

# Эмпирическая антибиотикотерапия острого бактериального синусита и внебольничной пневмонии у детей

По материалам международных руководств

**Острый бактериальный синусит (ОБС) и внебольничная пневмония (ВБП) являются наиболее частыми показаниями для проведения антибактериальной терапии (АБТ) у детей. Национальные и международные руководства строго регламентируют действия врача в данных ситуациях.**

В педиатрической практике наибольшее распространение получили рекомендации Американской академии педиатрии (American Academy of Pediatrics, AAP; табл. 1), а также Общества детских инфекционных заболеваний (Pediatric Infectious Diseases Society, PIDS) и Американского общества

инфекционных болезней (Infectious Diseases Society of America, IDSA).

## Острый бактериальный синусит

В рекомендациях ААР по диагностике и лечению пациентов с ОБС в возрасте от 1 года до 18 лет (2013)

предусматривается возможность назначения АБТ детям в случае тяжелого, прогрессирующего или персистирующего течения заболевания.

При невозможности проведения пероральной терапии (рвота) или сомнения в приверженности ребенка / его родителей к назначенному лечению, эксперты ААР рекомендуют использовать цефтриаксон в дозе 50 мг/кг 1 раз/сут (внутримышечно или внутривенно). После улучшения состояния пациента предусматривается возможность перевода на пероральный прием препаратов.

Продолжение на стр. 34.

Таблица 1. Ключевые рекомендации ААР по проведению АБТ у детей с ОБС (2013)

Следует назначить АБТ для лечения ОБС при тяжелом течении заболевания или ухудшении состояния (субъективные и/или объективные симптомы) (качество доказательств В; сильная рекомендация)
Следует рекомендовать АБТ или дополнительное 3-дневное амбулаторное наблюдение за состоянием ребенка с персистирующим течением заболевания (при наличии какого-либо отделяемого из ротоглотки и/или кашля на протяжении последних 10 дней без тенденции к разрешению) (качество доказательств В; рекомендация)
Следует назначить амоксициллин с клавулановой кислотой или без таковой в качестве терапии первой линии, если было принято решение иницировать АБТ ОБС (качество доказательств В; рекомендация)
Следует пересмотреть первоначально назначенное лечение, если лица, осуществляющие уход за больным ребенком, сообщают об ухудшении его состояния (прогрессирование имеющихся субъективных/объективных признаков заболевания либо появление новых субъективных/объективных симптомов) или при отсутствии улучшения (выраженность имеющихся субъективных/объективных симптомов заболевания не уменьшается) в течение 72 ч после начала АБТ (качество доказательств С; рекомендация)
В случае если диагноз ОБС подтвержден у детей, состояние которых ухудшилось / не изменилось в течение 72 ч на фоне первоначально назначенного лечения, следует сменить исходно назначенный антибактериальный препарат или иницировать АБТ детям, первоначально находившимся под динамическим наблюдением (качество доказательств D, рекомендация основана на мнении экспертов, отдельных клинических случаях)

Таблица 2. Рекомендации ААР по лечению детей, больных ОБС, состояние которых не улучшилось в течение 72 ч (2013)

Первоначальная стратегия	Ухудшение через 72 ч	Недостаточное улучшение через 72 ч
Наблюдение	Начать терапию амоксициллином или амоксициллином/клавуланатом	Дополнительное наблюдение или назначить антибиотик, основываясь на совместно принятом решении
Амоксициллин	Высокие дозы амоксициллина/клавуланата	Дополнительное наблюдение или высокие дозы амоксициллина/клавуланата, основываясь на совместно принятом решении
Высокие дозы амоксициллина/клавуланата	Клиндамицин и цефиксим или линезолид и цефиксим или левофлоксацин	Продолжить высокие дозы амоксициллина/клавуланата или клиндамицин и цефиксим или линезолид и цефиксим или левофлоксацин

Клиндамицин рекомендуется для воздействия на пенициллинрезистентные штаммы *S. pneumoniae*. В некоторых регионах широко распространены клиндамицинрезистентные штаммы *S. pneumoniae*; в таких областях следует отдавать предпочтение линезолиду.

