

Т.Г. Маланичева, Н.В. Зиатдинова, Л.Ф. Ахмадиева

Казанский государственный медицинский университет

Особенности терапии рецидивирующих бронхитов у часто болеющих детей с грибковой и бактериальной колонизацией носоглотки

Контактная информация:

Маланичева Татьяна Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии с курсом детских болезней лечебного факультета КГМУ

Адрес: 420012, Казань, ул. Бутлерова, д. 49, тел.: (843) 268-58-21

Статья поступила: 16.10.2009 г., принята к печати: 07.12.2009 г.

Обследовано 90 часто болеющих детей в возрасте от 3 до 7 лет с рецидивирующим бронхитом. У 53 (59%) из них обнаружена колонизация слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* и *Staphylococcus aureus*. В составе комплексной терапии бронхита у 33 детей применили антибиотик фузафунгин (Биопарокс), характеризующийся высокой антимикробной активностью в отношении *S. aureus* и грибов *Candida* (по 4 ингаляции через нос и 4 ингаляции через рот 4 раза в сутки 7–10 дней). Группу сравнения составили 20 детей, получавших традиционное лечение заболевания. Выявлено, что комплексное лечение детей с применением препарата фузафунгин дает терапевтический эффект в 79% случаев. Это проявляется сокращением длительности обострения в 1,8 раза и продлением ремиссии в 2 раза на фоне отрицательных результатов культурального микологического и бактериологического исследования. Указанное комплексное лечение с назначением препарата фузафунгин может быть широко использовано у часто болеющих детей с рецидивирующим бронхитом, ассоциированным с грибами рода *Candida* и *S. aureus*.

Ключевые слова: часто болеющие дети, рецидивирующий бронхит, грибы *Candida*, *Staphylococcus aureus*, фузафунгин.

Рецидивирующий бронхит — распространенная форма патологии органов дыхания у детей, являющаяся следствием особого реагирования детского организма на инфекцию и влияния окружающей среды [1–3]. Такой диагноз оправдан у большинства детей в возрасте от 1 года до 6 лет, состоящих на диспан-

серном учете как часто болеющие (ЧБД) острыми респираторными инфекциями (ОРИ) [4]. Из всех случаев ОРИ у детей на долю ЧБД приходится до 68–75% [5]. У ЧБД острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) нередко сопровождаются развитием осложнений. Эти пациенты многократно в течение года лечат-

T.G. Malanicheva, N.V. Ziatdinova, L.F. Ahmadiyeva

Kazan' State Medical University

Peculiarities of treatment of recurrent bronchitis in frequently ailing children with fungal and bacterial colonization of nasopharynx

90 frequently ailing children (FAC) under the age 3–7 years old with recurrent bronchitis were observed. In 53 (59%) of them a colonization of mucous tunica with *Candida* and *Staphylococcus aureus* was revealed. The complex treatment of bronchitis in 33 children included fusafungine (Bioparox), having high activity against *S. aureus* and *Candida* (4 nasal and 4 oral inhalations 4 times daily during 7–10 days). The control group contained 20 children, receiving traditional treatment. It was shown that complex treatment with fusafungine is effective in 79% of cases. The duration of exacerbation was decreased 1.8 times lower and the remission was prolonged two times longer on the basis of negative results of cultural mycological and bacteriological tests. Described complex treatment with fusafungine can be widely used in FAC with recurrent bronchitis, associated *Candida* and *S. aureus*.

Key words: frequently ailing children, recurrent bronchitis, *Candida*, *Staphylococcus aureus*, fusafungine.

ся антибактериальными препаратами, что оказывает влияние на микробиоценоз носо- и ротоглотки. При обследовании ЧБД часто обнаруживают интенсивную микробную колонизацию слизистых оболочек грибами рода *Candida*, стафилококками, гемофильной палочкой типа b, моракселлой катаралис и грамотрицательными микроорганизмами [6]. Учитывая приведенные выше факты, целью настоящего исследования стало изучение состава грибковой и бактериальной микрофлоры носоглотки у ЧБД с рецидивирующими бронхитами для совершенствования методов их лечения.

