

УДК: 616.9:616 - 08 - 053.2

**А.О. Руденко¹, О.О. Юхименко¹, Н.А. Зелена²,
І.А. Тарасова², О.А. Слюсарев³, Д.В. Самарін⁴,
О.А. Ракша-Слюсарева¹, С.А. Пісоцька⁴, О.Ю. Степанищенко²**

Значення антибактеріальної терапії у лікуванні дітей з рецидивними інфекціями верхніх дихальних шляхів

¹ ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім.Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ
² КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 Святошинського району м. Києва», Україна
³ Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького, Україна
⁴ ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.7(71):80-85; doi10.15574/SP.2015.71.80

Проведено дослідження ролі рецидивних інфекцій верхніх дихальних шляхів (ВДШ) у формуванні групи дітей, що часто хворіють (ДЧХ). Вивчалася ефективність застосування пролонгованого (14-денного) курсу антибактеріальної терапії цефподоксимом (Докеф) у лікуванні дітей з рецидивними інфекціями ВДШ. Показано, що рецидивні інфекції ВДШ зустрічаються у понад третини ДЧХ. Проведення пролонгованої антибактеріальної терапії дозволяє суттєво зменшити у них частоту рецидивів захворювань ВДШ. Таким чином, при проведенні диференціальної діагностики у пацієнтів групи ДЧХ необхідно враховувати хронічні запальні захворювання ВДШ, як потенційну причину захворювання, та призначаючи за необхідності досить тривалі курси антибактеріальної терапії.

Ключові слова: діти, респіраторні інфекції, антибактеріальна терапія.

Вступ

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) є найчастішою патологією дитячого віку. У педіатричній популяції питома вага ГРЗ серед усіх інфекційних захворювань становить до 90% [9]. І хоча перебіг ГРЗ зазвичай є неважким, у частини дітей вони можуть мати затяжний перебіг, призводити до розвитку ускладнень [3].

Як відомо, дихальні шляхи голосовими зв'язками умовно розподіляються на верхні (ВДШ) та нижні (НДШ) [12]. Відповідно, респіраторні захворювання залежно від локалізації розподіляються на ураження верхніх дихальних шляхів (риніти, тонзиліти, фарингіти, синусити, середні отити) та нижніх (пневмонії, бронхіти, альвеоліти).

Завдяки своїм анатомо-фізіологічним особливостям ВДШ адаптовані до контакту з великою кількістю різноманітних мікроорганізмів, для захисту від яких природою створено лімфоєпітеліальне глоткове кільце Вальдеєра—Пирогова. На жаль, у деяких людей адаптаційні можливості організму можуть порушуватися, що обумовлює схильність до формування хронічних вогнищ інфекції.

За захворювання нижніх відділів респіраторного тракту зазвичай супроводжуються виразними клінічними проявами (гарячка, кашель, дихальна недостатність), які істотно впливають на стан дітей, привертають увагу батьків. Відповідно, такі діти активно обстежуються і лікуються, що запобігає розвитку хронізації процесів. Водночас захворювання ВДШ не мають виразних клінічних проявів. Часто пацієнти та їхні батьки звикають до явищ дискомфорту з боку носоглотки, що супроводжують пере-

біг уражень ВДШ. Повноцінному лікуванню часто не приділяється достатньо уваги, що сприяє формуванню хронічних вогнищ інфекції. Такі хронічні вогнища інфекції на тлі несприятливих обставин життя (переохолодження, стрес) можуть рецидивувати, слугувати джерелом для дисемінації інфекції, а також спричинювати ускладнення, які істотно впливають на стан здоров'я пацієнтів. Зокрема хронічні тонзиліти є класичною причиною ревматизму та гломерулонефриту, хронічні синусити можуть провокувати напади рефлекторного бронхоспазму внаслідок подразнення ексудатом задньої стінки глотки, хронічні середні отити можуть призвести до кондуктивної приглухуватості [12]. Особливості цих пацієнтів та захворювань знайшли своє втілення в концепції «дітей, що часто хворіють» (ДЧХ), якій приділяється чимало уваги [4,5,7].