## НОВИНИ МОЗ

### Досвід референс-центру з клінічної лабораторної діагностики та метрології НДСЛ «Охматдит» допоможе в реформуванні національної служби крові

Під час візиту до НДСЛ «Охматдит» було розглянуто можливість використання Українського референс-центру з клінічної лабораторної діагностики та метрології в якості референс-лабораторії для служби крові.

Одним із пріоритетних напрямів роботи МОЗ є забезпечення рівноправного і своєчасного доступу громадян до якісних та безпечних компонентів і препаратів крові. Для реалізації вказаного міністерством розроблена та оприлюднена з метою громадського обговорення Стратегія розвитку національної системи крові, відповідно до якої служба крові потребує створення референс-лабораторії.

У заході брали участь головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Трансфузіологія» Олена Малигон і технічний експерт з безпеки крові Проекту з безпеки крові (CDC/PEPFAR) в Україні Американського міжнародного альянсу охорони здоров'я (АМАОЗ) Олександр Сергієнко.

На сьогодні НДСЛ «Охматдит» – багатопрофільний діагностично-лікувальний заклад, який надає спеціалізовану висококваліфіковану медичну допомогу дитячому населенню України. Щорічно в стаціонарі проходять лікування близько 18 тисяч дітей, що вимагає посиленої уваги з боку міністерства до надання трансфузіологічної допомоги в закладі, зокрема трансфузіологічного супроводу діяльності Центру дитячої онкогематології і трансплантації кісткового мозку.

Відділення трансфузіології НДСЛ «Охматдит» є демонстраційним закладом переливання крові Проекту з безпеки крові (CDC/PEPFAR) в Україні АМАОЗ, який здійснює свою діяльність відповідно до Меморандуму про співробітництво з міністерством.

Співробітники відділення трансфузіології закладу і Українського референс-центру з клінічної лабораторної діагностики та метрології регулярно проходять навчання з питань донорства крові та її компонентів і впровадження та удосконалення менеджменту якості. На базі закладу неодноразово проводились тренінги для спеціалістів служби крові з вказаних питань.

### Реформа системи охорони здоров'я та виведення української медицини на європейський рівень – один із пріоритетів діяльності Уряду

17 листопада за участю Прем'єр-міністра Володимира Гройсмана відбувся Стратегічний міжвідомчий форум «Реформа медицини: фінансування, управління, первинна медична допомога».

У форумі взяли участь в.о. Міністра охорони здоров'я України доктор Уляна Супрун, директор напрямку систем охорони здоров'я та громадського здоров'я Європейського регіонального офісу ВООЗ Ханс Ключе, директор у справах України, Білорусі та Молдови, Світового банку Сату Кахконен, директор Швейцарського бюро співробітництва в Україні Хольгер Тауш, Голова місії USAID в Україні Сюзан Косінскі Фрітц, голова Представництва ЮНІСЕФ в Україні Джованна Барберіс, регіональний менеджер в Східній Європі та Центральній Азії Глобального фонду Ніколя Канто, представники центральних органів виконавчої влади, місцевих органів України.

Учасники заходу обговорили план реформ у сфері охорони здоров'я, зокрема створення єдиного національного замовника медичних послуг, запровадження нових механізмів фінансування медичної допомоги, реформи первинної допомоги, узгодження реформи охорони здоров'я та процесів децентралізації.

Уряд вже зробив перші кроки в рамках реформування системи медицини та встановив систему референтного ціноутворення на ліки від серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми. «З 1 січня ми будемо бачити процес зменшення цін на ліки», – підкреслив Прем'єр-міністр під час засідання Уряду 9 листопада.

Окрім того, хворі на гіпертонію, цукровий діабет II типу та астму отримають державну підтримку на компенсацію вартості ліків для свого лікування. На відшкодування вартості ліків при амбулаторному лікуванні цих захворювань – реімбурсацію ліків – у проекті бюджету на 2017 рік закладено півмільярда гривень.

