

Место рациональной антибиотикотерапии в лечении заболеваний верхних дыхательных путей в педиатрической практике

Во всем мире отмечается рост заболеваемости респираторной и ЛОР-патологией. Несмотря на колоссальные затраты, связанные с лечением острых респираторных заболеваний (ОРЗ) и их осложнений, проблема остается актуальной. Особенно остро она стоит для педиатрической службы.

В г. Львове 25 апреля состоялся IV конгресс педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания», в рамках которого прошел симпозиум «Основы рациональной антибиотикотерапии в педиатрии».

С докладом «Антибиотики при острых отитах у детей: что, когда и как?» выступила главный детский отоларинголог Департамента здравоохранения г. Москвы, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Ильинична Герашенко.

— Заболеваемость острыми отитами у детей в несколько раз превышает аналогичный показатель у взрослых. Согласно статистическим данным около 90% детей в возрасте до 3 лет имели эпизод острого отита. При этом 33% детей, перенесших острый средний отит (ОСО), в дальнейшем страдают вторичным невритом nervus acusticus, который может длительное время оставаться недиагностированным; эти дети формируют основную группу по глухоте и тугоухости. Условиями, способствующими возникновению ОСО, могут быть: возраст до 2 лет, длительное пребывание в стационарах детей первых двух лет жизни (реанимационные отделения), частые детские инфекции в анамнезе, наследственность, нарушения питания, искусственное вскармливание, аллергия, нарушения со стороны иммунной системы, патология со стороны бронхолегочной системы, посещение детских коллективов, врожденные аномалии развития.

Основными возбудителями ОСО бактериальной этиологии являются пневмококк (33,5%), гемофильная палочка (32,3%) и моракселла (20%). При ОСО частота бактериальных осложнений в 10 раз выше, чем при

любой другой ЛОР-патологии, поэтому уже в период разгара заболевания доля бактериальных отитов составляет приблизительно 50%. Спонтанное выздоровление при ОСО, вызванном *M. catarrhalis*, наступает в 90% случаев, *Haemophilus influenzae* типа b — в 50%, тогда как при пневмококковой инфекции (*Streptococcus pneumoniae*) — только в 10% случаев. В целом спонтанное выздоровление без применения антибиотиков возможно только у 50% детей старше 2 лет, в то же время попытка отказаться от использования антибактериальных препаратов часто приводит к развитию тяжелых внутричерепных осложнений, и у детей первого года жизни резко возрастает риск развития менингитов. В настоящее время основными критериями назначения антибактериальных препаратов при ОСО следует считать данные, полученные при отоскопии, в связи с чем врач-педиатр должен в совершенстве владеть техникой отоскопии и уметь проводить диагностику с помощью этого метода.

У детей в возрасте до 6 мес применение антибактериальной терапии является обязательным при малейшем подозрении на ОСО. Детям в возрасте до 2 лет при отоскопическом подтверждении ОСО также необходимо назначать антибиотикотерапию. При сомнительной клинической картине антибиотикотерапия показана только в случае тяжелого течения. У детей старше 2 лет

на протяжении 24 ч можно ограничиться симптоматической терапией (при отсутствии выраженных симптомов интоксикации, болевого синдрома и температуры тела до 38°C), при отсутствии положительной динамики немедленно проводят антибактериальную терапию. В случае тубоотита, при котором имеет место легкое клиническое течение при наличии косвенных признаков ОСО, рекомендованы симптоматическая терапия и наблюдение. У детей старше 2 лет при среднетяжелой форме заболевания ОСО симптоматической терапией можно ограничиться только на протяжении одних суток с обязательным отоскопическим контролем.

При выборе антибактериального препарата следует учитывать его эффективность против *S. pneumoniae*, в том числе в отношении пенициллинустойчивых штаммов. Также антибиотик должен хорошо переноситься ребенком. Важно помнить о том, что кратность приема антибиотика должна составлять не более трех раз в сутки, так как режим частого введения препарата в течение дня может не соблюдаться ребенком или его родителями.

Учитывая сложную ситуацию с антибиотикорезистентностью и необходимостью нести ответственность за положительный результат, при назначении антибактериальных препаратов следует отдавать предпочтение лекарственным средствам, которые обеспечивают минимальную подавляющую концентрацию 40-50% в плазме крови между интервалами введения. Только при соблюдении этого условия можно говорить о бактерицидном действии препарата, так как эффективность эрадикации патогенного возбудителя в этом случае возрастает с 64 до 100%.

Проблема резистентности пневмококковой инфекции к антибиотикам пенициллинового ряда для Российской Федерации не является актуальной (не более 11% штаммов, устойчивых к пенициллину). Кроме того, большинство пенициллинрезистентных штаммов микроорганизмов сохраняют чувствительность к амоксициллину и амоксициллину/клавуланату. Из амоксицилинов при ОСО у детей целесообразно делать выбор в пользу растворимых форм.

