

Оптимизация антибактериальной терапии при острых респираторных заболеваниях у детей

Врачам хорошо известно, что в большинстве случаев (до 90%) острые респираторные заболевания (ОРЗ) вызваны респираторными вирусами и, как правило, не требуют назначения антибактериальных препаратов. Однако не следует забывать о том, что острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) могут осложняться бактериальной инфекцией. В педиатрической практике особенно важно вовремя заподозрить присоединение бактериальной флоры и назначить адекватную антибактериальную терапию.

Об эпидемиологии бактериальных осложнений ОРЗ, показаниях к назначению антибиотиков и основных принципах проведения антибиотикотерапии в подобных клинических ситуациях рассказывает член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии № 4 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Виталий Григорьевич Майданник.

— Виталий Григорьевич, как бы Вы оценили ситуацию с заболеваемостью гриппом и ОРВИ в Украине в осенне-зимнем сезоне 2009-2010 гг.?

— Возникшая в этом сезоне эпидемия гриппа и ОРВИ характеризовалась несколько нетипичным течением. Как правило, в нашей стране пик заболеваемости ОРЗ и гриппом приходится на январь-февраль, а в 2009 г. он был отмечен на 6-8 нед раньше предполагаемых сроков — в ноябре-декабре. Вероятно, это было связано с глобальной циркуляцией вируса пандемического гриппа А/Н1N1.

15 апреля 2009 г. в Мексике был зафиксирован первый случай постгриппозной

пневмонии, развившейся у пациента с гриппом А/Н1N1. С 15 апреля по 10 июня прошлого года случаи гриппа А/Н1N1 были зарегистрированы в Америке, Азии, Австралии, Новой Зеландии и Европе; 29 апреля ВОЗ объявила о пандемии 5-го уровня.

Что касается нашей страны, то эпидемия гриппа распространилась на западные регионы Украины в середине октября: по состоянию на 12 октября 2009 г. превышение эпидемического порога заболеваемости гриппом и ОРВИ (на 42-й неделе) было зафиксировано в Тернопольской области, а к 20 ноября — практически по всей территории страны. При этом следует отметить, что эпидемия гриппа А/Н1N1 наложилась на эпидемию обычного сезонного гриппа.

Вопреки тревожным ожиданиям смертность от гриппа во время эпидемии А/Н1N1 2009-2010 гг. была ниже, чем при эпидемиях сезонного гриппа в предыдущие годы. Так, с 2003 по 2008 год в Украине ежегодно регистрировалось от 7,5 до 9 млн случаев ОРЗ и гриппа, количество умерших от их осложнений колебалось от 5484 до 6552 в год. По состоянию на

11.01.2010 г. общее количество больных, госпитализированных с диагнозом ОРВИ и гриппа с момента начала эпидемии (конец октября 2009 г.), составило 4052 млн человек, а количество умерших — 918 (из них 7 детей); таким образом, летальность была ниже, чем во время эпидемий сезонного гриппа. По-видимому, важную роль в снижении летальности сыграла повышенная настороженность врачей и пациентов в отношении гриппа, своевременная госпитализация, а также активная терапевтическая тактика.

В этом сезоне дети раннего возраста и пожилые люди (старше 65 лет) не входили в группу высокого риска. В Украине возрастная структура заболеваемости гриппом выглядела следующим образом: пациенты в возрасте до 5 лет — 5,3%, 5-14 лет — 3,2%, 15-24 лет — 11,7%, 25-49 лет — 58%, 50-64 лет — 18,5%, что в целом соответствует структуре заболеваемости за рубежом. Как видно из приведенных данных, группу риска составляли лица наиболее трудоспособного возраста (25-49 лет). Кроме того, увеличилась заболеваемость гриппом и ОРВИ беременных, причем течение гриппа у них было очень тяжелым, нередко с летальным исходом.

— Можно ли отметить какие-либо особенности клинического течения гриппа в сезоне 2009-2010 гг.?

— Больные гриппом в текущем сезоне наиболее часто предъявляли жалобы на лихорадку (94% случаев), непродуктивный кашель (84%), одышку (75%), головную боль (50,4%), боль в мышцах (31,5%) и суставах (20,4%), насморк (34,9%), боль в горле (30,2%), которые являются типичными симптомами гриппозной инфекции. По сравнению с другими странами в Украине у больных гриппом реже отмечался диспептический синдром (<20 vs 32%). В то же время у большего количества украинских пациентов грипп протекал с выраженным геморрагическим синдромом, что значительно отягощало их состояние.

