

Л.Д. Никонец, Т.В. Ленарт, КЛПУ «Областная детская клиническая больница», г. Донецк

Опыт применения Аугментина в лечении небольничной пневмонии у детей

Пневмония – одна из наиболее частых причин смерти детей, которая ежегодно уносит около 1,8 млн жизней, что превышает уровень смертности от СПИДа, малярии и кори вместе взятых. Показатель смертности от пневмонии детского населения Украины составляет 13,1 на 10 тыс. детей. Уровень заболеваемости детей пневмонией в странах СНГ и в Украине колеблется от 4 до 20 случаев на тысячу детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет. При госпитализации детей с острыми бронхолегочными заболеваниями количество больных пневмонией в возрасте до года составляет 25-30%, от 1 до 5 лет – 50%, старше 5 лет – достигает 10-20% [1].

По этиологии пневмонии делятся на бактериальные, вирусные (РС-вирус, аденовирус, вирус гриппа, парагриппа, риновирус), вирусно-бактериальные, грибковые и атипичные, которые вызваны внутриклеточными патогенами (микоплазма, хламидии), простейшими (пневмоцисты) и др. Среди возбудителей пневмоний наиболее часто встречаются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* тип b (Hib), у детей в возрасте до 6 месяцев, инфицированных ВИЧ, – *Pneumocystis jiroveci*, которая является причиной смерти четверти ВИЧ-инфицированных детей грудного возраста, у пациентов с муковисцидозом и при бронхоэктазах – *Pseudomonas aeruginosa*.

Этиологию пневмонии можно прогнозировать по возрасту, состоянию иммунитета ребенка (у больных с первичным иммунодефицитом, ВИЧ-инфекцией, ятрогенной иммуносупрессией), по происхождению заболевания: неонатальная – врожденная, аспирационная; постнатальная – вентилиационная (у больных, находящихся на искусственной вентиляции легких); нозокомиальная, или госпитальная (возникает через 48 ч и позже после госпитализации или в течение 72 ч после выписки) и негоспитальная.

При внутриутробном инфицировании чаще диагностируют хламидийные пневмонии. Реже у недоношенных детей похожее течение имеет пневмоцистная пневмония; у глубоко недоношенных детей наблюдается пневмония, вызванная *Ureaplasma spp.* и *Mycoplasma hominis*. При иммунодефиците, связанном с дефицитом иммуноглобулинов, пневмония вызвана той же флорой, что и у здоровых детей, но она отличается более тяжелым течением и склонностью к рецидивированию. Для больных с комбинированным иммунодефицитом характерна пневмоцистная пневмония, реже – цитомегаловирусная, грибковая и микобактериальная (*Mycobacterium avium*).

Госпитальные пневмонии вызываются госпитальными штаммами патогенов, высокорезистентными к антибиотикам (стафилококки, клебсиеллы, синегнойная палочка, протей) или аутофлорой больного.

Несмотря на то что пневмония является полиэтиологичным заболеванием, с позиций доказательной медицины единственным рациональным методом лечения у детей признана антибактериальная терапия [1, 2, 4, 7].

В резолюции участников круглого стола по рациональной антимикробной терапии заболеваний детского возраста, состоявшегося 24 февраля этого года в Киеве, указано, что в лечении небольшой пневмонии у детей старше 6 месяцев стартовую эмпирическую терапию рекомендуется начинать с бета-лактамов антибиотиков (аминопенициллинов, в том числе защищенных,

цефалоспоринов второго и третьего поколения). При нетяжелой пневмонии курс лечения бета-лактамами антибиотиками составляет 5 дней, при более тяжелой – 7-10 дней и дольше [2].

