ZU_2014_21_COLLEKT.qxd 25.11.2014 11:20 Page 33

Бронхиты у детей: «да» или «нет» антибиотикотерапии?

Ю.В. Марушко

Назначение антибактериальных препаратов – вопрос современной педиатрии, который ввиду высокой распространенности инфекционных заболеваний у детей сохраняет свою актуальность и сегодня. При этом наряду с клинической эффективностью и безопасностью антибактериального средства большое значение имеет комплайенс – от этого зависит успех назначенной терапии. Вопросу выбора оптимального антибактериального препарата для лечения бактериального бронхита у детей посвятил свой доклад, прозвучавший в рамках XVI Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии» (Сидельниковские чтения, 23-25 сентября, г. Запорожье), заведующий кафедрой педиатрии № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Юрий Владимирович Марушко.

– В настоящее время острые респираторные инфекции занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости как среди взрослого, так и детского населения во всем мире. Среди респираторных инфекций превалирует поражение верхних дыхательных путей – отмечается в среднем 4-8 эпизодов заболевания на одного ребенка в год. Наиболее частым (90-92%) этиологическим фактором острой респираторной инфекции являются вирусные агенты, такие как вирусы гриппа A, B, C, вирус парагриппа, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус и риновирус. Только каждый десятый случай бронхита у детей имеет бактериальную этиологию. Среди бактериальных возбудителей лидирующие позиции в этиологической структуре острого бронхита занимают Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, Haemophilus influenzae, среди атипичных – Chlamydophila и Mycoplasma pneumoniae.

Бактериальное поражение бронхов может протекать как первичное заболевание или осложнять течение острого вирусного бронхита. В лечении вирусного бронхита этиотропная терапия не применяется, тогда как терапия острого бактериального бронхита требует назначения антибактериальных средств.

Особое внимание клиницистов привлекает цефподоксима проксетил (Цефодокс) – цефалоспорин III поколения для перорального применения. Препарат нарушает синтез компонентов клеточной стенки бактерий и эффективен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, аэробных и некоторых анаэробных патогенов. Цефодокс выпускается в форме суспензии (50 мг/5 мл и 100 мг/5 мл) и таблеток (100 и 200 мг).

Цефподоксима проксетил высокоактивен в отношении S. pneumoniae, стрептококков групп A (S. pyogenes), B (S. agalactiae), C, F и G, а также S. mitis, S. sanguis, S. salivarius, Corynebacterium diphtheriae; H. influenzae, Haemophilus parainfluenzae, M. catarrhalis, Neisseria meningitidis, Neisseria gonorrhoeae, Escherichia coli, Klebsiella spp. (K. pneumoniae; K. oxytoca), Proteus mirabilis; умеренно активен в отношении S. aureus и S. epidermidis. Таким образом, спектр эффективного действия препарата охватывает практически все бактериальные патогены, провоцирующие развитие заболеваний респираторного тракта и ЛОР-органов. По данным P.R. Hsueh и соавт. (2004), цефподоксим является более активным в отношении S. pneumoniae – наиболее частого возбудителя острых респираторных заболеваний бактериальной этиологии – по сравнению с другими пероральными цефалоспоринами (цефиксимом, цефуроксимом, цефалексином).

В Украине накоплен значительный клинический опыт применения цефподоксима проксетила в лечении острых респираторных заболеваний бактериальной этиологии у детей. Так, А.П. Волосовец и соавт. (2011) опубликовали результаты многоцентрового исследования Цеф-Просто, посвященного оценке эффективности и переносимости цефподоксима проксетила в стартовой терапии нетяжелой внегоспитальной пневмонии у 225 детей в возрасте от 5 мес до 18 лет. Препарат продемонстрировал эффективность у 98,2% пациентов. Прием антибиотика в 95,5% случаев хорошо переносился, аллергических реакций отмечено не было.

Л.С. Овчаренко и В.Ю. Ткаченко (2013) изучали эффективность цефподоксима проксетила в лечении бактериальных рекуррентных бронхитов у детей с гиперплазией лимфоглоточного кольца. Уже на 5-е сутки лечения практически у всех пациентов отмечалось достоверное уменьшение клинических проявлений инфекционного процесса, что позволило сократить сроки проведения антибиотикотерапии до 5 дней. Только у 2 детей возникла необходимость продления антибактериального лечения до 7 дней. При этом у всех пациентов в указанные сроки отмечалась полная эрадикация возбудителя со слизистых оболочек респираторного тракта. Аллергических реакций или нежелательных явлений на фоне приема цефподоксима проксетила не наблюдалось.

Л.Н. Боярская и соавт. (2009) исследовали влияние цефподоксима проксетила на состояние микрофлоры кишечника у 20 детей в возрасте от 1,5 до 5 лет, которым препарат назначался с целью лечения бактериальной инфекции ЛОР-органов, верхних или нижних дыхательных путей. Перед началом и в динамике антибактериального лечения проводились микробиологическое исследование кала и анализ клинических проявлений дисбиоза. Результаты испытания продемонстрировали незначительные изменения в качественном и количественном составе микрофлоры кишечника (дисбиоз 1 и 2 степени, не имеющий клинического эквивалента). Данные изменения были транзиторными и самостоятельно разрешались. На основании полученных результатов сделан вывод об отсутствии клинически значимого негативного воздействия на микробиоценоз кишечника терапии цефподоксимом проксетилом.