Одним из наиболее опасных осложнений при гриппе является постгриппозная пневмония. Различают первичную (гриппозную), вторичную (как правило, бактериальную) и смешанную (вирусно-бактериальную) пневмонию.

В апреле-марте 2009 г. среди 98 больных, госпитализированных в Национальный институт респираторных заболеваний г. Мехико (Мексика) с гриппом А/Н1N1, у 18 (18,4%) была диагностирована пневмония, 7 пациентов умерли (летальность — 38,9%). При сезонном гриппе пневмония развивается реже — в 2-10% случаев, а летальность от нее не превышает 10%.

Пневмонии, которые развивались у пациентов с пандемическим гриппом, носили в большинстве случаев вирусно-бактериальный характер. Такое заболевание имеет свои особенности течения и требует несколько иных подходов к лечению. Если гриппозная пневмония при сезонном гриппе обычно не требует проведения антибактериальной терапии,



В.Г. Майданник

то в случае постгриппозной пневмонии у лиц, инфицированных А/Н1N1, назначение антибиотиков было не только оправданным, но и жизненно необходимым.

— Когда врач должен заподозрить присоединение бактериальной инфекции при ОРВИ и гриппе?

— Присоединение бактериальной инфекции приводит к нарастанию тяжести заболевания и может быть причиной неблагоприятного исхода. На бактериальную природу ОРЗ или присоединение бактериальной микрофлоры указывают длительность (более 3 дней) и фебрильный характер (выше 38,5°C) лихорадки; появление гнойных налетов на миндалинах, гнойного или слизисто-гнойного отделяемого в полости носоглотки; выраженная интоксикация. Затяжной характер ОРЗ (более 2 нед), упорный непродуктивный кашель в отсутствие лихорадки и выраженной интоксикации может быть признаком хламидийной или микоплазменной инфекции. В пользу бактериальной инфекции также свидетельствуют изменения общего анализа крови, в котором отмечают лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

— В каких случаях ОРЗ педиатр должен назначать антибиотики?

— Показанием к назначению системных антибактериальных препаратов является явное развитие бактериального воспалительного процесса в дыхательных путях и ЛОР-органах — гнойного среднего отита (особенно у детей первых лет жизни), гнойного риносинусита, ангины, ларингита с признаками стеноза гортани 2-3-й степени, острого гнойного трахеобронхита/бронхита, пневмонии, — а также подозрение на микоплазменную или хламидийную этиологию ОРЗ. Антибиотики следует назначать и при наличии признаков присоединения бактериальной инфекции, о которых упоминалось ранее.

— Какая лекарственная форма антибиотика оптимальна в детском возрасте?

— В амбулаторных условиях детям раннего возраста антибактериальные препараты желательно назначать в виде жидких (сироп) или растворимых (суспензия, растворимые таблетки) лекарственных форм, в более старшем возрасте выбор зависит от предпочтений родителей и самого ребенка. Особенно удобной лекарственной формой являются диспергируемые таблетки, которые можно также использовать для приготовления суспензии.

Сегодня в арсенале специалиста есть диспергируемые таблетки антибиотиков, которые занимают ведущее место



ФЛЕМОКСИН СОЛЮТАБ®

амоксциллин 125 мг, 250 мг, 500 мг



- Препарат выбора при неосложненных инфекциях дыхательных путей и ЛОР-органов у детей¹
- Обладает высокой активностью в отношении ключевых возбудителей респираторных инфекций (*S. pneumoniae*, *S. pyogenes* и *H. influenzae*)^{2, 3, 4}
- Обеспечивает самую высокую биодоступность среди твердых лекарственных форм амоксициллина (93%), сопоставимую с инъекциями⁵
- Благодаря низкой «остаточной» концентрации, в 4 раза меньше, чем амоксициллин в капсулах, воздействует на нормальную микрофлору кишечника⁵
- Разрешен к применению с первых дней жизни



1. Баранов А.А. и соавт. КМХ 2007; 9: 199-210.
2. Козлов Р.С. и соавт. КМХ 2006; 8: 33-47.
3. Козлов Р.С. и соавт. КМХ 2005; 7: 154-166.
4. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Страчунского Л.С. и соавт., Смоленск: МАМАХ, 2007.
5. Богомольский М.Р. и соавт. Лечение врач 2000; 1: 4-6.

