

Рациональная антимикробная терапия респираторных инфекций у детей

6 марта в г. Киеве ведущие отечественные ученые и практикующие врачи приняли участие в межрегиональной телеконференции «Инфекции дыхательных путей в практике семейного врача, педиатра, терапевта: рациональная антимикробная терапия», на которой обсудили актуальные вопросы антибиотикотерапии респираторных инфекций (РИ) у детей с учетом данных доказательной медицины. Идею проведения медицинского форума поддержала компания «Мегаком».



С.П. Кривоустов

Профессор кафедры педиатрии № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук Сергей Петрович Кривоустов провел мастер-класс, посвященный научно обоснованным подходам к рациональной антимикробной терапии РИ у детей, уделив особое внимание практическим аспектам проблемы.

— Современные стратегии рационального применения антибактериальных препаратов при РИ у детей включают несколько положений:

- пероральный путь введения лекарств при нетяжелых инфекциях;
- ступенчатая терапия;
- принцип минимальной достаточности.

! Стандартом терапии стрептококкового острого тонзиллофарингита (ОТ) остаются β-лактамы антибактериальные средства, которые назначают обычно в течение 10 дней. Препаратами первой линии для лечения ОТ могут служить цефалоспорины I и II поколения (цефалексин, например, Лексин, и цефуроксим аксетил, например, Цефутил и др.).

При этом цефалоспорины II поколения возможно применять в течение 4-6 дней. При аллергии на β-лактамы обосновано применение макролидов (азитромицина, др.) со строгим соблюдением курсовой дозы (например, для азитромицина — 60 мг/кг) в целях предотвращения ревматических осложнений.

Что касается острого среднего отита (ОСО), необходимо подчеркнуть, что вопрос относительно обязательности применения антимикробных средств у детей, особенно в возрасте старше 2 лет, остается предметом научных споров. В то же время, согласно последним научным данным, наиболее частыми возбудителями ОСО являются *S. pneumoniae* и нетипируемые штаммы *H. influenzae*, что оправдывает применение антибактериальных препаратов при этом заболевании. Например, в 2011 г. были опубликованы результаты исследований финских ученых (P.A. Tahtinen, et al.) которые подчеркнули правильность тезиса о целесообразности назначения антибиотиков детям с ОСО.

! Современные протоколы лечения ОСО предполагают в качестве препаратов выбора применение амоксициллина — амоксициллина перорально в дозе 80-100 мг/кг/сут. Вторая линия лечения включает антимикробные средства, активные в отношении гемофильной палочки и разрешенные к применению в детской практике: амоксициллин/клавуланат, цефуроксим аксетил, азитромицин (включая применение в дозе 30 мг/кг однократно), а также цефтриаксон внутримышечно в случае невозможности приема препарата внутрь (например, при рвоте, нарушении гастроинтестинальной абсорбции).

Продолжительность терапии имеет большое значение для бактериологического выздоровления пациента. У детей с ОСО в возрасте <2 лет длительность приема антимикробных препаратов составляет 10 дней, у детей ≥2 лет при нетяжелом ОСО — как правило, 5-7 дней.

Ведущими возбудителями острого бактериального синусита (ОБС) являются *S. pneumoniae*, нетипируемые

штаммы *H. influenzae* и *M. catarrhalis*. В целях предотвращения хронизации воспалительного процесса и развития орбитальных, внутричерепных и костных осложнений проведение антибактериальной терапии ОБС следует начинать с тех средств, которые активны в отношении клинически значимых возбудителей заболевания.

! В настоящее время цефподоксим проксетил (Цефодокс) рассматривается как один из вариантов стартовой терапии РИ. Это связано с тем, что концентрация препарата в тканях респираторного тракта превышает МПК₉₀ для основных патогенов, вызывающих инфекции дыхательных путей. Для бактериологического выздоровления пациента с ОБС назначают курс, включающий 7 дней антибиотикотерапии после нормализации клинических симптомов заболевания.