Значительный интерес представляет исследование, проведенное A. Wollner и соавт. (2011), в котором отмечался более высокий комплайенс в отношении цефподоксима проксетила (91,8%) в сравнении с амоксициллином/клавуланатом (84,6%) у пациентов детского возраста при амбулаторном пероральном назначении антибиотиков. При опросе родителей причиной такой разницы показателей был признан 2-кратный режим приема цефподоксима проксетила.

Также было проведено исследование, целью которого явилось изучение эффективности, профиля безопасности и приверженности больных к терапии при использовании цефподоксима проксетила в лечении острого необструктивного бронхита бактериальной этиологии у пациентов в возрасте 2-7 лет. В качестве критериев включения в исследование были приняты:

- клинические симптомы острого необструктивного бронхита (кашель, жесткое дыхание, двусторонние сухие или влажные хрипы, отсутствие ≥3 эпизодов острого бронхита за последние 12 мес, включая настоящий случай);
- клинико-лабораторные признаки бактериальной инфекции: фебрильная лихорадка >3 дней или появление фебрильной лихорадки через 3 и больше дней течения респираторной вирусной инфекции, возникновение бронхита на фоне другого очага бактериальной инфекции (острый средний отит, острый тонзиллит, острый гнойный синусит), откашливание слизисто-гнойной мокроты, лейкоцитоз крови и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ ≥30 мм/ч;
- отсутствие рентгенологических признаков пневмонии;
- нетяжелое состояние пациента;
- отсутствие в анамнезе аллергии на антибиотики цефалоспоринового ряда.

В исследовании приняли участие 32 ребенка – 15 (46,8%) мальчиков и 17 (53,2%) девочек. У 18 (56,3%) пациентов клинические признаки бронхита появились одновременно или в течение суток после развития заболевания ЛОР-органов. У 14 (43,7%) детей фебрильная лихорадка возникла на 3-5-й день течения острой респираторной вирусной инфекции. Терапия проводилась в соответствии с действующим протоколом лечения острых бронхитов у детей (приказ МЗ Украины от 13.01.2005 г. № 18) с учетом бактериальной природы инфекции. Лечение сопутствующей патологии ЛОР-органов выполнялось согласно профильным протоколам под наблюдением детского оториноларинголога.

Для лечения острого бактериального бронхита детям назначали цефподоксима проксетил (Цефодокс) в виде суспензии в суточной дозе 10 мг/кг курсом 7 дней. Помимо антибиотикотерапии выполнялись ингаляции, использовались муколитики и жаропонижающие средства (при наличии показаний). Оценка состояния пациентов выполнялась перед началом лечения, затем на 3-й и 8-й день, повторный анализ крови проводился на 8-й день лечения. Интенсивность каждого симптома оценивалась по 10-балльной визуально-аналоговой шкале, изучались интенсивность интоксикационного синдрома, частота и продуктивность кашля, аускультативная картина над легкими. Помимо клинико-лабораторных данных, оценивался комплайенс к терапии Цефодоксом (родителям больных детей были предоставлены карты для отметок, где регистрировался прием препарата или причина его пропуска).

В результате проводимого лечения у 100% детей уже на 3-й день терапии цефподоксима проксетилом исчезли лихорадка и проявления интоксикационного синдрома. Средний показатель частоты кашля к 8-му дню лечения был достоверно ниже по сравнению с таковым до начала терапии. Продуктивность кашля на 3-й день лечения увеличивалась (разжижение бронхиального секрета), а к 8-му дню уменьшалась в связи с разрешением воспалительного процесса в бронхах и снижением секреции. К 3-му дню терапии отмечалось достоверное уменьшение количества хрипов по сравнению с аускультативной картиной до начала лечения. В целом после завершения курса терапии у 17 (53,1%) детей клинические признаки острого бронхита отсутствовали. К 10-му дню лечения кашель и хрипы над легкими не определялись ни у одного из пациентов.

При назначении цефподоксима проксетила в рамках исследования не было отмечено ни одного случая аллергических реакций. Исследование приверженности пациентов к назначенному лечению показало высокие результаты: из 448 запланированных приемов препарата были пропущены только 2 (0,45%). Наиболее часто использовались формальные схемы приема «08:00-20:00» и «09:00-21:00», при этом средний интервал между приемами антибиотика по группе составил 11,8 ч. Это свидетельствует о том, что 2-кратный прием цефподоксима проксетила является удобным для пациентов и ассоциируется с адекватным соблюдением 12-часового интервала между приемами антибиотика.

Назначение цефподоксима проксетила в комплексном лечении детей с острым бактериальным бронхитом способствует устранению лихорадки и интоксикационного синдрома в короткие сроки (приблизительно на 3-й день лечения). Применение препарата Цефодокс позволяет достичь исчезновения клинических симптомов бронхита более чем у половины больных после 7-дневного курса терапии и у 100% пациентов после 10 дней лечения. Антибактериальная терапия с применением цефподоксима проксетила ассоциируется с высоким показателем частоты соблюдения графика приема препарата (99,55%) и характеризуется низким риском развития побочных эффектов (нежелательные явления, как правило, не требуют отмены препарата). Удобный режим дозирования – 2 раза в сутки – обеспечивает высокую приверженность пациентов к назначенному лечению.

Подготовила ***Мария Маковецкая***

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476