НОВИНИ МОЗ



Реорганізація служби крові як пріоритет роботи МОЗ України

Про це йшлося в доповіді заступника міністра охорони здоров'я Олександра Гудзенка, яку він озвучив на робочій нараді головних позаштатних трансфузіологів регіонів України у м. Луганську.

В Україні функціонує багаточисленна й розгалужена мережа закладів та підрозділів переливання крові, йдеться у доповіді заступника міністра. Через велику кількість спецзакладів переливання крові нерационально використовуються навіть ті мізерні кошти, які виділяються на службу крові.

«Донорство в Україні за останні роки переживає значний спад. Це насамперед пов'язано зі складною соціально-економічною ситуацією, погіршенням демографічної ситуації, припиненням пропаганди донорства в засобах масової інформації, українським незадовільним фінансуванням закладів служби крові. За останні 15 років кількість донорів в Україні зменшилась у 2 рази. На 1 тис. жителів України здійснюється лише 18 донорських акцій крові та її компонентів, а для оптимального забезпечення населення необхідно 40-50. Сьогодні втрачено соціальні пріоритети безоплатного добровільного донорства. Відсутні установи, що опікуються розвитком донорства на загальнодержавному рівні, які здійснювали б широкомасштабні компанії залучення до лав донорів найздоровіших верств населення», — говорив Олександр Гудзенко.

Нині структура донорства в Україні як ніколи вимагає принципового змінення. Уже час перейти з донорства крові на донорство компонентів. Тільки таким чином можна збільшити заготовлю компонентів крові й у першу чергу плазми на 30-40%. Заготівля компонентів крові дозволить також вирішити проблему невикористаних еритроцитів.

Вітчизняні препарати плазми крові, що виготовляються у закладах служби крові, програють у якості зарубіжним і не можуть вважатися абсолютно безпечними в плані передачі інфекцій. Країна вимушена постійно здійснювати закупівлю високоякісних препаратів плазми крові за кордоном, фінансуючи таким чином ці виробництва.

Очевидно, що вітчизняна служба крові потребує термінової реорганізації.

Проект реорганізації служби крові України

1. Центр. Об'єднання регіональних закладів служби крові в єдиний центр надання трансфузійної допомоги хворим та потерпілим дозволить ефективно використовувати кадрові, матеріально-технічні та фінансові ресурси, мінімізувати виробничі витрати. Для керівництва службою крові України заплановано створення структурного підрозділу МОЗ України.

2. Централізація в регіонах. Структурні зміни, які необхідно провести, полягають у централізації в регіонах, створенні вертикалі управління службою крові, що забезпечить підняти на якісно вищий рівень надання трансфузійної допомоги хворим і дотримання стандартів якості та безпеки крові, її компонентів і препаратів плазми крові. Певна робота з реформування служби крові регіонів проведена в Херсонській, Київській, Житомирській областях та деяких інших регіонах.

3. Банк крові. Створення філій та відокремлених підрозділів центрів служби крові та банків крові (БК) в районних лікарнях з підпорядкуванням регіональному (обласному) центру служби крові забезпечить підвищення рівня надання трансфузійної допомоги хворим і дотримання стандартів якості та безпеки крові компонентів і препаратів плазми крові.

Реорганізація служби крові України — не самоціль, а життєва необхідність. Вона дає значні економічні вигоди: взяття, переробка, зберігання і логістика донорської крові та її компонентів повинні зосередитися в регіональному спеціалізованому закладі служби крові.

Як бачимо, у функціонуванні служби крові України залишається багато актуальних проблем, які потребують негайного вирішення.

