

## Терапия инфекций верхних дыхательных путей и среднего уха в педиатрии: как не допустить ошибок?



**Д.П.Поляков** – канд. мед. наук, ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Выступление Д.П.Полякова было посвящено разбору основных ошибок, возникающих при лечении инфекций верхних дыхательных путей (ВДП) и среднего уха у детей. К таким ошибкам, по словам докладчика, относят: полипрагмазию, избыточное назначение антибактериальных

препаратов (АБП), неадекватный выбор антибиотика, режима его дозирования, путей введения и т.п.

В качестве демонстрации полипрагмазии лектор привел историю болезни 4-летнего пациента с диагнозом «острый риносинусит» (ОРС), которому было назначено около 10 лекарственных средств, включая антибиотик, зубиотик. «Нерациональное назначение антибиотиков, – подчеркнул Д.П.Поляков, – повсеместная практика: семейные врачи используют антибиотики более чем в 98% случаев острых респираторно-вирусных инфекций, сопровождающихся риносинуситом; при остром тонзиллите антибиотики получают 85–100% пациентов на амбулаторном этапе и 98% – в стационаре».

Автор детально разобрал критерии диагноза, классификации и критерии назначения антибактериальной терапии – АБТ (табл. 1) при инфекциях ВДП.

К АБП для лечения бактериальных инфекций ВДП и среднего уха относятся:

- природные пенициллины (феноксиметилпенициллин);
- незащищенные аминопенициллины (амоксициллин);
- защищенные аминопенициллины (амоксициллин/клавуланат);
- цефалоспорины II–III поколений (цефуроксима аксетил, цефтриаксон);
- макролиды (азитромицин, кларитромицин);

Решая вопрос о предпочтительном пути введения АБП, следует принимать во внимание его фармакологические свойства и состояние пациента. Так, биодоступность при пероральном применении «старых антибиотиков» значительно ниже (ампициллин – 20–40%, эритромицин – 30–65%), чем у «современных» (амоксициллин/клавуланат – 90–95%, цефуроксима аксетил – 50–70%).

При нетяжелом течении заболевания предпочтительней пероральный прием антибиотика, а при тяжелом – ступенчатый (внутривенный, далее – пероральный). Повышению комплаентности может способствовать и форма лекарственного средства. Например, суспензия – для детей, диспергируемая таблетка – для больных с нарушениями глотания. Одним из препаратов, обладающих разными формами, является Амоксиклав® (см. рисунок).

Расчет длительности предполагаемой терапии следует проводить, исходя из течения заболевания: если острый средний отит (ОСО) или ОРС возник впервые, то длительность составляет от 5 до 10 дней, при рецидиве ОСО – не менее 10–14 дней, ОРС – от 10–14 дней до 3 нед. При остром стерптококковом тонзиллофарингите (ОСТ), как при впервые возникшем заболевании, так и рецидиве, длительность АБТ составляет 10 дней. Отвечая на вопрос: «Какой

### Амоксиклав®

#### • Детская суспензия:

- точность дозирования (до 2,5 и 5 мг по амоксициллину);
- надежное введение.

#### • Амоксиклав® Квиктаб:

- единственный защищенный пенициллин, который можно рассосать во рту;
- максимальная концентрация в плазме крови достигается в течение первого часа после приема, что в 1,5 раза быстрее других растворимых форм амоксициллин/клавуланата;
- решение при затруднении глотания.

#### • Амоксиклав® для внутривенного введения:

- полноценная ступенчатая терапия тяжелых бактериальных инфекций.



**Таблица 1. Критерии назначения АБТ при ОСО у детей (по American Academy of Pediatrics, 2013)**

Возраст	ОСО с отореей	Одно- или двусторонний ОСО, тяжелое течение*	Двусторонний ОСО без оторей, нетяжелый	Односторонний ОСО без оторей, нетяжелый
6 мес – 2 года	АБТ	АБТ	АБТ	АБТ или наблюдение
≥2 лет			АБТ или наблюдение	

\*Тяжелое течение – признаки токсикоза, болевой синдром более 48 ч, лихорадка 39° С и более за последние 48 ч.

Pediatrics 2013; 131 (3): 1–38.

**Таблица 2. Стартовая АБТ (клинические рекомендации)**

До 2012 г.		После 2012 г.	
Острый бактериальный риносинусит			
EPOS 2007	Амоксициллин	EPOS 2012	Амоксициллин или амоксициллин/клавуланат
		IDSA 2012	Амоксициллин/клавуланат
ОСО			
American Academy of Pediatrics & American Academy of Family Physicians, 2004	Амоксициллин	AOM Guideline, Япония, 2012	Нетяжелое течение – амоксициллин Тяжелое течение – амоксициллин/клавуланат
AOM Guideline, Китай, 2006	Нетяжелое течение – амоксициллин Тяжелое течение – амоксициллин/клавуланат	American Academy of Pediatrics & American Academy of Family Physicians, 2013	Амоксициллин или амоксициллин/клавуланат
ОСТ			
IDSA 2002	Пенициллин/амоксициллин	IDSA 2012	Пенициллин/амоксициллин

из доступных антибиотиков является наилучшим для данного пациента?», Д.П.Поляков привел данные интернациональных клинических рекомендаций до 2012 г. и после 2012 г., которые показывают преимущественное применение амоксициллин/клавуаната, обусловленное его эффективностью по отношению к возбудителям инфекций (табл. 2).