Загальна тенденція сучасної педіатрії полягає у мінімізації потреби у проведенні антибактеріальної терапії [12]. Це цілком відповідає сучасним даним досліджень, які показали, що основними збудниками ГРЗ у дітей є різноманітні респіраторні віруси, частка яких становить від 65% до 95% усіх гострих інфекцій дихальних шляхів [9]. Водночас хронічні ураження ВДШ мають принципові відмінності, що полягають саме у хронічному запальному процесі, локалізованому в сприйнятливих анатомічних структурах, причиною якого є патогенні бактерії. У цьому випадку проведення антибактеріальної терапії дозволяє знищити збудників захворювання, відповідно ліквідувати субстрат запалення і, таким чином, зупинити рецидивування захворювань [6,8].

Таблиця 1

Розподіл дітей за віком та статтю

Стать	Вік дітей, роки							
	5-7		8-10		11-13		14-16	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Дівчатка	15	14,42	15	14,42	16	15,39	10	9,61
Хлопчики	11	10,58	14	13,47	12	11,53	11	10,58
Усього	26	25	29	27,89	28	26,92	21	20,19

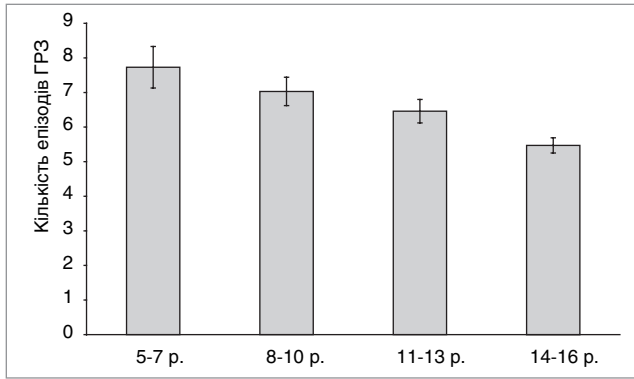


Рис. 1. Кількість епізодів ГРЗ за останній рік у дітей, що перебували під спостереженням (M±m)

Метою роботи була оцінка ефективності антибактеріальної терапії у дітей з рецидивними респіраторними захворюваннями верхніх відділів респіраторного тракту.

Матеріал і методи дослідження

Під спостереженням перебувало 104 дитини віком від 5 до 16 років, які упродовж останнього року мали щонайменше чотири епізоди респіраторних захворювань ВДП, що відповідає критерію включення до групи ДЧХ [1]. Хлопчиків було 48 (46,15%), дівчаток, відповідно, 56 (53,85%). Розподіл дітей за віком та статтю наведений у таблиці 1.

Вивчалися дані анамнезу життя, анамнезу хвороби, клінічні прояви захворювання. Проводилося об'єктивне обстеження, яке доповнювалося оглядом барабанної перетинки за допомогою отоскопу HEINE mini 3000. За необхідності діти консульгувалися оториноларингологом, проводилася рентгенографія придаткових пазух. У разі підозри на повторні епізоди бронхообструкції проводилася спірометрія з тестом з бета-2-агоністом. За результатами обстеження оцінювалася наявність хронічних вогнищ інфекції у верхніх дихальних шляхах. Також проводилося бактеріологічне дослідження мазків із зівка та носа з визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів (еритроміцину, ампіциліну, цефуроксиму, амоксициліну/клавуланату, цефподоксиму) методом дифузії в агар за загальноновизнаною методикою [2]. За підозри на імунodefіцит дітям призначалося визначення рівнів сироваткових імуноглобулінів А, М, G та консультація імунолога.

За наявності хронічних вогнищ інфекції або виявлення при бактеріологічному обстеженні облигатно-патогенних мікроорганізмів призначався курс антибактеріальної терапії препаратом цефподоксим (Докцеф). Вибір даного антибактеріального препарату ґрунтувався на результатах попередніх досліджень, які показали його активність щодо основних бактеріальних збудників респіраторних інфекцій [10,11]. Важливим аргументом на користь цього препарату була можливість його застосування двічі на добу. Цефподоксим призначався з розрахунку 8 мг/кг/добу у два прийоми упродовж 14 днів. Такий тривалий курс