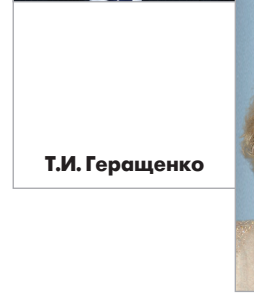
В настоящее время всем требованиям, предъявляемым к антибиотикам для лечения ОСО, соответствует растворимая форма амоксициллина (Флемоксин Солютаб и Флемоклав Солютаб), обладающая наибольшей биодоступностью среди пероральных форм этого антибиотика. Флемоксин Солютаб и Флемоклав Солютаб активны в отношении широкого спектра микроорганизмов. При приеме указанных лекарственных средств отмечается низкая частота нежелательных реакций в связи с низкой остаточной концентрацией амоксициллина в кишечнике, а большое разнообразие дозировок (125, 250, 500 и 1000 мг) позволяет использовать препарат у детей разного возраста. Немаловажную роль играет удобство хранения и применения данного антибиотика.

Академик НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии № 4 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Виталий Григорьевич Майданник в докладе «Критерии выбора антибиотиков при инфекциях верхних дыхательных путей у детей разного возраста» уделит внимание диагностике и лечению бактериальных осложнений ОРЗ у детей.

— В 2008 г. в крупном исследовании Т. Chopnal и соавт. было подтверждено существование корреляции между острыми инфекциями верхних дыхательных путей



В.Г. Майданник



Т.И. Герашенко



и осложнениями со стороны ЛОР-органов у детей. В связи с этим в настоящее время очень часто обсуждается тема иммунизации детей с целью профилактики острой бактериальной ЛОР-патологии, в частности ОСО. Однако следует отметить, что иммунизацию необходимо проводить с учетом бактериальных штаммов, имеющих в данной местности. Массовую иммунизацию целесообразно внедрять только в тех регионах, в которых распространены штаммы с высокой степенью резистентности к антибактериальным препаратам. В Украине только 5-10% штаммов обладают максимальной резистентностью к антибиотикам, поэтому целесообразность проведения иммунизации необходимо подтвердить клиническими и эпидемиологическими исследованиями, учитывая возможность развития целого ряда нежелательных эффектов самой иммунизации и довольно напряженный график вакцинации по поводу других заболеваний. Также следует учитывать, что у детей младшей возрастной группы причинами ОСО, как правило, являются вирусные инфекции. В то же время эффективность и низкая себестоимость антибиотикотерапии в лечении детей с бактериальными осложнениями ОРЗ были доказаны в различных крупных рандомизированных клинических исследованиях.

Прежде чем назначить антибиотикотерапию, необходимо получить подтверждение бактериальной природы заболевания. Для выполнения лабораторных диагностических тестов требуется время, поэтому сегодня получила распространение оценка с помощью шкал (например, шкалы Мак-Айзека) и путем сопоставления клинических признаков, характерных для той или иной этиологии. Особенно при бактериальном поражении следует считать более позднее развитие осложнений и наличие светлого промежутка (в некоторых случаях он может составлять несколько дней). Сегодня в педиатрической практике стараются уходить от понятия «курс антибактериальной терапии» (за исключением случаев выявления бета-гемолитического стрептококка группы А, когда необходим 10-дневный курс антибиотикотерапии), так как существуют четкие критерии (бактериологические и клинические) необходимости прекращения антибактериальной терапии. При остром тонзиллофарингите или ОСО у детей препаратами выбора могут быть феноксиметилпенициллин или амоксициллин (Флемоксин Солютаб). Выбор в пользу амоксициллина обусловлен тем, что он хорошо переносится, имеет пероральную форму и обладает широким спектром действия. Также данный антибиотик обладает целым рядом положительных свойств, к которым относятся высокая биодоступность и хорошая всасываемость в ЖКТ. Исходя из промежуточных результатов исследований штаммов, проведенных в Украине, можно с уверенностью говорить о сходном спектре чувствительности к антибактериальным препаратам в России и Украине. В большинстве европейских стран, как и в Украине, амоксициллин (Флемоксин Солютаб) является препаратом первого выбора при ОСО, за исключением Франции, где 30% штаммов устойчивы к пенициллину и поэтому на первом месте здесь стоит амоксициллин/клавуланат (Флемоклав Солютаб).

Подготовил Владимир Савченко

UA-FLE-003-12

ПЕРВЫЙ ШАГ К НОВЫМ ПОБЕДАМ

ФЛЕМОКСИН СОЛЮТАБ®

амоксициллин 125 мг, 250 мг, 500 мг, 1000 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%)⁵, сопоставимую с инъекциями⁶
- Благодаря низкой «остаточной» концентрации, в 4 раза меньше, чем амоксициллин в капсулах, воздействует на нормальную микрофлору кишечника⁷
- Разрешен к применению с первых дней жизни

1. Бондаренко А.И. и соавт. КМАХ 2007, 7: 299-310.
2. Коппел Р.С. и соавт. КМАХ 2006, 8: 33-47.
3. Коппел Р.С. и соавт. КМАХ 2005, 7: 154-166.
4. Практическое руководство по лабораторной диагностике. Под ред. Страуэнго Л.С. и соавт., Спектрус, МАКСИМ, 2007.
5. Болтинский М.Р. и соавт., Ливинг Мир, 2000, 1: 4-8.
6. UA-FLE-003-12

astellas
Сист. «здоровый и живой»