Одна з важливих частин реформування охорони здоров'я – запровадження державного медичного страхування. За 25 років незалежності України розроблено 21 законопроект про страхову медицину, проте жоден не був прийнятий. Наразі Уряд працює над системою медичного страхування, наступного року розпочнеться поступовий перехід з принципу фінансування лікарняних ліжок на фінансування медичних послуг. Цей процес розрахований на три роки – до 2020.

Серед основних положень нової моделі страхування медицини – створення Національної служби здоров'я, пакет гарантовано оплачених послуг і відмова від прив'язки пацієнта до місця проживання.

Переведення системи охорони здоров'я на страхову модель розпочнеться із запуску сімейної медицини європейського зразка на базі існуючої первинної ланки системи охорони здоров'я (поліклініки, амбулаторії, ЦПМСД). При цьому сімейний лікар повинен забезпечувати всю первинну діагностику. Головна функція сімейного лікаря – підтримувати здоров'я своїх пацієнтів.

Кожен українець, незалежно від місця проживання та достатку, буде мати доступ до сімейного лікаря. Він зможе укласти договір з будь-яким сімейним лікарем, терапевтом або педіатром. Якщо ж лікар не влаштує пацієнта, його можна буде легко змінити, розірвавши з ним договір. Сімейний лікар може працювати як в державній поліклініці, амбулаторії, так займатися приватною практикою. Кошти за кожного пацієнта перераховуватимуться медичній установі, де працює лікар. Кількість пацієнтів, з якими може укласти контракт один лікар, складатиме 2000 осіб на рік.

Для українців безкоштовними будуть послуги раннього виявлення та діагностики хвороб, лікування та направлення до спеціаліста. На наступний рік у проекті бюджету закладено 62 млрд гривень на охорону здоров'я. Нацслужба буде оплачувати гарантований безкоштовний пакет медпослуг, які будуть надавати сімейні лікарі та інші заклади первинної медичної допомоги (поліклініки й амбулаторії), вже з другого півріччя 2017 року.

У 2017 році також планується розпочати підготовку до реформування госпітальної ланки системи охорони здоров'я, розширення автономії медичних закладів, їх переведення на глобальний бюджет та оплату за результат, спрощення доступу до фінансування та інвестицій.

Ключове завдання Міністерства охорони здоров'я в умовах децентралізації – створити максимум можливостей на місцях, де відбуватимуться зміни, які побачать українці. Саме тому реалізація реформи залежатиме від якості роботи місцевої влади.

В.о. Міністра охорони здоров'я України доктор Уляна Супрун звернула увагу на те, що метою змін фінансування охорони здоров'я є перш за все зміна стосунків: «Ми переходимо на модель, де здоров'я кожного громадянина застраховано, а лікар чи лікарня отримують адресний дохід за роботу з конкретним пацієнтом».

Уляна Супрун окреслила три завдання на наступний рік у рамках розгортання Національної служби здоров'я: розгортання ІТ-системи і планування роботи з регіонами, реєстрація лікарів та нова система виплат і навчання лікарів.

За інформацією прес-служби МОЗ України

# Ін'єкційна ефективність в таблетках\*

при респіраторних інфекціях



 **astellas**

## Флемоклав Солютаб®

амоксцилін /клавуланова кислота

Самий швидкий клінічний ефект серед захищених амінопеніцилінів<sup>1</sup>

Кращий захист амоксициліна клавулановою кислотою<sup>2</sup>



\* Яковлев С.В., Довгань Е.В. Аспекты эффективности антибиотиков. Справочник поликлинического врача №6, 2014 г., стр. 4-6  
1. Карпов О.И. и соавт. Детские инфекции. 2006, №3, стр. 52-56  
2. Sourgens H. et al. Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. 2001; 39(2): 75-82

Флемоклав Солютаб 125/31,25 мг - UA/4458/01/01 від 08.05.2015; Флемоклав Солютаб 250/62,5 мг - UA/4458/01/02 від 08.05.2015; Флемоклав Солютаб 500/125 мг - UA/4458/01/03 від 08.05.2015; Флемоклав Солютаб 875/125 - UA/4458/01/04 від 25.01.2013