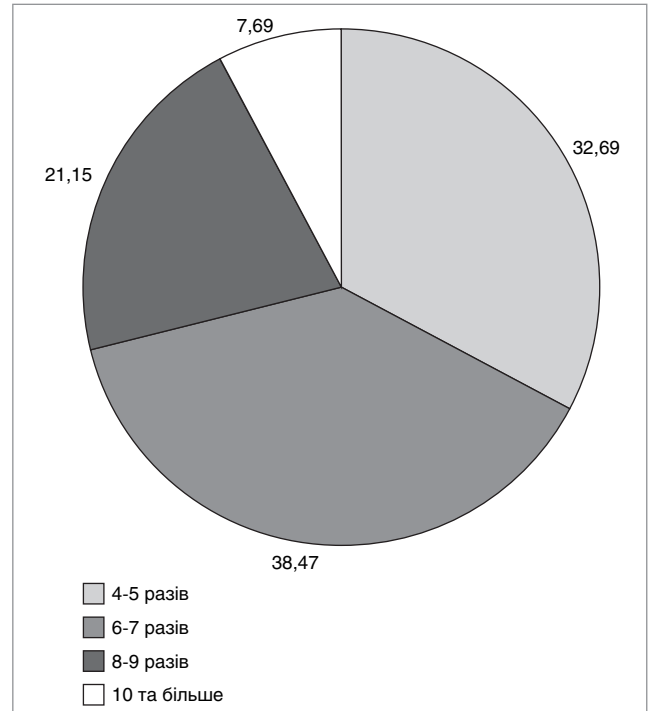


Рис. 2. Розподіл дітей за кількістю епізодів ГРЗ за останній рік (%)

терапії було обрано з огляду на знижену здатність антибактеріальних препаратів до проникнення у хронічні вогнища інфекції.

Враховуючи необхідність досить тривалого курсу антибіотикотерапії, серед усіх антибіотиків перевага була віддана Докцефу ще й тому, що він є пролікамі. Та частина Докцефу, яка не всмокталася в кишечнику, не має власної антибактеріальної активності і не спричинює негативного впливу на нормальну мікрофлору шлунково-кишкового тракту. У результаті вплив на мікрофлору кишківника зводиться до мінімуму, знижується ризик розвитку антибіотикасоційованих діарей.

Аналізувався перебіг захворювання до і після курсу антибактеріальної терапії. Отримані результати оброблялися методами описової та порівняльної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення

При вивченні анамнезу встановлено, що кількість епізодів ГРЗ упродовж останнього року у дітей, що перебували під спостереженням, варіювала від 4 до 16 випадків, у середньому $6,74 \pm 0,23$ епізоди.

Як бачимо з рис. 1, найбільша кількість епізодів ГРЗ реєструвалася у дітей віком 5–7 років, а у дітей віком 14–16 років середня кількість ГРЗ була достовірно меншою ($p=0,001$).

У 2/3 дітей, що перебували під спостереженням і яких було віднесено до ДЧХ, визначалося від 4 до 7 епізодів ГРЗ на рік (рис. 2).

Таблиця 2

Хронічні вогнища інфекції верхніх дихальних шляхів, виявлені у дітей, що перебували під спостереженням

Захворювання	Вік дітей, роки									
	5-7 (n=26)		8-10 (n=29)		11-13 (n=28)		14-16 (n=21)		Усього (n=104)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Хронічний тонзиліт	9	34,62	8	27,58	10	35,71	6	28,57	33	31,73
Хронічний синусит	5	19,23	4	13,79	5	17,85	3	14,28	17	16,34
Хронічний отит	3	11,54	1	3,45	-	-	-	-	4	3,84

