

УДАЧНОЕ СОЧЕТАНИЕ АМОКСИЦИЛЛИНА/КЛАВУЛАНАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Г.О. НАРТБАЕВА

Городская поликлиника №4, г. Астана

Острые респираторные заболевания продолжают занимать ведущее место в структуре острой инфекционной патологии у детей. У детей раннего и дошкольного возраста (до 7 лет) биоценоз верхних дыхательных путей находится еще в процессе становления. Причем микробный пейзаж меняется с возрастом ребенка, приближаясь к таковому у взрослого человека только к 7-летнему возрасту, поэтому бактериальные или вирусно-бактериальные инфекционные процессы респираторного тракта в детском возрасте (особенно в раннем детском и дошкольном), возникают значительно чаще, чем у взрослых. Кроме того, необходимо помнить о так называемой популяции «часто болеющих детей», которые переносят острые респираторные заболевания (ОРЗ) в среднем более 6–8 раз в год. Как правило, инфекции респираторного тракта у этой популяции детей носят смешанный вирусно-бактериальный характер. К тому же у таких детей любая острая респираторная вирусная инфекция сопровождается обострением основного заболевания носоглотки (среди часто болеющих более 50% детей страдают хроническими заболеваниями носоглотки: хроническим тонзиллитом, фарингитом, синуситом, аденоидитом, рецидивирующим отитом, рецидивирующим бронхитом и т.д.) и нередко развитием осложнений.

Цель данного исследования – анализ эффективности антибактериального лечения препаратом амоксициллин.

При анализе бакпосевов из носа и зева на флору и чувствительность к антибиотикам в основном высеяны *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, аэробных грамотрицательных бактерий – *E. coli*, чувствительные к антибиотику амоксициллин. Таким образом, в детской популяции, особенно у детей раннего и дошкольного возраста, системная антибактериальная терапия острых заболеваний респираторного тракта – явление более частое, чем у взрослых. Обычно этиологическими факторами развития бактериального инфекционно-воспалительного процесса в дыхательных путях у детей являются так называемые респираторные патогены: пневмококки (*S. pneumoniae*), гемолитические стрептококки группы А (чаще *S. pyogenes*), гемофильная палочка (особенно у детей до 7 лет), стафилококки, моракселла катарралис; сравнительно небольшую роль играют микоплазмы пневмонии и хламидофиллы пневмонии. Поэтому «золотым стандартом» антибактериальной терапии ОРЗ бактериальной природы у детей является назначение бета-лактамов антибиотиков, которые большинством авторов рассматриваются в качестве препаратов первого выбора [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Это, прежде всего, амоксициллин и амоксициллин/клавуланат. Антибактериальный спектр полусинтетического аминопенициллина – амоксициллина значительно шире, чем у природных пенициллинов. Амоксициллин лучше, чем ампициллин и пенициллин, действует на пневмококки. Особо привлекательна большая активность амоксициллина по сравнению с пенициллином в отношении гемофильной палочки, моракселлы катарралис и некоторых энтеробактерий. Кроме того,

амоксициллин кислотостабилен, имеет в 2–2,5 раза большую биодоступность при пероральном приеме, чем ампициллин; лучше переносится детьми, имеет меньше побочных проявлений, чем ампициллин.

Амоксициллин назначается перорально следующим образом: детям до 12 лет по 30–60 мг/кг массы тела в сутки в 2–3 приема, детям старше 12 лет – по 0,5 г каждые 8 ч, т.е. 3 раза в день. Следует сказать о том, что современные технологии позволяют существенно сократить риск развития такого побочного эффекта от приема пероральных антибиотиков, как кишечная дисфункция. К таким инновациям относится технология Солютаб, которая обеспечивает стабильное высвобождение и наиболее высокую абсорбцию амоксициллина в кишечнике. На основе данной технологии компанией Астеллас Фарма создан ряд антибактериальных препаратов, в том числе широко применяющийся в педиатрии с середины 1990-х годов Флемоксин Солютаб (амоксициллин). Особого внимания заслуживает ингибитор-защищенный вариант этого антибиотика амоксициллин/клавуланат (Флемоклав Солютаб). Добавление клавулановой кислоты защищает амоксициллин от разрушающего воздействия бета-лактамаз микроорганизмов, делая антибактериальный эффект амоксициллина не только более стабильным, но и более широким по спектру воздействия. Амоксициллин/клавуланат активен в отношении пенициллиноустойчивых штаммов *S. aureus*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, аэробных грамотрицательных бактерий – *E. coli*, *P. mirabilis*, *Klebsiella* spp. Кроме того, он активен в отношении ряда неспорообразующих анаэробов, в том числе *B. fragilis*. Таким образом, амоксициллин/клавуланат активен в отношении микроорганизмов, которые этиологически значимы у детей группы риска по развитию осложнений – часто болеющих и, соответственно, часто получающих системные антибиотики, детей, страдающих хроническими воспалительными процессами в носоглотке и легких. Назначается амоксициллин/клавуланат из расчета 20–30 мг/кг (по амоксициллину) в сутки, разделенные на 3 приема (каждые 8 ч) во время еды. При необходимости доза может быть увеличена до 60 мг/кг в сутки (по амоксициллину). Детям старше 12 лет (или имеющих массу тела более 40 кг) и подросткам амоксициллин/клавуланат назначают по 1 таблетке 625 мг 3 раза в день. Следует отметить, что антибактериальная терапия не является обязательной при многочисленных заболеваниях респираторного тракта у детей, что связано с обратимостью значительного числа острых вирусных заболеваний. В связи с этим особенно важно максимально четко охарактеризовать основные показания к назначению антибиотиков при ОРЗ у детей [6]. Так, острый ринит и ринофарингит не являются показанием к проведению антибактериальной терапии. Что же касается острых тонзиллитов и тонзилло-фарингитов (ангины), то они имеют бактериальную этиологию в основном у детей старше 6 лет (в 75% случаев) [1, 3, 4, 7]. В этих случаях назначение амоксициллина, а в некоторых случаях и амоксициллина/клавуланата является обоснованным. Показание к их использованию – высокая вероятность стрептококковой этиологии за-

