

# Гострі респіраторні інфекції у дітей: чи є місце антибіотикам у лікуванні таких пацієнтів?

**Антибіотикорезистентність – глобальна проблема людства, актуальність якої зростає з кожним роком. Нечутливість мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів стає причиною смерті понад 700 млн осіб щороку. Масштаби та динаміка поширення антибіотикорезистентності зумовлюють потребу в терміновому реагуванні. Основною стратегією стримування прогресування антибіотикорезистентності є раціональна антибіотикотерапія, основні принципи якої відображені у стратегії SMART: Standard (стандарт) – вибір лікарського засобу має бути оснований на світових стандартах та рекомендаціях, які ґрунтуються на даних доказової медицини; Mind (раціональність) – рішення про призначення антибіотика необхідно підтверджувати конкретними показаннями; Adequate (адекватність) – засіб призначають в оптимальному дозуванні; Resistance (резистентність) – антибіотик має бути дієвим відносно основних збудників захворювання; Time (час та оптимальний курс лікування) – своєчасність антибіотикотерапії. У педіатричній практиці необґрунтоване застосування антибактеріальних засобів найчастіше зустрічається при гострій респіраторній інфекції (ГРІ), тому рішення про призначення препаратів цієї групи дитині з ГРІ має бути чітко вивіреном.**

ГРІ – це будь-які гострі інфекційні захворювання верхніх або нижніх дихальних шляхів, які супроводжуються розвитком респіраторного та інтоксикаційного синдромів різного ступеня тяжкості. У більшості випадків респіраторний синдром є домінуючим. Його прояви залежать від рівня ураження дихальних шляхів (ларингіт, трахеїт, бронхіт тощо). До інфекційних захворювань верхніх дихальних шляхів належать гострий риносинусит, гострий середній отит, фарингіт/тонзиліт і ларингіт. Інфекції нижніх дихальних шляхів включають гострий бронхіт, гострий трахеїт, бронхіоліт і пневмонію.

Актуальність проблеми ГРІ передусім пов'язана з особливостями епідеміології цих захворювань. Щорічно в Україні на ГРІ хворіють 10-14 млн осіб. Найвищі показники захворюваності на ГРІ фіксують у віковій категорії 6 міс – 3 роки. Як повідомляють експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я, протягом останніх років спостерігається стала тенденція до збільшення кількості випадків цих захворювань у всьому світі. Цьому сприяють соціальні, біологічні, природні, кліматичні, біоценологічні фактори: швидкі темпи урбанізації та часте контактування між окремими особами, що створюють оптимальні умови для повітряно-крапельної передачі збудника, зниження напруженості захисних механізмів організму, стійкість збудників ГРІ у зовнішньому середовищі тощо. Актуальність проблеми ГРІ також зумовлює відсутність можливості широкого застосування специфічних методів діагностики для верифікації збудника у кожному конкретному випадку. Тому лікарям усіх спеціальностей необхідно розуміти, у яких випадках пацієнту достатньо призначити базисні терапевтичні заходи (постільний режим, молочно-рослинна дієта, адекватна регідратація, підтримання оптимальної температури та вологості повітря у приміщенні, де перебуває хвора дитина), а коли необхідно включити у схему лікування антибактеріальні засоби.

Найефективнішим є те лікування, яке спрямоване на усунення етіологічного чинника захворювання. У 80% випадків збудниками ГРІ є віруси: у 40% – риновіруси, у 10% – коронавіруси, у 30% – віруси простого герпесу, цитомегаловірус, неідентифіковані штами і тільки в 10% – віруси грипу, парагрипу, аденовіруси та респіраторно-синцитіальні віруси (М.Є. Маменко, 2018). Проте у 20% випадків інфекційне ураження верхніх і нижніх дихальних шляхів спричинене типовими й атипичними мікроорганізмами, а саме *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Chlamydophila*

*pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, а також грибами роду *Candida*. Тобто кожен 5-й випадок ГРІ викликаний не вірусним агентом, а отже, потребує індивідуального підходу із призначенням антибактеріальних засобів.