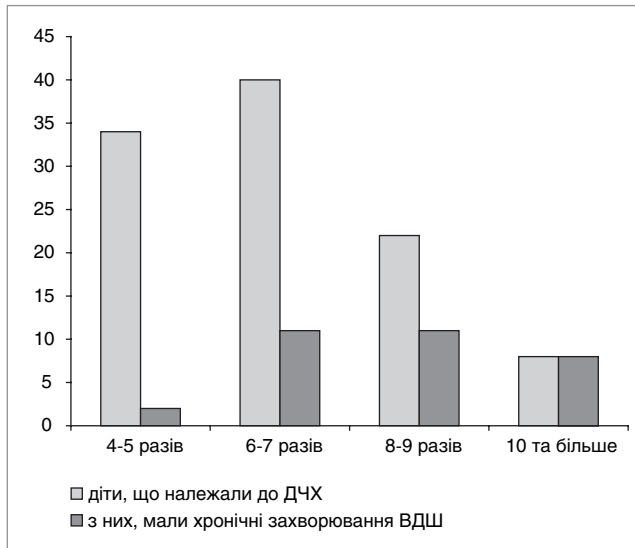


Рис. 3. Частина дітей з повторними епізодами ГРЗ

Під час вивчення анамнезу, об'єктивного дослідження хронічні вогнища інфекції ВДШ було виявлено у 33 (31,73%) дітей. Розподіл хворих за віком та виявленими хронічними захворюваннями наведений у таблиці 2.

Серед хронічних запальних захворювань ВДШ найчастіше реєструвалися хронічні запалення лімфоєпітеліального кільця Вальдейера—Пирогова (тонзиліти, аденоїдити), які було виявлено у всіх дітей, що знаходилися під спостереженням. Друге місце посіли хронічні запалення придаткових пазух — синусити (гайморити, фронтити, етмоїдити). Хронічні синусити не визначалися як самостійні захворювання, а виявлялися в частині дітей з хронічним тонзилітом. Хронічний отит було виявлено лише у 4 (3,84%) дітей, що найвірогідніше пояснюється настороженістю лікарів-педіатрів щодо цієї патології як потенційної причини приглухуватості і своєчасним скеруванням дітей під спостереження оториноларинголога.

Виявлено залежність між частотою епізодів ГРЗ за попередній рік та наявністю хронічного запалення ВДШ. Так, хронічні запальні захворювання частіше визначалися у пацієнтів з численними повторними епізодами захворювань (рис. 3).

Якщо кількість повторних епізодів ГРЗ не перевищувала п'яти разів на рік, ймовірність наявності хронічного вогнища інфекції становила всього 5,88%, при збільшенні їх кількості до 8–9 разів на рік ймовірність хронічного ураження ВДШ досягала 50%, а при кількості повторних епізодів ГРЗ 10 та більше — 100%. Виявлена закономірність дозволяє прогнозувати наявність хронічного вогнища інфекції залежно від кількості ГРЗ за попередній рік.

Повторні епізоди бронхообструкції було виявлено у 26 (25%) дітей, які виникали на тлі інших проявів ГРЗ —

підвищення температури тіла, нежиті, кашлю. Це дало підстави розцінювати їх як інфекційно-асоційовані. При проведенні спірометрії у поєднанні з тестом з бета-2-агоністом зміни в прохідності дихальних шляхів не виявлено. У 12 хворих з повторними епізодами бронхообструктивного синдрому визначалося хронічне запалення придаткових пазух (синусит).

Результати бактеріологічного обстеження наведені в таблиці 3. Усього у 55 дітей було виділено 75 штамів патогенних бактерій-збудників інфекцій дихальних шляхів. У 35 (33,65%) дітей було виділено по одному збуднику, у 20 (19,23%) хворих мало місце поєднане виділення декількох патогенів (мікст-інфекція). Патогенні бактерії було виділено у 28 (26,92%) хворих з хронічними інфекціями ВДШ, у 27 (25,96%) пацієнтів спостерігалось здорове бактеріоносійство, у тому числі у 15 (14,42%) була виявлена колонізація золотистим стафілококом.

Серед виділених збудників на першому місці був золотистий стафілокок. Враховуючи, що цей мікроорганізм є умовно-патогенним, він розглядався як потенційна причина уражень респіраторного тракту лише за наявності клінічних проявів запального процесу. Друге та третє місце посіли *Streptococcus pyogenes* та *Streptococcus pneumoniae*, які є типовими збудниками інфекцій верхніх відділів респіраторного тракту.

