

Гострі респіраторні інфекції у дітей: коли призначати антибіотик і як його обирати?

Питання раціональної антибіотикотерапії протягом останніх років набуло без перебільшення глобального значення. Жодна науково-практична конференція міжнародного та всеукраїнського рівня, в тому числі і педіатричного спрямування, не обходиться без обговорення проблем, пов'язаних із застосуванням антибіотиків та з антибіотикорезистентністю. Зниження чутливості мікроорганізмів до наявних протимікробних препаратів потребує не так синтезу нових молекул, як зміни терапевтичної стратегії при інфекційних захворюваннях та обґрунтованого призначення лікарських засобів із високою ефективністю та безпекою, доведеною у ході контрольованих клінічних досліджень і перевіреною багаторічною репутацією. Безумовно, ці питання вкрай актуальні у педіатричній практиці.

Ураження дихальних шляхів залишаються домінуючою патологією в структурі загальної захворюваності дитячого населення України, а гострі респіраторні інфекції становлять близько 90% усіх інфекційних захворювань у дітей. Висока поширеність інфекційних захворювань потребує впровадження чіткого й обґрунтованого загальноновживаного алгоритму ведення пацієнтів із ними. Це могло б вирішити глобальну проблему усього людства – сповільнити темп підвищення антибіотикорезистентності основних збудників інфекційних захворювань. За прогнозами експертів, при збереженні нинішньої тенденції вже з 2050 р. антибіотикорезистентність стане причиною смерті 10 млн осіб щороку (J. O'Neill, 2014).

Зниження чутливості мікроорганізмів до наявних антибіотиків сьогодні є результатом необґрунтованого призначення цих препаратів. Для уникнення подальшого зростання масштабів проблеми антибіотикорезистентності необхідно чітко розділяти етіологічні фактори інфекційної патології. Добре відомо, що близько 80% випадків гострої респіраторної інфекції викликані вірусними збудниками: 40% – риновірусами, 10% – коронавірусами, 30% – вірусом простого герпесу, цитомегаловірусом, неідентифікованими штамми і тільки 10% – вірусами грипу, парагрипу, аденовірусами та респіраторно-синцитіальним вірусом (М.Є. Маменко, 2018). Бактеріальні ураження дихальних шляхів у дітей провокують типові й атипові патогенні мікроорганізми. До типових бактеріальних збудників належать *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, до атипових – *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*. Не слід виключати також імовірність грибкового ураження дихальних шляхів, зокрема викликаного представниками грибів роду *Candida*.

Такий розподіл основних збудників гострої респіраторної інфекції у дітей потребує від лікаря проведення покрокової диференційної діагностики, яка має базуватися на чинних вітчизняних і міжнародних протоколах. Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 29.12.2016 № 1422, українські фахівці у своїй практичній діяльності можуть користуватися міжнародними протоколами, які ґрунтуються на даних доказової медицини. Впровадження цього документа значно розширило можливості лікарів і покращило якість надання медичної допомоги населенню.

У випадку вірусної етіології гострої респіраторної інфекції лікування педіатричних пацієнтів включає базисні заходи (постільний режим, молочно-рослинна дієта, підтримка оптимальної температури та вологості повітря, адекватна регідратація організму) та симптоматичну терапію.

Застосування антибактеріальних засобів є обґрунтованим винятково у тих випадках, коли у виникненні гострої респіраторної інфекції у конкретної хворої дитини доведена роль бактеріального збудника. Відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респіраторні інфекції», затвердженого наказом МОЗ України від 16.07.2014 № 499, антибіотики слід призначати негайно у разі тяжкого стану хворого, наявності симптомів та ознак серйозного захворювання та/або ускладнення (пневмонія, мастоїдит, перитонзиллярний абсцес, перитонзиллярна флегмона, внутрішньоочні або внутрішньочерепні ускладнення), пацієнтам, які належать до групи високого ризику розвитку тяжких ускладнень через супутні хвороби (хвороби серця, легень, нирок, печінки, нервово-м'язового апарату, імуносупресія, муковісцидоз; дітям перших місяців життя, які народилися недоношеними), дітям віком до 2 років з двобічним середнім отитом; дітям з отореєю, що стала наслідком гострого середнього отиту; пацієнтам з гострим боєм у горлі/гострим тонзилітом за наявності трьох критеріїв Сентора або більше