**Коротка інформація про лікарський засіб ФЛЕМОКЛАВ СОЛЮТАБ®.** **Склад:** діючі речовини: амоксицилін, клавуланова кислота; 1 таблетка 125/31,25 містить 125 мг амоксициліну (у вигляді амоксициліну тригідрату), 31,25 мг клавуланової кислоти (у вигляді калію клавуланату); 1 таблетка 250/62,5 містить 250 мг амоксициліну (у вигляді амоксициліну тригідрату), 62,5 мг клавуланової кислоти (у вигляді калію клавуланату); 1 таблетка 500/125 містить 500 мг амоксициліну (у вигляді амоксициліну тригідрату), 125 мг клавуланової кислоти (у вигляді калію клавуланату); 1 таблетка 875/125 містить 875 мг амоксициліну (у вигляді амоксициліну тригідрату), 125 мг клавуланової кислоти (у вигляді калію клавуланату); **Лікарська форма.** Таблетки, що диспергуються. **Показання.** Лікування бактеріальних інфекцій, спричинених чутливими мікроорганізмами, таких як: підтверджений гострий бактеріальний синусит, гострий середній отит, підтвержене загострення хронічного бронхіту, негоспітальна пневмонія, цистити, пієлонефрити; інфекції шкіри та м'яких тканин, у т.ч. целюліти, укуси тварин, тяжкі дентоальвеолярні абсцеси з поширеним целюлітом; інфекції кісток та суглобів, у т.ч. остеомиєліти. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-яких компонентів препарату, до будь-яких антибактеріальних засобів групи пеніцилінів, наявність в анамнезі тяжких реакцій гіперчутливості (в т.ч. анафілаксії), пов'язаних із застосуванням інших бета-лактамічних агентів (у т.ч. цефалоспоринів, карбапенемів або монобактамів), наявність в анамнезі жовтяниці або дисфункції печінки, пов'язаних із застосуванням амоксициліну/клавуланату (див.розділ «Побічні реакції»). **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Вагітність. Дослідження на тваринах не показують прямих чи непрямих шкідливих дій на вагітність, розвиток ембріона/плода чи постнатальний розвиток. Обмежені дані застосування амоксициліну/клавуланової кислоти під час вагітності не виявляли підвищеного ризику виникнення вроджених вад розвитку. В ході одного дослідження за участю жінок з передчасним розривом оболонок плода повідомлялося, що профілактичне застосування амоксициліну/клавуланової кислоти може бути пов'язане з підвищенням ризику некротизуючого ентероколіту у новонароджених. Слід уникати застосування препарату під час вагітності, за винятком необхідності застосування у випадках, які оцінює лікар. **Період годування груддю.** Обидва активні компоненти препарату екскретуються у грудне молоко (немає інформації стосовно впливу клавуланової кислоти на немовля, яке знаходиться на грудному вигодовуванні). Відповідно, у немовляти, яке знаходиться на грудному вигодовуванні, можлива поява діареї та грибкової інфекції слизових оболонок, тому годування груддю слід припинити. Препарат у період годування груддю можна застосовувати лише тоді, коли, на думку лікаря, користь від застосування буде переважати ризик. **Спосіб застосування та дози.** Для дорослих та дітей з масою тіла  $\geq 40$  кг Флемоклав Солютаб® 500/125 забезпечує добову дозу, яка становить 1500 мг амоксициліну/375 мг клавуланової кислоти. Тривалість лікування визначається відповіддю пацієнта на лікування. Деякі інфекції, (наприклад остеомиєліт) потребують лікування протягом тривалого часу. Лікування не слід продовжувати більше 14 днів без оцінки стану хворого. **Діти з масою тіла <40 кг.