При визначенні чутливості виділених мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів було встановлено, що усі виділені штами *Streptococcus pyogenes* мали достатню чутливість до усього спектра препаратів, які використовувалися при проведенні дослідження (еритроміцин, ампіцилін, цефуроксим, амоксицилін/клавуланат, цефподоксим). З 13 виділених штамів *Streptococcus pneumoniae* стійкість до еритроміцину була визначена у 8 (61,53%), до ампіциліну — у 6 (46,15%), до цефуроксиму — у 4 (30,77%), до амоксициліну/клавуланату — у 2 (15,38%), водночас чутливість до цефподоксиму була абсолютною. *Moraxella catarrhalis* продемонстрував резистентність до еритроміцину, ампіциліну у 100% випадків; 8 (80%) з 10 виділених штамів були стійкими до цефуроксиму, водночас резистентність до амоксициліну/клавуланату було виявлено лише у 2 (20%) штамів збудника. Не було виявлено жодного штаму *Moraxella catarrhalis*, стійкого до цефподоксиму. Було визначено резистентність до еритроміцину у 2 (40%) із 5 виділених штамів *Haemophilus influenzae*, а також до ампіциліну в 1 (20%) штамів збудника. Резистентність штамів золотистого стафілокока до еритроміцину було визначено у 20 (80%) штамів, до ампіциліну були стійкими 18 (72%) штамів збудника, до цефуроксиму стійкість визначалася у 17 (68%) штамів, до цефподоксиму — у 10 (40%), до амоксициліну/клавуланату — у 8 (32%). Таким чином, найбільш активними препаратами щодо виділених збудників респіраторних інфекцій виявилися цефподоксим та амоксицилін/клавуланат.

За результатами досліджень було сформовано групу до проведення антибактеріальної терапії, до якої увійшли

Таблиця 3

Патогенні бактерії, виявлені в носоглотці ДЧХ, що перебували під спостереженням

Мікроорганізм	Вік дітей, роки									
	5-7 (n=26)		8-10 (n=29)		11-13 (n=28)		14-16 (n=21)		Усього (n=104)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Streptococcus pyogenes</i>	5	19,23	6	20,69	7	25,0	4	19,05	22	21,15
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	11,53	4	13,79	3	10,71	3	14,29	13	12,5
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	7,69	3	10,34	3	10,71	2	9,53	10	9,61
<i>Haemophilus influenzae</i>	2	7,69	2	6,89	1	3,57	-	-	5	4,80
<i>Staphylococcus aureus</i>	8	30,76	7	24,14	7	25,0	3	14,29	25	24,03

ДОКЦЕФ

цефподоксиму проксетил

сучасний цефалоспорин для лікування інфекцій дихальних шляхів без компромісів

✚ Нещадний до мікробів:

ключові збудники інфекцій дихальних шляхів високочутливі до цефподоксиму

✚ Лагідний до пацієнтів:

технологія «проліки» знижує ризик антибіотикасоційованих діарей

✚ Зручний для прийому:

суспензія легко дозується за допомогою спеціальної поршневої піпетки, проградуваної в кг: мама відразу відміряє разову дозу залежно від ваги дитини



ДОКЦЕФ – і все складається



- ✚ Суспензія 40 мг/5 мл 50 мл
- ✚ Суспензія 40 мг/5 мл 100 мл
- ✚ Таблетки 100 мг №10
- ✚ Таблетки 200 мг №10

Діюча речовина. Сефподоксімі. **Форми випуску.** суспензія 40 мг/5 мл по 50 мл або по 100 мл у флаконі; таблетки, 100 мг або 200 мг №10. **Показання.** Інфекції, спричинені чутливими до цефподоксиму збудниками: 1. ЛОР-органі (включаючи гострий середній отит, синусит, тонзиліт, фарингіт); препарат слід призначати для лікування хронічних або рецидивуючих інфекцій, а також у разі відомої або підозрюваної нечутливості збудника до антибіотиків, що широко застосовуються; 2. Дихальних шляхів (включаючи пневмонію, гострий бронхіт або бронхіоліт, ускладнений бактеріальною суперінфекцією); 3. Неускладнені інфекції верхніх і нижніх сечовивідних шляхів (включаючи гострий пієлонефрит і цистит); 4. Шкіри та м'яких тканин (абсцеси, целюліт, інфіковані рани, фурунколи, фолікуліт, пароніхія, карбункули і виразки). **Противопоказання.** Підвищена чутливість до препаратів групи цефалоспоринів, пеніцилінів; спадкова непереносимість галактози, дефіцит лактази або синдром мальабсорбції глюкози/галактози; фенілкетонурія. **Спосіб застосування та дози.** Примати внутрішньо під час вживання їжі. Дітям від 6 місяців до 12 років призначають суспензію у дозі 8 мг/кг маси тіла на добу (максимальна добова доза – 400 мг), яку слід застосовувати за 2 прийоми з інтервалом 12 годин (максимальна разова доза – 200 мг). Дітям від 12 років і дорослим призначають таблетки по 100-200 мг 2 рази на добу. Тривалість лікування залежить від тяжкості захворювання і визначається індивідуально. Немає потреби змінювати дози для хворих з печінковою недостатністю. При порушенні функції нирок дозу корегують в залежності від кліренсу креатиніну. Побічні реакції при лікуванні цефподоксимом виникають нечасто ($\geq 1/1000$, $< 1/100$), рідко ($\geq 1/10\ 000$, $< 1/1000$), дуже рідко ($< 1/10\ 000$). Нечасто: цефалгія. Рідко: еозинофілія, суперінфекція, спричинена деякими грибами роду *Candida*, гіперчутливість, анафілактичні реакції, периферійний набряк, збільшення маси тіла, міальгія, вертиго, діарея, біль у животі, нудота та ін. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Люпін Лімітед. Інформація призначена для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Інформацію подано в скороченому вигляді. З детальною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Р.Л. UA/12609/01/01, UA/12609/01/02 від 16.11.2012, UA/12609/02/01 від 01.02.2013.