ГРІ слід розглядати як поліетіологічні захворювання, при яких вибір терапевтичної тактики залежить від типу збудника. Призначення антибіотиків дітям із проявами ГРІ при наявності достовірних даних про бактеріальну природу інфекції обмежене конкретними показаннями. В Уніфікованому клінічному протоколі первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респіраторні інфекції», затвердженому наказом МОЗ України від 16.07.2014 № 499, наведені принципи стратегії раціональної антибіотикотерапії. Згідно з ними 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 °C 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. Абсолютним показанням до призначення антибіотиків є негоспітальна пневмонія, яка за відсутності адекватного лікування може стати причиною тяжких, навіть летальних, наслідків.

Найчастішими бактеріальними збудниками типової негоспітальної пневмонії у дітей є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* та *Moraxella catarrhalis*. Великий інтерес становлять пневмококи, які є представниками облігатної мікрофлори носоглотки та ротової порожнини людини. Анатомо-фізіологічні особливості респіраторного тракту у дітей (вузький просвіт евстахієвої труби,

бронхів, слабкість дихальних м'язів, недостатня активність місцевого імунітету), а також наявність інших несприятливих факторів (зокрема вірусної інфекції) створюють передумови для інфікування пневмококами нижніх дихальних шляхів.

Внаслідок надмірного та необґрунтованого призначення антибактеріальних засобів, особливо при ГРІ, у всьому світі відзначається тенденція до підвищення стійкості бактеріальних збудників до наявних антибіотиків. Сумна статистика спонукає до поглибленого вивчення чутливості бактерій до протимікробних препаратів, які найчастіше призначаються лікарями. Одним із наймасштабніших фундаментальних клінічних досліджень, у якому взяли участь дослідницькі центри 26 країн світу на 4 континентах, став Alexander Project. Під час дослідження було вивчено 8882 ізоляти *Streptococcus pneumoniae*, 8523 – *Haemophilus influenzae* та 874 – *Moraxella catarrhalis*, які були взяті у пацієнтів з бактеріальним ураженням нижніх відділів респіраторного тракту. Визначали чутливість мікроорганізмів до 24 антибіотиків. Результати дослідження продемонстрували, що основний бактеріальний збудник ГРІ – *Streptococcus pneumoniae* – зберігає достатньо високу чутливість до антибіотиків пеніцилінового ряду (амоксациліну та амоксициліну/клавуланової кислоти). Була відзначена висока резистентність цього збудника до макролідів – 24,6%. У *Haemophilus influenzae* продукція β-лактамаз становила 16,9%, тоді як поширеність β-лактамазо-негативних штамів, стійких до ампіциліну, була низькою – 0,2%. Продукція β-лактамаз у *Moraxella catarrhalis* у всьому світі залишалася високою – 92,1% (M.R. Jacobs et al., 2003).

Не менш актуальними є результати багатоцентрового проспективного дослідження ПеГАС, у якому вивчали антибіотикочутливість 2419 штамів *Streptococcus pneumoniae*. Під час дослідження було встановлено, що пеніциліни, зокрема амоксицилін та амоксицилін/клавуланова кислота, зберігали стабільно високу фармакодинамічну активність проти пневмококів. За результатами аналізу чутливості стрептокока до різних антибактеріальних засобів, який проводили протягом тривалого часу (1999-2009 рр.), амоксицилін/клавуланат продемонстрував високу ефективність протягом усього періоду спостереження: 100% – 1999-2003 рр., 99,7% – 2004-2005 рр., 99,6% – 2006-2009 рр. Частка нечутливих штамів не перевищувала 0,4%. Варто відзначити, що у зв'язку із великою популярністю макролідів з'являються та поширюються нечутливі до представників цієї фармакологічної групи штами *Streptococcus pneumoniae* (Р.С. Козлов і соавт., 2010).

Наведені результати клінічних досліджень свідчать, що пеніциліни не втратили своїх позицій і є ефективними проти основних бактеріальних збудників ГРІ.