В приказе МЗ Украины от 13.01.2005 № 18 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія» в отношении антибактериального лечения пневмонии указано: «Основные группы антибиотиков, которые могут быть использованы (в ранжированной последовательности – начиная с наиболее целесообразных для применения по данным экспертной оценки. – Прим. ред.):

- полусинтетические пенициллины;
- полусинтетические пенициллины с клавулановой кислотой;
- цефалоспорины;
- макролиды;
- аминогликозиды II-III поколения (применение гентамицина нежелательно в связи с отсутствием чувствительности пневмококка к антибиотикам);
- производные метронидазола (метронидазол и др.);
- в случаях тяжелого течения с угрозой для жизни – фторхинолоны (назначаются детям с 12 лет).

Для стартовой эмпирической терапии среднетяжелого и тяжелого течения пневмонии у детей можно рекомендовать следующую схему: бета-лактамы антибиотиков (пенициллины, защищенные клавулановой кислотой пенициллины, цефалоспорины или карбапенемы) плюс макролиды» [3].

При лечении небольших пневмоний у детей в пульмонологическом отделении Областной детской клинической больницы г. Донецка высокую эффективность показал Аугментин™ – комбинированный препарат амоксициллина и клавулановой кислоты. Аугментин™ является антибиотиком широкого спектра действия. Оказывая бактерицидный эффект, он активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, включая штаммы, продуцирующие бета-лактамазу. Входящая в состав этого препарата клавулановая кислота обеспечивает устойчивость амоксициллина к воздействию бета-лактамаз и расширяет спектр действия препарата Аугментин™. При пероральном приеме этого антибиотика биодоступность амоксициллина и клавулановой кислоты практически одинакова [5]. Однако при внутривенном введении концентрация амоксициллина в крови значительно превосходит таковую клавулановой кислоты. По своим фармакокинетическим свойствам компоненты препарата Аугментин™ очень близки. Это касается биодоступности, времени полувыведения, связывания с белками и т.п. [6].

Аугментин™ является одним из антибактериальных препаратов, способных подавлять на ранних стадиях развитие

инфекции в верхних и нижних дыхательных путях. Установлена высокая эффективность препарата в отношении основных возбудителей заболеваний дыхательных путей: *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. aureus*. Аугментин™ также высокоэффективен в отношении анаэробов (представителей *Bacteroides*, *Prevotella*, *Fusobacterium*), обычно обнаруживаемых у детей при наличии сопутствующих заболеваний органов дыхания – хронических тонзиллитах и синуситах.

В настоящее время особую значимость приобретают экономические аспекты терапии препаратом Аугментин™. Так, стоимость лечения пневмонии в амбулаторных и стационарных условиях при использовании препарата Аугментин™ в ряде случаев ниже по сравнению с применением цефалоспоринов, что немаловажно для малообеспеченных слоев населения.

В данной работе представлены материалы по клиническому применению препарата Аугментин™ в качестве стартового антибиотика для лечения неосложненных небольших пневмоний у детей.

Материалы и методы исследования

С января по декабрь 2009 г. под нашим наблюдением находились 96 детей в возрасте от 2 месяцев до 18 лет, больных неосложненной небольшой пневмонией, из них 34 ребенка (35%) – в возрасте до года. Пациенты лечились в пульмонологическом отделении ОДКБ г. Донецка. Клинический диагноз устанавливался на основании анамнестических данных, клинического обследования и верифицировался рентгенографией органов грудной клетки. У 58 детей диагностирована очаговая пневмония, у 29 – очагово-сливная, у 9 – сегментарная. Локализация патологического процесса отмечалась преимущественно в средней или нижних долях с одной стороны, реже – с двух сторон, в 15 случаях – в верхней доле. Выраженность клинических и параклинических показателей соответствовала среднетяжелому и тяжелому течению патологического процесса.