Представництво Люпін Лімітед в Україні:
м. Київ, Харківське шосе 201-203 2А, 9 поверх,
тел.: +38 (044) 569-62-20,
www.lupin.com, www.lupinworld.com



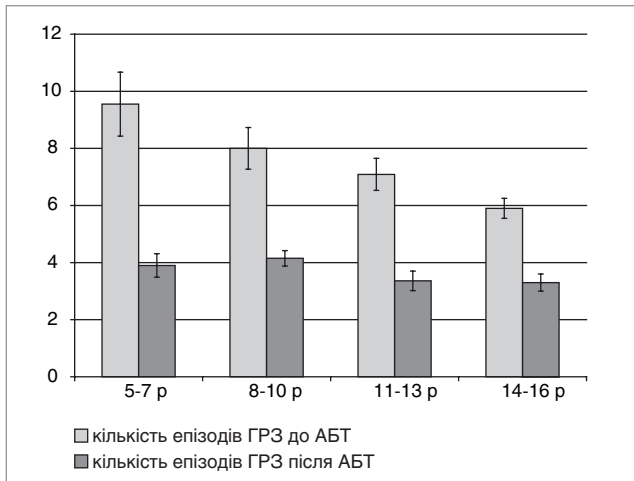


Рис. 4. Динаміка середньої кількості епізодів ГРЗ залежно від віку дітей до та після антибактеріальної терапії

33 пацієнти із хронічними ураженнями ВДШ та 12 носіїв патогенних бактерій, за винятком *Staphylococcus aureus*, усього 45 дітей. Як було заплановано, відповідно до дизайну дослідження, усі пацієнти отримували цефподоксим (Докцеф) у дозі відповідно до маси тіла упродовж 14 днів. Вибір цефподоксиму був обумовлений результатами дослідження чутливості виділених збудників до антибактеріальних препаратів. Також було враховано, що, на відміну від амоксицилін/клавуланату, цефподоксим є монокомпонентним препаратом, який приймається два рази на добу. Усі пацієнти гарно перенесли терапію, побічні ефекти не визначалися в жодній дитині.

Упродовж наступного після початку антибактеріальної терапії року у дітей було проаналізовано частоту повторних епізодів ГРЗ. Встановлено, що якщо упродовж року

до початку антибактеріальної терапії середня частота епізодів ГРЗ становила $7,69 \pm 0,42$, то після курсу цефподоксиму вона зменшилася до $3,71 \pm 0,17$ ($p < 0,01$). Динаміка середньої кількості епізодів ГРЗ залежно від віку дітей до та після антибактеріальної терапії наведена на рис. 4.