Дані доказової медицини також відображені у рекомендаціях авторитетних міжнародних організацій (Всесвітня організація охорони здоров'я, Британське торакальне товариство, Американське товариство дитячих інфекційних захворювань, Американське товариство інфекційних захворювань), у яких препаратом вибору для емпіричного лікування дітей з неускладненою типовою негоспітальною пневмонією є амоксицилін. Амоксицилін/клавуланова кислота як препарат першої лінії рекомендований у разі пневмонії вірусно-бактеріальної природи, яка сьогодні реєструється дуже часто.

У лікуванні дітей з негоспітальною пневмонією свою нішу займають також інші антибактеріальні засоби. Зокрема, застосування макролідів доцільне у випадку неефективності препаратів першої лінії або наявності достовірних даних про участь атипичної флори (*Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*).

Таким чином, при ГРІ, спричинених бактеріальними збудниками, терапія першої лінії представлена пеніцилінами для перорального застосування, ефективність яких не поступається парентеральним формам. Основний критерій, якому має відповідати сучасний протимікробний засіб, є його висока ефективність проти основних збудників захворювання. У зв'язку з віковими особливостями пацієнтів не менш важливо, щоб лікарський засіб був безпечним, зручним у застосуванні та доступним.

Сьогодні в Україні представлений високоякісний антибактеріальний засіб Амоксиклав® 2S (амоксицилін/клавуланова кислота) від компанії Sandoz. Амоксиклав® 2S виготовлений у формі порошку для приготування оральної суспензії для двократного прийому. Для точного дозування антибіотика, що є важливою умовою ефективної та безпечної антибіотикотерапії, у комплект кожної упаковки входить шприц-дозатор. Він дає змогу з точністю до 0,1 мл виміряти потрібний об'єм суспензії, необхідний конкретній дитині.

**Отже, сучасна стратегія раціональної антибіотикотерапії передбачає не так синтез нових активних молекул, як розумне використання уже наявних. Сьогодні доступні антибіотики, які проявляють високу ефективність проти основних бактеріальних збудників інфекційних захворювань, зокрема ГРІ. Дані доказової медицини підтверджують, що пеніциліни не втратили своєї актуальності для лікування бактеріальних уражень дихальної системи, вони є ефективними та безпечними лікарськими засобами, у тому числі для дітей. У цьому аспекті уваги педіатрів заслуговує препарат Амоксиклав® 2S, дозволений до застосування у дітей з 2 місяців.**

Підготувала Ілона Цюпа

Інформація для спеціалістів  
сфери охорони здоров'я.

4-02-АМВ-АИГ-0219



# Амоксилав® 2S – точне дозування для вдалого лікування.



**Препарат №1 у протоколах лікування дітей з гострими та рецидивуючими інфекціями²**

- Точність дозування завдяки **шприцу-дозатору³**
- Зручний дворазовий прийом¹
- Повний курс лікування **1 флаконом\*¹**

\*При лікуванні дітей з масою тіла до 25 кг курсом 5 днів. 1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу АМОКСИЛАВ® 2S, порошок для оральної суспензії, 400 мг/57 мг в 5 мл. 2. Наказ МОЗ України №181 від 21.04.2015. Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю "дитяча отоларингологія". Під "препаратом №1 в протоколах лікування" мається на увазі молекула амоксицилін клавуланова кислота. 3. Yin HS et al. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010 Feb;164 (2):181-6. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.269. **Категорія відпуску.** За рецептом. РП № UA/15213/01/01. Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я. Лікарські засоби мають протипоказання та можуть викликати побічні реакції. Для більш детальної інформації дивіться інструкцію для медичного застосування лікарського засобу. Перед застосуванням лікарського засобу необхідно проконсультуватись з лікарем та обов'язково ознайомитися з інструкцією для медичного застосування. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за телефоном, електронною адресою або за допомогою сайту: +380 (44) 389 39 30, [drugs\\_safety.ukraine@novartis.com](mailto:drugs_safety.ukraine@novartis.com), [www.sandoz.ua](http://www.sandoz.ua). ТОВ «Сандоз Україна» м. Київ, пр. С. Бандери, 28-А (літ. Г). 4-02-AMB-АИГ-0818.