

Рациональная антибиотикотерапия в педиатрической практике

Открытие антибиотиков в середине XX века положило начало новой эре в медицине. Широкое использование антибактериальных средств позволило победить большое количество ранее смертельных заболеваний. Однако уже в начале XXI века человечество столкнулось с новой проблемой – антибиотикорезистентностью. Повсеместное использование этих препаратов – в пищевой, сельскохозяйственной промышленности, неадекватное применение антибактериальных средств в лечении различных заболеваний привело к появлению и широкому распространению антибиотикорезистентных микроорганизмов, устойчивых к нескольким классам антибактериальных препаратов. Адекватное и рациональное применение антибиотиков позволяет не только эффективно бороться с патогенным возбудителем, препятствовать развитию осложнений, но и противостоять увеличению резистентности микроорганизмов. Для того чтобы максимально снизить развитие резистентности, в международных медицинских обществах были разработаны протоколы для лечения различных инфекционных заболеваний.



Ю.В. Марушко

О современных аспектах лечения стрептококковых инфекций, в частности стрептококкового тонзиллофарингита, рассказал заведующий кафедрой педиатрии № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Юрий Владимирович Марушко в ходе XIV Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии», посвященной памяти выдающегося украинского ученого-педиатра, члена-корреспондента НАН, АМН Украины, РАМН, профессора Виктора Михайловича Сидельникова, которая проходила 12-14 сентября 2012 года в г. Судаке.

– Острый тонзиллофарингит – одно из наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний в педиатрической практике. Основным возбудителем в этом случае выступает β-гемолитический стрептококк группы А, реже заболевание обусловлено стафилококками, гемофильной палочкой, вирусами или внутриклеточными возбудителями. Основным резервуаром стрептококковой инфекции являются миндалины и задняя стенка глотки.

! Возбудитель передается воздушно-капельным путем. Источник инфекции – больные и реже бессимптомные носители. Вспышки острого стрептококкового тонзиллита чаще всего встречаются в организованных коллективах (в детских садах, школах, воинских частях и т.д.). Поражаются преимущественно дети в возрасте 5-15 лет, а также лица молодого трудоспособного возраста. Отсутствие адекватного лечения стрептококкового тонзиллофарингита может приводить к развитию тяжелых аутоиммунных процессов, таких как гломерулонефрит. Также не стоит забывать, что стрептококковая инфекция является пусковым фактором для острой ревматической лихорадки. Так, по данным Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г. Москвы, за последние 10 лет отмечается рост заболеваемости острой ревматической лихорадкой среди подростков, что прежде всего обусловлено неадекватным лечением.

Стрептококковая инфекция может вызвать различного вида поражения:

- поверхностные (ангина, фарингит, средний отит, импетиго),
- глубокие (некротический фасцит, менингит, эндокардит, пневмония, перитонит, сепсис),

- иммуноопосредованные (острая ревматическая лихорадка, постинфекционный реактивный артрит, васкулит, острый постстрептококковый гломерулонефрит);
- токсинопосредованные поражения (скарлатина, синдром стрептококкового токсического шока).

За последние десятилетия в мире отмечается увеличение частоты тяжелых форм стрептококковой инфекции, в частности сепсиса, инфекционно-токсического шока, некротического фасциита и других, что обусловлено неадекватным лечением стрептококковых тонзиллитов вследствие изменения клинической картины.

Согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра выделяют стрептококковый тонзиллит (J02.0) и стрептококковый фарингит (J03.0). В зарубежной практике широко используют термины «тонзиллофарингит» и «фарингит».

Для диагностики стрептококковой инфекции применяют такие методы, как бактериологический (взятие мазков из носоглотки), серологический (определение антистрептолизина О), а также экспресс-диагностику (иммуноферментный анализ стрептококкового антигена). Микробиологическое исследование мазка с поверхности миндалин при соблюдении правил техники забора материала характеризуется достаточно высокой чувствительностью (90%) и специфичностью (95-99%). Однако этот метод не позволяет провести дифференциальную диагностику между активной инфекцией и носительством. Современные экспресс-тесты, несмотря на высокую специфичность, отличаются низкой чувствительностью и таким образом не исключают наличие инфекции при отрицательном результате. Перспективным в диагностике стрептококковой инфекции считается метод полимеразной цепной реакции.