Як бачимо з рисунку, упродовж останнього року до проведення антибактеріальної терапії у дітей, що мали хронічні запальні захворювання ВДШ та/або носійство патогенних штамів бактерій в носоглотці, визначалася підвищена кількість епізодів ГРЗ. Кількість епізодів ГРЗ була вищою у дітей віком 5–7 років порівняно із пацієнтами більш старшого віку. Після проведення антибактеріальної терапії спостерігалася достовірне зниження кількості епізодів захворювань у кожній віковій групі ($p < 0,01$). Таким чином, проведення антибактеріальної терапії препаратом цефподоксим (Докцеф) виявилася ефективним заходом у зниженні захворюваності пацієнтів з групи ДЧХ.

Висновки

1. У частини дітей (31,73%) причиною частих респіраторних захворювань ВДШ є хронічні запальні захворювання верхніх відділів респіраторного тракту, що потребує уваги до цієї патології з боку лікарів-педіатрів.

2. Кокова флора (*Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae* та *Moraxella catarrhalis*) є основним збудником хронічних уражень ВДШ у дітей, що необхідно враховувати у разі призначення антибактеріальної терапії таким пацієнтам.

3. Було виявлено високу чутливість збудників, виділених з ВДШ у дітей, до цефподоксиму *in vitro*. Також цей препарат продемонстрував високу клінічну ефективність *in vivo*.

4. Двотижневий курс антибактеріальної терапії цефподоксимом (Докцеф) дозволяє санувати хронічні вогнища інфекції і, таким чином, істотно зменшити частоту епізодів ГРЗ у дітей, що часто хворіють.

ЛІТЕРАТУРА

1. Визначення сукупності клініко-лабораторних проявів бронхообструктивного синдрому при встановленні діагнозу бронхіальної астми у дітей / В. П. Костроміна, О. А. Речкіна, Л. Б. Ярошук [та ін.] // Український пульмонолог. журн. — 2012. — № 4. — С. 25–29.
2. Донецкая Э.Г., А. Клиническая микробиология: Руководство для специалистов клинической лабораторной диагностики / Э. Г. - А. Донецкая. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 480 с.
3. Проблемы и перспективы лечения острых респираторных вирусных заболеваний в педиатрии / Ершова И. Б., Кунегина Е. Н., Литус В. И., Федосеев Б. А. // Здоровье ребенка. — 2007. — № 5 (8). — С. 79–81.
4. Самсыгина Г. А. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии / Г. А. Самсыгина, Г. С. Коваль // Леч. врач., — 2009. — № 1. — С. 10–15.
5. Симованьян Э. Н. Часто болеющие дети: оптимизация программы лечения / Э. Н. Симованьян, В. Б. Денисенко, А. В. Григорян // Педиатрия. — 2007. — № 86 (4). — С. 79–85.
6. Современная терапия острых респираторных заболеваний у детей / Ковтун Т. А., Усенко Д. В., Тутельян А. В., Шабалина С. В. // Инфекционные болезни. — 2012. — № 1. — С. 74–79.
7. Сучасні підходи до діагностики, профілактики рецидивуючих і хронічних бронхітів у дітей / Антипкін Ю. Г., Арабська Л. П., Смірнова О. А. [та ін.]. — Київ : ЗАТ «Віпол», 2003. — 122 с.
8. Турчина В. Н. Антибактериальная терапия при лечении инфекций дыхательных путей у детей на амбулаторном этапе / В. Н. Турчина, Л. А. Дулькин, Н. А. Темпель // Педиатрическая фармакол. — 2014. — № 3. — С. 6–69.
9. Учайкин В. Ф. Керівництво з інфекційних захворювань у дітей / В. Ф. Учайкин. — Москва : ГЕОТАР Медицина, 1998. — 700 с.
10. Aggarwal A1. Cefpodoxime — utility in respiratory tract infections and typhoid fever / A1. Aggarwal, S. Rath // Indian J. Pediatr. — 2004. — Vol. 71 (5). — P. 413–415.
11. Bergogne-Berezin E. Cefpodoxime proxetil in upper respiratory tract infections / E. Bergogne-Berezin // Drugs. — 1991. — Vol. 42, Suppl 3. — P. 25–33.
12. Nelson textbook of pediatrics, twentieth edition 2016 Elsevier, 3473p.

