

ПЕРОРАЛЬНЫЕ ЦЕФАЛОСПОРИНЫ III ПОКОЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра болезней уха, горла и носа педиатрического факультета РГМУ, Москва

В настоящее время самыми распространенными острыми инфекционно-воспалительными заболеваниями ЛОР-органов детского возраста являются острые средние отиты и острые риносинуситы.

До 95% детей переносят хотя бы один эпизод острого среднего отита за первые 7 лет жизни, а 17,3% детей переносят три и более эпизодов этого заболевания. Нельзя не отметить, что причиной развития сенсоневральной тугоухости у взрослых в 25,5% случаев является перенесенный в детстве острый средний отит [1, 2].

Острые риносинуситы также часто встречаются у детей раннего возраста — это острые гаймориты и гайморозтмоидиты. В нашей практике на базе ЛОР-отделения Морозовской детской городской больницы Москвы мы наблюдали случай тяжелого риносинусита у ребенка в раннем неонатальном периоде (в 6-дневном возрасте). Острые риносинуситы могут протекать в виде катаральной и гнойной формы заболевания.

Общепринято антибактериальное лечение острых инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов. Однако эмпирический выбор антибиотика и пути его введения у больных острыми отитами и риносинуситами до настоящего времени являются дискуссионными проблемами в детской оториноларингологической практике.

Как известно, неадекватный выбор антибиотика, использование нерациональных режимов дозирования способствуют хронизации воспалительного процесса, ведут к увеличению продолжительности лечения и возрастанию затрат на оказание медицинской помощи. Оценивая классические способы введения антибиотиков, а именно парентеральный и пероральный, в ряде случаев у детей следует отдать предпочтение именно пероральному пути, как естественному, наиболее щадящему и исключая психотравмирующий эффект. Большое значение имеет создание новых пролонгированных форм антибиотиков, отличающихся продолжительностью антимикробного эффекта в течение 12–24 ч, которые обладают широким спектром действия и низкой токсичностью, что очень важно для детей, особенно раннего возраста. Кроме того, эти пероральные антибиотики можно применять как в стационарных, так и амбулаторных условиях лечения, тем самым исключая необходимость инъекционного введения препаратов и уменьшая нагрузку на медицинский персонал. Безусловен тот факт, что оральный путь применения антибиотиков показан при легких и средне-тяжелых формах инфекционно-воспалительных заболеваний.

Среди современных пероральных антибиотиков следует обратить внимание на Супракс (цефиксим) — оральный полусинтетический антибиотик из группы цефалоспоринов III поколения. Супракс характеризуется широким спектром антибактериального действия, высокой эффективностью в отношении чувствительных микроорганизмов, отличным профилем безопасности, удобным приемом — 1 раз в сутки, разрешен к применению у детей, начиная с 6-месячного возраста.

Супракс является бактерицидным антибиотиком. Механизм его антимикробного действия обусловлен ингибированием синтеза пептидогликана — основного структурного компонента клеточной стенки бактерий. Препарат устойчив к действию β-лактамаз, активен по отношению ко многим грамположительным и грамотрицательным микроорганизмам.

Перечисленные выше характеристики препарата Супракс (цефиксим) позволяют считать, что его применение в детской оториноларингологической практике у больных острыми средними отитами и острыми риносинуситами будет способствовать гладкому неосложненному течению острых инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов и предотвращать хронизацию патологического процесса. По данным литературы [3, 4], основными препаратами для лечения бактериальных инфекций, вызывающих патологию ЛОР-органов, должны быть β-лактамы антибиотиков. Учитывая микробный спектр острой гнойно-воспалительной патологии ЛОР-органов, цефиксим (Супракс) может служить препаратом выбора для лечения этой категории пациентов.

Целью настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности препарата Супракс для лечения детей раннего возраста, страдающих острым средним отитом и острыми риносинуситами.

Нами проведено клиническое исследование, включавшее 30 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, из них 18 детей, страдающих острым средним отитом (гнойный средний отит у 7 и катаральный средний отит у 11 детей); 7 детей — острым гайморитом и 5 детей — гайморозтмоидитом. В табл. 1 представлен возрастной состав наблюдавшихся больных. Как видно из табл. 1, преобладали дети в возрасте 2–3 лет.

