

Принципы разумной достаточности антибиотикотерапии в амбулаторной практике педиатра

Принятие решения о проведении антибиотикотерапии в амбулаторной практике является важным и ответственным шагом. При этом необходимо учесть ряд факторов. Наиболее важные из них – это возможность осложнений антибиотикотерапии и наличие антибиотикорезистентности микроорганизмов.

Как, когда и кому следует назначать антибактериальную терапию (АБТ)? Какое количество детей необоснованно получают ее? Какова цена такой терапии?

На эти и другие актуальные вопросы ответил доктор медицинских наук, профессор Владимир Кириллович Таточенко (Научный центр здоровья детей РАМН, г. Москва) на проходившем 14-16 октября в г. Киеве VI Конгрессе педиатров Украины.

– В 85-90% случаев возбудителями острых респираторных заболеваний являются респираторные вирусы, и только в 10-15% случаев заболевание имеет бактериальную этиологию.

Отличить вирусную инфекцию от бактериальной – непростая задача даже для хорошего клинициста. Тем не менее клинический опыт, данные многочисленных исследований дают возможность предположить этиологию того или иного респираторного заболевания. Рассмотрим наиболее часто встречающиеся патологические состояния в практике педиатра и тактику выбора антимикробного препарата.

Тонзиллиты представляют собой сложную диагностическую задачу, поскольку, несмотря на различную этиологию, наблюдается сходная клиническая картина: симптомы интоксикации, повышение температуры тела, налет на миндалинах и боль в горле. Клинические различия между тремя формами тонзиллита – вызванным пиогенным стрептококком (или бета-гемолитическим стрептококком группы А – БГСА), вирусом Эпштейна-Барр и респираторными вирусами – сводятся лишь к отсутствию катаральных симптомов при стрептококковом тонзиллите и наличию назофарингита, конъюнктивита при вирусной этиологии заболевания. Назначение АБТ при бактериальном тонзиллите является обязательным. Диагностировать бактериальный тонзиллит можно с помощью микробиологических методов, показатели анализа крови не играют существенной роли. При подозрении на бактериальный тонзиллит и отсутствии возможности для культурального исследования можно назначить эмпирическую АБТ, а далее, если позитивная динамика через 48 ч не отмечается – отменить препарат (косвенный признак вирусной этиологии тонзиллита) и пересмотреть тактику лечения. При улучшении состояния терапию следует продолжить до 10 дней.

Инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейна-Барр, является нередким заболеванием в детском возрасте. Типичная клиническая картина (гепатомегалия, спленомегалия, лимфаденит) наблюдается в 12% случаев, атипичные мононуклеары определяются в крови у 6% пациентов. Наличие у ребенка этих признаков позволяет заподозрить инфекционный мононуклеоз.

Симптомами **острого бронхита** являются скудные катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, конъюнктивит, фебрильная температура и характерная аускультативная картина. Назначение АБТ при острых бронхитах является спорным, так как в большинстве случаев острого бронхита возбудителями являются вирусы. Мы наблюдали две группы детей с обструктивным бронхитом с целью проанализировать влияние назначения макролидов на степень обструкции. Результаты показали, что в группах АБТ и в группе непринимавших макролиды в отношении обструктивных явлений различий не было.

Аспириционный бронхит встречается преимущественно у детей грудного возраста, характерна связь с кормлением ребенка, во время и после которого отмечают срыгивание. При наличии у ребенка повышенной температуры тела рекомендуют парентеральное применение защищенных аминопенициллинов или цефалоспоринов III поколения.

При **коклюше** отмечают длительный (на протяжении 2 нед и больше) кашель без обструкции. Как правило, заболевание не связано с синуситом, аденоидитом. Возбудитель коклюша – *Bordetella pertussis* – чувствителен к макролидам.

Актуальной проблемой во всем мире является **лихорадка без видимого очага инфекции** – острое заболевание, проявляющееся только фебрильным повышением температуры тела при отсутствии симптомов конкретного заболевания или очага инфекции. При подозрении на бактериемию в таких случаях следует применять аминопенициллины, цефалоспорины парентерально.