** Від 20 мг/5 мг/кг/добу до 60 мг/15 мг/кг/добу, розділивши на 3 прийоми. Клінічні дані застосування амоксициліну/клавуланової кислоти із співвідношенням 4:1 у дітей віком до 2 років у дозі понад 40 мг/10 мг/кг маси тіла на добу відсутні. Лікарський засіб у даній лікарській формі можливо застосовувати дітям з масою тіла більше 9 кг із розрахунку добової дози 40 мг/10 мг/кг/добу, розділивши на 3 прийоми. **Пацієнти літнього віку.** Відсутня необхідність корекції дози. **Ниркова недостатність.** Доза визначається відповідно до рівня амоксициліну. Немає необхідності змінювати дозу пацієнту при кліренсі креатиніну  $> 30$  мл/хв. **Печінкова недостатність.** Застосовувати з обережністю і періодично контролювати функцію печінки **Спосіб застосування.** Флемоклав Солютаб® приймають всередину. Флемоклав Солютаб® призначають на початку прийому їжі, щоб зменшити диспепсичні симптоми та покращити всмоктування препарату. Таблетку ковтають цілою, запиваючи її стаканом води, або розчиняють в невеликій кількості води. Для дітей з масою тіла  $< 40$  кг рекомендовано розчинити в невеликій кількості води. **Побічні реакції.** Інфекції та інвазії: часто: кандидоз шкіри та слизових оболонок. **Кровоносна та лімфатична системи:** рідко: оборотна лейкопенія (включаючи нейтропенію) та тромбоцитопенія; невідомо: оборотна агранулоцитоз та гемолітична анемія; збільшення часу кровотечі та протромбінового індексу. **Імунна система:** Невідомо: ангіоневротичний набряк, анафілаксія, сироваткоподібний синдром, алергічний васкуліт. **Нервова система:** нечасто: запаморочення, головний біль, невідомо: оборотна гіперактивність і судороги. Судороги можуть виникати у пацієнтів з порушеною функцією нирок або у тих, хто отримує високі дози препарату. **Травний тракт:** дуже часто: діарея; часто: нудота, блювання (вищезазначені симптоми з боку травного тракту можна зменшити, якщо застосовувати препарат на початку прийому їжі); нечасто: порушення травлення, невідомо: антибіотикасоційований коліт (включаючи псевдомембранозний коліт та геморагічний коліт), чорний волосистий язик. **Гепатобіліарні реакції:** нечасто: помірне підвищення рівня АСТ та/або АЛТ відзначалося у хворих, які лікувались антибіотиками групи бета-лактамів, однак клінічне значення цього не встановлено; невідомо: гепатити та холестатична жовтяниця. Ці явища виникали при застосуванні інших пеніцилінів та цефалоспоринів (див. розділ «Особливості застосування»). **Шкіра та підшкірні тканини:** нечасто: шкірні висипання, свербіж, кропив'янка; рідко: поліморфна еритема, невідомо: синдром Стивенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, пухирчастий експоліативний дерматит, гострий генералізований екзантематозний пустульоз. **Нирки та сечовидільна система:** невідомо: інтерстиціальний нефрит, кристалурія. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування, що затверджена МОЗ України та знаходиться на сайті <http://www.drz.kiev.ua>. У випадку виникнення побічних ефектів просимо направляти інформацію до представництва Астеллас Фарма Юроп Б. В. на адресу 04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 13, корп. 7-В, офіс 41, тел. 044-490-68-25, факс: 044-490-68-26.

