

Лечение клавомедом бактериальных осложнений острых респираторных заболеваний у детей, подверженных аллергии - алгоритм лечения

Русудан Карселадзе, Доктор медицинских наук Профессор ; г. Тбилиси

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 развиться 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 бронхопневмонии 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 ассиметрия 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	амоксциллин, I поколение цефалоспоринов	макролиды, линкозамиды
рецидивирующий тонзилофарингит	пневмококк, стафилококк	амоксциллин/клавуланат	
острый синусит	пневмококк гемофильная палочка <i>Moraxella catarrhalis</i>	амоксциллин амоксциллин/ клавуланат	цефуроксим цефаклор азитромицин klarитромицин
хронический синусит	пневмококк гемофильная палочка золотистый стафилококк анаэробы	амоксциллин/ клавуланат +/- аминогликозоды	цефалоспорины III поколения (цефтриаксон) флюконазол

острое воспаление среднего уха	пневмококк гемофильная палочка	амоксциллин амоксциллин/ клавуланат азитромицин	II или III поколение цефалоспоринов
ларингит	St.pyogenes группы A пневмококк стафилококк	азитромицин цефуроксима аксетил	цефалоспорины III поколения (цефтриаксон)
эпиглотит	пневмококк гемофильная палочка менингококк	цефалоспорины II поколения (цефуроксим)	карбапенемы
бронхит, бактериальная суперинфекция	Moraxella catarrhalis Mycoplasma pneumoniae Chlamydia pneumoniae	амоксциллин/ 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!»