

**Л. Б. Ярощук**  
**ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ:**  
**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ**

*ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины»*

Инфекционные поражения органов дыхания являются самыми распространенными в детском возрасте и на их долю приходится до 90 % всех регистрируемых заболеваний. В этиологии острых респираторных заболеваний (ОРЗ) в 85–92 % случаев являются вирусы. Вирусно-бактериальные ассоциации — частая причина возникновения инфекций верхних (ИВДП) и нижних (ИНДП) дыхательных путей.  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А по-прежнему лидирует в этиологической структуре острого или обострения хронического тонзиллита, а пневмококк — в этиологии пневмоний у детей. Однако в последние годы появляется все больше сведений о роли атипичных микроорганизмов (микоплазмы и хламидии) в этиологии ИВДП и ИНДП. По данным некоторых авторов, частота обнаружения этих патогенов у детей с тонзиллофарингитом может достигать 40–45 %, фаринготрахеиты и бронхиты в 48–68 % случаев могут вызываться атипичной микрофлорой, хламидии и микоплазмы примерно в 20 % случаев являются причиной пневмонии у детей. То есть у каждого пятого больного внебольничная пневмония вызывается атипичными возбудителями, а инфицированность *M. pneumoniae* среди населения может колебаться от 9 до 79 %.

Показаниями к назначению антибактериальной терапии при ОРЗ являются: выраженная интоксикация, высокая температура тела более 3 дней, ранний возраст ребенка (первый год жизни), затяжное течение воспалительного процесса, клинические признаки пневмонии. При бронхите антибактериальная терапия назначается у детей первых 6-ти месяцев жизни, при тяжелом течении бронхита (нейротоксикоз и др.), у детей с отягощенным преморбидным фоном (родовая травма, недоношенность, гипотрофия и др.) и наличием хронических очагов инфекции, при подозрении на наложение бактериальной инфекции (лихорадка 39 °C более 3-х дней, вялость, отказ от пищи, выраженные симптомы интоксикации, одышка, асимметрия хрипов, лейкоцитоз, повышенная СОЭ).

При выборе антибиотика для стартовой терапии ИВДП (острого или обострения хронического тонзиллита, тонзиллофарингита, фаринготрахеита) и ИНДП (бронхит, пневмония) необходимо учитывать несколько критериев: активность препарата в отношении основных и предполагаемых возбудителей заболевания, возможность создавать высокие концентрации в тканях и биологических жидкостях органов дыхания, высокое соотношение концентрация в тканях/минимальная плазменная концентрация, оптимальный профиль безопасности, удобство в применении. Немаловажно в педиатрии помимо эффективности препарата еще и безопасность его.

Препаратами первого ряда в лечении инфекций дыхательных путей у детей являются  $\beta$ -лактамы антибио-

тики (защищенные аминопенициллины, цефалоспорины) или комбинация  $\beta$ -лактамоного антибиотика с макролидом (пневмония), или же сразу макролиды, при подозрении на атипичную этиологию заболевания. Макролиды назначаются в качестве эмпирической стартовой терапии пациентам с непереносимостью  $\beta$ -лактамов. Если эмпирическая терапия  $\beta$ -лактамом не оказывает должного эффекта, то необходимо заподозрить атипичную этиологию заболевания и произвести смену антибактериального препарата на макролид.

Макролиды — класс наиболее безопасных антибактериальных препаратов, обладающих высокой эффективностью в отношении большинства респираторных грамотрицательных, грамположительных (в том числе против штаммов, продуцирующих  $\beta$ -лактамазы) и атипичных микроорганизмов (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *L. pneumophila*). Макролиды в высоких концентрациях накапливаются в тканях дыхательной системы (миндалинах, слизистых оболочках придаточных пазух носа и бронхов, паренхиме легкого).

Одним из современных макролидов, высокоэффективных в отношении большинства возбудителей ИВДП и ИНДП, является Ровамицин (оригинальный препарат спирамицина фармацевтической компании «Санофи-Авентис»). «Парадокс спирамицина» состоит в его высокой клинической эффективности даже в случае инфекций, вызванных слабочувствительными к нему *in vitro* микроорганизмами за счет создания очень высоких и длительно сохраняющихся (несколько дней) концентраций в тканях и биологических жидкостях (например, концентрация Ровамицина в миндалинах и аденоидах составляет 20–80 мг/кг). Накопление спирамицина в нейтрофилах и макрофагах обеспечивает прицельный транспорт антибиотика в очаги воспаления системы органов дыхания.

Ровамицин характеризуется самым длительным среди макролидов постантибиотическим эффектом (персистирующее ингибирование жизнедеятельности бактерий после их кратковременного контакта с антибактериальным препаратом по отношению к *S. pneumoniae*). При назначении Ровамицина можно не опасаться развития феномена перекрестной резистентности микроорганизмов к макролидам по MLS-типу, так как этот антибиотик не индуцирует выработку метилаз. Микрофлора, устойчивая к азитромицину, эритромицину, может сохранять чувствительность к спирамицину.

Ровамицин без опасения может применяться у детей до года и у беременных женщин, «детей-аллергиков»; не вызывает дисбактериоз, а также не влияет на моторику кишечника. Многолетние наблюдения и клинические исследования подтвердили отсутствие у этого препарата ото-, кардио-, гепато-, нейротоксичности.