! Отсутствие алгоритма дифференциальной диагностики стрептококкового тонзиллофарингита, который должен быть разработан на принципах доказательной медицины, приводит к необоснованному назначению антибактериальных препаратов при вирусной инфекции и неправильной терапии стрептококкового тонзиллофарингита.

При выборе тактики лечения острого и хронического тонзиллита, в том числе стрептококковой этиологии,

врачу следует учитывать частоту обнаружения патогенного стрептококка в разных группах пациентов, возможность микст-инфекции миндалин, эффективность монотерапии антибиотиками, способы улучшения санации миндалин, предупреждения обострений хронического тонзиллита, а также возможность проведения хирургического вмешательства.

К сожалению, на сегодняшний день количество антибактериальных препаратов, активных по отношению к стрептококку, уменьшается. Эффективность антибиотиков снижается вследствие неадекватного их применения, появления полирезистентных штаммов, а также по причине развития криптита миндалин, который приводит к формированию хронического очага инфекции. Обнаружение патогенных стрептококков при отсутствии явной клинической картины также является показанием для проведения санации, так как персистенция стрептококковой инфекции в организме способствует аутоиммунным заболеваниям.

В настоящее время среди методов санации носоглотки при наличии тонзиллита главным местом занимают полусинтетические пенициллины, цефалоспорины I и II поколений, макролиды. Они используются в остром периоде, при длительном обострении, а также при высеивании патогенных микроорганизмов. По данным метаанализа J.R. Casey (2004), бактериологическая и клиническая элиминация стрептококков группы А при тонзиллофарингите у детей значительно выше после 10-дневного курса перорального приема цефалоспоринов, чем после 10-дневного курса антибиотикотерапии пероральными пенициллинами.

! В лечении тонзиллитов с успехом используют препарат Лексин – полусинтетический антибиотик из группы цефалоспоринов I поколения для перорального использования. Он оказывает бактерицидное действие на большинство видов грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, особенно эффективен при инфекциях, вызванных стафилококком (включая штаммы, продуцирующие β-лактамазы), обладает высокой активностью в отношении большинства стрептококков, включая *S. pyogenes*, *S. viridans*, *S. pneumoniae*, действует

также на *E. coli*, *P. mirabilis*, *Klebsiella spp.*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*. Лексин выпускается в форме капсул и суспензии со вкусом ананаса и банана, что особенно удобно в педиатрической практике.

Для изучения эффективности данного препарата в лечении тонзиллита стрептококковой этиологии у детей в возрасте от 3 до 7 лет на базе нашей кафедры было проведено исследование. Лексин назначался в дозировке 25-30 мг/кг/сут 2 раза в день в течение 10 дней. В ходе лечения у детей исчезали симптомы интоксикации, улучшался аппетит, уменьшался объем миндалин и региональные лимфатические узлы, исчезали местные признаки воспаления. Использование этого препарата позволило достичь устранения возбудителя в подавляющем большинстве случаев.

Определенную роль в комплексе лечебных мероприятий при хроническом тонзиллите играют хирургические методы лечения. Показаниями к операции служат хронический декомпенсированный тонзиллит при неэффективности консервативного лечения (каждые 6 месяцев в течение 2 лет), а также необходимость удаления миндалин как явного очага инфекции. В консервативной терапии хронического тонзиллита используют методы, направленные на повышение реактивности организма, проводят местную санацию миндалин, физиотерапевтические процедуры и др.

Тонзиллэктомия следует проводить только при наличии абсолютных показаний, так как миндалины являются иммунокомпетентным органом, особенно в детском возрасте, и их удаление приводит к увеличению частоты развития фарингитов, ларингитов и бронхитов.

Таким образом, проблема стрептококкового тонзиллофарингита остается актуальной в связи со своей широкой распространенностью и возможностью развития осложнений. Использование Лексина при этой патологии позволяет достичь быстрого клинического эффекта, эрадикации возбудителя при минимальном количестве побочных реакций. Благодаря свойствам препарата его можно рекомендовать для широкого применения в педиатрической практике.

Подготовила Анастасия Лазаренко

