

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАВОМЕДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

Инга Мамучишвили, Доктор Медицинских Наук Педиатрическая клиника им. Братя Зубалашвили

Инфекционно-воспалительные заболевания респираторного тракта составляют значительную долю в структуре детской инфекционной патологии. Одной из частых форм поражения органов дыхания является острый бронхит.

Основным симптомом острого бронхита является кашель, в начале обычно сухой, сменяющийся через 1-2 дня влажным с увеличивающимся количеством мокроты. Мокрота чаще слизистая, на 2-й неделе может иметь зеленоватый цвет (примесь фибрина), что не является признаком микробного воспаления.

Кашель длится обычно 2 недели. При бронхите выслушиваются диффузные сухие и крупно- и среднепузырчатые, реже мелкопузырчатые хрипы, меняющиеся при кашле. Перкуторные изменения отсутствуют. Гематологические сдвиги при бронхите непостоянны.

Целью нашего исследования являлось изучение клинической эффективности и безопасности препарата Клавомед в комплексной терапии простого бронхита, развивающегося у детей на фоне ОРВИ. Наиболее часто возбудителями простого острого бронхита являются: золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк, *H. influenzae*, иногда - кишечная флора. В предыдущие годы для борьбы с этими возбудителями использовались природные пенициллины.

Общие недостатки природных пенициллинов:

- неширокий спектр антимикробного действия
- относительно высокая частота побочных эффектов
- короткий период полувыведения
- неуклонное повышение частоты выработки резистентных штаммов, среди ранее чувствительных к природным пенициллинам микроорганизмов.

Отмеченные недостатки природных пенициллинов в значительной мере касаются и полусинтетических пенициллинов.

"Защищенные" пенициллины – комбинация аминопенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз (амоксициллин+клавулановая кислота, ампициллин+сульбактам). "Защищенные" пенициллины активны в отношении пневмококка, бета-гемолитического стрептококка, гемофильной палочки и т.д. Под нашим наблюдением находились 45 детей (19 мальчиков и 26 девочек) в возрасте с 1 года до 6 лет с диагнозом острого бронхита. У всех находящихся под наблюдением детей ОРВИ осложнился острым бронхитом. Заболевание длилось 7-9 дней, сопровождалось фебрильной температурой, влажным кашлем, изменением аускультативных данных: мелко-, средне- и крупнопузырчатые влажные хрипы. Отмечалось усиление бронхолегочного и сосудистого рисунка и расширение корня легких.

В гемограмме лейкоцитоз и повышение РОЭ. Также во всех случаях нами было проведена бактериоскопия мокроты, окрашенной по Грамму. Грамположительные микроорганизмы окрашивались в сине-фиолетовые тона. Это исследование позволяет ориентировочно определить принадлежность возбудителя к грамположительным или грамотрицательным микроорганизмам, что в определенной мере облегчает выбор антибиотика.

Клавомед содержит клавулановую кислоту, которая получается ферментацией *streptomyces clavuligerus*. Клавулановая кислота необратимо связывается с бактериальными бета-лактамазами, предотвращает ферментную инактивацию бета-лактамного кольца амоксициллина.

Спектр антимикробной активности Клавомеда: грам (+) и грам (-) аэробы.

Клавомед во всех случаях был назначен комплексно с отхаркивающими и симптоматическими средствами по возрастной дозировке (каждые в 5 мл суспензии Клавомеда содержит 312,5 мг активного вещества) в течение 5-7 дней. Регуляция температуры тела, уменьшение симптомов кашля и разжижение мокроты отмечалось уже на 3-4-ый день от начала применения Клавомеда.

На фоне проводимой комплексной терапии отмечалась положительная динамика клинических проявлений острого бронхита.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что использование стартового антибиотика Клавомеда является высокоэффективным и безопасным методом лечения осложненного острого бронхита.