При проведении дифференциальной диагностики **пневмонии** у детей до 6 мес следует учитывать клинические и рентгенологические признаки. При типичной пневмонии наблюдаются лихорадка, интоксикация, втяжение межреберий на вдохе; при физикальном обследовании – над легкими ослабленное дыхание, локальные влажные мелкопузырчатые хрипы, укорочение перкуторного звука; картина крови характеризуется лейкоцитозом; на рентгенограмме определяется характерная картина пневмонии. Признаками атипичной пневмонии, которая в большинстве случаев вызывается хламидиями или микоплазмами, являются одышка, преимущественно сухой кашель, конъюнктивит, развивающиеся на фоне нормальной или субфебрильной температуры; в анализе крови наблюдается лейкоцитоз и эозинофилия. Подходы при лечении типичной и атипичной пневмонии отличаются: в первом случае назначаются аминопенициллины, цефалоспорины; во втором – применение β-лактамов не эффективно, следует назначать макролиды.

Наиболее частыми возбудителями вышеперечисленных бактериальных острых респираторных заболеваний являются *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*; атипичные микроорганизмы (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*).

Согласно международным рекомендациям для лечения бактериальных инфекций

у детей (отит, синусит, тонзиллит, вызванный БГСА, эпиглоттит, пневмония) используют аминопенициллины (амоксциллин, амоксициллин/клавуланат), цефалоспорины II поколения (цефуроксим аксетил), макролиды.

Выбор препарата делается на основании предполагаемого возбудителя с учетом его



возможной резистентности, наличия/отсутствия модифицирующих факторов.

Стартовая терапия острых бактериальных респираторных инфекций при отсутствии модифицирующих факторов зачастую начинается с амоксициллина.

Уровень вторичной резистентности к амоксициллину основных возбудителей респираторной инфекции в России очень низкий, поэтому его применение при респираторных заболеваниях является высокоэффективным.

Амоксициллин применяется в дозе 45 мг/кг/сут в 2-3 приема у детей до 12 лет и по 500 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза

в сутки у взрослых и детей с массой тела свыше 40 кг независимо от приема пищи. В некоторых случаях дозу амоксициллина можно увеличить до 60-100 мг/кг/сут.

Врач обязательно должен учитывать факторы риска формирования антибиотикорезистентности и выделять группу пациентов, для которых стартовой терапией должны быть другие препараты. В группу риска входят дети:

- находящиеся в учреждениях закрытого типа;
- посещающие дошкольные учреждения;
- тесно контактирующие с детьми, посещающими дошкольные учреждения;
- получавшие АБТ в предшествующие заболеванию 1-3 мес.

Для детей этих групп препаратом выбора является амоксициллин/клавуланат, который благодаря подавлению β-лактамаз влияет на резистентные к амоксициллину штаммы возбудителей.

Для педиатрической практики очень важна форма выпуска лекарственного средства, которая должна обеспечивать удобство применения для достижения максимальной эффективности, иметь высокий профиль безопасности. Всем этим требованиям соответствуют антибиотики в форме Соллютаб. Форма Соллютаб обеспечивает максимально полное всасывание амоксициллина и клавулановой кислоты в желудочно-кишечном тракте, что обеспечивает высокую концентрацию антибиотиков в органах и тканях. Таблетку Соллютаб можно как проглотить целиком, что удобно для детей старшего возраста, так и растворить в жидкости, приготовив суспензию для детей младшего возраста. При этом возможность легко готовить суспензию непосредственно перед приемом позволяет гарантировать точность дозирования и сохранить все свойства действующих веществ.

Оптимальным с точки зрения удобства для пациентов и комплаенса является двукратный прием аминопенициллинов.

Четкое знание международных рекомендаций, чувствительности возбудителей к антибактериальным препаратам, использование клинического опыта и индивидуальный подход к каждому ребенку – не панацея от возникновения проблем в ходе лечения, но важный шаг на пути к их решению.

Подготовила **Ольга Радучич**



Флемоксин Соллютаб®

Амоксициллин 125 мг, 250 мг, 500 мг, 1000 мг

Для маленьких и взрослых принять таблетку просто!



Препарат выбора у взрослых и детей при неосложненных инфекциях дыхательных путей

Диспергируемая лекарственная форма **Флемоксина Соллютаб®** гарантирует:

- ✓ Удобный способ приема (таблетку можно проглотить целиком или растворить в воде)
- ✓ Отличную переносимость благодаря практически полной абсорбции амоксициллина в кишечнике

Представительство Астеллас Фарма Юроп Б.В.:
Украина, 04050 г. Киев, ул. Пилипенко 13/5А оф.41, п/я 11
Тел. +38(044)490 68 25 Факс: +38(044) 490 68 26