В заключительной части Д.П.Поляков назвал показания к госпитализации при ОСО, ОРС, остром тонзиллофарингите и ответил на вопросы слушателей.

## Рецидивирующие респираторные инфекции у детей: возможности персонифицированной терапии



**И.А. Дронов** – канд. мед. наук, доц. каф. детских болезней ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздрава России

В начале выступления И.А.Дронов описал особенности иммунной системы у детей, включающие низкую продукцию интерферонов, низкую активность В-лимфоцитов, несовершенство завершающей фазы фагоцитоза.

Основная часть лекции была посвящена иммуотропной и противовоспалительной терапии респираторных заболеваний у детей. И.А.Дронов обратил внимание слушателей на то, что проведение иммуотропной терапии – коррекции ответа иммунной системы на заболевание – не может назначаться всем пациентам, необходим персонифицированный подход. Докладчик отметил, что в настоящее время на фармацевтическом рынке России зарегистрировано свыше 200 наименований средств, позиционирующихся как иммуномодуляторы, что создает сложности при выборе препарата. В большинстве стран мира применяются растительные, микробные и гормонопатические группы иммуномодуляторов, имеющие достаточную доказательную базу. Широкое применение во всем мире нашли препараты группы микробных иммуномодуляторов, оказывающих достаточно сложное влияние на иммунитет: бактериальные лизаты (Бронхо-мунал®, Имудон, ИРС 19), рибосомальные иммуномодуляторы (Рибомунил), синтетические аналоги мембранных фракций (Ликопид, Биостим).

Действие бактериальных лизатов имеет определенное сходство с вакцинами: пациенту вводятся антигены возбудителя, в результате чего формируется иммунный ответ. Од-

**Вопрос аудитории.** Как правильно определить дозировку АБП для детей?

**Ответ.** Дозирование АБП у детей следует определять по массе тела (мг/кг в сутки) или площади поверхности тела (мг/м<sup>2</sup> в сутки). При лечении детей с избыточной массой тела дозирование должно проводиться по стандартной массе тела для данного роста (применение таблиц «масса тела–рост»). При использовании жидких лекарственных форм единицей измерения служат миллилитры, а не ложки, стаканы.

ним из наиболее часто применяемых препаратов этой подгруппы является лиофилизированный лизат бактерий ОМ-85, в состав которого входят *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella ozaenae*, *Streptococcus viridans*.

Эффективность ОМ-85 доказана в группе исследований (B.Del-Rio-Navarro и соавт., 2011). Данные метаанализов исследований ОМ-85 показали существенное снижение частоты и длительности острых респираторных заболеваний, а также потребности в антибиотиках у детей (C.Steurer-Stey и соавт., 2007), профилактическое применение ОМ-85 значительно снижает частоту рецидивирующих респираторных инфекций у детей (U.Schaad, 2010).

Российским специалистам препарат знаком как Бронхо-мунал®. Одна капсула препарата Бронхо-мунал® содержит 7,0 мг, а 1 капсула препарата Бронхо-мунал® П (для детей) – 3,5 мг лиофилизированного лизата бактерий ОМ-85. На рисунке показан механизм действия препарата. Бактериальный иммуномодулятор Бронхо-мунал® для приема внутрь применяется у детей с 6 мес для профилактики респираторных инфекций и в составе комплексной терапии для лечения респираторных бактериальных инфекций.

Вторая часть лекции была посвящена вопросам противовоспалительной терапии. И.А.Дронов показал, что для всех инфекционных заболеваний дыхательных путей характерны следующие общие процессы: проникновение и начало действия возбудителя инфекции, повреждение тканей и развитие воспаления, формирование иммунитета против возбудителя инфекции. Нарушение мукоцилиарного транспорта создает условия для колонизации возбудителей и развития бактериальных осложнений при остром респираторном заболевании. В настоящее время в арсенале врачей есть уникальный препарат с противовоспалительным действием – фенспирид, эффективность которого подтверждена клиническими исследованиями. На фармацевтическом рынке России появился новый препарат, содержащий фенспирид, – Эриспирус®, по биоэквивалентности соответствующий оригинальному. Показаниями к его применению являются: ринофарингит, ларингит, трахеобронхит, бронхит, отит, синусит, бронхиальная астма, респираторные нарушения при кори, коклюше, гриппе.

**Вопрос аудитории.** Каков режим дозирования препарата Бронхо-мунал®?

**Ответ.** Режим применения: 1 капсула 1 раз в день утром до еды. Для лечения респираторных инфекций (в составе комплексной терапии) препарат используется до исчезновения симптомов, но не менее 10 дней. В целях профилактики – 3 курса по 10 дней с интервалом в 10 дней, в случае рецидивирующих инфекций можно использовать схему, которую автор применяет в собственной клинической практике: курс 30 дней (в период инфекции), перерыв 20 дней, затем 3 курса по 10 дней с 20-дневным перерывом.

