



С.П. Кривоустов

Инфекционные заболевания верхних отделов респираторного тракта у детей: стандарты антимикробной терапии

Инфекционные заболевания верхних дыхательных путей в педиатрической практике встречаются наиболее часто. При назначении лечения у практического врача, как правило, возникает ряд вопросов: когда достаточно лишь наблюдения и симптоматической терапии, следует ли включать в схему антибиотики, каким препаратам отдать предпочтение в эмпирической терапии различных заболеваний? Ответы на эти и другие вопросы представил профессор кафедры педиатрии № 2 и медицинской генетики Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук Сергей Петрович Кривоустов в рамках междисциплинарного круглого стола «Инфекции дыхательных путей в практике семейного врача, педиатра, терапевта: рациональная антибиотикотерапия» с видеоконференцией в регионах Украины, состоявшегося 5 марта в г. Киеве.

— В практике семейного врача, педиатра и терапевта наиболее частой причиной обращений за медицинской помощью являются инфекционные заболевания верхних дыхательных путей, при этом острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) выявляют в 90% случаев. В Украине ежегодно регистрируют десятки миллионов случаев ОРВИ. У взрослых пациентов эти заболевания бывают в среднем 2-3 раза в год, у детей же отмечаются 6 и более эпизодов ОРВИ в год. Чаще всего выявляют острый вирусный ринит. Риновирусы, среди которых насчитывают свыше 100 серотипов, вызывают более 80% случаев острого ринита.

Важно помнить, что в большинстве случаев при ОРВИ, не осложненной бактериальной инфекцией, антибиотики неэффективны и вредны; нецелесообразное назначение их не только не способствует скорейшему выздоровлению больного, но и приводит к увеличению антибиотикорезистентности микроорганизмов, что уже стало значительной проблемой во всем мире. Нерациональное назначение антибактериальных препаратов при остром вирусном рините составляет главную ошибку в амбулаторной педиатрической практике как в Украине, так и в странах Западной Европы: статистические данные свидетельствуют о том, что в 80% случаев острого вирусного ринита пациентам назначают антибиотики.

Острый средний отит — еще одна распространенная патология. Она встречается у 63-85% детей в течение первого года жизни (J.E. Kerschner, 2007), что связано с особенностями анатомии верхних дыхательных путей детей этого возраста. Согласно мировым стандартам острый средний отит должен выявлять врач первого звена — семейный доктор или педиатр — и, соответственно, эффективно его лечить, привлекая оториноларингологов лишь в качестве консультантов.

В этиологии острого среднего отита доминируют два патогена; в 40% случаев это заболевание вызвано пневмококком, а в 30% — гемофильной палочкой (Nelson Textbook of Pediatrics, 2007). Владение этой информацией является принципиально важным, поскольку в большинстве случаев в практике невозможно выделить возбудитель и лечение назначают эмпирически.

Протокол антибиотикотерапии острого среднего отита согласно мировым стандартам предполагает назначение амоксициллина в высоких дозах — 90 мг/кг/сут, что связано с увеличением резистентности пневмококковой и гемофильной инфекций. В настоящее время важную роль в протоколах лечения острого среднего отита отводят цефуроксиму аксетилу (Цефутилу). Важно, что в педиатрической практике любая антибиотикотерапия острого среднего отита должна по возможности осуществляться перорально, и лишь в редких случаях при тяжелом течении заболевания требуется парентеральное введение лекарственных средств. В этих случаях среди антибактериальных препаратов на первое место выходит применение цефтриаксона, что связано с его накоплением в полостях среднего уха.

Детям первого полугодия жизни антибиотик (например, Цефутил) при отите назначают даже в том случае, если диагноз сомнителен. Пациентам в возрасте от 6 мес до 2 лет антибиотик назначают, если диагноз очевиден; при сомнительном диагнозе антибактериальную терапию применяют при тяжелом течении заболевания; в остальных случаях показано наблюдение в течение 48-72 ч.