в лечении респираторных инфекций. Это амоксициллин (Флемоксин Соллютаб) и амоксициллин/клавуланат (Флемоклав Соллютаб) производства японской фармацевтической компании «Астеллас Фарма». Преимуществом данной лекарственной формы являются удобство применения и фармакокинетические параметры. Таблетка, созданная по технологии Соллютаб, состоит из микросфер; действующее вещество из них высвобождается в начальных отделах кишечника, т. е. в зоне максимально высокой абсорбции. Благодаря этому обеспечивается стабильно высокая концентрация антибиотика в сыворотке крови и очаге воспаления. Установлено, что биодоступность препарата Флемоксин Соллютаб выше, чем традиционных твердых лекарственных форм амоксициллина. По сравнению с суспензиями данная лекарственная форма обеспечивает более длительное сохранение терапевтических концентраций амоксициллина в сыворотке крови, что является залогом более высокой эффективности препарата в отношении бактериальных возбудителей даже с определенными механизмами вторичной резистентности. Немаловажно, что в отличие от традиционных лекарственных форм амоксициллина Флемоксин Соллютаб оказывает меньшее влияние на микрофлору кишечника.

— В какой дозе следует назначать амоксициллин при осложненных ОРЗ?

— До недавнего времени стандартная доза амоксициллина в педиатрической практике составляла 30-40 мг/кг/сут. Однако в настоящее время считают, что оптимальные дозы данного антибиотика несколько выше, как минимум 40-45 мг/кг/сут. Американские эксперты рекомендуют назначать детям амоксициллин в дозе 90-100 мг/кг/сут, что обеспечивает терапевтический эффект в отношении пенициллинорезистентных пневмококков и в то же время уменьшает риск формирования антибиотикорезистентности. Хочу еще раз напомнить педиатрам, что необоснованное назначение низких доз амоксициллина является одним из основных факторов роста резистентности респираторных возбудителей к этому антибиотику и β-лактамам в целом. В то же время, учитывая очень низкую распространенность устойчивых штаммов пневмококков в Украине, для нашей популяции дозировка амоксициллина 40-45 мг/кг/сут остается вполне адекватной.

— Какой должна быть длительность антибактериальной терапии?

— Мнение о том, что длительность курса антибактериальной терапии должна составлять не менее 10-14 дней, является ошибочным. Продолжать прием антибиотика до полного исчезновения всех симптомов респираторных инфекций нецелесообразно, зачастую для достижения клинического и микробиологического эффекта достаточно относительно короткого курса (исключением является стрептококковая ангина, при которой пенициллины должны назначаться в течение 10 дней). Определить оптимальную продолжительность антибактериальной терапии врач может, ориентируясь на клинический эффект, — после его достижения, о чем свидетельствуют существенное уменьшение выраженности симптомов, нормализация лабораторных показателей, в первую очередь уровня лейкоцитов, СОЭ, лечение антибактериальным препаратом необходимо продолжать еще несколько дней. Считается, что такой терапевтический подход позволяет сдерживать рост антибиотикорезистентности микроорганизмов.

Підготувала **Наталья Мищенко**



За інформацією прес-служби МОЗ України

АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

КОНГРЕС Сучасні методи діагностики та лікування поліорганної патології у хворих із серцево-судинними захворюваннями

13-14 травня 2010 року, м. Київ

Місце проведення конгресу:
актовий зал Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
(м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, станція метро «Дорогожичі»).

Реєстрація учасників конгресу 13 травня з 9:00.

Телефони для довідок:
(044) 275-67-69; (067) 77 86 107 — Л.В. Клименко;
(096) 63 67 474 — Ю.А. Лучинська.

ТАБЕКС®

Оригинальный растительный препарат
1 таблетка содержит 1,5 мг цитизина — натурального экстракта Ракитника стелющегося

Эффективно освобождает от никотиновой зависимости
55-76% пациентов, принимавших Табекс, отказались от курения после курса лечения*

Доступен для каждого желающего бросить курить
25-дневный курс лечения Табексом обходится в 8-10 раз дешевле аналогичного курса никотинсодержащими препаратами**

Не содержит никотин

Одна упаковка на курс лечения

Схема приема препарата ТАБЕКС®

1-3 дня	1 таблетка	каждые 2 ч	6 таблеток в сутки
4-12 дней	1 таблетка	каждые 2,5 ч	5 таблеток в сутки
13-16 дней	1 таблетка	каждые 3 ч	4 таблетки в сутки
17-20 дней	1 таблетка	каждые 5 ч	3 таблетки в сутки
21-25 дней	1 таблетка	1-2 раза в сутки	1-2 таблетки в сутки

МОДА НА КУРЕНИЕ ПРОШЛА! ТАБЕКС

СОФАРМА РЕКОМЕНДУЕТ: БРОСАЙТЕ КУРИТЬ!