(набряклість мигдаликів і наявність на них ексудату; збільшені та болючі передньошийні лімфатичні вузли; лихоманка >38 °С в анамнезі; відсутність кашлю). Доцільність призначення протимікробних засобів при гострому риносинуситі обґрунтована в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит», затвердженому наказом МОЗ України від 11.02.2016 № 85. На користь бактеріального генезу гострого риносинуситу свідчить наявність мінімум трьох симптомів із переліку: переважно одностороннє виділення з носа з домішками гною (виявленого при риноскопії), локальний односторонній біль, лихоманка, неспецифічні зміни лабораторних показників (підвищення швидкості осідання еритроцитів, рівня С-реактивного білка), перебіг захворювання у дві фази (погіршення стану пацієнта після первинно більш легкої стадії).

Після підтвердження у дитини діагнозу бактеріального ураження дихальних шляхів дуже важливо обрати оптимально ефективний у цьому клінічному випадку протимікробний засіб. У педіатричній практиці для лікування пацієнтів з гострою респіраторною інфекцією найчастіше використовують пеніциліни, макроліди, цефалоспорины. Для обрання правильної терапевтичної тактики необхідно звернутися до авторитетних міжнародних публікацій, що ґрунтуються на даних доказової медицини.

Абсолютним показанням для проведення антибіотикотерапії у дітей є негоспітальна пневмонія. Верифікація цього діагнозу у педіатричного пацієнта потребує настороженості лікаря, адже за відсутності адекватного лікування ця патологія становить велику загрозу для життя дитини. Найчастішими збудниками типової негоспітальної пневмонії у дітей є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, а також віруси (насамперед вірус грипу). Це захворювання слід запідозрити у дитини у разі наявності кашлю, болю у грудній клітці чи животі, тривалої лихоманки впродовж останніх 3 днів і довше, лейкоцитозу (вище $15 \times 10^9/\text{л}$) за відсутності проявів катарального синдрому, а також при виявленні патологічних змін легеневої тканини під час обстеження пацієнта (дані аускультативні – асиметричне дихання, ослаблене везикулярне або бронхіальне дихання, відсутність дихальних шумів, локальні хрипи; дані перкусії – притуплення перкуторного звуку над зоною ураження; дані інструментальних методів дослідження – інфільтрація легеневої тканини). Негоспітальну пневмонію з типовим перебігом частіше діагностують у дітей віком до 5 років.

Атипова пневмонія, яку спричиняють *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila* тощо, зазвичай виникає у дітей старше 5 років. Як правило, вона перебігає у легшій формі, без виражених симптомів інтоксикації та лихоманки.

При виборі оптимального протимікробного засобу слід переконатись, чи він відповідає таким критеріям: ефективність проти більшості збудників захворювання, підтверджена клінічно та бактеріологічно, високий профіль безпеки при застосуванні у педіатричних пацієнтів, зручна лікарська форма, доступність. У педіатричній практиці почесну нішу займають пеніциліни. Згідно з рекомендаціями провідних міжнародних організацій (Британського торакального товариства, Американського товариства дитячих інфекційних захворювань, Американського товариства інфекційних захворювань) препаратами вибору для емпіричного лікування дітей з неускладненою типовою негоспітальною пневмонією є амоксицилін. Цю стратегію також підтримує Всесвітня організація охорони здоров'я.

Інші групи антибіотиків, зокрема макроліди, призначають пацієнтам будь-якого віку у разі неефективності препаратів першої лінії або наявності переконливих даних щодо участі атипової флори у виникненні захворювання. Нині реєструють високу частоту пневмонії вірусно-бактеріальної природи. Відповідно

до рекомендацій Британського торакального товариства за 2011 р., препаратом вибору у таких клінічних ситуаціях є амоксициліну клавуланат.