В возрасте 2 лет и старше при сомнительном диагнозе допускается наблюдение в течение 48-72 ч. Это связано с возможностью спонтанного разрешения острого среднего отита. Однако на сегодняшний день, к сожалению, отсутствуют достоверные предикторы такого самоизлечения, поэтому всегда следует помнить о высоком риске развития мастоидита и других осложнений данного заболевания. При очевидном диагнозе острого среднего отита антибиотик однозначно показан при тяжелом течении, а при легком и среднетяжелом возможна выжидательная тактика и наблюдение в течение 48-72 ч.

В последние годы популяризируется вакцинация детей младшего возраста против гемофильной инфекции типа В, однако следует помнить, что в большинстве случаев острый средний отит вызывается нетипируемыми штаммами гемофильной палочки. В то же время вакцины против

пневмококковой инфекции оказывают хороший эффект в предотвращении не только пневмонии, но и острого среднего отита.

Таким образом, в лечении острого среднего отита оптимальной является эмпирическая терапия, при этом препаратом выбора может быть Цефутил. Его применяют перорально в течение 10 суток у детей младше 2 лет и 5-7 суток у детей старшего возраста. При тяжелом течении заболевания целесообразно рассмотреть вопрос о продлении антибактериального лечения, поскольку полная эрадикация возбудителя из полости среднего уха способствует предотвращению развития повторных эпизодов острого среднего отита, которые зачастую являются причиной отнесения детей к группе часто болеющих.

Еще одним частым осложнением острого вирусного ринита является такая патология, как острый риносинусит. У 87% больных с инфекцией верхних дыхательных путей имеет место катаральное воспаление параназальных синусов, а у 2% развивается гнойный синусит.

Задачами лечения острого риносинусита являются устранение инфекционного процесса, предупреждение хронического синусита и таких осложнений, как субдуральная эмпиема, эпидуральный абсцесс, менингит, тромбоз кавернозного синуса и др. Острый бактериальный риносинусит, как правило, развивается на 5-7-е сутки после начала острого вирусного ринита и характеризуется второй волной лихорадки, приводит к возникновению болевого синдрома в проекции пазух черепа и к присоединению симптоматики интоксикации. Если у пациента в течение недели не прекращается насморк, следует думать о присоединении бактериальной инфекции. Этому может быть диагностирован у ребенка уже на первом году жизни; гайморит — с 3-4 лет; фронтит — с 7-8-летнего возраста. Таким образом, возрастные анатомо-физиологические особенности больного могут быть вспомогательным критерием при топической диагностике бактериального риносинусита.

Помимо гемофильной и пневмококковой инфекции острый бактериальный риносинусит может вызывать *M. catarrhalis*, которая выявляется у 20% больных с данной патологией. При такой этиологии заболевания как один из вариантов рассматривается применение цефподоксима (Цефодокса), при этом продолжительность приема антибиотика составляет 7 суток после нормализации клинических симптомов (в целом, как правило, 10 дней).

Острый стрептококковый тонзиллофарингит — это нередкое заболевание, диагностика и лечение которого требуют особой внимательности педиатра. Для диагностики целесообразно использовать алгоритм и шкалу Мак-Айзека (рис. 1, табл. 1). Классическими протоколами лечения тонзиллофарингита регламентируется назначение пенициллинов, цефалоспоринов или макролидов. Однако с середины прошлого века можно отметить стремительный рост распространенности микроорганизмов — продуцентов бета-лактамаз, что совпадает с графиком, на котором отмечены случаи безуспешного лечения тонзиллофарингита с помощью незащищенных пенициллинов (рис. 2).

Таким образом, становится понятно, почему незащищенные пенициллины, будучи незаменимыми в 1950-1960-е годы, в наши дни оказываются не такими эффективными при лечении тонзиллофарингита. Более того, следует помнить, что даже в случае инфицирования чувствительным к пенициллинам микроорганизмом в ткани миндалин часто обнаруживаются копатогены, являющиеся активными продуцентами бета-лактамаз. Следовательно, требуется новый подход к лечению этого заболевания. Согласно последним протоколам, при лечении стрептококкового тонзиллофарингита длительность терапии бета-лактамами антибиотиками (защищенными пенициллинами или цефалоспорином I поколения) должна составлять не менее 10 дней для эрадикации возбудителя и предотвращения острой ревматической лихорадки. Лечение цефалоспорином II поколения может составлять 4-6 дней. Длительность использования макролидов зависит от конкретного препарата: азитромицин требуется принимать в течение 3-5 дней, кларитромицин — 10 дней, эритромицин — 10 дней (The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, 2010). При непереносимости бета-лактамов показано назначение макролидов.