Значение антибактериальной терапии в лечении детей с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей

А.А. Руденко¹, О.А. Юхименко¹, Н.А. Зелена², И.А. Тарасова², А.А. Слюсарев³, Д.В. Самарин⁴, Е.А. Ракша-Слюсарева⁴, С.А. Писоцкая⁴, О.Ю. Степанищенко⁴

¹ ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины», г. Киев

² КНП «Центр первичной медико-санитарной помощи № 1 Святошинского района г. Киева», Украина

³ Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

⁴ ПВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ»

Проведено исследование роли рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей (ВДП) в формировании группы часто болеющих детей (ЧБД). Изучена эффективность использования пролонгированного (14-дневного) курса антибактериальной терапии цефподоксимом (Докцеф) в лечении детей с рецидивирующими инфекциями ВДП. Показано, что рецидивирующие инфекции ВДП встречаются более чем у трети ЧБД. Проведение пролонгированной антибактериальной терапии позволяет существенно уменьшить у них частоту рецидивов заболеваний ВДП. Таким образом, при проведении дифференциальной диагностики у пациентов группы ЧБД необходимо учитывать хронические воспалительные заболевания ВДП, как потенциальную причину заболевания, и назначать в случае необходимости достаточно продолжительные курсы антибактериальной терапии.

Ключевые слова: дети, респираторные инфекции, антибактериальная терапия.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.7(71):80-85; doi10.15574/SP.2015.71.80

Importance antibiotic therapy in treating children with recurrent upper respiratory tract infections

Rudenko A.A.¹, Yukhimenko O.A.¹, Zelena N.A.², Tarasova I.A.², Slyusarev O.A.³, Samarina D.V.⁴, Raksha-Slyusareva E.A.⁴, Pisotska S.A.⁴, Stepanyschenko O.Yu.⁴

¹ SI «L.V. Gromashevskiy Institute of Epidemiology and Infectious Diseases NAMS of Ukraine»

² DC «Primary Health Care Center № 1 of Sviatoshynskiy district. Kyiv»

³ M. Gorkiy Donetskyy National Medical University.

⁴ PHEI «Kyiv Medical University UANM»

A study of the role of recurrent infections of the upper respiratory tract (URTI) in the formation of often ill children (OIC). The efficiency of the use of prolonged (14 day) course of antibacterial therapy with cefpodoxime (Dokcef) in the treatment of children with recurrent URTI. It is shown that recurrent URTI meet more than a third of OIC. Conducting prolonged antibiotic therapy can significantly reduce the frequency of recurrence of URTI in OIC. Thus, in the differential diagnosis in OIC patients must be considered a chronic inflammatory disease of the upper respiratory tract, as a potential cause of the disease and, if necessary, appoint a sufficiently long course of antibiotic therapy.

Key words: children, respiratory infections, antibacterial therapy.

Сведения об авторах:

Руденко Антонина Алексеевна — д.мед.н., проф. ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. М. Амосова, 5.

Юхименко Ольга Алексеевна — к.мед.н., ст.н.с., зав. научно-организационным отделом ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. М. Амосова, 5.

Зелена Наталья Андреевна — зам. директора по охране детства КНП «Центр первичной медико-санитарной помощи № 1 Святошинского района г. Киева». Адрес: Вербицкого, 5.

Тарасова Ирина Анатольевна — врач общей практики — семейной медицины КНП «Центр первичной медико-санитарной помощи № 1 Святошинского района г. Киева». Адрес: Вербицкого, 5.

Слюсарев Алексей Аркадиевич — к.мед.н., доц., зав. каф. медицинской биологии, микробиологии, вирусологии и иммунологии Донецкого Национального медицинского университета им. М. Горького. Адрес: Донецкая обл., г. Красный Лиман, ул. Кирова, 27.

Самарин Дмитрий Викторович — д.мед.н., проф., зав. каф. педиатрии ПВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ». Адрес: г. Киев, ул. Л. Толстого, 9.

Ракша-Слюсарева Елена Анатольевна — к.мед.н., д.б.н., проф., Учений секретарь ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. М. Амосова, 5.

Писоцкая Стalina Артемовна — к.мед.н., доц. каф. педиатрии ПВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ». Адрес: г. Киев, ул. Л. Толстого, 9.

Степанищенко Олеся Юрьевна — зав. амбулатории общей практики - семейной медицины КНП «Центр первичной медико-санитарной помощи № 1 Святошинского района г. Киева». Адрес: Вербицкого, 5.

Статья поступила в редакцию 4.11.2015 г.