Таблица 1

Распределение наблюдавшихся больных по возрасту

Возраст	6 мес–1 год	1–2 года	2–3 года
Число детей	3	5	22

Критериями включения в исследование было наличие следующих клинических симптомов острого среднего отита:

- заложенность уха;
- жалобы на боль в ухе или выраженная болезненность при надавливании на козелок;
- при гнойном среднем отите — гнойное отделяемое из уха;
- повышение температуры тела выше 37,5°С;
- симптомы общей интоксикации;
- понижение слуха;
- отоскопическая картина воспаления барабанной перепонки.

При остром риносинусите критериями включения в исследование являлись следующие симптомы:

- заложенность носа;
- гнойные или слизисто-гнойные выделения из носа;
- повышение температуры тела более 37,0° С;
- боль или болезненность при пальпации стенок синуса;
- признаки общей интоксикации;
- снижение пневматизации или полное затемнение синусов по данным рентгенологического исследования околоносовых пазух.

Все дети наблюдались и лечились в ЛОР-отделении Морозовской детской городской клинической больницы с января по апрель 2008 г. Длительность заболевания до начала применения Супракса колебалась от 1 до 10 дней. До госпитализации 8 пациентам проводилось лечение другими антибиотиками (ампициллин+оксациллин, амоксициллина клавуланат, линкомицин и др.). Переход на прием Супракса (цефиксим) был обусловлен неэффективностью предшествующего антибактериального лечения.

В процессе лечения дети принимали Супракс внутрь в виде суспензии в возрастной дозировке (8 мг/кг массы тела — от 2,5 до 5 мл) 1 раз в сутки в течение 7–10 дней. Кроме того, проводили местное лечение острого среднего отита и острых риносинуситов.

У всех включенных в исследование детей отмечались классические клинические симптомы инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов. У больных острым средним отитом выявлена характерная отоскопическая картина заболевания. У детей с острыми риносинуситами диагноз был подтвержден рентгенологически.

При микробиологическом исследовании отделяемого из уха или носа была выделена разнообразная микробная флора, представленная в табл. 2.

Как видно из табл. 2, инфекционно-воспалительные заболевания ЛОР-органов у наблюдаемых больных были обусловлены как грамотрицательными, так и грамположительными возбудителями, входящими в спектр антимикробного действия Супракса.

После проведенного курса лечения Супраксом были получены следующие результаты:

- значительное улучшение в процессе лечения — 63,3% (19 детей);

Таблица 2

Результаты микробиологических исследований у наблюдаемых детей с острым средним отитом и острыми риносинуситами

Возбудители	Количество случаев (%)
Острый средний отит (n=18)	
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	5 (27,8)
<i>Haemophilus influenzae</i>	4 (22,2)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2 (11,1)
β-гемолитический стрептококк группы А	3 (16,7)
<i>Staphylococcus aureus</i>	2 (11,1)
Посевы роста не дали	2 (11,1)
Острые риносинуситы (n=12)	
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	4 (33,3)
<i>Haemophilus influenzae</i>	3 (25,0)
<i>Streptococcus pyogenes</i>	2 (16,7)
Посевы роста не дали	3 (25,0)

- улучшение в процессе лечения — 20% (6 детей);
- незначительное улучшение в процессе лечения — 10% (3 ребенка);
- отсутствие улучшения от лечения — 6,7% (2 ребенка).

Таким образом, положительный клинический эффект от применения Супракса получен у 93% детей раннего возраста, больных острым средним отитом и острыми риносинуситами. Только у 2 детей не было отмечено улучшения состояния на фоне лечения Супраксом. Полученные результаты оценки клинической эффективности препарата Супракс в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов у детей раннего возраста свидетельствуют о его высокой эффективности у этой категории больных.

Наблюдаемые больные раннего возраста хорошо переносили Супракс: отсутствие каких-либо побочных явлений наблюдали у 29 (96,7%) детей; только у одного ребенка возникла аллергическая реакция в виде кожной сыпи, потребовавшая отмены препарата.

Следует подчеркнуть, что Супракс удобен для применения (суспензия с приятным вкусом, однократно в сутки независимо от приема пищи), маленькие пациенты принимают его с удовольствием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Scott EG, Powell KR. Acute Otitis Media. Infect. Med. 2003; 20 (5): 224–229.
2. Berman S. Otitis Media in Children. N. Engl. J. Med. 1995; 332(23): 1560–1565.
3. Ludwig E, Thege MK, Arr M, Kovacs G. Resistance of

Some Selected Pathogens to Antimicrobials in Hungary. Int. J. of Antimicrob. Agents. 1995; 6 (2): 99–102.

4. Гуров А.В. Супракс в лечении острой гнойной патологии ЛОР-органов. РМЖ. 2007; 15(18): 1343.