болевания, для которой характерно появление гнойных налетов на отечных миндалинах, наличие интоксикации и лихорадки, высев с миндалин и задней стенки глотки – гемолитического стрептококка группы А. В остальных случаях с большей вероятностью можно предполагать вирусную или хламидийно-микоплазменную этиологию заболевания, что, соответственно, требует проведения противовирусной и противовоспалительной терапии или назначения макролидов.

Проведенный анализ собственных данных и данных литературы позволили сформулировать основные показания к назначению антибактериальной терапии при острых бронхитах у детей:

- наличие выраженных симптомов интоксикации и длительной гипертермии (более 3 дней), особенно у грудных детей;
- клиническая и клиничко-рентгенологическая картина бронхита;
- наличие выраженного, трудно поддающегося терапии бронхообструктивного синдрома;
- наличие у ребенка неблагоприятного преморбидного фона, способного создать реальную угрозу развития пневмонии;
- затяжное течение заболевания без тенденции к его разрешению в течение 7–10 дней.

Относительным показанием является развитие острого бронхита у часто болеющих детей 2–5 лет жизни и у детей с хроническими заболеваниями носоглотки, при которых отмечается массивная микробная колонизация верхних дыхательных путей и создаются особо благоприятные условия для микроаспирационного проникновения инфекции в бронхиальное и альвеолярное пространства. Наиболее принятым в практике отечественных [4, 9] и зарубежных педиатров и пульмонологов [3, 5] является назначение при типичной картине острого бронхита средней тяжести (высокая температура, интермиттирующий кашель, наличие физикальных изменений в легких) детям до 4 лет в качестве препарата выбора амоксициллина внутрь. При более тяжелом состоянии препараты назначаются парентерально. Таким образом, перечисленные заболевания респираторного тракта, при которых применяются амоксициллин (Флемоксин Солютаб) и амоксициллин/клавуланат (Флемоклав Солютаб), являются в настоящее время основными антибиотиками, используемыми при лечении данных заболеваний у детей и подростков.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антибактериальная терапия стрептококкового тонзиллита и фарингита. Рекомендации комиссии по

антибиотической политике при МЗ РФ и РАМН. МАК-МАХ и НИИ ревматизма РАМН. М., 1999; 2. Антибактериальная терапия синусита. Рекомендации комиссии по антибиотикополитике МЗ РФ и РАМН, МАКМАХ. М., 1999; 3. Bartlett JG. Management of Respiratory Tract Infections. Philadelphia 2001; 142–65; 4. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Пособие для врачей. М., 2002; 5. Bush A, Carlsen R-H, Zach MS. Growing up with lung disease: the lungin transition to adult life. ERSM 2002; 189–213; 6. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. Руководство для практикующих врачей. Кн. 1. Под общей редакцией А.А. Баранова, Н.Н. Володина, Г.А. Самсыгиной. М.: Изд. Литтера. 2007; 406–29; 7. Белов Б.С., Гришаева Т.П. А-стрептококковый тонзиллит: современные аспекты антибактериальной терапии. Педиатр. фармакол., 2007; 4 (3): 58–66; 8. Богомильский М.Р. Острое воспаление среднего уха в детском возрасте. Consilium Medicum. Прил. Педиатрия, 2008; 1: 80–5; 9. Бронхиты у детей. Пособие для врачей. Под ред. В.К. Таточенко. М., 2004.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

БАЛАЛЫҚ ЖАСТА РЕСПИРАТОРЛЫҚ ЖОЛЫНЫҢ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ АМОКСИЦИЛЛИННІҢ/КЛАВУЛАНАТТЫҢ СӘТТІ ТІРКЕСІ

Г.О. Нартбаева

№4 қалалық емхана, Астана қ.

Балалар мен ересектердің тыныс алу мүшелерінің науқастарының амоксицилин мен емделу нәтижелері көрсетілген. Пневмония, бронхитті пеницилинмен ампицилинмен емдегенен гөрі аталған дәрінің әсері күштірек.

Herizgi сөздер: амоксициллин-клавуланат, флемоклав, солютаб.

S U M M A R Y

SUCCESSFUL COMBINATION OF AMOXYCILLIN/CLAVULANATE IN TREATMENT OF RESPIRATORY TRACT DISEASES IN PEDIATRIC USE

G.O. Nartbaeva

№4 City polyclinica, Astana c.

Results of treatment of amoxicillin and respiratory diseases among children and adults. This preparation is especially effective than ampicillin and penicillin in the treatment of bronchitis and pneumonia.

Key words: amoxicillin-clavulanate, Flemoklav, Solutab.