ТОВ «Астеллас Фарма»; м. Київ, вул. М. Пимоненка, 13, корп. 7В, оф. 41; тел. +38 044 490 68 25, факс +38 044 490 6826

Інформація для фахівців охорони здоров'я. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування, що затверджена МОЗ України на <http://www.drz.kiev.ua>

# Эмпирическая антибиотикотерапия острого бактериального синусита и внебольничной пневмонии у детей

По материалам международных руководств

Продолжение. Начало на стр. 32.

В ряде случаев в качестве терапии первой линии могут использоваться пероральные цефалоспорины: положения рассматриваемого руководства предполагают назначение цефдинира, цефуросима и цефподоксима детям с аллергическими реакциями на амоксициллин.

Оптимальная длительность АБТ ОБС окончательно не определена и, по данным разных авторов, может варьировать от 10 до 28 дней. Существует альтернативное мнение, в соответствии с которым АБТ следует продолжать на протяжении 7 дней после исчезновения субъективных и объективных признаков заболевания. Эксперты ААР заняли промежуточную позицию, считая, что длительность приема антибиотиков должна составлять не менее 10 дней.

Если состояние детей не улучшилось в течение 3 дней, эксперты ААР предусматривают следующие варианты действий (табл. 2).

Необходимо отметить, что эксперты ААР ограничивают применение фторхинолонов у детей в связи с потенциальными нежелательными лекарственными реакциями (поражение суставов у лиц, не достигших

половой зрелости), считая возможным использование антибиотиков указанного класса только с целью лечения заболеваний, для которых отсутствуют эффективные и безопасные альтернативные варианты терапии. Поэтому назначение левофлоксацина относят к резервной схеме АБТ при тяжелом течении заболевания или рекомендуют детям позднего подросткового возраста (18 лет), достигшим половой зрелости.

## Внебольничная пневмония

В 2011 г. эксперты PIDS и IDSA опубликовали практическое руководство по лечению ВБП у младенцев и детей старше 3 мес. В случае неосложненного течения заболевания лучшей стратегией признана амбулаторная АБТ (табл. 3).

По мнению экспертов PIDS и IDSA, оптимальная длительность АБТ ВБП у детей должна составлять 10 дней. В руководстве отмечается, что более короткие курсы лечения могут быть эффективными при условии легкого течения заболевания и пребывании пациента в домашних условиях; в ряде случаев, наоборот, может потребоваться удлинение сроков терапии (при одновременном инфицировании несколькими патогенными

микроорганизмами или обнаружении *S. aureus*) (сильная рекомендация, умеренное качество доказательств).

В рекомендациях PIDS и IDSA рассматриваются варианты альтернативной эмпирической терапии (табл. 4) в зависимости от места оказания медицинской помощи (амбулаторно/стационарно) и предположительного генеза заболевания (типичный/атипичный возбудитель).

Таким образом, препаратами первой линии для лечения ОБС и ВБП у детей являются амоксициллин или амоксициллин/клавуланат; цефалоспорины II-III поколения и макролиды являются препаратами второй линии.

## Литература

1. Wald E.R. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years. *Pediatrics* 2013; 132: e262-e280.
2. Bradley J.S. The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases* 2011; 53 (7): e25-e76.

Подготовила Лада Матвеева



Таблица 3. Основные рекомендации PIDS и IDSA по АБТ ВБП у детей (2011)

Амбулаторные больные	
Амоксициллин следует использовать в качестве терапии первой линии для лечения ранее здоровых, должным образом вакцинированных младенцев и детей дошкольного возраста с легким и среднетяжелым течением ВБП, предположительно вызванной бактериями (сильная рекомендация, умеренное качество доказательств)	
Амоксициллин следует применять в качестве терапии первой линии для лечения ранее здоровых, должным образом вакцинированных детей школьного и подросткового возраста с легким и среднетяжелым течением ВБП, обусловленной <i>S. pneumoniae</i> . Следует учитывать возможность инфицирования атипичными патогенами ( <i>M. pneumoniae</i> ) и менее распространенными возбудителями заболеваний нижних дыхательных путей (сильная рекомендация, умеренное качество доказательств)	
Макролиды следует использовать для лечения детей (преимущественно школьного и подросткового возраста), у которых при обследовании в амбулаторных условиях получены результаты, характерные для ВБП, вызванной атипичными возбудителями (слабая рекомендация, умеренное качество доказательств)	
Стационарные больные	
Ампициллин и бензилпенициллин следует назначать должным образом вакцинированным младенцам и детям школьного возраста, госпитализированным в стационар с ВБП при условии низкой распространенности в данном регионе пенициллинрезистентных штаммов <i>S. pneumoniae</i> (сильная рекомендация, умеренное качество доказательств)	
Эмпирическую парентеральную терапию цефалоспорины III поколения (цефтриаксон или цефотаксим) следует назначать госпитализированным младенцам и детям, вакцинированным ненадлежащим образом; ее следует использовать в регионах с высокой распространенностью пенициллинрезистентных возбудителей или назначать детям с жизнеугрожающими осложнениями, включая эмпиему (слабая рекомендация, умеренное качество доказательств)	
Следует рассмотреть целесообразность назначения эмпирической комбинированной терапии макролидом (перорально или парентерально) и β-лактамом антибиотиком госпитализированным детям, вероятно, инфицированным <i>M. pneumoniae</i> и <i>S. pneumoniae</i> (слабая рекомендация, умеренное качество доказательств)	
Ванкомицин или клиндамицин (основываясь на региональных сведениях о чувствительности микроорганизмов) следует назначать совместно с β-лактамом антибиотиком, если клинические, лабораторные данные и результаты визуализирующих исследований подтверждают, что заболевание вызвано <i>S. aureus</i> (сильная рекомендация, низкое качество доказательств)	