Под наблюдением находилось 90 детей с рецидивирующим бронхитом в возрасте от 3 до 7 лет. Эпизоды бронхита повторялись 2–3 раза в год в течение 1–2 лет на фоне ОРВИ. Все пациенты состояли на диспансерном учете в группе ЧБД. Мальчики составили 52%, девочки — 48%. При включении в исследование всем пациентам проведены углубленные клинические и параклинические обследования с анализом общего и биохимического состава крови и мочи, по показаниям — проводили рентгенографию органов грудной клетки, а также анализ микробиоценоза носоглотки с помощью культурального микологического и бактериологического методов. Анализ данных показал, что у 53 (59%) обследованных детей выявлена колонизация слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *Staphylococcus aureus*. У детей с наличием грибково-бактериальной ассоциации течение рецидивирующего бронхита носило затяжной характер, симптомы при обострении становились мучительными, формировалась устойчивость к традиционной терапии заболевания. Это потребовало совершенствования лечения и назначения препаратов с антимикробным действием, оказывающих влияние на грибковый и стафилококковый компоненты. К таким препаратам относится топический антибиотик фузафунгин (Биопарокс, Сервье, Франция), оказывающий действие на грибы рода *Candida*, а также имеющий антибактериальный эффект, в том числе на *S. aureus*, и выраженное противовоспалительное действие.

Для изучения эффективности антибиотика в составе комплексной терапии рецидивирующих бронхитов у ЧБД пациенты с колонизацией слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *S. aureus* были разделены на 2 группы. В 1-ю, основную, группу вошли 33 ребенка, получающих топический антибиотик фузафунгин (по 4 впрыскивания в каждую ноздрю и 4 впрыскивания через рот 4 раза

в сутки в течение 7–10 дней) в сочетании с традиционной терапией бронхита (патогенетическая терапия — фенспирид по 4 мг/кг массы тела в сутки в течение 10–14 дней, симптоматическая терапия — муколитические препараты при наличии мукостаза, а также немедикаментозные методы лечения — ингаляции, обильное питье, кинезитерапия, массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика). Во 2-ю, контрольную, группу вошли 20 ЧБД с рецидивирующим бронхитом, с колонизацией слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *S. aureus*. Им проводилась только традиционная терапия бронхита, которая существенно не отличалась от таковой в первой группе. Сравнимые группы специально подбирались и были однородные по полу, возрасту и выраженности клинических симптомов заболевания (выраженность кашля, хрипов, интоксикации).

После завершения курса лечения всем детям проводилось повторное клиническое обследование и микробиологическое исследование слизистой оболочки носоглотки. В дальнейшем пациенты находились под наблюдением в течение 10 мес для контроля длительности ремиссии.

Клиническую эффективность антимикробной терапии в комплексном лечении рецидивирующего бронхита у ЧБД оценивали на основании общего терапевтического эффекта: по проценту больных с положительным эффектом лечения (купирование кашля на 10–15 день от начала лечения, исчезновение хрипов на 5–7 день), а также средней длительности периода обострения и стадии ремиссии. Анализ клинической эффективности показал, что у больных основной группы общий терапевтический эффект регистрировался в 3,3 раза чаще, чем в группе сравнения (см. табл.). Кроме того, применение фузафунгина привело к сокращению длительности периода обострения в 1,8 раза. Устранение кашля к 7-му дню от начала терапии отмечено у 45% пациентов (в контрольной группе — только у 10%; $p < 0,05$). Купирование хрипов на 5-й день от начала лечения в основной группе произошло в 55% случаев, в контрольной — только у 15% детей ($p < 0,05$). У ЧБД, получавших в составе комплексной терапии фузафунгин, было отмечено сокращение потребности назначения системных антибиотиков; детям основной группы системные антибиотики были назначены в 9% случаев, в контрольной группе — каждому четвертому ребенку (рис.).

В целом, проведенное исследование показало высокую клиническую эффективность препарата Биопарокс в ком-

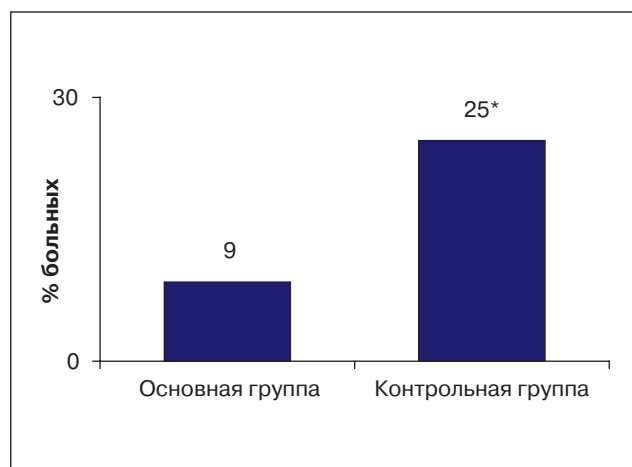
Таблица. Эффективность топической антимикробной терапии у ЧБД с рецидивирующим бронхитом, ассоциированным с грибами рода *Candida* и *S. aureus*

Группа	ОТЭ, %	Средняя длительность обострения, дни	Средняя длительность ремиссии, мес
Контрольная (n = 20)	30,0	26 ± 3,6	4,0 ± 3,2
Основная (n = 33)	78,8*	14 ± 3,9*	8,0 ± 3,7*

Примечание.