Вирішення питання раціональної антибіотикотерапії є актуальним і при інших гострих респіраторних інфекціях бактеріальної етіології. Для лікування пацієнтів з гострим середнім отитом рекомендоване застосування амоксициліну (за наявності ризику виникнення алергічної реакції лікування слід починати з макролідів чи цефуроксиму аксетилу). При рецидивному перебігу захворювання, неефективності стартової терапії або якщо протягом останніх 3 міс дитина уже приймала антибіотики, перевагу віддають амоксициліну клавуланату.

У разі гострого тонзилофарингіту, викликаного β -гемолітичним стрептококом групи А, препаратом першої лінії є амоксицилін. За непереносимості пеніциліну призначають цефалоспорины I покоління або азитроміцин. Якщо упродовж останніх 3 міс дитина приймала протимікробні засоби або перша лінія терапії була неефективною, призначають амоксициліну клавуланат.

У всіх вітчизняних і міжнародних клінічних рекомендаціях щодо раціональної антибіотикотерапії при гострій респіраторній інфекції бактеріального генезу на перший план виходять пероральні форми пеніцилінів. Крім доведеної ефективності проти основних мікробних збудників, ці препарати характеризуються високим профілем безпеки, що дає можливість застосовувати їх у педіатричній практиці. За ефективністю та безпекою форми протимікробних препаратів для перорального прийому не поступаються парентеральним аналогам. Важливою характеристикою сучасного антибіотика є наявність таких лікарських форм, які б дозволяли застосовувати їх у дітей раннього віку. Використання таблетованих форм лікарських засобів у дітей до 1 року (маса тіла до 9 кг) заборонене. Спроби батьків ділити таблетки призводять до неправильного дозування антибіотика, що значно відображається на ефективності лікування.

На вітчизняному фармацевтичному ринку представлені сучасні дитячі форми генеричних антибактеріальних засобів від компанії Sandoz, які є біоеквівалентними оригінальним препаратам. У розрізі раціональної антибіотикотерапії у дітей з гострою респіраторною інфекцією, викликану бактеріальними збудниками, доцільним буде використання порошку для приготування оральної суспензії Амоксиклав® 2S. Висока ефективність цього лікарського засобу зумовлена оптимальним співвідношенням амоксициліну та клавуланової кислоти, що запобігає виникненню резистентності у бактерій, які продукують бета-лактамази. Серед переваг препарату Амоксиклав® 2S особливої уваги заслуговує його лікарська форма порошку для приготування оральної суспензії. Точність дозування антибіотика забезпечує шприц-дозатор, який є в комплекті кожної упаковки. Дозатор допомагає батькам вимірювати необхідну кількість препарату з дуже високою точністю – до 0,1 мл, що значно зручніше порівняно з мірними ковпачками чи ложечками. Важливою перевагою сучасного лікарського засобу є його економічна доступність. У цьому контексті варто відзначити, що одного флакона препарату Амоксиклав® 2S вистачає на весь стандартний курс антибіотикотерапії для дитини з масою тіла до 25 кг.

Сучасні реалії, зокрема глобалізація проблеми антибіотикорезистентності, вимагають від лікаря обґрунтованого підходу до призначення протимікробних лікарських засобів. Авторитетні міжнародні організації, які керуються даними доказової медицини, рекомендують починати лікування дітей з гострою бактеріальною респіраторною інфекцією саме з антибіотиків пеніцилінового ряду. Для педіатричної практики завжди було, є й буде актуальним створення дитячих форм лікарських засобів. Що стосується протимікробних засобів, то в Україні доступний лікарський засіб компанії Sandoz – порошок для приготування оральної суспензії Амоксиклав® 2S із шприцом-дозатором, який дозволяє призначати препарат дітям з 2 міс, дотримуючись високої точності дозування.

Підготувала Ілона Цюпа

Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я.

4-37-АМВ-АІГ-1118