

ЛЕЧЕНИЕ КЛАВОМЕДОМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ, ПОДВЕРЖЕННЫХ АЛЛЕРГИИ - АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ

Русудан Карселадзе, Доктор медицинских наук, Профессор Руководитель отделения аллергологии и клинической иммунологии НИИ Педиатрии им. И.Пагава Профессор факультета медицины Тбилисского Государственного Университета им. И. Джавахишвили, руководитель департамента педиатрии

Аллергические заболевания одна из сложнейших разделов клинической педиатрии, что обусловлено их высокой превалентностью в детском возрасте, широким спектром аллергенов, сложностью их выявления, нерациональной антибиотикотерапией, полиморфизмом клинических проявлений и недостаточной эффективностью существующих методов терапии.

Доказательством вышеуказанного служат статистические данные:

- за последние двадцать лет число лиц, страдающих аллергией, увеличилось в 1,5 раза;
- более 100 млн. людей в мире (4-6% всего населения) болеют бронхиальной астмой;
- превалентность астмы увеличилась за последние 2-3 десятилетия – почти удвоилась;
- атопический дерматит представлен с высокой удельной долей (50-75%) в общей структуре аллергических заболеваний;
- у 20% детей своевременное и адекватное лечение пищевой аллергии ведет к клиническому выздоровлению;
- в 41% случаев трансформация клинических проявлений пищевой аллергии происходит с изменением органа-мишени;
- в 38% случаев клиника пищевой аллергии формируется с вовлечением нескольких систем органов (кожа, пищеварительная система, дыхательная система);
- в 34% случаев может развиваться повышенная чувствительность к другим видам аллергенов.

На фоне тревожных эпидемиологических показателей аллергических заболеваний необходимо отметить не менее тревожные данные по ОРЗ в детском возрасте:

- по данным ВОЗ на сегодняшний день в мире от ОРЗ погибает 2,2 млн. людей, из них $\frac{3}{4}$ - от пневмонии;
- заболеваемость ОРВИ максимальна на 2-3-ем годах жизни ребенка из-за повышенной социальной активности;
- дети в возрасте 3- 7 лет заболевают ОРВИ в среднем 6 раз в году, а в возрасте 7 -17 лет – 3 раза.

- с рождения и до окончания школы дети болеют ОРВИ в среднем 60 раз.

Большинство респираторных заболеваний детского возраста инфекционного происхождения. Поэтому рациональная и эффективная антибиотикотерапия, в особенности в популяции аллергичных детей, остается актуальной. Респираторные заболевания разной этиологии (возбудители: вирусы, бактерии, грибы, внутриклеточные микроорганизмы, смешанная микрофлора) проявляются в виде группы болезней со схожей клинической картиной. Данное обстоятельство у детей с аллергической предрасположенностью или уже имеющих аллергическую патологию, лечение которых нередко нерационально, ведет к ухудшению как основной, так и аллергической патологии. Часты осложнения и рост количества устойчивых штаммов к традиционным антимикробным препаратам.

Заболевания респираторного тракта могут быть острыми и хроническими. ОРЗ имеют различную этиологическую структуру и чаще вирусную (грипп, парагрипп, аденовирус, респираторно-синцитиальный риновирус и др.). Указанные инфекции в основном проявляются в холодное время года и иногда носят эпидемический характер, особенно в детских коллективах.

Вместе с тем, существуют первичные бактериальные инфекции дыхательных путей, самыми частыми возбудителями которых являются пневмококки (*St. pneumoniae*), гемолитический стрептококк группы А (*St. pyogenes, viridans* др.), гемофильная палочка, *Mycoplasma pneumoniae*, *Moraxellacatarrhalis*. Указанные возбудители у аллергичных детей часто вызывают острый фарингит, фолликулярную и лакунарную ангины, острое воспаление среднего уха, синуситы, эпиглотит.

На бактериальную природу острого респираторного заболевания указывает длительная (свыше 3-х дней) фебрильная лихорадка, образование гнойного налета, слизисто-гнойные или гнойные выделения из носа, выраженная интоксикация и продолжительное течение респираторной инфекции.

Острое бактериальное заболевание дыхательной системы может возникнуть самостоятельно. В 60% случаев оно представляет собой осложнение вирусной инфекции, а в 20% – осложнение «детских инфекций» (корь, скарлатина). Развитию бактериального заболевания у детей нередко способствует наличие аденоидных вегетаций, хронического тонзиллита, синусита и аллергического фона; а также нерациональное лечение антигистаминными препаратами частых эпизодов обострения аллергии, что в свою очередь меняет реактивность организма, понижает местный и неспецифический иммунитет, а повторные респираторные заболевания вызывают сенсibilизацию организма.

Нерациональное лечение острых бактериальных заболеваний дыхательной системы у аллергичных детей, существование очагов хронической инфекции и воздействие нежелательных внешних факторов способствуют усугублению хронической, рецидивирующей, аллергической патологии. Поэтому в особенности важна разработка алгоритма рационального лечения вероятной бактериальной инфекции. Несмотря на огромный арсенал лекарственных средств, лечение респираторных инфекций не всегда успешно. Причиной этого, как правило, является устаревший и неадекватный с

этиотропной точки зрения подход к лечению. Пациентов с бактериальными осложнениями ОРЗ в большинстве случаев врачи лечат «интуитивно», поскольку на начальном этапе из-за схожих клинических проявлений вирусных и бактериальных инфекций превалирует субъективный подход, отражающий личный опыт врача. Нередко антибактериальная терапия проводится бесконтрольно, что способствует развитию антибиотикорезистентности возбудителей и в итоге приводит к неэффективному этиотропному лечению.