Всем детям в динамике проводился общий анализ крови, исследование биохимических показателей, белков острой фазы воспаления, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ЭКГ – по показаниям. Дети были обследованы отоларингологом и фтизиатром. Контрольная рентгенограмма органов грудной клетки проводилась всем пациентам на 10-12-й день от начала антибиотикотерапии. В качестве стартовой терапии больные получали Аугментин™ по ступенчатой схеме в соответствии с прилагаемой к препарату инструкцией – внутривенно 75 мг/кг/сут в 3 приема в течение первых 3-5 дней, последующие 7-9 дней – перорально 2 раза в сутки. Курс лечения продолжался от 10 до 12-14 дней

в зависимости от степени тяжести пневмонии. Параллельно проводилась симптоматическая терапия: муколитики, антипиретики и другие средства.

Результаты исследования и их обсуждение

Клиническую эффективность терапии Аугментином оценивали комплексно в зависимости от исчезновения клинических признаков заболевания на 3, 7, 10-й день от начала лечения. Динамика основных симптомов небольшой пневмонии у наблюдаемых детей: интоксикация и степень дыхательной недостаточности уменьшались на 3-й день у 65% больных, нормализация температуры тела на 3-5-й день отмечена у 85% больных, кашель регрессировал на 7-8-й день у 100% пациентов. Локальные хрипы исчезали на 7-й день лечения у всех наблюдаемых детей. У всех больных, получавших Аугментин™, отмечалась четкая положительная динамика показателей периферической крови (уменьшение количества лейкоцитов, нормализация лейкоцитарной формулы и снижение СОЭ). Контрольная рентгенография, проводимая всем больным на 10-12-й день от начала терапии, коррелировала с клинической симптоматикой и свидетельствовала о полном исчезновении воспалительных инфильтративных очагов в легких. При проведении в отдельных случаях биохимического исследования функции печени и почек, а также ЭКГ, УЗИ внутренних органов патологических отклонений не выявили.

Ни в одном наблюдаемом случае какие-либо побочные реакции на фоне применения препарата Аугментин™, включая аллергические, не отмечались. Переносимость препарата оценена нами как удовлетворительная.

Выводы

– Применение защищенного аминопенициллина Аугментин™, обладающего широким спектром противомикробной активности, актуально и перспективно в клинической педиатрии при лечении среднетяжелых и тяжелых форм небольших пневмоний.

– Аугментин™ хорошо переносится детьми, имеет высокий профиль безопасности.

– Высокая чувствительность препарата Аугментин™ к возбудителям небольшой пневмонии является очень важным достоинством этого препарата.

– Проведенные нами клинические наблюдения и опыт применения препарата Аугментин™ позволяют рекомендовать его в качестве стартовой антибактериальной терапии среднетяжелых и тяжелых форм небольшой пневмонии у детей.

Литература

1. Запрудов А.М. Аугментин в педиатрической практике // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. – № 2. – С. 55-60.
2. Резолюция участников круглого стола по рациональной антимикробной терапии распространенных заболеваний детского возраста от 24 февраля 2010 г. (Киев). – Ж. Здоровье ребенка. – 2010 – № 2. – С. 100-103.
3. Приказ МЗ Украины от 13.01.2005 № 18 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія».
4. Костромина В.П., Стриж В.О. Пневмония у дітей: принципи стартового контролюваного лікування. – Ж. Дитячий лікар. – 2010. – 2 (4). – С. 5-11.
5. Rolinso G.E. A review of the microbiology of amoxicillin/clavulanic acid over the 15 year period 1978-1993. – J. Chemother. – 1990. – 6: 283-318.
6. P. Ball, A. Geddes, G. Rolinson. Amoxicillin Clavulanate and Assessment after 15 Years of Clinical Application. J. of Chemother. – 1997. – 9:3: 167-198.
7. Антипкин Ю.Г., Лапшин В.Ф. Принципы диагностики и лечения негоспитальных пневмоний у детей // Медична газета «Здоров'я України». – 2008. – № 24/1. – С. 11-13.

AGMT/10/UA/21.08.2010/3861
Напечатано при поддержке компании
«ГлаксоСмитКляйн»