исследование безопасности и эффективности препарата Цефодокс у детей с хронической бронхолегочной патологией.

Таким образом, широкий спектр действия, хороший профиль безопасности и удобство использования препарата Цефодокс позволяют рекомендовать его для применения в комплексной терапии пациентов с обострением хронических заболеваний органов дыхания.

Подготовила Анастасия Лазаренко