Что касается дискуссионности назначения антибиотикотерапии пациентам с острым бронхитом (ОБ), следует отметить, что задача педиатра — вовремя диагностировать осложнения этого заболевания, присоединение бактериальной инфекции, которая диктует

микоплазмоз, вспышки которого возможны в детских организованных коллективах.

В контексте рассматриваемой проблемы важно отметить, что культуральные методы исследования являются золотым стандартом диагностики респираторного микоплазмоза, однако они часто недоступны для широкого практического применения, поэтому для верификации диагноза в клинической практике используются иммунологические и молекулярно-биологические методы.

В целом спектр возбудителей ВБП зависит от возраста ребенка, сезона возникновения заболевания. Так, ранние осложнения гриппа, как правило, вызваны пневмококковой инфекцией, поздние могут ассоциироваться с грамотрицательной флорой.

Согласно последним рекомендациям по антибактериальной терапии (J.S. Bradley, J.D. Nelson, 2010-2011), при тяжелых ВБП у детей в качестве эмпирической антимикробной терапии целесообразно использовать цефтриаксон в дозировке 50-75 мг/кг/сут внутривенно в 1 прием или цефотаксим 150 мг/кг/сут в 3 приема (уровень доказательств: А1).



! Пероральная терапия нетяжелых ВБП, в том числе ассоциированных с *S. pneumoniae* и *H. influenzae*, может быть успешно проведена с помощью цефподоксима проксетила (Цефодокс 10 мг/кг/сут в 2 приема с интервалом 12 ч) или цефуруксима аксетила (Цефутил).

Комбинированная антимикробная терапия тяжелой ВБП предполагает назначение β-лактама и азитромицина.

! Ступенчатая антибактериальная терапия ВБП у детей может стартовать с применения цефалоспоринов III поколения внутривенно с последующим переходом на пероральный путь антибиотиков того же поколения, в частности с переходом на цефподоксима проксетил, например Цефодокс.

необходимость применения антибиотиков. Для выбора адекватного лечения ОБ не менее важно правильно провести дифференциальный диагноз между бронхитами микоплазменной, хламидийной и коклюшной этиологии. Так, в пользу бактериальной инфекции при ОБ свидетельствует повышение количества лейкоцитов в периферической крови (>15×10⁹), нейтрофильных лейкоцитов, палочкоядерных лейкоцитов (>1,5×10⁹), СРБ >30 мг/л, уровень прокальцитонина >2 нг/мл.

! В амбулаторной практике пациентам с ОБ рекомендуют пероральный путь введения, в стационаре возможно проведение ступенчатой терапии. Варианты перорального антибактериального лечения: цефуроксим аксетил (например, Цефутил), азитромицин (например, Зомакс).

Внебольничная пневмония (ВБП) в большинстве случаев обусловлена *S. pneumoniae* и *H. influenzae*. Среди атипичных возбудителей клиническое значение имеют *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae* и *L. pneumophila*. Несмотря на то что в этиологии ВБП удельный вес внутриклеточных возбудителей составляет 10-15%, врачам следует обратить особое внимание на респираторный

При подозрении на атипичные возбудители в схему лечения ВБП необходимо включить азитромицин внутривенно или перорально (уровень доказательств: А1).

При метициллинрезистентных штаммах стафилококка применяют ванкомицин в дозе 40-60 мг/кг/сут (уровень доказательств: А11)

Необходимо подчеркнуть, что с позиций доказательной медицины при РИ преимущества парентерального пути введения антимикробного средства по сравнению с пероральным не доказаны: метаанализ 7 сравнительных исследований не продемонстрировал различий в пользу парентерального введения (Т.К. Magras et al., 2004).

Таким образом, дифференцированный подход к каждому пациенту, лежащий в основе рациональной антимикробной терапии РИ у детей, позволяет повысить эффективность и безопасность лечения, а также уменьшить риск формирования антибиотикорезистентности.

Подготовила Наталья Пятница-Горпинченко