В связи с этим, эмпирическая антибактериальная терапия показана при следующих клинических проявлениях:

- выраженные симптомы интоксикации
- лихорадка свыше 3-х дней
- серозно-гнойный или гнойный характер мокроты или носоглоточных выделений
- ранний возраст ребенка, в особенности первые два года жизни
- клиническая картина бронхолита или пневмонии
- резко выраженный обструктивный синдром
- затяжное течение болезни.

Таблица № 1 Симптомы, указывающие на наличие бактериальной инфекции

Симптомы	Клинические Формы	Подтверждение
боль в горле, налет	стрептококковая (группы А) ангина	микробиологическое исследование глотки
боль в ухе	острый отит (ср. уха)	отоскопия
увеличение лимф. узлов	лимфаденит	
продолжительные выделения из носа (более 2-х недель)	синусит	рентгенография придатков носа
одышка без обструкции, аускультативно асимметрия хрипов; втягивание грудной клетки при акте дыхания	пневмония	рентгенография грудной клетки
лейкоцитоз (12×10^9) и/или > 5% палочкоядерные и/или > 6% СОЭ > 20 мм/ч	пневмония или бактериальная инфекция другой локализации (среди них инф. мочевой системы)	рентгенография, анализ мочи, наблюдение в динамике

Таблица № 2 Принципы выбора стартового этиотропного лечения при различных клинических формах бактериальных инфекций респираторного тракта у детей

Клинические формы	Основные возбудители	Препараты выбора	Альтернативные препараты
фарингит	<i>St. pyogenes</i> группы А	пенициллин	макролиды
острый тонзиллит	<i>St. pyogenes</i> группы А	амоксициллин, I поколение цефалоспоринов	макролиды, линкозамиды
рецидивирующий тонзилофарингит	пневмококк, стафилококк	амоксициллин/клавуланат	
острый синусит	пневмококк гемофильная палочка <i>Moraxella catarrhalis</i>	амоксициллин амоксициллин/клавуланат	цефуроксим цефаклор азитромицин кларитромицин
хронический синусит	пневмококк гемофильная палочка золотистый стафилококк анаэробы	амоксициллин/клавуланат +/- аминогликозиды	цефалоспорины III поколения (цефтриаксон) флюконазол
острое воспаление среднего уха	пневмококк гемофильная палочка	амоксициллин амоксициллин/клавуланат азитромицин	II или III поколение цефалоспоринов
ларингит	<i>St. pyogenes</i> группы А пневмококк стафилококк	азитромицин цефуроксима аксетил	цефалоспорины III поколения (цефтриаксон)
эпиглотит	пневмококк гемофильная палочка менингококк	цефалоспорины II поколения (цефуроксим)	карбапенемы
бронхит, бактериальная суперинфекция	<i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i>	амоксициллин/клавуланат макролиды	цефалоспорины II поколения линкозамиды тетрациклин у детей старше 10 лет

Одним из основных компонентов адекватной этиопатогенетической антибиотикотерапии, несмотря на тяжесть и локализацию воспалительного процесса, является рациональная антибактериальная терапия.

Классическим требованием при выборе антибактериального препарата является чувствительность возбудителя к антибиотику. Рациональная антибиотикотерапия определяется следующими факторами:

- нозологической формой инфекционно-воспалительного процесса
- чувствительностью возбудителя к антимикробным средствам
- активностью антимикробных средств в отношении конкретного возбудителя
- возможностью достижения эффективной терапевтической концентрации антимикробных средств в пораженных органах или тканях
- знанием особенностей фармакокинетики, фармакодинамики и возможных побочных явлений выбранного препарата у детей раннего возраста
- возрастом ребенка, его фоновой патологией и а также, сопутствующей терапией

Для большинства респираторных заболеваний препаратами выбора являются пенициллины и цефалоспорины. Из пероральных форм «защищенных» полусинтетических пенициллинов рациональнее назначать те комбинации, в состав которых входит амоксициллин. Спектр действия амоксициллина схож со спектром действия ампициллина, но он в 5-7 раз более активен. Преимущества амоксициллина по сравнению с ампициллином суммированы в таблице №3.

Таблица №3 Сравнительная хар-ка амоксициллина и ампициллина

Сравнительные критерии	Амоксициллин	Ампициллин
активность против пневмококка	+++	++
биодоступность при пероральном приеме	90%	40%
воздействие приема пищи на абсорбцию из пищеварительного тракта	нет	понижает абсорбцию в 2- раза
антибактериальный спектр действия	грамположительная и грамотрицательная флора	грамположительная и грамотрицательная флора
антибактериальная активность	в 5-7 раз более активен по сравнению с ампициллином	менее активен
концентрация в мокроте	высокая	умеренная

Применение амоксициллина в комбинации с теми веществами, которые «защищают» их от поражающего воздействия β -лактамаз, дает возможность значительно расширить антибактериальный спектр действия препарата. Это связано с тем, что «защищенный» от бактериальных ферментов амоксициллин сохраняет бактерицидную активность по отношению пенициллин-резистентных штаммов.

Если учесть данные о высокой частоте β -лактамазпродуцирующих штаммов, выявленных среди возбудителей респираторных инфекций детского возраста, понятно, насколько

большое практическое значение придается применению «защищенных» пенициллинов. «Защитниками» полусинтетических пенициллинов от воздействия β -лактамаз являются сульбактам и клавулановая кислота. Чаще всего применяют комбинацию амоксициллина и клавулановой кислоты.

Для педиатров в целях рациональной антибиотикотерапии аллергичного пациента особенно важен выбор высокоэффективных, безопасных, доступных по цене препаратов с минимальными побочными аллергическими явлениями. Именно поэтому препаратом выбора является Клавомед – «Без возрастных ограничений!»