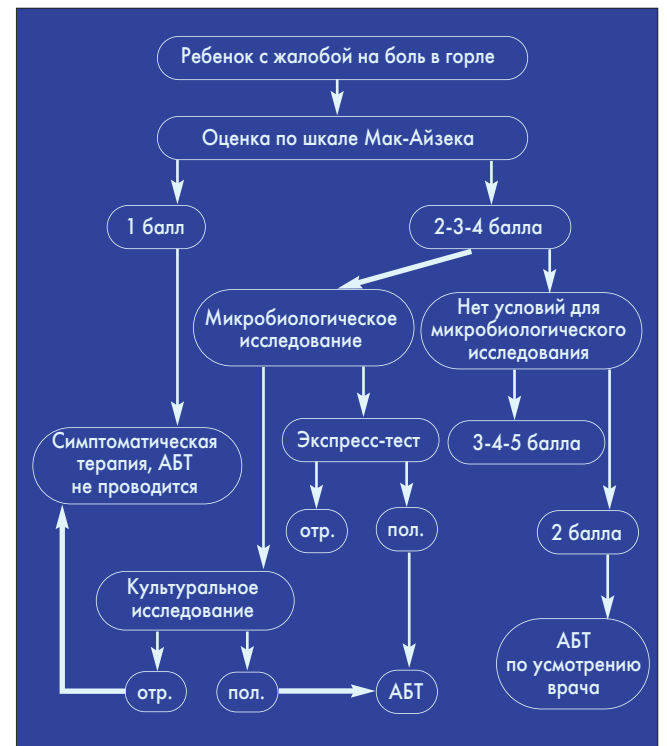


Рис. 1. Алгоритм диагностики и лечения тонзиллита

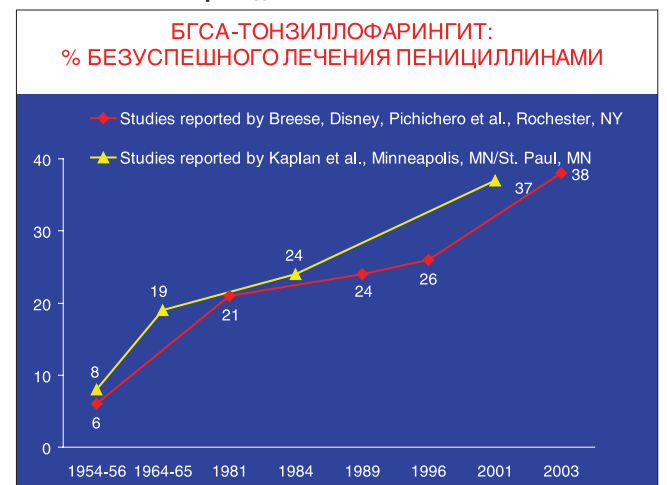


Рис. 2. Случаи безуспешного лечения тонзиллофарингита незащищенными пенициллинами

Критерий	Оценка (баллы)
Температура тела выше 38 °C	1
Отсутствие кашля	1
Увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов	1
Отечность миндалин и наличие экссудата	1
Возраст: 3-14 лет	1
15-18 лет	0

Для практического применения азитромицина (Зомакса) в лечении тонзиллофарингита международные руководства рекомендуют применять дозу 12 мг/кг в течение 5 дней или 20 мг/кг в течение 3 дней (курсовая 60 мг/кг).

В лечении пациентов с подозрением на мононуклеоз нельзя применять аминопенициллины, включая амоксициллинсодержащие препараты, так как при этом заболевании они могут вызвать сыпь.

При остром бронхите необходимо тщательно анализировать клиническую симптоматику, а также данные лабораторных исследований для принятия решения о целесообразности назначения антибактериальных препаратов.

При остром бронхите вирусной этиологии антибиотики не показаны; при подозрении на бактериальную этиологию заболевания препаратом выбора может выступать Цефутил; при микоплазменной инфекции или коклюше целесообразно назначение азитромицина (Зомакса).

Подготовила Татьяна Канцидайло-Спринсян