* $p < 0,05$ — по сравнению с показателем в контрольной группе.

Рис. Потребность в системных антибиотиках у ЧБД с рецидивирующим бронхитом в зависимости от вида терапии



Примечание.

* $p < 0,05$ — по сравнению с показателем в основной группе.

плексной терапии рецидивирующего бронхита у ЧБД с колонизацией слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* и *S. aureus*. Это проявилось в сокращении периода обострения, более быстром купировании симптомов заболевания (кашля, хрипов в легких) и сокращении длительности применения антибиотиков.

Изучение долгосрочных результатов проводимой терапии, по данным клинического наблюдения за детьми в течение 10 мес, показало, что ремиссия в основной группе была вдвое продолжительней, чем в группе сравнения ($p < 0,001$; см. табл.). Продолжительность ремиссии в основной группе ЧБД от 4 до 6 мес отмечена у 21%, от 7 до 9 мес — у 46%, более 9 мес — у 33% детей (в контрольной группе — соответственно, в 75, 20 и 5% случаев). После завершения лечения в основной группе результаты микробиологического исследования слизистой оболочки полости носа на наличие грибов рода *Candida* были отрицательными в 79% случаев, на наличие *S. aureus* — у 88% детей.

Таким образом, у ЧБД с рецидивирующим бронхитом в 59% случаев выявляется колонизация слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *S. aureus*. Комплексная терапия таких пациентов с применением топического антимикробного препарата Биопарокс (фузафунгин) приводит к успешному терапевтическому эффекту почти у 80% детей. Этот эффект проявляется сокращением периодов обострения и увеличением продолжительности ремиссии на фоне отрицательных результатов культурального микологического и бактериологического исследования слизистой оболочки носоглотки на грибковую и бактериальную микрофлору. Указанный способ терапии может быть использован для лечения ЧБД с рецидивирующим бронхитом, ассоциированным с грибами рода *Candida* и *S. aureus*.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бронхиты у детей. Пособие для врачей / Под ред. В.К. Таточенко. — М., 2004. — 95 с.
2. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика». — М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка. — 2002. — 70 с.
3. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения (пособие для врачей). — М: РГМУ. — 2005. — 48 с.
4. Волков И.К. Часто болеющие дети: дифференциальная диагностика и терапия / Российский аллергологический журнал. — М.: Фармарус Принт, 2006. — С. 48–63.
5. Беляева Л.С., Белясинская Г.Л., Вавилова В.П. и др. Современные подходы к лечению и оздоровлению часто болеющих детей. Медицинские технологии. — М.: Агентство медицинского маркетинга, 2006. — 46 с.
6. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / Под ред. Г.А. Самсыгиной. — М.: Миклош, 2006. — 279 с.

Информация для педиатров



МРТ

Исследование проводится на современном томографе 1,5 Тесла с высоким разрешением (8 каналов).

Для детей и взрослых пациентов:

- МРТ головного мозга.
- МРТ спинного мозга и позвоночника с возможностью визуализации сосудов шеи.
- МР ангиография головного мозга (как с контрастным усилением, так и без введения контрастного препарата).

- МРТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства.
- МРТ малого таза.
- МРХПГ — неинвазивная безконтрастная визуализация билиарной системы.
- МР урография — неинвазивная безконтрастная визуализация чашечно-лоханочной системы, мочеточников и мочевого пузыря.
- МРТ суставов.
- МРТ детям раннего возраста с анестезиологическим пособием (применение масочного наркоза для медикаментозного сна).

Кроме того, проводятся исследования минеральной плотности костной ткани на современном денситометре Lunar Prodigy:

- Денситометрия поясничного отдела позвоночника.
- Денситометрия тазобедренных суставов.
- Денситометрия предплечья.
- Денситометрия по программе Total Body.

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62.

Отдел лучевой диагностики КДЦ НИИ Профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН

Тел.: 8 (499) 134-10-65.