Таблица 4. Рекомендации PIDS и IDSA по эмпирической АБТ ВБП у детей (2011)

Место оказания помощи, возраст пациентов	Эмпирическая терапия		
	Бактериальная пневмония	Атипичная пневмония	Пневмония, вероятно, вызванная вирусом гриппа
Амбулаторные пациенты			
Дети в возрасте до 5 лет (дошкольники)	Амоксициллин перорально (90 мг/кг/сут в 2 приема)	Азитромицин перорально (10 мг/кг в 1-е сутки, затем по 5 мг/кг/сут на протяжении 2-5 сут)	Озелтамивир
	<b>Альтернативная терапия</b> Амоксициллин/клавуланат перорально (дозировка по амоксициллину 90 мг/кг/сут в 2 приема)	<b>Альтернативная терапия</b> Кларитромицин перорально (15 мг/кг/сут в 2 приема на протяжении 7-14 дней) или эритромицин перорально (40 мг/кг/сут в 4 приема)	
Дети в возрасте 5 лет и старше	Амоксициллин перорально (90 мг/кг/сут в 2 приема, максимальная доза – 4 г/сут)	Азитромицин перорально (10 мг/кг в 1-е сутки, затем по 5 мг/кг/сут на протяжении 2-5 сут; максимальная доза 500 мг в 1-й день, затем по 250 мг на 2-5-е сутки)	Озелтамивир или занамивир (для детей ≥7 лет). <b>Альтернативная терапия</b> Перамивир, занамивир (внутривенные формы) в настоящее время проходят клинические испытания. Внутривенное введение занамивира возможно в исключительных случаях
	Детям с вероятной бактериальной пневмонией, не имеющим клинических, лабораторных, рентгенографических данных, на основании которых можно было бы провести дифференциальный диагноз между бактериальной ВБП, вызванной типичными и атипичными возбудителями, дополнительно к β-лактамом антибиотикам могут быть назначены макролиды	<b>Альтернативная терапия</b> Кларитромицин перорально (15 мг/кг/сут в 2 приема на протяжении 7-14 дней; максимальная доза 1 г/сут) или эритромицин; для детей >7 лет – доксициклин	
Стационарные пациенты всех возрастных групп			
Дети, вакцинированные должным образом (контрактированная вакцина против <i>H. influenzae</i> (тип b) и <i>S. pneumoniae</i> ); минимальный уровень региональной резистентности к инвазивным штаммам пневмококка	Ампициллин или бензилпенициллин	Азитромицин (дополнительно к β-лактамом антибиотикам, если диагноз атипичной пневмонии подвергается сомнению)	Озелтамивир или занамивир (для детей ≥7 лет) <b>Альтернативная терапия</b> Перамивир, озельтамивир, занамивир (внутривенные формы) в настоящее время проходят клинические испытания. Внутривенное введение занамивира возможно в исключительных случаях
	<b>Альтернативная терапия</b> Цефтриаксон или цефотаксим; дополнительно ванкомицин или клиндамицин при подозрении на инфицирование внегоспитальными штаммами MRSA		
Дети, невакцинированные должным образом против <i>H. influenzae</i> (тип b) и <i>S. pneumoniae</i> ; высокий уровень региональной резистентности к инвазивным штаммам пневмококка	Цефтриаксон или цефотаксим; дополнительно ванкомицин или клиндамицин при подозрении на инфицирование внегоспитальными штаммами MRSA	<b>Альтернативная терапия</b> Кларитромицин или эритромицин; доксициклин для детей >7 лет; левофлоксацин для детей, не переносящих макролиды	

Примечание: MRSA – метициллинрезистентные штаммы *S. aureus*.